Parte 2: Os modelos de atenção à saúde bucal e à saúde mental

Loucura e doença mental

Lana Bleicher
Taís Bleicher

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Loucura e doença mental. In: *Saúde para todos, já!* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 111-126. ISBN 978-85-232-2005-1.
<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0009>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

LOUCURA E DOENÇA MENTAL

Vimos, no capítulo passado, que o fenômeno da loucura atravessa as épocas e, em cada uma delas, é entendido e tratado de forma diversa. Talvez, o entendimento de que existe a loucura venha de um estranhamento frente a uma manifestação da existência diferente da usual – e percebemos como nossa sociedade tem dificuldades de lidar com a diferença.

Mas pensemos na Dona Gerismar. Será que ela é doente? Tristeza é doença? Tristeza se cura com remédio? Será que ela é doente porque nasceu assim ou há muitas coisas que acontecem no Conjunto Iracema que fazem com que as pessoas adoeçam, inclusive dessas “doenças emocionais” que a diretora da unidade básica de saúde falou?

Para compreendermos o tratamento destinado à loucura no Brasil atual, é preciso apresentar a perspectiva de um campo da saúde chamado “saúde mental”. O fenômeno da loucura se situaria neste campo. O que é importante destacar é que, aí, não estão as doenças que não são “de verdade”, como se disse no Conjunto Iracema. O que muda é a própria concepção de saúde e de doença.

Primeiramente, saúde e doença não são polos opostos. Tanto uma como outra fazem parte da vida e formam um mesmo processo, que

se apresenta de muitas formas. Tanto num exame de laboratório quanto na desesperança. É verdade que há doenças que se podem verificar simplesmente olhando para uma pessoa, pois o seu caráter físico predomina, assim como é verdade que não há um exame de laboratório que meça a desesperança. Mas todas as doenças se manifestam em um corpo biológico e se expressam em uma dimensão psicossocial. A questão é que, por vezes, predomina a dimensão biológica e por vezes predomina a psicossocial. Quando alguém está doente, ele se vê e é visto pela sociedade de formas que mudam historicamente. Na Idade Média, uma pessoa doente poderia ser vista como alguém possuído pelo demônio ou como um santo, dependendo de como sua doença se manifestasse. (SAMPAIO, 1998) Imagine que efeitos isso produzia no doente!

Manifestações, sinais, sintomas. A palavra “doença” agrega fenômenos tão diferentes quanto gripe, câncer ou esquizofrenia. Existem doenças que sempre existiram e que os paleontólogos descobrem seus vestígios quando fazem escavações, e existem doenças que são muito próprias de um contexto específico. (BERLINGUER, 1988) No caso do Conjunto Iracema: doenças infectocontagiosas, respiratórias, hipertensão, ansiedade, depressão, dependência química. Você consegue ver como essas doenças se articulam com a vida daqueles moradores?

Vamos supor que o médico da unidade básica de saúde fosse visitar Dona Gerismar, por conta de sua “depressão”, e constatasse as dificuldades do seu dia a dia. Vamos supor também que, neste momento, ele pedisse ajuda ao restante da equipe e que, juntos, tentassem incluí-la em programas de geração de renda e de assistência social, fazendo contato com outros equipamentos públicos da cidade. Neste caso, diríamos que a doença de Dona Gerismar foi um “sinal” que apontou para o fato de que havia muitas outras coisas ruins acontecendo com ela. Ela manifestou no corpo uma doença que se ligava a outras questões materiais. Nesse caso, o sinal foi muito bem vindo, uma vez que serviu para que outras coisas ruins fossem mudadas.

É difícil acreditar, mas uma doença não é só algo negativo. Às vezes, é preciso que a gente adoença para melhorar a forma de se cuidar, de ser no mundo, para que a gente reivindique condições de vida saudáveis.

Isso é mais interessante ainda no caso da saúde mental. Procure ler a biografia de um grande gênio da humanidade. Muitas vezes, pessoas brilhantes apresentam traços muito próximos daqueles que os loucos apresentam.

Portanto, na nossa concepção de saúde mental, entendemos que a realidade é objetiva e subjetiva ao mesmo tempo. O ser humano precisa ser visto de forma integral, nas dimensões histórica, social, política, biológica e psíquica. O que é predominantemente mental se articula com o biológico e a materialidade da existência. Portanto, não é possível atacar uma frente e deixar as outras descobertas. Assim como no debate sobre a saúde como um todo, não é possível apenas tratar a doença mental, sem que haja prevenção e promoção de saúde mental. Um sinal ou um sintoma de adoecimento devem ser tomados como denúncia de uma situação complexa. O que é diferente não é necessariamente mal, e, muitas vezes, as formas com que a humanidade lidou com loucos ou doentes mentais estavam vinculadas aos seus próprios preconceitos. A partir deste entendimento e junto com as discussões mais amplas do campo da saúde, recentemente o Brasil iniciou a criação de novos serviços de atenção aos doentes mentais. Atenção – e não somente tratamento.

Dona Gerismar e seu filho paraplégico podem ser chamados de doentes? O que eles têm em comum e o que eles têm de diferente? A “depressão” de Dona Gerismar se cura com remédio? O que será que fez com que ela ficasse desse jeito? Será que o pessoal da unidade básica de saúde tem como ajudá-la?

HISTÓRIA – PARA FAZER PENSAR

AQUIPIORA

Aquipiora é uma cidadezinha de 70 mil habitantes, localizada no Nordeste do Brasil. Sua densidade populacional é baixa e a maior parte da população mora na zona rural, praticando agricultura de subsistência. Devido às dificuldades de acesso ao centro da cidade, essas pessoas são as mais desassistidas nas ações de educação, saúde e assistência social. Além da renda oriunda da agricultura, frequentemente prejudicada pela ausência de chuvas, os moradores de Aquipiora conseguem recursos através de programas de assistência social do governo federal, de empregos junto à prefeitura municipal e de um comércio reduzido. Muitas das crianças não possuem nenhum acesso à educação ou possuem um acesso deficiente. Para estudarem, várias são enviadas muito cedo para as “casas de família”, onde trabalham como empregadas domésticas em troca da oportunidade de frequentar as escolas no centro.

Aquipiora possui um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), que é uma unidade da Política Nacional de Assistência Social, cuja principal atuação, segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é proteger e atender as famílias em situação de vulnerabilidade social. Mas o CRAS é mantido com apenas uma servidora de nível superior trabalhando, bem menos do que o necessário para realizar suas atividades. Essa servidora é a Clarinha, que lá foi trabalhar por indicação política, assim como os dois profissionais de nível médio. Como eles sabem que não perderão os empregos enquanto a gestão durar, não se preocupam em realizar as atividades do programa. Na verdade, pouco aparecem lá. Sem pessoas responsáveis e capacitadas para desenvolver atividades mais complexas, este CRAS apenas oferece cursos profissionalizantes para as famílias cobertas.

Longe dali, a cidade tem um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é um dispositivo de atenção à saúde mental. Na sua equipe, constam um psiquiatra, uma médica generalista, uma assistente social, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma técnica administrativa, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e duas profissionais que realizam serviços gerais.

Embora o CRAS seja a porta de entrada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e muitos dos pacientes do CAPS necessitem da assistência social e, da mesma maneira, muitos usuários do CRAS apresentem queixas de transtornos mentais, não há previstas reuniões ou planos de atuação conjunta destas duas equipes.

No CAPS de Aquipiora registra-se um número alto de pacientes diagnosticados com síndrome do pânico. Eles têm a opção de ser tratados pela psicóloga e receber a medicação do psiquiatra, mas quando são ouvidos, apresentam uma história muito parecida.

Na literatura internacional sobre síndrome do pânico, os pacientes costumam falar de separações prolongadas que sofreram dos seus cuidadores durante a infância. Em Aquipiora, os pacientes tinham os mesmos sintomas e faziam os mesmos relatos de separação precoce. O que a psicóloga percebeu, no entanto, é que essa separação acontecia porque as crianças, especialmente as meninas, saíam da casa dos pais na zona rural e iam trabalhar na sede do município para poderem estudar, afastando-se bruscamente da própria família e sendo tratadas, a partir de então, como adultas.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Na década de 1960, discutia-se nas academias brasileiras o modelo de medicina comunitária. Suas diretrizes de promoção de saúde; prevenção de doenças e agravos; de autocuidado, em detrimento da medicalização e do papel central do médico formaram as bases do ideário que resultou no SUS. Todas estas questões foram levadas para o campo da saúde mental.

116

Enquanto se falava sobre a necessária atenção integral em saúde, para a saúde mental seria necessária uma integralidade ainda maior, pois as pessoas em sofrimento mental, muitas vezes, não estavam mais integradas à sua família, à sua comunidade e à sociedade como um todo. Estavam em instituições mortificadoras, que agravavam a condição do interno ou criavam novos quadros de adoecimento. Além da dimensão biomédica, relacionam-se à saúde/doença mental a distribuição desigual de poder, de renda, as relações de trabalho, as condições materiais de existência, a violência, o preconceito, a falta de solidariedade humana, os sentimentos e significados das vivências cotidianas, a existência de redes sociais de apoio. Um campo de estudo tão vasto necessitaria de uma equipe de múltiplas formações e competências, o que também caracteriza uma ação integral.

Na década seguinte, uma equipe do INPS foi convidada a estudar e formular as bases da assistência psiquiátrica no país. O resultado deste estudo foi um manual de serviço para a assistência psiquiátrica, de forte teor comunitário, assim como a criação do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), em 1977. A partir daí iniciou-se uma grande luta entre o Ministério da Saúde e os proprietários dos lucrativos hospitais psiquiátricos, que questionavam a viabilidade e a eficácia dos serviços extra-hospitalares.

A efervescente década de oitenta abrigou a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987. É interessante apontar a distância entre a I Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental mais de quatro décadas. Que jogo de forças, que

interesses estariam por detrás disto? Que lugar tinha o louco, nesta sociedade, cujo código civil permitia interditar e declarar incapaz? Qual a possibilidade de diálogo e denúncia de uma pessoa excluída do convívio social, calada pela própria legislação? Esta conferência foi o momento de tratar diretamente desse e de outros temas. Portanto, uma de suas principais bandeiras foi o direito à liberdade. As instituições fechadas, ou instituições totais – manicômios, presídios, centros de internações para adolescentes infratores e fazendas terapêuticas, dentre tantas outras – , representam a nossa dificuldade em lidar com as diferenças. Neste momento, propôs-se fazer a chamada “reabilitação” das pessoas que aí estavam: acompanhá-los e cuidá-los com o objetivo de que voltem a conviver integrados à comunidade, que possam contar com a rede de apoio que ela oferece, que refaçam ou façam novos laços sociais, que assumam o controle sobre suas vidas, que se insiram no mercado de trabalho, que vivam de forma autônoma. Os tratamentos e intervenções de equipes de saúde poderiam continuar por longo tempo dependendo do caso, mas o que importa é que seriam oferecidas outras formas e em outros espaços bem diferentes dos hospitais psiquiátricos. A pessoa em sofrimento mental, tratada como cidadã, deveria participar em todos os aspectos da vida social, com acesso aos seus bens materiais e culturais.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental prezou pelo fim dos hospitais psiquiátricos e pela criação de uma rede de atenção substituta, com espaços alternativos de atendimento. Seria importante que os profissionais que trabalhassem nesses novos espaços não repetissem a lógica manicomial de serviço, pois isso diminuiria toda a potência de uma reforma psiquiátrica. Ou seja: um espaço onde o paciente pode entrar e sair é bom, mas isto não será muito se ele não for tratado com respeito, como cidadão, a partir de uma relação baseada na confiança.

O trabalho se configura, então, como uma categoria fundamental da reforma psiquiátrica. Tanto aquele das equipes de saúde mental quanto aquele dos pacientes. Como pensar em um bom serviço de saúde mental se os próprios trabalhadores da equipe sofrerem de jornadas exaustivas,

péssimas condições de trabalho e mau pagamento? Se não ingressarem no serviço público por mérito – por concurso público, como prevê a nossa constituição? Se não receberem uma formação adequada e se, no cotidiano do serviço, não houver previsão de capacitações e supervisões? Se a relação entre a gestão municipal e a equipe não for pautada pelo diálogo? Se não houver equipes multidisciplinares valorizadas? Se a demanda de trabalho for muito superior à possível?

No caso das pessoas em sofrimento mental, o trabalho pode representar a sobrevivência material, um espaço de socialização e de criação de vínculos afetivos, o reconhecimento social, a construção de uma nova identidade. Tudo isto em nada se parece com o entendimento pineliano de que é necessário destruir a loucura por meio da distração possível com o trabalho. O que destacamos é a possibilidade de que a vida tome novos sentidos – isto se o trabalho escolhido dá sentido à vida. Nem todo trabalho o faz, muito pelo contrário, muitas vezes são as condições de trabalho que favorecem os mais diversos adoecimentos.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental apareceram as diretrizes de um grande movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. Esta reforma se deu de maneira diferente em todo território nacional, articulada com as características sócio-históricas específicas. Mas podemos dizer que a expressão Atenção Psicossocial agrega um *continuum* de cuidado, desde a promoção em saúde mental, prevenção de transtornos e agravos até o tratamento. As pessoas são tratadas de forma integral e como cidadãos, independente do diagnóstico que possuam. A ética deve prevalecer sobre a técnica, devendo o paciente construir, junto com a equipe, o seu plano terapêutico individual. As instituições totais devem ser abolidas. Instituições só devem existir como lugar de cuidado e de mediação entre o paciente e sua comunidade. Todos os tratamentos de cunho moral e ideológico devem ser extintos, uma vez que apenas servem para a criação e aumento dos preconceitos. A atenção da equipe não deve se centrar no sintoma ou na pessoa que apresenta o sintoma. É necessário agir socialmente, sobre os determinantes do adoecimento. Os centros

de atenção psicossocial teriam função estratégica na articulação da atenção psicossocial no território.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com base nesses pressupostos, foram surgindo os primeiros Centros de Atenção Psicossocial. O primeiro deles, de nome Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi criado em 1986; portanto, ainda antes da efetivação do SUS. Os CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram, timidamente, espalhando-se e iniciando atuações diversas e bem sucedidas ao longo do Brasil.

A partir de 1992, este modelo foi oficialmente adotado pelo Ministério da Saúde. Para o Ministério,

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 9)

Dentro desta definição, é possível criar distintas formas de atuação. O principal é compreender a dimensão de estratégia: o CAPS não se confunde com o que acontece dentro das paredes de um espaço chamado CAPS. Ao contrário, ele é a estratégia criada a partir de uma lógica própria. Nesse sentido, não adianta ter um espaço físico diferente de um manicômio e funcionar segundo a lógica do manicômio.

O CAPS lida com o sofrimento humano que pode ou não tomar a forma de transtorno mental. Assim, não importaria o diagnóstico e nem a gravidade do sofrimento ou transtorno: o CAPS seria responsável pelo cuidado e pelo acompanhamento da pessoa em sofrimento. Foi criada a

nomenclatura “Transtornos Mentais Severos e/ou Persistentes” quando se apresenta um quadro de grave comprometimento psíquico. Pessoas com esses transtornos são público prioritário dos CAPS não só por causa da gravidade de sua situação, mas também por uma questão histórica: eram o principal público dos manicômios. Uma vez que estes foram gradativamente extintos, foi necessário criar um lugar de atenção, já que vários pacientes internos por muitos anos apresentavam dificuldades diversas quanto à inserção comunitária. Muitos já nem tinham mais contato com suas famílias!

Portanto, a equipe do CAPS deve ter como fim último o exercício da cidadania destas pessoas, com a reintegração às atividades comunitárias. Isso significa poder estudar, trabalhar, frequentar os espaços de lazer da comunidade, viver de forma autônoma, da maneira que a própria pessoa julgar melhor. No início, isto é muito difícil, por isso exige o acompanhamento mais próximo e frequente da equipe de saúde. Mas as experiências bem-sucedidas de atenção possibilitam que as condições de cuidado se modifiquem. Por isso, Rabelo (2006, p. 28) substituiu o conceito de alta pelo “de ‘cuidado’, até quando for necessário” e acrescentaríamos: da maneira que for necessária.

Isto porque o fato de duas pessoas terem a mesma doença não significa que elas devam ser tratadas da mesma maneira. O paciente, tomado como sujeito de sua própria história, deve participar da elaboração do que chamamos de plano terapêutico individual.

Somos acostumados a nos consultar com os médicos. Do alto de sua sabedoria – de quem estudou para isso – eles fazem receitas que devemos seguir. Muitas vezes, não concordamos com o tratamento, não gostamos dele ou do médico, ou por condições específicas, não temos como seguir as instruções daquela maneira. Por isso, frequentemente, o tratamento falha e o paciente é culpabilizado por isso, pois o seu dever seria seguir exatamente a ordem médica.

No campo da saúde mental compreendemos primeiramente que, independente da expertise ou da especialidade do profissional de saúde,

o paciente deve ser atendido por alguém em quem ele confie. Por isso, o técnico de referência que o auxiliará a buscar soluções para os seus problemas será escolhido pelo vínculo com o paciente, e não por qualquer motivo administrativo.

Seguindo a mesma filosofia, é possível pensar o conceito de território. Uma vez que há um sistema público de saúde, faz-se necessário ordenar o seu funcionamento a partir de critérios específicos, como os territoriais e epidemiológicos. Entretanto, entendemos que o território de que falamos é um território vivo, o lugar em que o sujeito constituiu suas vivências comunitárias, estabeleceu seus laços afetivos, construiu as suas memórias, sua identidade e sua relação com o mundo. Por isso, trabalhar com um sujeito é atuar junto às instituições, organizações e pessoas que fazem parte do território vivido. Pensemos em Aquipiora: como tratar os pacientes com síndrome do pânico, sem lembrar que, a cada dia, mais crianças estão se afastando de suas famílias porque, no seu território, não há condições de estudo?

Nesse sentido, a definição de CAPS do Ministério da Saúde é reducionista e adaptacionista. Não basta integrar o sujeito a um ambiente, porque, muitas vezes, é este ambiente que favorece o adoecimento. Deve-se transformar o ambiente. Além disso, o CAPS não visa meramente oferecer atendimento médico e psicológico porque as profissões medicina e psicologia não dão conta da complexidade do fenômeno mental. Neste sentido, concordamos com Sampaio e Barroso (1994, p. 2), quando definem CAPS da seguinte maneira:

Um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS constitui serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, aos problemas de saúde mental, individual e coletiva. Caracteriza-se por multiplicidade crítica de funções e técnicas, prática interdisciplinar e acessibilidade local. Por sua complexidade deve situar-se em distritos sanitários de regiões metropolitanas, ou em municípios de porte médio ou grande, coordenando a política de saúde mental de onde se instale e servindo de referência a equipes

mínimas de saúde mental em municípios de pequeno porte na região de cobertura.

Observe-se que, enquanto a definição do ministério foca no sujeito, a de Sampaio e Barroso (1994) distribui a assistência tanto no que tange aos problemas individuais quando aos coletivos. A multiplicidade crítica de funções e técnicas não permite que elas sejam limitadas a profissões específicas, uma vez que a atuação em um CAPS precisa se inventar a partir de cada situação cotidiana. Desta maneira, para além do sistema de saúde, um CAPS deve atuar conjuntamente com os equipamentos das políticas públicas de assistência social, educação, trabalho e geração de renda, cultura, entre outros. Para os autores citados, um dos objetivos do CAPS é “apoiar a promoção de cidadania e a construção coletiva da qualidade de vida”. (SAMPAIO; BARROSO, 1994, p. 2)

Isto porque o exercício de cidadania, em si, é terapêutico. O que as autoras deste livro defendem é que o cerceamento dos direitos próprios à cidadania, somado a configurações afetivas e materiais, ligam-se às várias formas de adoecimento mental. Por isso, a construção da qualidade de vida deve ser tomada de forma coletiva. Isto se torna fundamental dada a herança histórica relacionada ao louco, que até hoje convive com situações de preconceito e segregação.

O que está aqui sendo dito não pode ficar a cargo da boa intenção dos profissionais. Por isso, é necessário que os trabalhadores da saúde mental, em especial os do CAPS, tenham um cotidiano de trabalho com condições dignas; com previsão para capacitações internas; realização de pesquisas; e supervisões sistemáticas, em que também os profissionais possam ser cuidados. A hierarquia, seja entre equipe e paciente, seja dentro da própria equipe, deve ser diminuída ao máximo, já que muitas vezes ela cristaliza e dificulta as relações.

Na prática, além das atividades acima citadas, o CAPS realiza:

Acolhimento: tem este nome porque não se trata de receber, administrativamente, um paciente. O profissional de nível superior que o

realiza deve ter uma escuta atenta e manejo adequado do conteúdo que ali é dito, além de boa capacitação em psicopatologia. No acolhimento, inicia-se o vínculo com o profissional e com o CAPS.

Plano terapêutico individual: é realizado de acordo com os problemas e dificuldades encontrados. Elege-se o técnico de referência do paciente ou do caso a partir do vínculo estabelecido.

Atendimentos individuais e em grupo: são diversos, realizados com distintos profissionais e objetivos. Podem se configurar como escuta de apoio, orientação, mediação, ou tratamento propriamente dito. Os atendimentos individuais podem também servir à avaliação para outros órgãos, como aqueles ligados à justiça.

Ambulatório: o tratamento ambulatorial deve se utilizar de técnicas terapêuticas diversificadas e evitar o uso exclusivo de intervenção farmacológica.

Retaguarda às internações psiquiátricas: frequentemente, é possível evitar a internação psiquiátrica. Quando ela acontece, o desejável é que o paciente seja atendido por equipe capacitada nos hospitais gerais. Entretanto, os CAPS ainda convivem com instituições manicomiais. De qualquer maneira, a equipe do CAPS deve continuar o acompanhamento do paciente em crise, não importa em qual instituição ele esteja, pois ela permanece exercendo a função de cuidadora responsável.

Oficinas: Almeida et al. (2004) dividem as modalidades de oficinas a partir de seus objetivos: as terapêuticas, as autoexpressivas e as de habilitação social. No caso das terapêuticas, objetiva-se dar uma resposta clínica a uma dificuldade clínica. Já as autoexpressivas servem a quem as desejem: configuram-se como “um espaço livre para um conjunto de experiências simbólicas e criativas do ser humano, sua capacidade de fantasiar e de brincar, sem urgência, sem necessidade imediata, sem objetivo específico”. (ALMEIDA et al, p. 119) As de habilitação social se destinam àqueles pacientes fora do estado agudo e de crise e podem se realizar em qualquer espaço da cidade. A partir do plano terapêutico individual, o paciente pode se inserir em atividades sociais, que, a partir

daí, tomam o caráter de habilitação. É uma maneira não só de integração do paciente, mas de expor à sociedade ao convívio com as diferenças. É importante salientar que qualquer oficina ou mesmo qualquer relação podem ser terapêuticas, caso haja uma disposição do terapeuta para escutar e se oferecer como alguém que provê auxílio, mostra-se confiável e encoraja a autonomia. Ao mesmo tempo, mesmo um psicoterapeuta graduado pode não exercer uma função terapêutica, caso não apresente estas características.

Matriciamento: o apoio matricial é uma modalidade de atuação formulada por Gastão Wagner Campos, em 1999. “O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção de projetos terapêuticos junto à população”. (CHIAVERINI, 2011, p. 14–15) Tal suporte técnico-pedagógico já se fazia presente no cotidiano dos CAPS mesmo antes da formulação deste conceito, na forma das atividades de assessoria, formação, supervisão de serviços diversos, comunicação e crítica social, como defendido por Sampaio e Barroso (1994).

Assembleias: o modelo de assembleia segue a previsão do SUS para participação popular. Enquanto que conselhos e conferências de saúde são modelos de participação popular na cidade, a assembleia seria um momento, no cotidiano do serviço, em que todos os interessados poderiam discutir sobre a atuação do CAPS, avaliá-lo e contribuir para melhorá-lo. Por isso a necessidade de que ocorram com uma periodicidade predefinida. Esta é também uma estratégia para diminuição da hierarquia entre trabalhadores, usuários e familiares.

Visitas à comunidade: grande parte das vezes, a atenção em saúde mental não se dá no espaço do CAPS. Ela pode se dar em qualquer espaço da comunidade, em forma de reuniões, rodas de conversa, capacitações. Podem também tomar a forma de visitas domiciliares para pacientes específicos, para acompanhamento deles ou de suas famílias, substituindo a lógica da institucionalização pela do cuidado. Há também

a realização da busca ativa: por vezes, alguém ou uma situação, aos olhos da equipe, merece uma intervenção em saúde mental. Mesmo que o CAPS ainda não tenha sido solicitado, é possível se aproximar de forma não impositiva, e colocar-se à disposição para ajudar.

O que é preciso salientar é que toda atividade proposta pelo CAPS deve tomar como pressuposto a cidadania do usuário. Portanto, deve-se evitar atividades que, ao invés de proporcionar o convívio comunitário, segreguem ainda mais os pacientes. Fazer, rotineiramente, atividades como “festa dos usuários do CAPS” ou ainda criar espaços como brinquedotecas dentro dos CAPS podem servir à segregação social: o usuário adulto deve ser incentivado a participar das atividades de lazer de sua comunidade, assim como as crianças devem conviver nas brinquedotecas municipais, independente de diagnósticos. Assim se dá o processo terapêutico a partir da vivência da cidadania e se previne preconceitos.

Ao final deste capítulo, a nossa mensagem é que, embora já haja mais de 20 anos de experiências em atenção psicossocial, com diversos equipamentos CAPS espalhados pelo Brasil, o que temos são diretrizes e valores de atuação. As práticas se mostram muito diversas e assim devem ser, dadas as diferenças sociais encontradas em cada lugar. Entretanto, é preciso avaliá-las: em que medida, realmente, cumprem o que prometem? Caso não cumpram, o que deve ser modificado? Essas avaliações nunca podem cessar, uma vez que os transtornos mentais mudam de acordo com as determinações históricas e, portanto, as práticas deste campo permanecerão em contínua metamorfose.

Você já conhecia os CRAS? Procure mais informações sobre as políticas federais de assistência social e descubra como é possível construir uma ação intersetorial, especialmente com a saúde.

Que problemas você vê na forma de organização do CRAS e do CAPS de Aquipiora? Como eles poderiam ser solucionados?

A partir do que você aprendeu sobre as atividades que um CAPS pode realizar, elabore um plano de atuação relacionado aos casos de síndrome do pânico em Aquipiora.