

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRUTURADA SEGUNDO PARAMENTOS DA BIOMEDICINA: UMA BARREIRA AO CUIDADO INTEGRAL

Oliveira, Lucena de, Dilma¹; Sampaio, Juliana²; Gomes, Bezerra, Luciano³; Ferreira, Silva, Thayane Pereira da⁴; Souza, Nascimento, Adelle Conceição dos.⁵

¹ Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. dilmalu_jp@ yahoo.com.br

² Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. julianasmp@ hotmail.com;

³ Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil; lucianobgomes@ gmail.com

⁴ Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.; thayane.silva01@hotmail.

⁵ Psicóloga. João Pessoa, PB, Brasil. adellenascimento@gmail.com

Resumen: O presente trabalho apresenta um recorte das problematizações produzidas em uma pesquisa interferência que, ancorando-se nos referenciais teóricos da micropolítica do cuidado em saúde, bem como da Educação Permanente em Saúde, cartografa a produção do cuidado à pessoas portadoras de sofrimento psíquico, através da imersão no cotidiano dos trabalhadores de dois CAPS da rede local do município de João pessoa. Constatamos que apesar de ser indiscutível os avanços da reforma psiquiátrica brasileira um dos desafios a serem superados refere-se a estruturação dos serviços de atenção a saúde mental, as Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, a partir de uma classificação nosológica ou por fase cronológica – CAPS Transtornos, CAPS Álcool e drogas e CAPS Infantil – portanto oferta de cuidado segmentada segundo a lógica das especializações da biomedicina, a qual produz barreiras à construção do cuidado integral às pessoas com transtornos mentais e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas. Esta segmentação favorece a manutenção de um aspecto que se tentou romper com a Reforma Psiquiátrica: a centralidade da atenção na objetificação dos usuários, aprisionados em seu diagnóstico. Contrariando, assim, a tentativa de organização de uma rede de atenção psicossocial capaz de integrar diversos serviços, sem segregar o cuidado a pessoas com sofrimento psíquico a determinados espaços institucionais.

***Palabras clave:* salud integral; salud mental, biomedicalização.**

I. INTRODUCCIÓN

O cuidado em saúde mental teve avanços inegáveis, conquistados pela militância da luta antimanicomial com a Reforma Psiquiátrica e a atual política de saúde mental brasileira, neste momento ameaçada pelo governo golpista de alinhamento neoliberal que assumiu o poder no Brasil. Com foco na cidadania, a reforma abarca uma série de ressignificações clínicas, políticas e sociais, para a construção de novas relações sociais que incorporem a loucura na diversidade de modos de existência socialmente legítimos. Propõe a organização da atenção em saúde mental, a partir de uma série de serviços substitutivos, na construção de uma rede de cuidado articulada e com base comunitária.

Apesar de ser indiscutível os avanços da reforma psiquiátrica brasileira frente ao modelo manicomial, desde o modo de reconhecimento do sujeito em sofrimento, à humanização dos processos de cuidado e à articulação de equipes de cuidado interdisciplinar, ainda são grandes os desafios e diversos estudos anunciam a dificuldade de a Rede de Atenção PsicoSocial-RAPS funcionar efetivamente de modo substitutivo e não complementar ao modelo asilar, sendo constantemente reeditadas novas formas “humanizadas” de segregar^{3, 8}. Um dos desafios que queremos problematizar neste trabalho refere-se a estruturação dos serviços de atenção a saúde mental, as Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, a partir de uma classificação nosológica ou por fase cronológica – CAPS Transtornos, CAPS Alcool e drogas e CAPS Infantil – portanto oferta de cuidado segmentada segundo a lógica das especializações da biomedicina, a qual produz barreiras à construção do cuidado integral às pessoas com transtornos mentais e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas.

II. MÉTODO

O caminhar da produção de nossas problematizações

Os questionamentos ora expostos são frutos na produção da pesquisa “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”. Para este texto, traremos reflexões desencadeadas na RAPS de João Pessoa-PB, frente do projeto desenvolvida por pesquisadores apoiadores vinculados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tendo contado com trabalhadores e gestores como parte dos pesquisadores locais.

Trata-se de uma pesquisa interferência, tendo como um dos produtos a cartografia da produção do cuidado em saúde mental.

Os serviços escolhidos tiveram como critério o interesse dos profissionais em problematizar a produção do cuidado, a partir do que pactuamos nossa in-mundização⁵ em dois CAPS. Os pesquisadores participaram pelo menos uma vez por semana de atividades do dia a dia dos serviços, incluindo reuniões de equipe com perfil administrativo e/ou de supervisão, oficinas com usuários e ações territoriais.

A análise dos registros do campo se produziu numa contínua problematização sobre a produção do cuidado em saúde mental, a partir do encontro com os sujeitos envolvidos - gestores, trabalhadores, usuários e pesquisadores apoiadores - que foram instigados a refletir sobre o cuidado ofertado na rede, se debruçando e problematizando o cuidado que gerenciam, que produzem, que recebem e estudam.

III. RESULTADOS

A. As diretrizes de estruturação da assistência a saúde Mental no Brasil

Em resposta ao movimento antimanicomial e com o acúmulo de experiência de desospitalização em vários lugares do País, como é o exemplo de Santos, o Ministério da Saúde (MS) lança, nas décadas de 90 e 2000, uma série de programas fortalecendo a Reforma Psiquiátrica: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa de Volta para Casa e a expansão das residências terapêuticas e os CAPS estão descritos como elementos estratégicos nesse caminho².

Os CAPS se configuram como a principal aposta de serviços de substituição do modelo manicomial. Estes são paulatinamente a sua expansão, estruturados a partir de sua capacidade instalada para atender determinada população e forma de funcionamento (CAPS, I, II e III). Sua especificação acontece, especificamente, após a III Conferência Nacional de Saúde, em 2002, quando se redireciona a estruturação dos CAPS em três modalidades, duas baseadas em critérios nosológicos: CAPS transtorno - para atendimento de pessoas com transtorno mental severo e persistente- e CAPSad – para atendimento de usuários de drogas lícitas e ilícitas², e um terceiro baseado na categoria idade: CAPSi - para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Outro marco mais recente na política de saúde mental, em 2011, foi a estruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental - RAPS, que direciona a articulação de diversos serviços de diferentes densidades tecnológicas, a atenção básica, especializada, serviços de urgência e emergência, os serviços residenciais de caráter transitório e hospitalar. Tais serviços devem funcionar como dispositivos para estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A portaria que institui a RAPS propõe que os CAPS funcionem como coordenadores da atenção à saúde mental, que devem atuar integrados aos serviços de atenção básica, aos leitos hospitalares ou enfermarias psiquiátricas, as unidades de acolhida, às casas de residência terapêutica e ao consultório de rua¹.

A articulação entre estes serviços e destes com os demais dispositivos da rede de saúde e da rede intersetorial, a partir da integralidade do cuidado, se configura como cenário de desafios para a efetivação da rede de saúde mental², em especial, quanto ao funcionamento, fluxo e possíveis barreiras de acesso aos serviços.

O cuidado em redes deve ser entendido para além da organização dos serviços, de modo a atender às necessidades das pessoas. Contudo, vários profissionais da rede especializada de saúde têm apresentado forte resistência em se perceberem como parte integrante da RAPS, por serem membros do corpo técnico de serviços especializados exclusivamente relacionados à atenção a pessoas com transtornos psíquicos. A tendência que verificamos foi a construção de fluxos protocolares que, ao contrário de produzir articulação, muitas vezes funcionaram como barreiras de acesso às pessoas com transtornos mentais e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas, segmentadas na sua singularidade ao vincula-las a uma atenção compartimentalizada.

B. A fragmentação do cuidado na RAPS de João Pessoa, Pb, e o cuidado focado na classificação nosológica ou por idade.

O esforço de vários trabalhadores e usuários em construir uma rede viva de cuidado, não em raras vezes, extrapola a estruturação oficial dos serviços (MERHY et al, 2014). Portanto, a fragmentação da rede não é determinante, mas pode interferir, facilitando ou impedido, na produção do cuidado.

Verificamos a existência, em nossa pesquisa, não de três modalidades de estabelecimentos de saúde mental, mas de três redes distintas de saúde mental, tanto no cotidiano das relações construídas pelos trabalhadores, como nos fluxos e protocolos oficiais da gestão dos serviços. Desse modo, ao invés de potencializar a produção de conexões, acabam dificultando e minando os esforços de integração e cuidado voltado para as necessidades da pessoa, em seu contexto e em seus territórios existenciais.

A racionalidade biologicista e medicamentosa, centrada na doença psíquica, orientou a estruturação da RAPS nos três tipos de serviços, e não as diretrizes da reforma sanitária. A organização da rede a partir desta diretriz - a especialização - favorece a segmentação das ofertas de cuidado, produzindo alguns efeitos que recolhemos na pesquisa:

- Verificamos situações onde se assumia, praticamente, a impossibilidade de cuidados a pessoas com transtorno mentais em outros serviços de saúde, mesmo quando suas demandas de cuidado não passavam pela dimensão da saúde mental. Tais dificuldades ocorrem tanto na rede especializada e hospitalar, quanto na atenção básica, produzindo uma centralidade do cuidado a pessoas com sofrimento psíquico exclusivamente nos CAPS, reeditando, assim, a lógica manicomial e impossibilitando o cuidado territorializado e que fortaleça os laços sociais e redes de apoio comunitários dos usuários.
- O cuidado de vários membros de uma mesma família, que tem idades ou demandas específicas (transtorno psíquico ou uso abusivo de álcool ou outras drogas) torna-se fragmentado em diferentes serviços, dificultando uma abordagem sistêmica da família;
- Disputa ou transferência de responsabilidades entre diferentes CAPS frente ao acompanhamento de usuários que demandam cuidados, mas cujas necessidades e queixas são difíceis de classificar, por exemplo: usuários que apresentam uso abusivo, mas há suspeita de transtorno; crianças já acompanhadas no CAPSi e que devem ser transferidas quando atinge a idade considerada adulta.
- a dificuldade dos profissionais de serem acolhidos quando tentam romper os limites, protocolos e fluxos dos serviços, acionando redes intersetoriais ou mesmo serviços do próprio setor saúde.

Em algumas situações acompanhadas, respeitada as diferentes posturas dos sujeitos envolvidos no cuidado - trabalhadores e gestores - verificamos que a proposta de substituição do cuidado asilar pelo territorial, não avançou para além da estruturação dos serviços especializados ambulatoriais substantivos - os CAPS. Com a categorização destes serviços em três tipos, além do distanciamento dos territórios, eles foram purificados de outras contaminações possíveis, agora protegidos previamente por critérios nosológicos ou por idade para construção do cuidado: conexões, contradições, outros olhares e explicações dos fenômenos e, portanto, outros agires sobre eles ficam barrados pela classificação prévia.

“Ficamos apenas com os que tem transtorno com adicção, se há algo “mental” encaminhamos para o outro CAPS. Trabalhamos em parceria e sempre nos comunicamos para resolver problemas assim” (DIARIO DE CAMPO 2).

Lancetti 6, historiando e problematizando a implementação dos CAPS em seu início, aponta que:

“Na realidade, o maior problema de que os CAPS padecem manifesta-se quando os profissionais escolhem pacientes e buscam adaptá-los às especialidades, aos modelos terapêuticos aprendidos com seus terapeutas. (...) Ao se iniciar a instalação pelos CAPS I, isto é, pequenos grupos de profissionais desconectados do sistema de saúde e sem possibilidade de priorizar o cuidado dos pacientes mais difíceis, houve uma tendência preventivistas” (LANCETTI, 2006, p. 47).

Já nos anos de 1970, a Organização Mundial da Saúde⁹ reconhecia a magnitude dos problemas de saúde mental e admitia a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconizava então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade, ideias incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A proposta de divisão dos CAPS em três tipos de serviços surge ao longo da estruturação da política de saúde mental. No período inicial de sua implementação, não se evidencia uma crítica intensa sobre suas limitações, capaz de produzir uma tensão a partir dos princípios da reforma psiquiátrica, de modo que sua expansão se dá em todo o país. De certa forma, é como se o movimento tivesse sido, em parte, capturado pelo olhar da especialização concebendo como avanço a separação do cuidado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003). A naturalização das práticas de cuidado, a partir de cada campo de conhecimento, impede a visualização de outras formas de descrição e atuação sobre o problema.

Porque separar o cuidado de crianças e adultos que na rua dividem a lata do crack? Como separar crianças, rotuladas de hiperativas, do cuidado de sua mãe em depressão e de seu pai adicto? Como separar o cuidado de uma criança cuja mãe grita desesperada que não pode mais viver daquela maneira, implorando que seu filho seja internado? Como não considerar o contexto de uma mulher, sobre o qual, a assistente social adverte: *“doutora se você não internar ela, eles vão quebrar ela de pau”*.

Para muitos profissionais que interagiram na pesquisa, a possibilidade de cuidado em serviços não especializados/segmentados é vista como absurda:

“Mas como misturar adulto com crianças, adictos com outros? Parece que você não conhece nossos pacientes” (Diário de Campo).

Juntos, dentro de uma instituição, não é mesmo sensato que se sugira isto. Mas o caminhar das problematizações possibilitou que vivenciássemos outras formas de cuidado. Como exemplo emblemático mostramos o processo de cuidado de um usuário onde partir de uma maior aproximação com a família e a equipe de Saúde da Família (EqSF) por ela responsável e a equipe CAPS inventa novos espaços de cuidado e novas formas de atuar profissionalmente, construindo outras possibilidades de compreender o sujeito e seus problemas. Ao estabelecer contato com outras dimensões do usuário, foi possível a visibilidade do sujeito para além de “pessoa violenta”, podendo vislumbrar alguém lutando para ser aceito entre seus pares, no seu jeito de viver a vida. É possível dar passagem, assim, além do “irresponsável” ou doente, para um “desenhista” que sustenta seu “vício”. A equipe consegue perceber então, a intrincada rede de cuidados necessários à família, de quem apenas exigia participação. Percebe as várias necessidades da irmã com depressão, da mãe com transtorno de ansiedade, de um irmão com transtorno bipolar e outro com retardo mental.

Antes tais demandas familiares foram não apenas reconhecidas separadamente como também não tinham sido cuidadas, já que o CAPS se restringia a atuar com pessoas adictas. Cada um dos membros da família era cuidado em lugares e por profissionais diferentes, que não dialogavam entre si. Diante da constatação de tal fragmentação do cuidado familiar, os profissionais puderam se interrogar:

“Se já cuidamos de tudo junto, porque separar? Porque não é hegemônico nos fluxos dos protocolos do serviço a possibilidade de cuidar junto e de forma integrada?”(Diário de campo)

Durante a reunião onde se fez esta reflexão, segue-se ao questionamento um silêncio bastante significativo; parecia que todos refletiam sobre sua prática e imaginavam novas formas de agir. Um trabalhador concluiu:

“Seria como no PSF: eu estou morando com meus pais muito idosos e a médica visita. Ela cuida dos dois, sempre que eu estou em casa, ela cuida de mim também. Um dia des- ses até deu uma receita para o cachorro lá de casa (risos)”. (Diário de campo)

Sua forma espontânea de se colocar arrancou risos de todos, mas a equipe pôde problematizar como é difícil visualizar outras formas de atuar dentro da rotina do trabalho cercados pelos muros do CAPS. A busca de se articular com a EqSF e o território possibilitou reconhecer outros modos e outras necessidades de cuidado. O cuidado restrito aos muros do CAPS, produzido por uma equipe multiprofissional fragmentada por especialidades, pode limitar o espectro de atuação capaz de constituir outras formas de atenção que rompam com o paradigma da doença.

A crítica a tal fragmentação não pressupõe, contudo, a abolição dos saberes e práticas especializadas, nem mesmo a defesa de se produzir novos profissionais capazes de responder a todas as demandas. Ao contrário, como salientam Menezes e Yasui (2009), tal problematização busca fomentar profissionais conscientes da limitação do conhecimento e da prática de sua especialidade, e que se tornem ávidos por ampliá-las, a partir de conexões com o usuário, a família, o território e os outros profissionais. Finalmente, admitir que separar problemas que são complexos, e imbricados entre si, obscurece suas conexões e dificulta a construção de possibilidades de atuação. Acaba-se intensificando o aprisionamento ao critério nosológico, e este passa a explicar toda a pessoa e seu comportamento.

Uma das consequências dessa segmentação é o desenvolvimento da rede de atenção psicossocial de João Pessoa, que acontece a partir da hipertrofia da rede secundária. Isso, porque a estruturação de cada rede se dá a partir dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, com fraco desenvolvimento de outras ofertas institucionais de cuidado.

IV. CONCLUSIONES

Cualquier Um dos desafios a serem superados pela reforma psiquiátrica que identificamos em nossa pesquisa é a segmentação do cuidado exacerbada pela atual estruturação dos serviços a partir do referencial de especialização biomédica. Essa limitação tem sido como efeito a manutenção de um aspecto que se tentou romper com a Reforma Psiquiátrica: a centralidade da atenção na objetificação dos usuários, aprisionados em seu diagnóstico. Muitas práticas e a própria estruturação de serviços baseadas em categorias nosológicas ou de idade podem reforçar intervenções baseadas na psiquiatrização/medicalização do cuidado. Contrariando, assim, a tentativa de organização de uma rede de atenção psicossocial capaz de integrar diversos serviços, sem segregar o cuidado a pessoas com sofrimento psíquico a determinados espaços institucionais.

O campo da saúde mental é o local onde as certezas especializadas da biomedicina, tidas como referenciais de descrição da realidade a priori, e protocolos fixos de tratamentos segundo diagnósticos, engessam o cuidado e o limitam diante dos sujeitos com sofrimento psíquico. As pessoas se constituem em multidões (MERHY, 2015), demandando um cuidado que se molde ao sujeito e a suas necessidades. Nesses termos o uso da clínica especializada limita a compreensão do vasto campo complexo de produção da vida, pois o cuidado não pode estar preso a protocolos, determinando sua forma por categorias nosológicas, pois cada pessoa demanda cuidados espontâneos, às vezes não previsíveis.

Quais dispositivos possibilitam a mudança e quais a dificultam? Não estamos tentando definir qual o peso da estrutura do serviço, ou do referencial teórico, ou do modelo tecnoassistencial para produzir as transformações do cuidado. Mesmo no cuidado medicalizante hegemônico percebemos as possibilidades de fugas e furos para a produção da vida. Verificamos, entretanto, como a demarcação do cuidado de forma apriorística, baseada em uma categorização diagnóstica ou por idade, cria um território artificial, o da especialidade. Dificultando, assim, pensar modos de produzir vida. A divisão não ajuda pois que separa antes de ser. Necessitamos de menos protocolos e mais diálogo, uma rede viva 4, 8 que se produz e se inventa no ato do cuidado.

REFERENCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
2. _____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** . Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
3. COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. Em: Amarante, P. (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p.13-44.
4. FRANCO T.B.; **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. in Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.
5. GOMES, M.P.C; MERHY, E.E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Organizadores. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
6. LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo Hucitec, 2006
7. MENEZES M.; YASUI S. **O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade**. In Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):217-226, 2009.
8. *MERHY E. E., GOMES M. P. C., SILVA E. SANTOS, M. F.L. CRUZ, K.T. FRANCO T.B.* Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências. Revista Saúde em Debate, 2014.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Organización de los servicios de salud mental en los países en desarrollo**. Dieciséis informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975. Serie de informes técnicos, v. 564
10. *ZAMBENEDETTI G. SILVA R. A. N.* **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte V.14.n.1 p.131-150, Junho, 2008.