

ACOLHIMENTO DAS CRISES: UM DESAFIO A ENFRENTAR

Sandra Lia Chioro dos Reis¹³

Bom dia a todos. Gostaria de agradecer as instituições que organizaram esse evento pelo convite. Tenho a tarefa de substituir a doutora Suzana Robortella, que não pode estar presente. Suzana é uma grande amiga e companheira da luta antimanicomial e nossa trajetória se cruzou em Santos, de 1989 a 1996, durante a intervenção do Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta e na construção dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) com funcionamento 24h do Brasil; e, atualmente, em Diadema.

Gostaria de partilhar com vocês algumas situações e questionamentos vividos a partir da nossa experiência iniciada no ano passado, em Diadema (SP), onde iniciamos um processo de reorganização da rede de atenção em Saúde Mental.

Quando assumi a coordenação de Saúde Mental recebi uma clara encomenda do Secretário de Saúde, Dr. Marcos Calvo (sanitarista muito sensível às questões da Saúde Mental) de implantar a Reforma Psiquiátrica neste município.

Diadema é um município muito novo, com cerca de 380 mil habitantes, em sua maioria imigrantes nordestinos. Apresenta a quarta maior densidade demográfica do Brasil e faz parte da Grande São Paulo, sendo suas características econômicas e sociais as mesmas das periferias das grandes metrópoles. Cerca de 90% da população é SUS dependente. Além da pobreza, do desemprego e da elevada densidade demográfica, a questão da violência se tornou uma das principais questões a ser enfrentada pelo poder público, muito presente no município. Existe uma série de ações voltadas ao combate à violência, como lei municipal que determina o fechamento dos bares após 22 horas, projetos sociais com crianças, adolescentes, idosos, projetos na área de educação, inúmeros centros culturais muito ativos nas micro-regiões, etc.

As questões da Saúde Mental até 2004 não haviam sido priorizadas. Na verdade, não havia um projeto claramente identificado com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

A primeira tarefa, antes de organizar a rede, foi o debate interno, a atividade de convencimento de outros secretários de governo e instituições do município de que Saúde Mental deveria ser uma das prioridades. Uma tarefa que vem sendo construída diariamente.

A rede de saúde mental do município era composta por:

- Um Pronto Socorro, com alguns leitos de observação que deveriam ser leitos de curta permanência, no máximo de 24h a 72h, mas que acabavam funcionando como uma mini-enfermaria psiquiátrica com 16 leitos;
- Um CAPS Álcool e Drogas, não integrado à rede municipal de Saúde e com problemas e dificuldades internas;

¹³Psiquiatra, coordenadora de Saúde Mental de Diadema-SP

· Uma mini-equipe de Saúde Mental na Atenção Básica, que fazia apenas psicoterapia, em sua maioria individual e com a lógica de consultório privado, com longas filas de espera e ou demanda reprimida;

· Um CAPS que não tinha sido cadastrado junto ao Ministério da Saúde e funcionava como um grande ambulatório, em moldes tradicionais, centrado na figura do médico, com alguns grupos de psicoterapia, e que não atendia à população com quadros de sofrimento psíquico mais graves, pois não atendia situações de crise aguda.

Em 1988 houve uma tentativa de transformar este ambulatório num CAPS e iniciou-se atendimento diurno à crise e oficinas terapêuticas. A falta de um projeto político de Saúde Mental, a mudança na direção da unidade e uma situação específica, utilizada como pretexto (uma usuária se “jogou de uma escada” e sequer chegou a se machucar) fez com que a equipe, já fragilizada por questões internas, avaliasse que “não poderia correr riscos”. Como consequência, foi interrompida a hospitalidade diurna e atendimento à crise.

Isso não impediu que esta equipe continuasse trabalhando com o discurso antimanicomial. Todo mês de maio iam ao vão do MASP (Museu de Arte Moderna de São Paulo) e se reuniam com os demais municípios do Estado que apoiavam a Reforma Psiquiátrica. Faziam apresentações de dança, recebiam prêmios, mas sem que houvesse concretamente uma mudança no modelo de cuidado à Saúde Mental. Os usuários... pacientemente estavam lá... nos manicômios!

Em 2002, o único hospital psiquiátrico com o qual o município mantinha convênio pelo SUS fechou as suas portas, sem que nenhuma estrutura substitutiva fosse implantada para acolher as pessoas que ocupavam seus 400 leitos.

Pergunto: “Onde estariam estas pessoas?”

É como se o fechamento desse hospital psiquiátrico tivesse “abduzido a loucura”. Então a loucura deixou de existir? O hospital psiquiátrico se fechou e a loucura acabou? Simples: acabou o problema!

Na verdade Diadema passou a ser o campeão de internações no hospital psiquiátrico de referência para o ABCD (região que compreende os municípios de Santo André, São Bernardo e São Caetano e Diadema), de acordo com os dados do DATASUS/MS (2005).

Sobre os pacientes graves, a equipe alegava que eles vinham ao serviço e, estando estáveis, deveriam ficar em casa. Diziam: - “Eles ficam aqui um tempo e depois vão embora”. Questionávamos: - “Sim, mas eles vão embora para onde?” Respondiam: - “Para a casa deles. Os pacientes não podem ficar muito tempo nos CAPS porque isto vai causar dependência do serviço e eles não vão se inserir na comunidade”.

Passamos a questionar que projeto a equipe estava construindo para que essas pessoas pudessem se inserir na sociedade. É como se a direção e parte da equipe acreditassem que a inserção social fosse dada por um *ticket*, como se pudéssemos dizer ao usuário, pós crise: “Toma, vai, e agora fica lá.”. Lá? Onde?

Muitas outras coisas me chamavam a atenção neste modelo de “CAPS”. No primeiro dia em que entrei neste serviço observei que os “pacientes” estavam todos sentados. Isso me marcou muito. Todos na sala de espera, muito quietinhos, sem movimento, ninguém falava nada, olhavam para baixo, sei lá para onde. Para mim isso é um grande indicador de péssima qualidade de serviço, porque um serviço de Saúde Mental tem que ter vida, tem que ter movimento, as pessoas têm que circular. Quando está tudo muito certinho, muito organizado, você fica de olho!

A porta desse serviço estava fechada há dez anos. Portanto, há dez anos não entravam novos usuários, a não ser que alguém morresse ou abandonasse o tratamento. Portas fechadas, técnicos lendo jornal em horário de trabalho e ao mesmo tempo alegando que não poderiam atender as situações de crise porque a equipe estava em número reduzido.

Na verdade, percebemos que os profissionais foram se despotencializando junto com o serviço e o projeto perdendo seu sentido.

Nenhum profissional se indignava com essa situação. Nem os partidos políticos, nem os trabalhadores de Saúde Mental, Conselhos de Saúde – e isso também chamava muito a atenção. Todos estavam acomodados e passivos.

É lógico que as situações de crise não deixaram de existir. O resultado deste quadro eram as internações num manicômio fora da cidade.

A partir de fevereiro de 2005, com a reorientação no modelo assistencial na cidade, propusemos uma mudança na orientação neste CAPS, passando a priorizar os pacientes graves e potencialmente internáveis, realizando entre outras ações atendimento às crises e abertura da porta para quem chegasse ao serviço e pertencesse a clientela CAPS.

Com a nova reorganização do serviço ficamos sabendo, através dos familiares, que muitos usuários ficavam amarrados ou trancafiados em casa, pois não tinham quem cuidasse das crises enquanto eles estavam no trabalho. Não queriam abandoná-los, nem o faziam por perversão, mas não tinham outro recurso.

Vários casos emblemáticos poderiam ser relatados. Uma mãe contou-nos que chegou a comprar um cachorro treinado para atacar sua filha em crise. Quando ela se agitava a mãe dizia ao cão: - “Ataca.” E era assim que ela controlava a crise da filha.

Outro usuário nos contou que ele nunca desistiu da fila de espera do CAPS (esteve nela por 10 anos). Isto lhe custou diversas internações em manicômios e 48 eletrochoques.

Uma das primeiras tarefas do novo projeto foi a reorganização de uma série de ações, começando pela discussão com a equipe. Houve muita resistência. A equipe dizia: - “Agora, você vem aqui e diz que tudo que a gente faz está errado”. Aos poucos fomos mostrando os absurdos que vinham ocorrendo no município e a própria equipe começou a enxergar coisas problemáticas que, na verdade, acabavam passando como “naturais”.

Um evento muito importante foi a troca da diretora do serviço. Não acredito que uma equipe, sem uma direção que apóie e que acredite na proposta da Reforma Psiquiátrica, possa organizar um serviço tipo CAPS.

Desta forma, a primeira coisa que pedimos ao Secretário foi a substituição da direção do serviço. A partir daí pudemos reorganizar as rotinas do serviço, necessárias para o funcionamento de um serviço tão complexo como o CAPS.

Foram instituídas reuniões diárias de passagem de plantão, com a participação de toda a equipe, para discussões de casos, situações cotidianas e rediscussão da abertura da porta, entre outras coisas. Para abrir “essa porta” teve que ser reorganizada a escala de plantão médica e não médica, para que o serviço pudesse estar pronto para estar acolher as situações de crise, os casos novos, atender um pedido de ajuda por telefone, um familiar que chega ao serviço sem o paciente porque, muitas vezes um familiar ou vizinho comparece ao serviço e avisa que o usuário está muito mal e não quer vir ao CAPS. E não é incomum receber uma negativa de atendimento, pois sem a presença do usuário a equipe não teria o que fazer. Essa situação é absurda!

Não é possível falar em acolhimento se o serviço não está disponível. Muitas vezes é preciso ir até a moradia e ver o que está acontecendo. É preciso conhecer esse território de existência do sujeito, lá iniciar o cuidado e o atendimento à crise.

Tivemos ainda que reorganizar as oficinas que estavam sendo realizadas de acordo com aquilo que o professor Benedito Sarraceno costuma chamar de “entretenimento”. Tanto dos técnicos quanto dos usuários. Começamos a discutir que as oficinas precisavam ser criadas a partir das necessidades dos usuários. Oficinas de auto-cuidado, que tivessem sentido para a vida das pessoas. Precisávamos conversar com os usuários e descobrir o que despertava o seu interesse, o que era importante para a vida dessas pessoas. Os técnicos muitas vezes tendem a organizar oficinas a partir dos seus desejos e não os dos usuários. Às vezes, um técnico adora música, coisa que geralmente os usuários também gostam muito. Quando cheguei nesse serviço, entretanto, a oficina de música tinha três técnicos e dois usuários. A oficina das palavras contava com três profissionais e um usuário. Isso me levou a questionar: - “Que palavra? Essas pessoas tinham direito à voz? O que elas queriam falar?”.

É lindo trabalhar poesia, teatro com os usuários, mas se isto não tem um sentido para eles... Será que perguntaram a eles se estavam a fim de participar? Os técnicos estavam fazendo oficinas para quem? Do que essas pessoas estão precisando?

Quando falei em projetos de reabilitação psicossocial, um médico do serviço disse que não acreditava em reabilitação para pacientes psicóticos. Depois de certo tempo descobri que no passado houve uma tentativa de inserção social pelo trabalho, começando com curso de capacitação para alguns usuários mais estabilizados. A equipe vibrou quando conseguiu vagas junto à comunidade numa escola técnica. Porém, era um curso de formação, não atrelado a uma proposta concreta de inserção pelo trabalho. Ao término do curso, sem conseguir arrumar emprego e frustrados, muitos usuários entraram em crise. Os técnicos ficaram “sem entender o por quê”, já que acreditavam que o fato de conseguirem as vagas para eles seria muito bom. Não calcularam que muitos usuários mesmo estabilizados precisariam por um tempo de tutela da equipe (exceto se tiverem um grau muito grande de autonomia, o que não ocorre com a maioria) a fim de intermediarem os projetos de geração de renda.

Uma outra coisa importante foi a priorização dos casos. Diadema precisaria contar com 4 CAPS, mas só tem um. Era preciso então definir a demanda prioritária para o CAPS: as pessoas graves, com menos autonomia, sem apoio familiar e que precisariam de um enorme investimento.

A equipe decidiu por uma mini-intervenção e centralizou o trabalho em cerca das novecentas pessoas que se enquadravam nestes critérios. Hoje, temos em atendimento mil e quatrocentos usuários, sendo 48% composta por usuários em situação muito grave e uma média de oitenta pacientes em regime de hospitalidade diurna.

A partir de 1 de junho de 2006 foi aberta esta porta, e o serviço passou a acolher situações de crise aguda. O apoio da equipe técnica do pronto socorro municipal e da enfermaria psiquiátrica foi fundamental, pois os usuários passam o dia no CAPS e à noite voltam para a enfermaria (caso não tenham suporte familiar nas crises e até que seu quadro se estabilize).

Devido ao grande número de pessoas em atendimento a equipe começou a se preocupar: - “Não vamos conseguir fazer projeto terapêutico individual para todos. Nós vamos priorizar, primeiramente, essas pessoas que têm um nível menor de autonomia”. Isto foi im-

portante e trouxe uma mudança no perfil de atendimento, pois no serviço estavam as pessoas com maior tendência a se vincular, e, logicamente, é muito mais fácil trabalhar com estes usuários que vêm ao serviço e que participam. Mas sabíamos que teríamos de nos preocupar com aqueles que não compareciam ao serviço.

O fato de termos aberto a porta no município começou a trazer maior credibilidade junto à população e também aos outros serviços de Saúde (antes totalmente descrentes) que não encaminhavam usuários para esse CAPS. Naturalmente sabiam que a porta estava fechada. A partir dessa modificação do projeto as pessoas começaram a aparecer espontaneamente ou por encaminhamento.

Sensibilizamos o pessoal do transporte que nos conseguiu um carro, fundamental para o CAPS. É muito importante que haja transporte disponível, principalmente nos municípios maiores. Pode ser que nos municípios menores o deslocamento possa ser feito a pé, mas no município de Diadema não havia condição. E o quê esse carro tem garantido? Tem garantido que se faça o atendimento da crise no município, que se façam visitas domiciliares e, principalmente, que as pessoas em crise e que se encontram em regime de hospitalidade diurna compareçam ao serviço. Muitos usuários com grau de autonomia muito pequeno, sem apoio familiar, não vinham ao serviço. Então o carro começou a fazer um itinerário (às vezes faz umas quatro viagens por dia) e traz essas pessoas para o serviço e depois, ao final do dia, as leva para casa.

Conseguimos, também, instalar um horário semanal para discussão de casos. A equipe se dividiu em micro-regiões de responsabilidade (um técnico-médico e um não médico). Lógico que diariamente temos as reuniões de passagem de plantão e uma vez por semana, do projeto como um todo. O projeto tem que ser rediscutido o tempo todo.

Outros pontos abordados no novo processo foram: o significado de ser referência técnica, de fazer acompanhamento terapêutico e o de atender a família. Que estratégias iríamos utilizar com as famílias que não se inserem? O que significa inserção social pelo trabalho?

Discutimos também o papel do profissional, que, na verdade, deve também assumir as responsabilidades de ser o acompanhante terapêutico na trajetória e nos percursos de inclusão social dos usuários de sua referência, e não somente fazer o acompanhamento clínico.

Temos uma série de desafios. Este é um processo que ainda está sendo construído, inclusive, com outros equipamentos do município.

Não é um modelo para ser seguido. Não temos essa pretensão, pois cada município tem a sua realidade, dificuldades e os seus recursos próprios. Mas é um exemplo de que é possível implementar em toda a sua radicalidade a Reforma Psiquiátrica.

Finalizando queria dizer algo que acredito sobre acolhimento. Acolhimento é fazer o que o usuário precisa, mesmo que haja divergências entre os profissionais na condução do caso. E, muitas vezes, vocês sabem que vai acontecer, e isso acontece. Temos muitas vezes que enfrentar o mau humor dos técnicos, dos familiares, dos usuários e a sua agressividade, mas acolher é “não deixá-los sofrerem sozinhos”. Se nós, enquanto técnicos, estivermos com eles em sua dor, mostrando como se faz e fazendo, os usuários acabam em aceitar o proposto e a relação. Hoje, um dos maiores desafios dos serviços é - de fato - estar aonde o usuário necessita. Se as rotinas e as práticas dos serviços forem meramente administrativas os

usuários não vão se vincular. Os técnicos têm que mergulhar no território dos usuários, têm a obrigação ética de conhecer os percursos necessários de inclusão dos usuários, de conhecer a sua vida, a sua casa, a sua família, os seus amigos e os seus interesses, porque é disso que vem o vínculo. Vínculo não surge da empatia e do “santo que cruza”. Ele vem do cuidado e da forma do cuidar. E cuidado e responsabilidade andam juntos. Primeiro a gente se responsabiliza e cuida e, depois, e a partir daí, o usuário se vincula.

Acho que tenho um exemplo citado por Geraldo Peixoto, que é um querido companheiro, familiar de usuário, que muita gente aqui conhece. Ele contou que certa vez o filho dele estava em crise e o técnico foi à sua casa fazer o atendimento. O filho dele não quis abrir a porta e o técnico insistiu: - “Daqui eu não saio.” Ai o filho dele deu uma brechinha e houve a persistência do técnico em dizer: - “Daqui eu não saio enquanto não conversar com você. Só quero ter a certeza de que você está bem.” Ele abriu um pouquinho a porta e então o técnico pensou: - “É agora”. E entrou.

Muitas vezes temos que “forçar um pouco a barra”. Entrar, não para invadir, mas para cuidar.

Muito obrigada a todos.