

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

1ª Edição

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Belo Horizonte, 2006

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL**

Aporte financeiro

Este material foi produzido com recursos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Casa de Editoração e Arte Ltda.

Ilustração

Mirella Spinelli

Produção, distribuição e informações

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Rua Sapucaí, 429 – Floresta

Belo Horizonte – MG

CEP 30150 050

Telefone (31) 3273.5100

E-mail: secre.ses@saude.mg.gov.br

Site: www.saude.mg.gov.br

1ª Edição. 2006

WM MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em
105 Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.
MI 238 p.
AT 1. Saúde mental – Assistência - Organização. 2. Rede de Atenção à
Saúde Mental. 3 Programa Saúde em Casa. I. Título

AUTORES

ORGANIZAÇÃO

- **Ana Marta Lobosque**
- **Marta Elisabeth de Souza**

COORDENAÇÃO

- **Marta Elisabeth de Souza**
- **Lourdes Aparecida Machado Cunha**

PRINCIPAIS COLABORADORES

- **Fernanda Nicácio**
- **Fernanda Otoni de Barros**
- **Florianita Coelho Braga Campos**
- **Lourdes Aparecida Machado Cunha**
- **Luciana Monteiro Luciano**
- **Maria Helena Jabur**
- **Marta Soares**
- **Rodrigo Chaves**
- **Rosalina Teixeira Martins**
- **Ubiratan Mayka Coutinho**
- **Vinicius da Cunha Tavares**

APRESENTAÇÃO

A situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas.

Para responder a essa situação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que permitam prestar uma assistência contínua à população. E a pré-condição para a eficácia e a equidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a atenção primária.

O programa Saúde em Casa, em ato desde 2003, tendo como objetivo a melhoria da atenção primária, está construindo os alicerces para a rede de atenção à saúde: recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de saúde da família, além da ampliação da lista básica de medicamentos, dentro do programa Farmácia de Minas.

Como base para o desenvolvimento dessa estratégia, foram publicadas anteriormente as linhas-guias Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança e Atenção Hospitalar ao Neonato, e, agora, apresentamos as linhas-guias Atenção à Saúde do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabetes, Tuberculose, Hanseníase e Hiv/aids), Atenção à Saúde do Idoso, Atenção em Saúde Mental e Atenção em Saúde Bucal e os manuais da Atenção Primária à Saúde e Prontuário da Família. Esse conjunto de diretrizes indicará a direção para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada.

Esperamos, assim, dar mais um passo na consolidação do SUS em Minas Gerais, melhorando as condições de saúde e de vida da nossa população.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

MENSAGENS DE VALIDAÇÃO

O grande desafio que esta Linha-Guia enfrenta, com ousadia e rigor: produzir o necessário diálogo entre as tradições clínicas – psiquiatria, psicopatologia, psicanálise – e os desafios da clínica concreta na saúde pública. ...Um guia de grande utilidade, que ajudará os trabalhadores da Saúde Mental e da rede básica em sua lida diária, e também contribuirá para preencher a notável lacuna de trabalhos técnicos nascidos no contexto histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Coordenador Nacional de Saúde Mental – Ministério da Saúde

A abrangência e detalhamento das informações, bem como a sua forma simples de tradução são elementos elogiáveis. Tratar os temas tão complexos da prática profissional de forma acessível, como faz essa Linha-Guia, cria uma oportunidade importante para a construção coletiva das referências para uma prática de qualidade técnica e socialmente comprometida.

Ana Mercês Bahia Bock

Presidente do Conselho Federal de Psicologia

Esta Linha-Guia, por sua abrangência e atualidade, revela-se um importante instrumento para orientação do profissional (específico da Saúde Mental ou não) responsável direta ou contingencialmente pelo atendimento ao portador de sofrimento mental. Leva em consideração, de forma rigorosa, as necessárias interlocuções do campo da Saúde Mental, principalmente a nosologia psiquiátrica, a psicopatologia, a farmacologia, e os aspectos sociais e políticos, priorizando a subjetividade do principal personagem, o paciente. Em termos de saúde pública, é uma contribuição fundamental e privilegiada.

Gilda Paoliello, Hélio Lauar, Luciana Carvalho e Francisco Goyatá

Associação Minerária de Psiquiatria

Coerente com a concepção que orienta a política pública de Saúde Mental que vem sendo desenvolvida em Minas Gerais e também no Brasil, a Linha Guia representa o avanço e o acúmulo que este campo produziu sobre o modo de fazer a política: saber/fazer, teoria e prática articulados num exercício de reflexão clara, rigorosa e comprometida com os direitos dos usuários.

Rosemeire Silva

Coordenação de Saúde Mental – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG

A Linha-Guia constitui um importante referencial para trabalhadores de saúde no desenvolvimento de práticas assistenciais no campo da Saúde Mental, pautadas na ética e em sintonia com os princípios da clínica antimanicomial. (...) Apresenta os ingredientes indispensáveis para a implantação e a consolidação de estratégias locais de planejamento, de organização e de gestão de serviços.

Humberto Cota Verona

Presidente do Conselho Regional de Psicologia – 4ª Região (MG)

Trata-se de iniciativa relevante no contexto atual das políticas públicas de Saúde Mental rumo à desinstitucionalização da assistência e ao incremento de práticas humanizadas. (...) É convite também para o desenvolvimento de novos trabalhos, levando em consideração as diferentes realidades mineiras.

Professora Aparecida Rosângela Silveira, psicóloga

Chefe do Departamento de Saúde Mental e Coletiva da UNIMONTES

Professor Juliano Arruda Silveira, psiquiatra

**Preceptor de Saúde Mental das Residências de Saúde da Família
e Medicina Familiar e Comunitária, membro do Departamento
de Saúde Mental e Coletiva da UNIMONTES**

NOTAS SOBRE A ELABORAÇÃO DESTA LINHA-GUIA: A REFORMA PSIQUIÁTRICA – UM PERCURSO EM MINAS

Com alegria, apresentamos esta Linha-Guia em Saúde Mental a todos os profissionais da Atenção Primária e aos profissionais de Saúde Mental – enfim a todos aqueles que se encontram ligados à assistência aos portadores de sofrimento mental.

A elaboração deste trabalho representa mais um importante passo no percurso percorrido pelo Estado de Minas Gerais no debate e na implantação da Reforma Psiquiátrica. Minas, sem dúvida alguma, tem sido um ator político fundamental nesse processo – por meio de um estilo singular, que se encontra bem vivo nesta Linha-Guia.

Sua leitura nos mostrará como vem se consolidando a Reforma Psiquiátrica mineira, desde o final dos anos 70, quando trabalhadores do setor, num ato de coragem e de responsabilidade profissional, denunciaram à sociedade as condições subhumanas em que se encontravam milhares de pessoas internadas em nossos hospitais psiquiátricos. A partir de então, significativos avanços vêm ocorrendo na Saúde Mental – tanto mais valiosos por resultarem da parceria dos gestores com um expressivo movimento de trabalhadores, de usuários e de familiares da área.

Um marco dos avanços assim obtidos em Minas consiste na aprovação das leis estaduais nº 11.802, de 1995 e 12.684, de 1997, que preconizam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental. A aprovação posterior da lei nacional nº 10.216, em 2001, veio fortalecer e referendar a legislação estadual.

Nos anos subsequentes, vários municípios mineiros realizaram iniciativas e experiências as mais diversas nos campos da assistência, do direito e da cultura, relativas a uma nova abordagem do sofrimento mental. Todas elas vieram demonstrar não só a grave nocividade dos hospitais psiquiátricos, como a viabilidade concreta de um modelo substitutivo, com vários tipos de serviços, abertos e articulados em rede – amplamente apreciado pelos usuários, pelas famílias e pelas comunidades que os freqüentam e os conhecem.

Citaremos aqui alguns dados significativos. No início dos anos 90, havia em Minas Gerais cerca de 8 000 leitos psiquiátricos, distribuídos em 36 hospitais dos quais a grande maioria era de instituições privadas conveniadas ao SUS; entretantes, era irrisório o investimento em serviços ambulatoriais, mesmo os mais simples. Atualmente, os leitos foram diminuídos para cerca de 3 500, em 20 hospitais; esta redução foi feita de forma progressiva e sempre acompanhada pela construção de uma rede substitutiva de cuidados. Temos hoje 86 Centros de Atenção Psicossocial, cuja clientela-alvo são os portadores de sofrimento mental severo e persistente, acolhidos em regime de tratamento intensivo, sobretudo nas situações de crise. Temos, ainda, cerca de 300 equipes de Saúde Mental na Atenção Primária, muitas delas em parceria com as equipes dos Programas de Saúde da Família, em diversos municípios mineiros, para o acompanhamento subsequente destes usuários. 35 Serviços Residenciais Terapêuticos oferecem moradia a cerca de 280 usuários egressos de hospitais psiquiátricos de longa permanência.

Enquanto criam-se os recursos necessários para prosseguirmos rumo à extinção do modelo asilar, a Secretaria de Estado da Saúde vem avaliando sistematicamente as condições de infra-estrutura e de assistência dos hospitais psiquiátricos ainda existentes. Essa avaliação se faz juntamente com as Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde e as Secretarias Municipais, por meio da realização regular e cuidadosa da versão psiquiátrica do PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar) do Ministério da Saúde, desde 2002 – tendo fechado duas instituições que não preenchem condições mínimas de atenção a seus pacientes.

Temos cumprido nosso papel de orientar gestores e trabalhadores na criação da nova rede de serviços de Saúde Mental, acompanhando de forma assídua e próxima os municípios que requerem nosso apoio. Investimos recursos financeiros para a implantação e a ampliação da rede assistencial. Empenhamo-nos na obtenção e na distribuição dos medicamentos essenciais em Saúde Mental. Promovemos e apoiamos seminários, encontros, atividades de formação e de capacitação que transmitem os princípios da Reforma Psiquiátrica e os conhecimentos necessários à sua realização.

Neste sentido, esta Linha-Guia representa, a nosso ver, um importante instrumento para o trabalho cotidiano dos profissionais da Atenção Primária e da Saúde Mental de Minas Gerais – contribuindo para a vitalidade e o avanço na atenção aos portadores de sofrimento mental.

NOTAS SOBRE A ELABORAÇÃO DESTA LINHA-GUIA: QUESTÕES DE MÉTODO

Por ocasião do planejamento desta Linha-Guia, solicitamos a contribuição de diversos colegas da Saúde Mental, sob a forma de pequenos textos sobre alguns dos vários temas tratados aqui. A coletânea assim reunida deveria compor o produto final.

Estas contribuições chegaram-nos com presteza, interesse e competência – revelando, todas elas, inegável qualidade. Contudo, foi impossível compor o conjunto de um trabalho como este, que requer unidade de estilo, concepção e linguagem, por meio da reunião de textos tão heterogêneos entre si.

Tivemos, pois, que rever o projeto inicial: esta Linha-Guia foi concebida por seus organizadores, e, em sua maior parte, também redigida por eles.

Incluímos, eventualmente, com algumas modificações e/ou acréscimos, alguns dos textos recebidos – cujos temas e autores serão indicados no final destas notas. Outros aportes, embora significativos, não puderam ser incluídos no presente trabalho, ou só o foram após subatância alteração.

Nem por isto deixamos de agradecer sinceramente a todos aqueles que responderam ao nosso convite com tanta gentileza. Suas contribuições, integradas ou não ao texto final, provêm de mãos que trabalham cotidianamente e firmemente na construção da Reforma Psiquiátrica, seja na assistência, na gestão ou no movimento social. Seus nomes, portanto, sem exceção, fazem parte da Equipe Responsável pela Linha-Guia.

Agradecemos ao Dr Luiz Carlos Cordeiro Silva, ex-Secretário Municipal de Saúde de Congonhas, que cedeu a Dra Lourdes Aparecida Machado Cunha, funcionária daquele município, à Secretaria Estadual de Saúde, para trabalhar na elaboração desta Linha-Guia.

As peculiaridades da Saúde Mental, que não se deixam transmitir pela metodologia das escalas, gráficos, protocolos, etc, exigem um texto de caráter mais discursivo. Esperamos que esta aparente dificuldade seja compensada pela clareza e pelo rigor do trabalho realizado.

Foram utilizadas referências bibliográficas consistentes, desde textos clássicos da área da Saúde Mental, até documentos governamentais, legislações, etc. Esta Linha-Guia, porém, seria inconcebível tal como é, se não partisse da experiência viva dos seus autores e dos colaboradores na abordagem e no tratamento dignos dos portadores de sofrimento mental.

Todo este trabalho foi acompanhado carinhosamente, passo a passo, pela Coordenação Estadual de Saúde Mental. Com o mesmo carinho, desejamos ao leitor uma feliz trajetória ao longo desta Linha-Guia.

Coordenação Estadual de Saúde Mental



SUMÁRIO

Prefácio	17
Introdução	19
I. A Saúde Mental em nosso tempo.....	21
1.1 A Saúde Mental no mundo: perspectivas.....	23
1.2 Breve histórico da reforma psiquiátrica brasileira	29
1.3 Minas sem manicômios: mapas e vozes da reforma.....	32
II. A organização da assistência em Saúde Mental	37
2.1 O acolhimento	39
2.2 Vínculo e responsabilização do cuidado	42
2.3 A atuação em equipe	43
2.4 A organização do processo de trabalho em Saúde Mental.....	45
2.5 A cidadania	49
III. A rede de atenção à Saúde Mental	51
3.1 Projetos de Saúde Mental: construção coletiva ..	53
3.2 A atenção em Saúde Mental nas unidades básicas de saúde	54
3.3 Os CAPS ou CERSAMS	59
3.4 Outros serviços e recursos	64
IV. Além da saúde: passos decisivos.....	69
4.1 Concepção de reabilitação psicossocial: problematizando um conceito	71
4.2 Oficinas terapêuticas, centros de convivência e espaços afins.....	72
4.3 Os grupos e as associações de produção solidária: a conquista do trabalho.....	75
4.4 Serviços residenciais terapêuticos ou moradias: habitando a cidade	79
4.5 Ações intersetoriais	82
V. Controle social: movimentos vivos	87
5.1 Luta antimanicomial: movimento social	89
5.2 Conselhos de saúde e instâncias afins: uma conquista legal	96

VI. O sofrimento mental grave: quadros clínicos	99
6.1 O sofrimento mental grave: uma doença como as outras?.....	101
6.2 A classificação dos transtornos psíquicos	104
6.3 Os quadros psiquiátricos orgânicos	108
6.4 As psicoses	113
6.5 As neuroses	128
6.6 Considerações finais	137
VII.A abordagem e o tratamento do sofrimento mental.....	139
7.1 A entrevista inicial: entrando em contato.....	141
7.2 O projeto terapêutico: a direção do tratamento...	145
7.3 A atenção à crise	150
7.4 Visitas domiciliares e outras formas de busca do paciente	157
7.5 A atenção à família	160
7.6 O recurso aos psicofármacos.....	162
VIII. Algumas condições específicas em Saúde Mental e sua abordagem	191
8.1 O uso abusivo de álcool e outras drogas	193
8.2 Atenção à criança e ao adolescente.....	201
8.3 O “louco infrator”: atenção ao portador de sofrimento mental autor de ato infracional	204
IX. A legislação em Saúde Mental	209
9.1 As leis federais	211
9.2 As leis e decretos estaduais	212
9.3 Menções aos portadores de sofrimento mental nos códigos penal e civil brasileiros	212
9.4 Resoluções estaduais e portarias ministeriais	214
X. O financiamento em Saúde Mental	215
10.1 O financiamento da saúde em geral	216
10.2 As formas de financiamento em Saúde Mental.....	218
XI. O sistema de informação e o registro de dados em Saúde Mental.....	225
11.1 Os indicadores	227
11.2 A planilha de programação local	227
11.3 O registro no prontuário do paciente	229

PREFÁCIO

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO

Merece elogios enfáticos a iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, ao publicar esta Linha-Guia em Saúde Mental. A atenção às pessoas com sofrimento mental no âmbito da saúde pública passou por mudanças concretas e profundas a partir do início dos anos 90 do século passado, no Estado de Minas e em todo o país. Hoje, vivemos um momento de transição: a hegemonia do modelo asilar vai sendo aos poucos, vencida, por meio da construção contínua de uma rede de cuidados diversificada, complexa, comunitária, dinâmica e, o que é crucial, integrada profundamente à vida diária dos pacientes e da cidade. São 670 CAPS, centenas de residências terapêuticas, ambulatórios de novo tipo, centros de convivência, programas de geração de renda e inclusão pelo trabalho, centros de saúde e equipes de saúde da família integrados ao acolhimento em Saúde Mental. Neste ambiente novo, uma nova prática vem se construindo.

De que matéria são feitas as instruções, as orientações, os códigos de conduta, os protocolos no campo denso da prática em Saúde Mental? Na tradição hospitalocêntrica, tudo estava em seu lugar, sabíamos todos mais ou menos o que fazer. No caso dos pacientes graves, era uma arquitetura sem surpresas, e uma prática laboral bem definida: emergência (às vezes, a porta mesma do hospital psiquiátrico), internação, ambulatório. Os pacientes eram sempre “egressos”, quando não permaneciam internados indefinidamente. O fora e o dentro asseguravam a ordem e a certeza da empreitada clínica. Pois hoje esta nova clínica do território subverte o fora e o dentro, o normal e o anormal, a tutela e a autonomia. Mesmo os tempos são outros: emergência é crise – que pode ocorrer sempre; o ambulatório, com sua previsibilidade burocrática de um guichê de repartição pública (“retorne dia tal, às tantas horas”), é substituído pelo tempo cotidiano, pela duração mesma da vida; a internação não é mais a imersão atemporal no espaço protegido da tutela, mas um evento curto, permeável à vida diária, sem muros. Outro espaço, outro regime de tempo: outra clínica.

Assim, é preciso mesmo construir linhas-guias, que funcionem como itinerários seguros – mas plurais – para uma prática a céu aberto, desamparada. Uma prática em que os conceitos cruciais são outros: acolhimento, cotidiano, rede, território, autonomia

possível. Mas que, se é feita de outra ética, diversa da ética asilar, uma ética da inclusão, da construção diária do lugar social do louco na cidade, não deixa de ser também tributária das grandes, brilhantes tradições teóricas e técnicas do mundo da Saúde Mental. Como buscar rigor no desamparo de uma prática que se dá no centro da vida, no redemoinho do cotidiano? Num lugar que não tem a centralidade do hospital, a organização rígida do ambulatório tradicional, o ritmo pesado e hierárquico da emergência médica? Um lugar que é uma... “rede”, desenhada em um... “território”? Um tempo que é duração, dia-a-dia?

Tal é o grande desafio que esta Linha-Guia enfrenta, com ousadia e rigor: produzir o necessário diálogo entre as tradições clínicas – psiquiatria, psicopatologia, psicanálise – e os desafios da clínica concreta na saúde pública. Uma orientação para o trabalho nos CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios de novo tipo, unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde.

O texto convoca o leitor a conversar com o portador de sofrimento mental, através de um convite suave mas nítido: “Fale com ele!”, saiba quem ele é, acolha-o. Apresenta um histórico da reforma psiquiátrica, descreve a organização da assistência em Saúde Mental, com ênfase no conceito-chave de acolhimento, discute os quadros clínicos, o projeto terapêutico, os recursos técnicos para o tratamento, e os temas da política de Saúde Mental.

Uma guia de grande utilidade, que ajudará os trabalhadores da Saúde Mental e da rede básica em sua lida diária, e também contribuirá para ir preenchendo a notável lacuna de trabalhos técnicos, nascidos no contexto histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Coordenador Nacional de Saúde Mental Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

O PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL: FALE COM ELE!

Esta Linha-Guia tem como objetivo maior convidar o leitor a aproximar-se do portador de sofrimento mental.

Geralmente, os chamados “loucos” ou “doentes mentais” são personagens conhecidos sobretudo através da palavra alheia. O nosso encontro com eles costuma ser precedido de uma série de visões, retratos, testemunhos, sempre feitos por outros.

Os técnicos ou especialistas, quando afirmam saber tudo sobre o assunto, na verdade, baseiam-se num conhecimento adquirido pela observação e pela classificação dos ditos doentes mentais *dentro* do manicômio – ou seja, em condições artificiais, isolados do seu contexto social e familiar.

As pessoas em geral, os “leigos”, por outro lado, dizem nada saber a esse respeito – mas imaginam os “loucos” como pessoas perigosas e incompreensíveis, alheios ao contato com outros seres humanos. Ora, o mesmo caldo de cultura que originou o manicômio criou também os pretextos para a sua existência, disseminando os mitos da periculosidade e da incapacidade dos portadores de sofrimento mental.

Sem dúvida, eles nos dizem coisas muito estranhas. Sentem-se comandados telepaticamente por outras pessoas, ou teleguiados pela TV ou Internet. Escutam vozes que lhes dão ordens de forma ameaçadora e hostil. Acreditam-se perseguidos como objetos de complôs, experiências científicas, assédios sexuais. Sofrem interferências em seu próprio pensamento: bloqueios, interrupções, invasões de idéias alheias.

Essas experiências os deixam inquietos e atormentados. São levados a dizer e a fazer coisas disparatadas; transtornam-se o seu sono, o apetite, a sexualidade. Os familiares, os vizinhos, os amigos, e também a comunidade ficam perturbados e perplexos ao vê-los assim.

Tais problemas, naturalmente, requerem uma abordagem. Qual?

O nascimento da ciência moderna parecia prometer-nos soluções adequadas e racionais. Entretanto, pode-se verificar a grande estupidez da nossa razão, na forma pela qual vem lidando com a loucura.

Afinal, como reagirá uma pessoa que se julga perseguida, se a internam sumariamente, sem escutar seus argumentos nem tentar argumentar com ela? Se alguém se julga cobaia de experimentos científicos, como se sentirá quando é tratado meramente como objeto de pesquisa? E, principalmente, se estas pessoas se sentem guiadas e dominadas por forças alheias, o que pode acontecer quando de fato decidimos o seu destino, abusando da força?

Quando alguém enlouquece, pode começar a desconfiar dos outros sem motivos compreensíveis? É possível. Contudo, uma coisa é certa: podemos entender as razões que alimentam e que fazem crescer a desconfiança dessas pessoas, quando são tratadas tão irracionalmente assim!

Sob o pretexto de curá-los, os chamados loucos foram internados, contra a sua vontade e sem direito a recurso, em instituições carcerárias – como eram os primeiros manicômios, e continuam sendo os hospitais psiquiátricos mais modernos. E, a partir daí, o mais pesado destino lhes foi imposto: um destino sem futuro.

Este destino vigora ainda hoje para muitos e muitos deles. Permanecem internados ao longo de toda sua vida, imóveis no mesmo lugar, vendo passar dia após dia, sempre iguais. Sofrem maus-tratos físicos e humilhações morais. São vistos como motivo de vergonha para suas famílias, e de ameaça para a sociedade. São tutelados por médicos, juízes e outras autoridades. Considerados incapazes de produzir, de amar e de conviver, perderam os laços de afeto, de trabalho, de cultura, que tecem uma vida humana. Frequentemente, quando recebem alta, a solidão no hospital psiquiátrico é trocada pelo abandono nas ruas, sem o apoio indispensável para reatar os vínculos rompidos.

Enfim, quando se parte da lógica do autoritarismo, seja dentro dos hospitais, seja fora deles, as únicas vozes que os portadores de sofrimento mental escutam são aquelas que os invadem e lhes ditam ordens, privando-os de voz ativa. Fala-se *para* eles, fala-se *por* eles – e, assim, são constantemente impedidos de falar em seu próprio nome.

Contudo, quando falamos *com* eles, a conversa é outra. Ao escutá-los, sem medo ou prepotência, percebemos que a loucura, antes de ser uma doença, é uma experiência humana – e como tal deve ser tratada.

Esta experiência coloca, certamente, questões muito difíceis para o nosso pensamento. Contudo, justamente por isso, são questões que nos desafiam e nos ensinam a pensar. Neste sentido, aqueles que buscam outras maneiras de abordar os portadores de sofrimento mental aprenderam muito – e continuam, felizmente, tendo sempre muito a aprender.

Tentou-se tratá-los da melhor maneira possível dentro dos hospitais psiquiátricos, quando não havia outros recursos: contudo, ali não se encontravam saídas reais. Foi preciso abrir portas: criaram-se os serviços abertos, substitutivos ao hospital psiquiátrico. Mais, ainda: foi preciso também ir além dos serviços de saúde, oferecendo suportes para o convívio social. E, afinal, nada disso teria sentido se não fosse feito junto com eles e partilhado com a sociedade: surgiram as associações de usuários e de familiares do movimento antimanicomial, intervindo nos serviços e nas políticas de Saúde Mental.

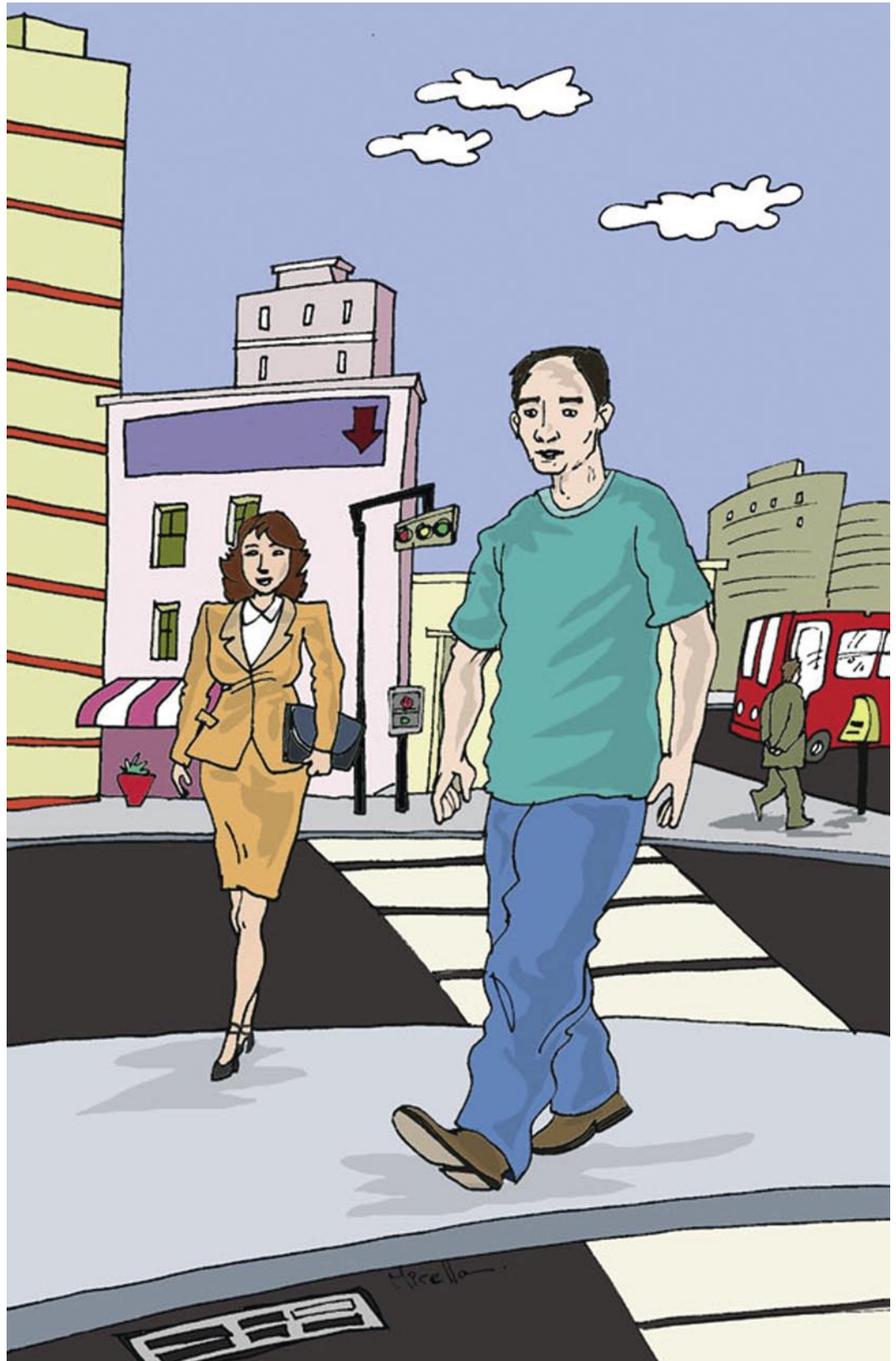
Ao longo desse processo, ocorreram alegres surpresas e duras dificuldades. Contudo, a demonstração está feita: é possível, e é eficaz, abordar os portadores de sofrimento mental com o seu consentimento e participação no próprio tratamento; é possível, e é necessário, recusar estruturas institucionais autoritárias e excludentes para tratar deles. E, sobretudo, é possível e é desejável que eles estejam entre nós, presentes e ativos na vida de cada cidade – lutando para torná-la mais justa, mais limpa e mais bela.

Assim, um grande número de portadores de sofrimento mental pôde ter acesso a um outro destino, com vida em seu presente e projetos em seu futuro. Contudo, é árduo o trabalho a desenvolver se queremos apoiá-los nestas conquistas – além de estendê-las aos 45.000 brasileiros internados em hospitais psiquiátricos, privados ainda de voz e voto.

Como todas as visões sobre a loucura, esta que se apresenta aqui é feita de uma determinada perspectiva. Contudo, as diferentes visões não têm o mesmo valor e alcance: dependendo da posição em que nos situamos, podemos ver de forma mais ampla, e compreender mais profundamente.

Cada um deve apreciar as diferentes concepções existentes sobre os portadores de sofrimento mental. Contudo, antes de concluir, faça o mais importante: veja por si mesmo. Experimente: no CAPS, na unidade básica, na visita domiciliar, na rua, nas associações de usuários, seja onde for – *fale com eles!*

I. A SAÚDE MENTAL EM NOSSO TEMPO



1.1 A SAÚDE MENTAL NO MUNDO: PERSPECTIVAS

Aqui, trataremos dos aspectos históricos das chamadas Reformas Psiquiátrica, importantes para a compreensão das idéias e questões apresentadas na introdução. Ainda, apresentamos concretamente as propostas da Reforma Psiquiátrica que possibilitam a abordagem dos portadores de sofrimento mental ali defendida, assim como as condições necessárias para sua implantação.

1.1.1 Lembrando a História da Loucura

A partir do nascimento da sociedade moderna, a loucura passou a ser vista de um modo muito diferente.

Na Antigüidade e na Idade Média, os chamados loucos gozavam de certo grau de liberdade, muitas vezes circulando e fazendo parte do cenário e das linguagens sociais. É verdade que sempre existiram formas de encarceramento dos loucos; igualmente, desde a Antigüidade, a Medicina se ocupava deles; eram também abordados por práticas mágicas e religiosas; muitos, ainda, vagavam pelos campos e pelas cidades. Contudo, nenhuma dessas formas de relação da sociedade com a loucura prevalecia, variando sua predominância conforme as épocas e os lugares.

Apenas a partir do final do século XVIII, instala-se, ao menos na sociedade ocidental, uma forma universal e hegemônica de abordagem dos transtornos mentais: sua internação em instituições psiquiátricas.

Como se dá essa passagem?

Com o declínio dos ofícios artesanais e o início da sociedade industrial, as cidades, cada vez maiores, encheram-se de pessoas que não encontravam lugar nesta nova ordem social. Multiplicam-se nas ruas os desocupados, os mendigos e os vagabundos – os loucos dentre eles.

As medidas adotadas para abordar esse problema social foram essencialmente repressivas – estas pessoas eram sumariamente internadas nas casas de correção e de trabalho e nos chamados hospitais gerais. Tais instituições, muitas vezes de origem religiosa, não se propunham a ter função curativa – limitando-se à punição do pecado da ociosidade. É esse o fenômeno chamado por Foucault de *Grande Internação*. Ali, o louco não era percebido como doente, e sim como um dentre vários personagens que haviam abandonado o caminho da Razão e do Bem.

Ao final do século XVIII, surgiu uma nova reestruturação do espaço social, simbolizada na Europa pela Revolução Francesa. Não mais se admitia, ao menos formalmente, o encarceramento arbitrário de nenhum cidadão. De nenhum... com uma única exceção: os loucos!

Tendo em vista sua alegada periculosidade, entendia-se que os loucos não podiam circular no espaço social como os outros cidadãos. Contudo, já não se dizia que eram pecadores, e sim doentes, que necessitavam de tratamento. Assim, com o objetivo declarado de curá-los, passaram a ser internados em instituições destinadas especificamente a eles: nasceu o manicômio.

Nos manicômios ou hospitais psiquiátricos, realizava-se então o chamado “tratamento moral”. A doença do alienado o teria feito perder a distinção entre o bem e o mal; para ser curado, ele deveria reaprendê-la. Portanto, a cada vez que cometesse um ato indevido devia ser advertido e punido, para vir a reconhecer seus erros: quando se arrependia deles e não os cometia mais, era considerado curado.

Sempre seguindo Foucault, podemos notar aqui algumas contradições curiosas. Primeiro, embora se diga que o louco não é culpado de sua doença, ele é tratado para tornar-se capaz... de sentir culpa! Segundo, embora se diga que a punição foi substituída pelo tratamento, na verdade, a punição passa a fazer parte do tratamento!

Essa reclusão dos loucos nos manicômios possibilitou o nascimento da psiquiatria: começou, então, todo o trabalho de descrição e de agrupamento dos diferentes tipos dos sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtorno psíquico que fundamentam a psiquiatria moderna. Contudo, não houve qualquer avanço em termos de terapêutica: os ditos doentes mentais passaram a permanecer toda a sua vida dentro dos hospitais psiquiátricos.

Nas primeiras décadas do século XX, os manicômios não apenas cresceram enormemente em número, como se tornaram cada vez mais repressivos. O isolamento, o abandono, os maus-tratos, as péssimas condições de alimentação e de hospedagem, agravaram-se progressivamente. Ao final da II Guerra Mundial, era dramática situação dos hospitais psiquiátricos. Surgiram, então, os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica.

1.1.2 Principais processos de Reforma Psiquiátrica

Semelhantes aos campos de concentração nazista que chocaram o mundo nos anos 40, a situação vigente nos hospícios no final da II Guerra causou enorme indignação. Segundo o psiquiatra espanhol Manoel Desviat, essa situação era incompatível com os projetos democráticos de reconstrução nacional da Europa; além disso, a guerra causou sérios danos psíquicos a um enorme contingente de homens jovens, cuja força de trabalho era preciso recuperar.

Datam de então, como foi dito, os movimentos de Reforma Psiquiátrica. Para abordá-los, seguiremos a ordenação proposta pelos psicanalistas brasileiros Joel Birmam e Jurandir Costa, a saber:

- As reformas restritas ao âmbito dos hospitais psiquiátricos: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas.
- As reformas que buscam acoplar serviços extra-hospitalares ao hospital: a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva.
- As reformas que instauram uma ruptura com as anteriores, questionando o conjunto de saberes e de práticas da psiquiatria vigente: a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática.

Esses três diferentes grupos serão descritos a seguir.

A psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas

A psicoterapia institucional iniciou-se na França, no final da II Guerra. Considerava que os hospitais psiquiátricos estavam doentes e necessitam de tratamento: deveriam ser reformados para se tornarem realmente terapêuticos, e, assim, capazes de devolver os doentes à sociedade. Fortemente influenciada pela psicanálise, a psicoterapia institucional enfatizava a importância da relação terapeuta-paciente no tratamento. Buscava criar dentro do hospital um campo coletivo, ajudando o paciente a refazer seus laços com as pessoas e as coisas: estimulava práticas como ateliês, atividades de animação, festas, reuniões, etc.

As comunidades terapêuticas surgiram na Inglaterra, na mesma época. Também pretendiam fazer do hospital psiquiátrico um espaço terapêutico: incentivavam os internos a participar ativamente da administração do hospital, do próprio tratamento e do tratamento uns dos outros. Davam ênfase especial à prática de reuniões, de assembléias e de outros espaços em que os pacientes pudessem ter voz ativa na instituição.

Esses dois movimentos tiveram suas especificidades, mas vejamos o que possuíam em comum.

- Combatendo a hierarquia autoritária das relações entre funcionários e pacientes, sublinharam a importância das relações igualitárias e de respeito mútuo no tratamento dos portadores de sofrimento mental. Contudo, esbarravam num limite: como democratizar o funcionamento interno de uma instituição, sem questionar também os autoritarismos e as injustiças da sociedade de que derivam?
- Ofereceram inegavelmente um tratamento digno e humano aos pacientes, mas restrito ao período da internação; depois da alta, não tinham apoio ou suporte para o retorno ao convívio social.

A psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva

A partir da psicoterapia institucional, surgiu na França, nos anos 50, a psiquiatria de setor. Já agora o eixo da assistência devia deslocar-se do hospital para o espaço extra-hospitalar. Instituído a territorialização da assistência, o setor foi definido como uma área geográfica bem delimitada, acompanhada por uma mesma equipe de Saúde Mental, contando com serviços extra-hospitalares próprios, como lares de pós-cura, oficinas protegidas, clubes terapêuticos.

Também nos anos 50, nos Estados Unidos, iniciou-se a psiquiatria preventiva, que estimulava três níveis de prevenção. O nível primário consistia em intervir nas condições individuais e ambientais de formação da doença mental; o secundário visava a diagnosticar precocemente essas doenças; o terciário busca readaptar o paciente à vida social após a sua melhora. Propunha-se o recurso à internação psiquiátrica apenas quando esgotadas outras possibilidades, e apenas por curtos períodos de tempo.

Essas diferentes propostas de Reforma também possuíam seus pontos comuns.

- Buscaram reduzir o papel do hospital psiquiátrico, criando alternativas de tratamento na comunidade que permitissem reduzir o número e o tempo das internações. Contudo, o hospital psiquiátrico permanecia como uma referência essencial, parecendo inconcebível um modelo de assistência que pudesse prescindir dele.

- Houve um avanço quanto à valorização dos aspectos psicossociais do sofrimento mental; porém, adotou-se muitas vezes uma postura medicalizante e intervencionista com relação a estes aspectos.
- Mesmo ressaltando a importância das contribuições comunitárias, essas propostas foram formuladas e conduzidas por técnicos, sem participação dos portadores de sofrimento mental e de seus familiares na formulação das políticas de Saúde Mental.

A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática

A antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, nos anos 60. Não se tratava de uma proposta de Reforma Psiquiátrica, e sim de toda uma nova reflexão sobre a loucura. Essas idéias surgiram a partir de algumas experiências ousadas em comunidades terapêuticas, que acabaram por ultrapassar esse marco institucional. Pensava-se na loucura não mais como doença, mas como uma reação aos desequilíbrios familiares e à alienação social.

A psiquiatria democrática surgiu na Itália, também nos anos 60, a partir dos impasses encontrados na aplicação da proposta das comunidades terapêuticas. Na cidade de Trieste, um grande hospital psiquiátrico foi gradativamente desmontado, ao mesmo tempo em que se construíram para os ex-internos saídas para o seu retorno ao convívio social. Centros de Saúde Mental funcionando 24 horas por dia, em regime aberto, passaram a atender todos os casos que antes procuravam o hospital, mesmo – e principalmente! – os mais graves. Criaram-se possibilidades de trânsito, trabalho, cultura e lazer para os usuários na cidade.

Para isto, foi preciso criticar a apropriação do fenômeno da loucura feita pelos saberes médicos e psicológicos. Na concepção da psiquiatria democrática, os muros do manicômio simbolizavam toda a dominação das palavras, ações e decisões dos ditos loucos feita em nome da ciência. Portanto, tratava-se de assegurar aos portadores de sofrimento mental um espaço real de cidadania – ou seja, propiciar-lhes o lugar de protagonistas de uma transformação social, retomando suas próprias vidas, como legítimos habitantes da cidade. Todo este movimento resultou também na aprovação da lei nº 180, de 1978, que proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália.

Portanto, vejamos a ruptura que essas experiências efetuaram com relação às anteriores – particularmente a Psiquiatria Democrática, cuja experiência alcançou impacto mundial.

- Afirmou-se pela primeira vez ser possível e necessária a extinção do hospital psiquiátrico, dado o fracasso de todos os esforços anteriores para transformá-lo num espaço terapêutico.
- Denunciou-se a pretensa neutralidade da ciência, demonstrando que os saberes científicos dependem das relações de poder e tomam partido diante delas.
- As mudanças não se restringiram aos técnicos de Saúde Mental, mas envolveram diferentes atores, gerando debates e mobilizações que envolviam outros segmentos sociais.

1.1.3 Referências de teorização e pensamento

Todos os processos de Reforma Psiquiátrica aqui descritos associam-se a uma interessante produção intelectual. Autores como Tosquelles e Oury, ligados à psicoterapia institucional; Bion e Maxwell Jones, das comunidades terapêuticas; Gerald Caplan, da psiquiatria preventiva; Laing e Cooper, da antipsiquiatria, e vários outros ainda, trouxeram uma importante contribuição nesta área.

Contudo, serão especificados aqui apenas alguns textos, hoje clássicos, publicados a partir dos anos 60, essenciais para a reflexão teórica contemporânea na área da Saúde Mental. Destacam-se *Manicômios, conventos e prisões*, do sociólogo americano Goffman; *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, do também sociólogo francês Robert Castel. Na filosofia, a *História da loucura na Idade Clássica*, dentre vários outros do filósofo francês Michel Foucault; e o *Anti-Édipo*, dos filósofos franceses Giles Deleuze e Félix Guattari; a *Instituição Negada*, do psiquiatra italiano Franco Basaglia.

Devemos lembrar a importância de duas disciplinas, aliás, muito diferentes entre si. Uma delas é a psicanálise, cuja concepção de processos psíquicos inconscientes é de grande importância para a compreensão dos transtornos mentais. A outra é a psicofarmacologia, cujo avanço, quando devidamente aproveitado, favoreceu o tratamento dos portadores destes transtornos fora dos manicômios. Essas disciplinas podem ser valiosos interlocutores dos processos de Reforma Psiquiátrica – sem, todavia, constituir os seus fundamentos.

Afinal, toda a brilhante produção teórica aqui citada tem um curioso traço em comum: mostra que uma exclusão feita em nome da ciência não pode se resolver apenas nos seus próprios termos. Assim não se abordam temas internos à Saúde Mental, como a psicopatologia e a nosologia – já bastante estudados em suas áreas. Não se acrescentam novos elementos a saberes já estabelecidos; diversamente, examinam-se as formas e as condições do estabelecimento desses saberes. Constituem, pois, um campo verdadeiramente interdisciplinar, retirando as questões suscitadas pela loucura do gueto dos técnicos em Saúde Mental, para fazer delas um tema de interesse crucial para o pensamento humano.

Esse trabalho, certamente, encontra continuidade em produções mais recentes, no Brasil e no mundo: são mencionadas nas citações e nas referências bibliográficas que ajudam a compor esta Linha-Guia.

1.1.4 Condições e perspectivas das Reformas Psiquiátricas

Como nos lembra Manoel Desviat, algumas condições costumam ser necessárias para o desencadeamento e a implantação de Reformas Psiquiátricas efetivas.

- O nascimento dos diferentes movimentos de Reforma ocorreu sempre em momentos de uma certa efervescência política e cultural. Assim, seu início deu-se no contexto dos projetos de reconstrução social pós-II Guerra; seus momentos mais ousados ligam-se a mobilizações sociais dos anos 60 e 70, que atingiram seu auge no inesquecível movimento francês em maio de 68. O questionamento da

segregação dos portadores de sofrimento mental, portanto, surge quando uma sociedade questiona outros impasses da sua própria ordem, expressando uma vontade coletiva de transformação.

- Uma condição essencial para o impacto da Reforma Psiquiátrica num determinado país consiste na existência de políticas públicas adequadas na área social – particularmente, um Sistema Nacional de Saúde, destinado a toda população. Não basta a existência de alguns serviços de Saúde Mental de qualidade, porém desvinculados de um modelo assistencial assumido pelo poder público. Na ausência de uma política pública de saúde e de seu controle social, não se garante a todos o acesso a uma assistência digna, nem se criam novas relações entre loucura e sociedade.
- Outro ponto importante para o alcance de um projeto de Reforma Psiquiátrica é a sua forma de conceber a função do hospital psiquiátrico. Algumas tendências consideram-no um recurso terapêutico que deve ser integrado a serviços extra-hospitalares, como hospitais-dia, ambulatorios, etc. Outras defendem sua superação e sua extinção, por entendê-lo como o representante maior de todo o processo de exclusão da loucura que se deseja combater.

Esses diversos pontos se interligam, permitindo-nos avaliar a situação das Reformas Psiquiátricas nos diferentes países que tentam empreendê-la. Assim, por exemplo, nos Estados Unidos a desospitalização gerou desassistência: as experiências de psiquiatria preventiva e comunitária só podem ter um lugar marginal, num país onde o atendimento sanitário baseia-se nos seguros-saúde, fazendo da doença uma responsabilidade individual. Também na França, onde predomina um sistema liberal de saúde, a Reforma avançou pouco, com a sobrevivência de grandes hospitais psiquiátricos em condições precárias. Por outro lado, na Itália, onde a Reforma Sanitária teve momentos de grande avanço, a Reforma Psiquiátrica se sustenta com maior firmeza, apesar de momentos de retrocessos e de dificuldades. No Brasil, verificamos que os caminhos da Reforma ligam-se estreitamente aos do SUS.

Igualmente, as experiências que procuram preservar o hospital psiquiátrico ligam-se a uma concepção tecnicista da Reforma: o uso dos saberes e de recursos tecnológicos adequados seria a solução. Nesses casos, pode-se caminhar no sentido de uma desospitalização, no sentido de reduzir o número e a duração das internações psiquiátricas; contudo, a oferta de um acompanhamento extra-hospitalar, quando ocorre, limita-se ao controle dos sintomas, impondo a adaptação dos usuários aos padrões de normalidade vigentes.

O processo é bem diferente, quando se propõe a superação do hospital psiquiátrico: não se trata simplesmente de uma desospitalização, mas de uma desinstitucionalização. Ou seja, busca-se intervir nas relações de poder que segregaram a loucura, estando em jogo uma questão de conquista de cidadania. Quando se trabalha nessa perspectiva, o hospital psiquiátrico mostra-se tão nefasto quanto desnecessário. Tratados como cidadãos, os portadores de sofrimento mental consideram humilhante e arbitrária a sua permanência,

mesmo passageira, num serviço isolado do espaço social; passam a conhecer e a apreciar outras formas de cuidado, cuja lógica é incompatível com aquela dos hospitais.

Para concluir, passamos à avaliação dos avanços e das dificuldades nos dias de hoje.

Houve grandes conquistas, certamente. Cresceu a receptividade social à idéia de um tratamento diferente para os portadores de sofrimento mental. De Trieste a Belo Horizonte, passando por tantos outros lugares, pode-se comprovar claramente a possibilidade de empreender uma Reforma mais ousada e de maior alcance. Contudo, esse processo desafia interesses poderosos, encontrando obstáculos políticos, ora maiores, ora menores, mesmo nos países em que mais progrediu.

Quais as dificuldades para disseminar ou ao menos debater mais amplamente esse tipo de propostas? Como vimos, idéias audaciosas encontram maior ressonância em momentos de mobilização política e social. Ora, atravessamos atualmente um tempo de grande imobilismo. A descrença das pessoas nas formas tradicionais de política, como partidos, sindicatos, etc, desestimula a organização coletiva: na sua ausência, as decisões políticas ficam à mercê dos governos – que não fazem o que lhes cumpre quando não há pressão social. E, ao mesmo tempo, nossa sociedade vive um curioso contraste: os crescentes avanços da ciência coexistem com um grande empobrecimento cultural.

Na área da psiquiatria, essa situação traz efeitos de profundo retrocesso. Toda uma hegemonia de poderes e de saberes ameaçados pelas propostas da Reforma são fortalecidos, quando as estruturas econômicas e políticas às quais estão ligadas se fortalecem, sem encontrar resistência. Assim, a psiquiatria contemporânea fez a opção que mais favorece seus interesses corporativos e institucionais.

Os inegáveis avanços do estudo dos processos cerebrais são aplicados sem qualquer rigor à causalidade dos transtornos psíquicos, novamente reduzidos à condição de doença. Abandonou-se toda reflexão sobre as dimensões política e social. Os conceitos e os recursos da psicanálise, interlocutores preciosos de algumas experiências de Reforma, são rejeitados. O medicamento é apresentado como a solução universal, seja qual for a singularidade do problema do paciente.

No momento atual, agrava-se o embate entre perspectivas não só diferentes, mas antagônicas, de conceber e de abordar tudo o que diz respeito ao sofrimento mental. Contudo, as criações realmente férteis da humanidade deixam uma marca que não se pode apagar, mesmo ao agir como se jamais tivessem existido. A concepção das experiências da loucura produzida ao longo da história das Reformas Psiquiátricas encontra-se entre elas – e prossegue, portanto, atuante e viva entre nós.

1.2 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira foi a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos seguintes, instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais.

O discurso médico, representado pela jovem Sociedade de Medicina brasileira de então, ressaltava a necessidade de um tratamento nos moldes já praticados na Europa. Assim, também no Brasil, a ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão.

Ao fim da década de 50, a situação era grave nos hospitais psiquiátricos: superlotação; deficiência de pessoal; maus-tratos grosseiros; falta de vestuário e de alimentação; péssimas condições físicas; cuidados técnicos escassos e automatizados.

A má fama dos grandes hospícios públicos possibilitou a entrada da iniciativa privada na área. A partir do golpe militar de 64, até os anos 70, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura”.

No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio, São Paulo, Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras outras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial.

Também se estabeleceu a divisão entre uma assistência destinada aos indigentes – recebidos pela rede pública – e outra aos previdenciários e seus dependentes – encaminhados aos hospitais privados conveniados. De qualquer forma, as condições dos hospitais, privados ou públicos, continuava extremamente precária. Além disso, o poder público não exercia qualquer controle efetivo da justificativa, da qualidade e da duração das internações.

Denúncias e críticas diversas a essa situação surgem no Brasil nos anos 70. Diversos segmentos sociais se organizaram nessa época, ao longo do processo de redemocratização do país. Nesse contexto, segundo César Campos, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental começou a tomar corpo: trabalhadores da área se organizaram, apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país, e propondo formas de trabalho que pudessem romper com esse modelo.

Foi essencial, naquele momento, a interlocução com os movimentos de outros países – particularmente, com a importante experiência italiana da psiquiatria democrática, examinada anteriormente nesta Linha-Guia¹. Um marco decisivo daquela época foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, ocorrido em Belo Horizonte, em 1979: com a presença de convidados internacionais do quilate de Franco Basaglia e Robert Castel, e a participação de usuários, familiares, jornalistas, sindicalistas, a discussão ampliou-se além do âmbito dos profissionais de Saúde Mental, atingindo a opinião pública de todo o país.

Evidentemente, vários atores, tendências e evoluções se constituíram a partir daí. Contudo, adquiriu grande força no Brasil a concepção de uma Reforma Psiquiátrica mais incisiva. Esse foi o caminho tomado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo II Encontro, em Bauru, 1987, criou a famosa palavra de ordem *Por uma sociedade sem manicômios*, abrindo caminho para o nascimento do movimento da luta antimanicomial.

¹Vide 1.1.2 Principais processos de Reforma Psiquiátrica

Este movimento continuou seus avanços, agregando novos atores, sobretudo familiares e usuários – tornando-se assim, a partir dos anos 90, um verdadeiro movimento social. Sua força, aliada à de outros parceiros, pressionou o Estado Brasileiro para a implementação de políticas públicas de Saúde Mental que representaram ganhos importantes.

Não podemos deixar de sublinhar a importância da Reforma Sanitária Brasileira, com as conquistas da Constituição de 1988 (por exemplo, a definição ampliada da Saúde, afirmada como direito e dever do Estado), a criação e a consolidação de um Sistema Único de Saúde, a valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados, controle social, etc.

Vale citar alguns marcos importantes no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira². Quanto ao fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, verifica-se que eram mais de 100.000 leitos em 313 hospitais no início dos anos 80; são agora 44.067 ainda cadastrados no SUS, em 231 hospitais – ou seja, o número de leitos foi reduzido em mais da metade. Vemos, ainda, que o ritmo dessa redução tende a aumentar nos últimos anos: de 2003 a 2004 foram fechados 16 hospitais, que contavam com 5.000 leitos.

Vejam os dados apresentados quanto à implantação da rede substitutiva. Em 1996, havia 154 CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde; atualmente, são 612³. Sua distribuição regional é a que se segue: 32 no Norte, 136 no Nordeste, 37 no Centro-Oeste, 277 no Sudeste e 129 no Sul. Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias protegidas), são hoje 301, distribuídas em 9 Estados. Quanto ao auxílio-reabilitação do *Programa De Volta Para Casa*, é atualmente recebido por 1.016 pessoas.

Qualquer interpretação mais cuidadosa destes dados exigiria um trabalho que extrapola os objetivos desta Linha-guia. Contudo, inegavelmente, demonstram que a Reforma está em andamento no Brasil.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfim, destaca-se uma preciosa singularidade, reconhecida por autores de outros países, como o psiquiatra espanhol Manoel Desviat e o italiano Ernesto Venturini: o envolvimento da sociedade civil, sobretudo através da organização de técnicos, familiares e usuários no movimento da luta antimanicomial. Ressaltando o compromisso da sociedade civil numa abordagem solidária da loucura, Desviat declara: “A participação social, esta grande ausente dos processos de transformação de Saúde Mental em todo o mundo, adquire carta de cidadania aqui no Brasil”.

Sem dúvida, a Reforma Psiquiátrica caminharia de forma mais rápida e eficaz se houvesse por parte dos gestores, em todos os níveis, um grau maior de empenho e de firmeza. Contudo, apesar das dificuldades, essa mobilização social na definição de diretrizes políticas claras na Saúde Mental fortalece a realização de uma Reforma Psiquiátrica efetiva – que não pretende apenas tratar tecnicamente de maneira mais adequada o portador de sofrimento mental, mas, sobretudo, construir um espaço social onde a loucura encontre algum cabimento.

² Os dados deste parágrafo e os do parágrafo subsequente foram divulgados pelo MS em março de 2005.

³ Dos 231 hospitais ainda em funcionamento, 20,8% são filantrópicos, 20,9% públicos, e 58,9% privados conveniados com o SUS. Em outubro do mesmo ano, o número de CAPS, segundo o MS, chegou a 670

1.3 MINAS SEM MANICÔMIOS: MAPAS E VOZES DA REFORMA

1.3.1 Um pouco de história

Minas Gerais sempre esteve presente no cenário nacional da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a partir da realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, já citado no item anterior. Produções mineiras deste período, como as reportagens nos *Porões da Loucura* de Hiram Firmino, e o filme *Em nome da razão* de Helvécio Rattón, chocaram a opinião pública, divulgando as condições desumanas dos hospitais. Fortaleceu-se a organização dos trabalhadores mineiros de Saúde Mental.

Nesta época, Minas, como outros Estados do Sudeste, mantinha um grande número de hospitais psiquiátricos, concentrados, sobretudo em Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora. Também como em outros Estados, estes eram praticamente os únicos recursos assistenciais.

Ocorreram, a partir de então, uma série de debates e seminários sobre a realidade do que se passava dentro dessas instituições. Era preciso humanizar os hospitais psiquiátricos – e ao mesmo tempo, criar novas modalidades de cuidado que gradativamente nos permitissem prescindir da sua existência.

Durante os anos 80, os hospitais psiquiátricos do Estado, principalmente os públicos, deram início a um processo de humanização da assistência. Ao mesmo tempo, no contexto de uma Reforma Sanitária que já incentivava as ações de saúde em nível básico, promoveu-se a locação de equipes de Saúde Mental nos centros de Saúde, pro meio da implantação do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde.

Nos anos 90, deu-se um passo de grande importância: a Coordenação Estadual de Saúde Mental conduziu uma auditoria técnica em todos os hospitais mineiros. Eram então 36 hospitais psiquiátricos com 8.087 leitos. Obtendo dados precisos, esta auditoria revelou a precariedade de suas condições de funcionamento, tanto em relação às estruturas físicas quanto à assistência prestada.

A organização independente dos trabalhadores de Saúde Mental, que passaram a realizar encontros estaduais em diferentes municípios mineiros, favoreceu em muito a transformação da situação da Saúde Mental no Estado. A Associação Mineira de Psiquiatria, então assumida por setores progressistas da área, mostrou-se solidária com as novas propostas. A lei mineira de Reforma Psiquiátrica foi aprovada, por meio de intensa mobilização dos segmentos envolvidos⁴.

Também início dos anos 90, os usuários e os familiares passaram a participar ativamente da luta antimanicomial, juntamente com os trabalhadores, constituindo suas próprias associações, e também atuando no Fórum Mineiro de Saúde Mental, núcleo mineiro do Movimento da Luta Antimanicomial.

⁴ Esta lei sofreu algumas emendas em 1997, que não interferem, contudo, na essência do seu texto. Vide 9.2 As leis e os decretos estaduais.

Iniciou-se então a implantação de um modelo assistencial em Saúde Mental com enfrentamento real ao hospital psiquiátrico em vários municípios, que prestam uma assistência integral aos portadores de sofrimento mental com quadros graves e persistentes. A partir de então, várias outras cidades, em ritmos diversos, vêm implantando serviços e ações substitutivas ao hospital psiquiátrico.

Nos anos 2000, a III Conferência Estadual de Saúde Mental elaborou diretrizes coerentes e claras para a política de Saúde Mental. A realização dos Encontros de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, promovidos pelos movimentos sociais com o apoio de órgãos públicos e de conselhos de classe, vem permitindo a discussão e o aprimoramento da Reforma Psiquiátrica.

Em 1991, existiam 36 hospitais psiquiátricos em Minas, totalizando 8.087 leitos. Não havia alternativa à internação, a não ser alguns ambulatorios especializados em psiquiatria, sem agilidade e eficácia em sua ação.

Atualmente, respeitando as diretrizes e as propostas das III Conferências Estadual e Nacional de Saúde Mental, a Secretaria de Estado de Saúde vem construindo, juntamente com os municípios, a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. A título de exemplo, a capital mineira se destaca nacionalmente : mostra como um grande centro urbano pode instituir uma mudança profunda na relação com os portadores de sofrimento mental, oferecendo-lhes tratamento digno e lugar na cidade.

No Estado de Minas Gerais contamos hoje com mais de 80 serviços substitutivos credenciados junto ao Ministério da Saúde, mais de 30 Serviços Residências Terapêuticos (moradias), mais de 12 Centros de Convivência, em torno de 300 equipes de Saúde Mental na atenção básica, mais de 10 associações de usuários e de familiares. Contudo, temos ainda 20 hospitais psiquiátricos, 3 públicos e os demais privados, perfazendo em torno de 3.500 leitos cadastrados ao SUS e cerca de 1.500 pacientes internados há mais de 02 anos. Esses dados mostram que o crescimento do número de serviços abertos em Saúde Mental se acompanha de uma diminuição expressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos.

1.3.2 A Reforma Psiquiátrica que buscamos

O empreendimento descrito acima vem se realizando de uma forma peculiar, que poderíamos descrever como “modo mineiro de fazer”. A Reforma Psiquiátrica que buscamos se inspira, decididamente, numa perspectiva de superação do modelo hospitalocêntrico, sustentada em princípios que mencionamos a seguir:

O respeito à singularidade

- Cada um tem sua própria história, seu jeito de ser, suas questões subjetivas, familiares e sociais, suas dificuldades, seus projetos.
- Os diagnósticos podem ser os mesmos, mas as pessoas são únicas – e como tais devem ser respeitadas e tratadas.

A crítica ao tecnicismo

É importante conhecer e aplicar os recursos da ciência, tornando-os acessíveis a todos que deles necessitam.

- Contudo, a Reforma Psiquiátrica não se reduz de forma alguma a uma questão técnica: é um processo social e político de luta contra as discriminações e as violências impostas aos portadores de sofrimento mental.

A coragem do pensamento

- Esta é uma exigência essencial num movimento que se opõe ao reducionismo da técnica e ao empobrecimento da cultura.
- A preocupação constante com a formação e uma interlocução crítica com a teoria são de grande importância – lembrando sempre que os pensamentos originais e vivos não se reduzem à forma teórica, mas se manifestam em produções as mais diversas, no âmbito artístico e cultural.

A superação do hospital psiquiátrico

- O hospital psiquiátrico, do seu nascimento até os dias de hoje, sempre serviu à segregação das pessoas socialmente inadaptadas.
- Todas as experiências de transformá-lo numa instituição terapêutica falharam, ao esbarrar nas raízes históricas de sua vocação para excluir, isolar e uniformizar as pessoas.
- Portanto, propomos um modelo assistencial que dispensa inteiramente o hospital psiquiátrico, desmascarando a sua suposta necessidade técnica e social.

A implantação de uma rede de serviços substitutivos

- Chamamos de rede de serviços substitutivos em Saúde Mental o conjunto de ações e de equipamentos necessários a cada município para que não se necessite do recurso ao hospital: os Centros de Atenção Psicossocial – os CAPS (que, em Minas, são também chamados de CERSAMs), os Centros de Convivência, as Moradias (protegidas ou não), os Núcleos de Produção Solidária, as unidades básicas de Saúde, etc., priorizando o atendimento aos casos mais graves.
- Esta rede de serviços articulados entre si segue uma lógica inteiramente diversa daquela do hospital psiquiátrico, buscando a liberdade, a participação social e a cidadania de seus usuários.

A presença na cultura

- Os portadores de sofrimento mental devem ter, como todas as pessoas, uma trajetória de vida no espaço social.
- Esta presença não é valiosa apenas para eles, mas também para a própria cultura: convivendo com as questões do sofrimento mental, aprende-se a aceitação da diferença e a prática da solidariedade.

- Daí a importância de divulgar e de demonstrar junto ao público, nas praças, ruas, mídia, etc, esta outra relação possível com a loucura.
- Neste sentido, um exemplo singular é o desfile da Escola de Samba Liberdade ainda que Tam-Tam, que leva às ruas centrais da capital mineira cerca de 2000 usuários, familiares e trabalhadores de Saúde Mental, no dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

A interlocução constante com os movimentos sociais

- É essencial o apoio à organização dos próprios portadores de sofrimento mental, falando em seu próprio nome e assumindo a luta por seus direitos.
- Apenas através de movimentos sociais, autônomos em relação a partidos e administrações – como o movimento antimanicomial, e o de outros setores da sociedade civil organizada – é possível exigir do poder público o compromisso necessário com a Reforma Psiquiátrica.
- Podemos dizer que, em Minas, os movimentos sociais ligados à Saúde Mental fizeram-se reconhecer e valorizar como reais interlocutores para a construção das políticas públicas desta área.

A defesa do Sistema Único de Saúde

- Entendendo a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado, os serviços substitutivos devem constituir uma rede pública, destinada ao atendimento de todo e qualquer cidadão que os procure.
- Esta rede, portanto, inclui-se na construção e no avanço do SUS.

A perspectiva da intersetorialidade

- A prática de políticas públicas de efetivo alcance social é indispensável, permitindo uma abordagem intersetorial dos diferentes aspectos envolvidos na abordagem do sofrimento mental.
- Estes aspectos não se restringem à área da Saúde, mas devem envolver a moradia, o trabalho, o lazer, a educação, etc – construindo uma rede de suporte para as pessoas mais vulneráveis.

A luta pela transformação social

- Ao defender os direitos dos portadores de sofrimento mental, não se trata de assegurar privilégios para um determinado segmento da população.
- Em aliança com diversos parceiros, trata-se de construir “um outro mundo possível” para todos, fundado nos valores da liberdade, da igualdade e da justiça.
- A valorização deste aspecto mais amplo da luta antimanicomial é de grande importância em Minas.

Referências bibliográficas

- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.
- BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1995.
- COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. 4ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Xenon, 1985.
- CAMPOS, Cezar Rodrigues. *Cidadania, Sujeito, Cersam e Manicômios*. In: *Metipolá Revista do CERSAM-Leste*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1998.
- CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria Social. Rio de Janeiro e São Paulo*: Livraria Atheneu, 1989.
- DESVIAT, Manoel. *Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DESVIAT, Manoel. *Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim*. In: Abou-yd, Miriam (org) *Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim*. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.
- LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da loucura: Da questão do sujeito à presença na cultura*. In: *Experiências da loucura*. LOBOSQUE, Ana Marta. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *III CONFERÊNCIA NACIONAL DE Saúde Mental. Relatório Final*. Ministério da Saúde. Brasília: 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental*. Brasília: 2005.
- RESENDE, Heitor *Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão Histórica*. In: TUNDIS, Silvério e Costa Nilson do Rosário. *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Editoras Vozes, 1987.
- ROTELLI, Franco. *Instituição Inventada*. In: NICÁCIO, Fernanda (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. *Dados da Coordenação de Saúde Mental*. Minas Gerais: 2005.

II. A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL



Neste capítulo, vamos tratar de algumas noções que fazem parte daquilo que o médico sanitário Emerson Merhy chama de “dimensão cuidadora na produção da saúde”. Essas noções nos mostram que a organização da assistência não se reduz a aspectos administrativos: a lógica da efetivação do SUS depende da forma de conceber e de prestar cuidados à população.

Não há formas de acolhimento, de vínculo, de atuação em equipe, etc, que sejam específicas da Saúde Mental. Esses cuidados se aplicam ao portador de sofrimento mental como a qualquer outro usuário da Saúde. Contudo, como envolvem questões relativas à subjetividade, a Saúde Mental pode trazer uma contribuição interessante, por meio daquilo que aprendeu nesse campo ao longo do seu próprio trabalho.

Além disso, quando necessário, acrescentaremos a cada um dos conceitos deste capítulo algumas particularidades da sua aplicação aos portadores de sofrimento mental.

2.1 O ACOLHIMENTO

2.1.1 A noção de acolhimento⁵

Em todos os níveis da assistência, o acolhimento, certamente, é a dimensão primeira. Do porteiro ao motorista, do auxiliar administrativo ao funcionário da limpeza, da equipe técnica, enfim de todos que participam do processo de trabalho em um serviço de Saúde, bem acolher é o primeiro e indispensável passo para um atendimento correto e bem sucedido.

O acolhimento não é simplesmente uma questão de escala em que se revezam os profissionais, nem uma maneira mais racional de preencher as agendas. Além disto, e mais do que isto, o acolhimento é a aplicação cotidiana de um princípio fundamental: seja ao pedir a informação mais corriqueira, seja ao trazer a mais fantasiosa expectativa, o usuário, quando nos traz o seu problema, é um cidadão que exerce o direito de dirigir-se a um trabalhador de um serviço público.

Nosso trabalho é acolher essa demanda – ou seja, responder!

Contudo, vejamos bem: o conteúdo da resposta pode ser sim ou não, agora ou depois, aqui ou noutro lugar, comigo ou com outra pessoa. O essencial é que a resposta, seja qual for, parta de uma postura acolhedora da nossa parte diante da demanda do usuário.

Essa postura pode descrever-se assim: “Sim, você está se dirigindo a mim, trabalhador desse serviço público, a respeito de algo que você julga ser um problema de saúde. Seu endereçamento a mim, sendo feito com educação, não me aborrece, nem me assusta: pelo contrário, merece a minha atenção. Isto não significa que eu vou automaticamente fazer o que você me pede: aquilo que uma pessoa solicita pode ser ou não justo, pode ser ou não possível, pode ser ou não necessário. Mas, com certeza, eu vou levar em conta o que você me diz, ao avaliar o que é preciso fazer: ou seja, vou atender à sua demanda de ser escutado”.

⁵ Todo este item é uma adaptação do texto *Questões do acolhimento: sem medo de responder*, extraído do Sirimim, publicação periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, ano II, número 1.

Afinal, diante do apelo que o usuário faz, há várias saídas a pensar e a discutir. O que não se discute é o direito dele de nos procurar, e o nosso compromisso de responder.

Certamente, os usuários de nossos serviços, como qualquer pessoa, às vezes pede coisas às quais não têm direito: “furar a fila”, por exemplo. Com muita frequência, reivindicam direitos que não temos como lhes assegurar no momento: por exemplo, um medicamento que está em falta. Muitas vezes, também, trazem-nos problemas que não são estritamente problemas de saúde, mas relacionam-se às suas dificuldades pessoais e sociais.

Assim, acolher não é resolver tudo, nem concordar com qualquer coisa. Porém, diante dessa grande diversidade das demandas à saúde, não se pode meramente dizer: “Não é conosco, não é aqui, não temos tempo”.

Para cada usuário que procura um serviço, deve-se chegar a uma conclusão sobre a conduta a ser tomada: admiti-lo naquele serviço ou encaminhá-lo a outro mais adequado para ele; atendê-lo imediatamente, se o caso é grave, ou marcar um outro horário, se pode esperar. Contudo, a resposta que damos ao usuário, seja ela qual for, costuma ser bem recebida quando se baseia numa escuta atenta e numa avaliação cuidadosa do seu problema.

Concebido dessa forma, o acolhimento não pode ser atribuição exclusiva de uma determinada categoria, e sim um compromisso de todos os trabalhadores do centro de saúde. Não pode ter hora ou dia marcado, porque não é apenas uma etapa de introdução ao serviço: é pano de fundo de todo cuidado à saúde, e postura essencial ao ofício de cuidar.

2.1.2 O acolhimento em Saúde Mental

As considerações acima valem para todos os usuários de serviços de Saúde. Contudo, vamos examinar agora algumas particularidades do acolhimento aos portadores de sofrimento mental.

Neste caso, temos duas possibilidades: ou a pessoa procura um serviço específico de Saúde Mental, como um CAPS ou CERSAM⁶; ou chega em serviços de Saúde, como unidades básicas ou centros de saúde⁷, hospitais gerais, etc.

No primeiro caso, ele será recebido diretamente pela equipe de Saúde Mental, conforme os princípios descritos no item anterior. No segundo caso, surgem algumas questões que se devem discutir.

Com muita frequência, os portadores de sofrimento mental são vistos nos serviços de Saúde como pessoas “chatas”, difíceis de lidar, e até mesmo perigosas. Nesses casos, há uma tendência para encaminhá-los imediatamente a um técnico de Saúde Mental e/ou a um serviço especializado, antes mesmo de procurar saber o que se passa.

⁶ Nesta Linha-Guia, estamos usando como equivalentes os termos CAPS e CERSAMs.

⁷ Também estamos usando como equivalentes os termos unidades básicas e centros de saúde.

Certamente, os usuários que necessitam de tratamento por uma equipe de Saúde Mental têm todo direito a recebê-lo. Contudo, justamente para garantir esse direito, vamos antes levantar alguns pontos de reflexão.

Considerações sobre o acolhimento

- Alguns usuários de Saúde Mental podem ser “chatos”, como, aliás, qualquer outra pessoa. Mas o trabalhador de Saúde tem de desenvolver um “jeito” de lidar com as “pessoas chatas”, sejam elas portadoras de sofrimento mental ou não. Um pouco de tolerância e um pouco de firmeza costumam resolver essas situações. O que não é correto é encaminhar estas pessoas para a Saúde Mental meramente como forma de passar o problema adiante.
- A não ser que estejam em crise muito grave, os portadores de sofrimento mental são perfeitamente capazes de dizer o que querem – mesmo que, em alguns casos, seja preciso um pouco de paciência para entendê-los. Portanto, se alguém chega a um serviço de Saúde trazendo um problema psíquico, a primeira coisa a fazer é uma avaliação inicial do que se trata: é uma urgência? Um pedido de esclarecimento? Uma marcação de consulta? Uma receita? A partir daí, o usuário será ou não encaminhado à Saúde Mental, hoje, amanhã, ou daqui a um mês, conforme o resultado da avaliação feita. O que não podemos fazer é deixar de ouvir e de considerar sua demanda inicial, como se deve ouvir a de qualquer outro paciente.
- O fato de que o usuário ou seu familiar chegue ao serviço solicitando atendimento na Saúde Mental não significa que essa seja a melhor opção para ele. Quando alguém traz uma queixa de “depressão”, ou mostra uma receita de medicação psiquiátrica, isto não quer dizer necessariamente que se trate de um portador de sofrimento mental: afinal, muitas pessoas que estão atravessando um momento difícil de suas vidas são equivocadamente diagnosticadas assim. Portanto, não só o acolhimento, mas também o acompanhamento dessas pessoas muitas vezes podem ser feito pelas equipes dos Programas de Saúde da Família.
- Todos os trabalhadores de Saúde devem conhecer o modelo de assistência em Saúde Mental, e os serviços existentes no município: equipes de Saúde Mental nas unidades básicas, CAPS, Centros de Convivência, leitos em hospital geral, etc. Dessa forma, saberão para onde encaminhar o usuário, quando seu caso não puder receber o atendimento adequado no serviço de Saúde em que foi feito o acolhimento.
- De maneira geral, não convém deixar o acolhimento dos portadores de sofrimento mental apenas a cargo da equipe de Saúde Mental, separando-o do acolhimento dos outros usuários. Contudo, deve-se ressaltar: a qualquer momento, o técnico de Saúde Mental pode e deve ser chamado para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento, participar de uma avaliação.

- Naqueles casos em que o acolhimento conclui que o usuário deve ser realmente acompanhado pela equipe de Saúde Mental, há um cuidado importante a tomar: rejeitar o velho critério do agendamento conforme a fila por ordem de chegada. É preciso avaliar não só qual o atendimento necessário, mas, também, o grau e a premência desta necessidade: alguns devem ser atendidos imediatamente, outros podem esperar um dia, uma semana, um mês, conforme o caso. Assim, o trabalho se torna ágil, não gerando “filas de espera” ou agendas lotadas: consegue-se atender a todos, sem sobrecarga para a equipe, nem prejuízo para os usuários.

2.2 VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO

Assim como o acolhimento não pode reduzir-se apenas a uma administração mais ou menos eficiente da chegada das pessoas aos serviços, o vínculo e a responsabilização de cuidados não se confundem meramente com o conceito de adscrição de clientela.

A adscrição de clientela é um operador importante em saúde pública: define uma população, que habita determinada área de um território dado, estando sob a responsabilidade dos cuidados de uma determinada equipe de um serviço de Saúde. No entanto, importa, antes de tudo, definirmos qual a responsabilidade que está em jogo, quando assumimos esse cuidado.

Inicialmente, é preciso considerar bem a noção de território, ou seja: não apenas um espaço geográfico delimitado, mas toda uma diversidade de situações pessoais, familiares, sociais, muitas vezes atravessada por duras desigualdades: uma favela e um bairro de classe média, ainda que pertençam ao mesmo território, exigem atenção e cuidados diferenciados, de acordo com as dificuldades socioeconômicas, de acesso à cultura e ao lazer, de infra-estrutura sanitária, etc, que encontramos num e noutro. Para conhecer e considerar a diversidade, não bastam os mapas e as estatísticas: o território só adquire verdadeira realidade aos olhos dos trabalhadores de Saúde quando transitam por ele, em contato com suas ruas, seus espaços, seu cotidiano. Apenas assim se constata os problemas e se descobrem as potencialidades de uma região.

Se assim é no que diz respeito aos aspectos coletivos, assim deve ser também no cuidado prestado a cada um dos nossos pacientes. É fácil admitir que a gestante, a criança, o hipertenso, o portador de sofrimento mental, e assim por diante, beneficiam-se do contato constante com uma equipe de profissionais que já os conhece e os acompanha. Contudo, isto pouco valerá, se o contato paciente-profissional limita-se a verificar e a repetir condutas padronizadas.

Todo cuidado é uma espécie de artesanato: não pode ser feito em série. Trata-se de um laço singular que se tece um a um, sem exceção.

No que diz respeito aos portadores de sofrimento mental demonstra-se de forma muito clara a aplicação e a validade dos pontos destacados aqui. Diferentemente dos demais, esses pacientes muitas vezes não pedem ajuda, e até mesmo parecem recusá-la; contudo, ao contrário do que se pensa, são particularmente sensíveis ao vínculo e ao cuidado. Afinal, os problemas que os perturbam relacionam-se via de regra a um impasse na

relação com outras pessoas – seja o chefe ou o marido, a mãe ou o vizinho. Portanto, esses problemas encontram alívio e saídas possíveis, quando podem endereçar-se a profissionais acolhedores em sua escuta, e a responsáveis por sua vinculação e acompanhamento.

Algumas considerações sobre o vínculo e a responsabilização de cuidados

- Quando se cuida de alguém, cuida-se incondicionalmente. Assim como não se nega atendimento a um diabético porque não seguiu a dieta, não se pode deixar de atender a um alcoólatra porque ele não parou de beber; igualmente, não se dá “alta administrativa” a um paciente porque seu comportamento foi inadequado. Para cuidar das pessoas de trato mais difícil, é preciso criar estratégias, e não impor condições.
- Quando um usuário age de forma que prejudica seu tratamento ou o tratamento dos outros, há muitas maneiras de dizer e de mostrar isto a ele; contudo, não existe maneira alguma de recusar cuidados que não resulte em abandono. Responsabilidade exige firmeza, mas não é sinônimo de rigidez: pelo contrário, quanto o trabalhador se mostra rígido, mais pretexto encontra para deixar de exercer funções que lhe cabem.
- Se o vínculo e a responsabilização são laços que se fazem com cada um, eles adquirem firmeza crescente quando se entrelaçam uns aos outros. Assim se constrói a dimensão coletiva da solidariedade e da confiança na relação entre a equipe, os usuários e a comunidade.
- A qualidade de certas atividades das unidades básicas, como os grupos de gestantes, diabéticos, etc, é muito diferente, dependendo desta relação. Quando é conduzido de forma autoritária, um grupo de hipertensos não passa de uma reunião aborrecida, da qual todos querem sair o mais depressa possível; quando é flexível, pode tornar-se um espaço agradável de troca de experiências e de informações.
- Sobretudo, a dimensão coletiva da relação equipe – usuários não se faz apenas nestas atividades grupais de objetivo técnico: requer a participação efetiva dos usuários na avaliação e no acompanhamento do trabalho da equipe. As comissões locais de Saúde são um espaço importante para isto, mas muitos outros podem ser criados no cotidiano do serviço. Assembléias nos CAPS, reuniões no centro de saúde, comissões de usuários de Saúde Mental, são atividades de grande importância. Conhecendo o funcionamento do serviço, seus avanços e seus problemas, os usuários tornam-se não apenas pacientes, mas parceiros responsáveis da sua equipe.

2.3 A ATUAÇÃO EM EQUIPE

Não se pode definir uma equipe como um aglomerado de trabalhadores, na qual cada um deles exerce apenas a sua função profissional específica. As identidades profissionais

não podem servir de pretexto para o apego burocrático a uma função. Se é verdade que compete ao médico prescrever, o que o impede de levar os usuários a um passeio? Se a psicóloga deve responder por atendimentos individuais, por que não pode coordenar uma oficina? Se for atribuição da enfermeira supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem, por que não pode escutar e acompanhar seus pacientes? Se o porteiro deve zelar pelos que entram e saem, não lhe cabe também fazer companhia a quem fica?

Também não podemos entender as equipes apenas como uma forma de dividir o trabalho, em que cada um faz “a sua parte”, sem necessitar preocupar-se com o produto total. Uma equipe de Saúde deve compor-se de profissionais de formações diferentes, assegurando assim a diversidade de suas feições e a troca de suas experiências. Naturalmente, as especificidades das diferentes profissões devem ser respeitadas. Contudo, o que caracteriza realmente o trabalho em equipe é a capacidade de participar coletivamente da construção de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação que propicie as trocas. Assim, não nos limitamos a aplicar conhecimentos técnicos, aliás, indispensáveis; aprendemos a atuar coletivamente, sem nos refugiarmos em interesses corporativos ou individuais.

Algumas considerações sobre o trabalho em equipe

- Um aspecto importante do trabalho em equipe é a sua dimensão interdisciplinar. Saúde não é um conceito que se possa enunciar a partir de uma única disciplina; pelo contrário, é delineado a partir de conhecimentos da Biologia, das Ciências Humanas, da Epidemiologia, e outros. Portanto, trabalhar com saúde, na amplitude que o termo requer, traz a necessidade de examinar esse objeto a partir de diferentes conhecimentos e práticas – não apenas internos à equipe de Saúde, como os saberes da Enfermagem, da Psicologia, da Medicina, etc – mas também aqueles de outros campos.
- Assim, a equipe não pode organizar-se em torno do saber de uma determinada categoria profissional. Na Saúde, tradicionalmente, este saber era aquele do médico: em torno dele, os outros profissionais tinham meramente um papel auxiliar. Contudo, nessa nova lógica de cuidados, nenhum saber ocupa o centro.
- Isto se torna ainda mais evidente na Saúde Mental: a grande maioria das formas de sofrimento mental que atendemos não têm causa orgânica, nos mesmos moldes de um diabetes ou uma pneumonia. Assim, o próprio diagnóstico e a condução do tratamento podem ser feitos tanto pelo psicólogo, pelo médico, pelo terapeuta ocupacional – apenas a prescrição de medicamentos sendo atribuição exclusiva do médico.
- Uma equipe mínima de Saúde Mental em unidade básica de Saúde deve compor-se pelo menos de um psicólogo e um psiquiatra – evidentemente, trabalhando em parceria com o generalista, o assistente social, o auxiliar de enfermagem, entre outros.

- Serviços específicos de Saúde Mental, de maior complexidade técnica, como os CAPS, têm equipes de composição mais diversificada: psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, além, é claro, do pessoal de enfermagem e de apoio.
- Seja nos serviços de Saúde ou nos serviços específicos da Saúde Mental, o trabalho em equipe não consiste apenas nessa troca de saberes e de experiências; é também um exercício de democratização da relação entre os trabalhadores, conferindo a todos eles, seja qual for sua formação profissional, direito de voz e de voto.
- Isto não resulta apenas em idênticos direitos para todos, mas também em idêntico grau de responsabilidade – seja diante do usuário, seja diante do projeto de trabalho. Essa responsabilidade implica em participar tanto dos cuidados quanto das decisões – seja naquelas que dizem respeito ao cotidiano do serviço de Saúde, seja no que concerne à organização do trabalho, conforme os princípios definidos pelo Projeto de Saúde Mental de um município, região ou Estado.
- Finalmente, cabe lembrar que uma equipe não trabalha para si mesma, e sim para atender, da melhor maneira possível, sua clientela!

2.4 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

A organização do processo de trabalho deve incorporar as noções básicas da dimensão cuidadora na produção de Saúde que examinamos até aqui. Deve ainda, no que diz respeito à Saúde Mental, organizar-se segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica que buscamos, vistos no capítulo anterior. Esses princípios não são adendos ao projeto clínico, e sim partes constitutivas do mesmo, que devem estar inseridas nas ações concretas planejadas e desenvolvidas pelos profissionais.

Os primeiros passos do processo de trabalho: a chegada do paciente ao serviço de Saúde

- O acolhimento, quando na unidade básica, pode ser feito por qualquer profissional de saúde, de preferência um técnico de nível superior. Nos CAPS, que atendem casos de maior complexidade, é sempre feito por um profissional de Saúde Mental.
- Após a primeira abordagem, o técnico que acolheu poderá necessitar do apoio imediato de um outro profissional, ou tomar ele próprio as primeiras decisões quanto às condutas a serem adotadas.

- De qualquer forma, há algumas questões que devem ser avaliadas nesta etapa. A primeira delas: independentemente do diagnóstico, este usuário apresenta problemas psíquicos cuja gravidade justifica um encaminhamento para a Saúde Mental? Naturalmente, o diagnóstico deve ser levado em conta: neuroses e psicoses graves são a clientela prioritária. Contudo, considera-se também a situação e as circunstâncias: por exemplo, o forte abalo emocional após uma perda ou situação de vida muito difícil pode requerer atendimento da Saúde Mental, mesmo em se tratando de uma pessoa mais tranqüila; da mesma forma, alguém que passou por um episódio psicótico grave, porém se encontra clinicamente estável, e mantém laços sociofamiliares bem estabelecidos, pode ser acompanhado pela equipe do PSF.
- O profissional que fez o acolhimento pode a qualquer momento recorrer a um colega para discutir o caso: por exemplo, o enfermeiro pode discutir com o psiquiatra se há ou não necessidade de medicação; o generalista pode discutir com a psicóloga se há ou não indicação para o tratamento específico em Saúde Mental.
- Caso se decida pelo encaminhamento à Saúde Mental, seguem-se os próximos passos.

Encaminhamento do paciente à Saúde Mental: próximos passos

- É preciso, inicialmente, avaliar qual a premência desse atendimento: Imediatamente? Dentro de alguns dias ou semanas? E, ainda: em qual serviço o atendimento deve ser feito: na unidade básica, no CAPS? Esse segundo ponto, naturalmente, depende não só das características do caso, mas dos recursos com que conta o município.
- Avaliou-se, pois, quando e onde o usuário deve ser atendido. O próximo passo é encaminhá-lo para a equipe de Saúde Mental que o irá acompanhar. Esse encaminhamento deve ser feito, sempre que possível, por meio de contato pessoal ou de telefonema; além disso, é sempre necessário um relatório especificando por que e para quando se solicita o atendimento.
- Chegando à equipe de Saúde Mental, esteja ela na unidade básica, no CAPS, no ambulatório especializado, etc, o paciente será atendido por um profissional de nível superior desta equipe. Independentemente de sua formação – psicólogo, psiquiatra, assistente social, etc – este será o técnico de referência⁸ do paciente.

⁸ A expressão “técnico de referência”, utilizada em muitos CAPS, parece adequada para denominar o profissional que exerce as atribuições definidas neste parágrafo; portanto, será utilizada nesse sentido nessa Linha-Guia. A função do técnico de referência será mais bem especificada em 8.2 O projeto terapêutico: a direção do tratamento.

- É da alçada do técnico de referência estabelecer e sustentar o vínculo com o paciente, traçar as linhas de seu projeto terapêutico individual, definir com ele a frequência dos atendimentos e do comparecimento ao serviço, fazer os contatos com a família, e com outras pessoas do seu espaço social, sempre quando necessário.
- Os recursos terapêuticos indicados pelo técnico de referência podem também ser disponibilizados por meio de outros profissionais, como: prescrição médica para o uso de medicamentos, oficinas de arte conduzidas por agentes culturais, etc. Pode ainda haver dificuldades que requerem uma discussão de caso com os colegas da equipe ou a supervisão de um técnico mais experiente. O importante é que esses recursos não sejam utilizados de forma isolada, e sim façam parte do projeto terapêutico conduzido pelo técnico de referência, contribuindo assim para a melhora do usuário.
- Num determinado momento do tratamento, pode ser necessária a transferência do usuário para um serviço mais adequado ao seu caso: por exemplo, um paciente até então acompanhado na unidade básica entra em uma crise que requer cuidados intensivos no CAPS; ou, pelo contrário, um outro, seguido no CAPS, já se encontra em condições de ser atendido na unidade básica. Também nesses casos, o encaminhamento deve ser feito de forma verbal ou por escrito, evitando a perda dos avanços obtidos até então.
- Não se deve perder de vista que o paciente em atendimento pela equipe de Saúde Mental, seja no CAPS ou na unidade básica freqüentemente se beneficia da utilização simultânea de um outro tipo de equipamento, ou da realização de atividades que o ajudem na reabilitação psicossocial. Por exemplo, freqüentar um Centro de Convivência, participar de um Núcleo de Produção Solidária, atuar numa Associação de Usuários e de Familiares de Saúde Mental, e assim por diante. A equipe de Saúde Mental, portanto, deve reconhecer a importância desses recursos, promovendo sua criação e incentivando os usuários a procurá-los.

FLUXOGRAMA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Usuário é identificado na visita domiciliar ou acolhido na UBS com o seguinte perfil:

- Uso crônico de benzodiazepínicos ou antidepressivos;
- Neuroses ou psicoses;
- Uso de álcool ou droga;
- Egressos de serviços de saúde mental;
- Usuários “problemáticos”;
- Usuários “em crise”;
- Outras queixas similares.

Avaliação pela ESF, com apoio do profissional de Saúde Mental (se houver na UBS)

- usuário crônicos de benzodiazepínicos.
- pacientes em situação existencial difícil.
- quadros estáveis de neuroses de psicoses.
- egressos de serviços de saúde mental com projetos terapêuticos já definidos.
- casos mais brandos de abuso de álcool e drogas.

Acompanhamento pela ESF, conforme plano terapêutico definido. Ações de inserção na comunidade (ex. Centros de convivência, grupos de cultura e lazer)

Se houver necessidade de atendimento de urgência em caso de crises, reencaminhar para o CAPS. Se acontecer no período noturno, finais de semanas e feriados, e não houver CAPS 24 horas, encaminhar para hospital geral.

Reavaliação anual, ou antes se necessário, do projeto terapêutico no CAPS.

- neuroses ou psicoses graves.
- situações de crise aguda (surtos).
- abuso de álcool ou droga, com risco iminente para o paciente.
- outros transtornos mentais graves.

Encaminhamento para o CAPS:

- confirmação do diagnóstico.
- definição do projeto terapêutico.
- acompanhamento.

Usuário atendido no serviço hospitalar ou de urgência / emergência

Ações de inserção na comunidade com o envolvimento da ESF.

Alta do CAPS

Existindo equipe de saúde mental na UBS, ela poderá atender alguns dos casos que seriam encaminhados para o CAPS (por exemplo: psicóticos e neuróticos graves que não estão em crise; casos de crise mais branda).

2.5 A CIDADANIA

Pode-se perguntar: mas, afinal, por que o tema da cidadania está incluído num capítulo que trata da dimensão cuidadora da saúde? Ou seja, por que o incluímos na dimensão clínica do nosso trabalho?

Ora, aí se encontra, justamente, uma questão capital: a clínica, tal como é concebida aqui, não se desvincula da política, nem tem com ela uma relação apenas exterior. Política e subjetividade são aspectos estreitamente ligados – e talvez se possa atribuir à incompreensão dessa ligação o insucesso de muitas tentativas de Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

É impossível, afinal, tratar um sujeito como tal, se não o consideramos como um cidadão; igualmente, o reconhecimento de sua cidadania não pode ser feito quando desconhecemos as questões subjetivas que lhe são próprias.

Ora, segundo a própria concepção de Saúde que conseguiu fazer-se valer na Constituição Brasileira, o direito à moradia, ao trabalho, à cultura, enfim a condições dignas de vida, são tanto condições quanto objetivos do cuidado em Saúde. Isto não quer dizer que os serviços de Saúde devem oferecer casa, emprego e lazer para todos – e sim, que a consideração desses aspectos é indispensável, por meio do trabalho intersetorial de políticas públicas.

Porém, antes de tudo, é preciso refletir sobre o que entendemos por direitos de um ser humano e cidadão.

Algumas considerações sobre os direitos de cidadania do portador de sofrimento mental

- Quando se afirma um direito, afirma-se um princípio que entendemos ser justo. Isto não quer dizer que existam instâncias prontas para assegurá-lo: a afirmação de um direito não é jamais uma garantia, e sim uma conquista. Existem leis que preconizam direitos, instâncias e órgãos públicos para assegurar seu cumprimento. Contudo, essas leis, instâncias e órgãos são, por sua vez, objetos de uma conquista social, a ser permanentemente acompanhados e fortalecidos.
- Direitos fundamentais, como morar, trabalhar, etc, não bastam por si mesmos, e nem serão jamais conquistados, se não se fazem valer outros, igualmente fundamentais: pronunciar-se, participar, escolher, responsabilizar-se. A posição passiva de receber benefícios pode ajudar a sobrevivência de um ser humano, mas não faz avançar sua vida. Cidadania é algo que só se exerce quando se partilha a palavra e se tomam decisões – encontrando para as questões que afetam a cada um seu registro na cultura.
- O reconhecimento da cidadania do usuário do serviço de Saúde só se dá quando o tratamos verdadeiramente em pé de igualdade. Não vale, aqui, uma certa polidez impregnada de superioridade, com os quais muitas pessoas tratam aquelas de classes sociais que lhes são “inferiores”. Trata -se de reconhecer em quem apela, seja quem for, um meu igual, a justo título e de pleno direito – lembrando quão injustamente desiguais são muitas vezes as nossas situações.

- Quando se trata da cidadania dos portadores de sofrimento mental, as questões são as mesmas levantadas acima. Basta apenas lembrar que estas pessoas foram privadas de seus direitos de uma forma particularmente brutal. Um pobre, na rua ou na favela, pode ainda tentar defender-se de muitas maneiras, adequadas ou não: pode esmolar, gritar, roubar... Contudo, um portador de sofrimento mental, internado num manicômio, não tem sequer essas tristes alternativas: está privado de qualquer chance de fazer-se ouvir.
- O sofrimento mental traz questões que devem ser consideradas pela sociedade, na forma pela qual se pensa o conceito mesmo de cidadania. Afinal, “fazer caber” na cultura estas pessoas diferentes que escutam vozes, têm visões ou deliram, não consiste em adaptá-las aos nossos padrões. Pelo contrário, leva-nos a reexaminar esses padrões mesmos. Ao desconhecer a diferença crucial que a loucura nos coloca, sofreremos todos – por não conseguir fazer reconhecer aquilo que em cada um de nós é diferente, singular e único.
- O exercício da cidadania é indissociável da participação política e social. Como vimos, os movimentos de Reforma Psiquiátrica surgem sempre no bojo de mobilizações sociais mais amplas. Assim, por mais que se desacredite da prática política no mundo contemporâneo, não há outra saída: sem intervir nas relações de poder que estabelecem a constituição dos saberes, as condições de trabalho, as relações sociais, é inútil usar palavras como “direitos” e “cidadania”.

Aliás, essas palavras, e outras ainda dessa série, foram freqüentemente reduzidas a meros clichês, pelos tantos setores e atores que usam e abusam delas, sem a menor intenção de intervir nas situações que as impedem de tornar-se reais. Contudo, como diz o poeta Paulo Leminski, “nós não podemos deixar que palavras como liberdade, vida, povo sejam deles”.

Referências bibliográficas

ABOU-YD, Miriam e LOBOSQUE, Ana Marta. *A Cidade e a Loucura: Entrelaces*. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público*. Campos, Cezar Rodrigues (org.) São Paulo: Editora Xamã, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. *A Reforma da Reforma*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAPISTRANO FILHO, David. *Da saúde e das Cidades*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Orgs). *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. *O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

III.A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



No capítulo anterior, abordou-se a organização da assistência, a partir de noções e conceitos que se aplicam tanto à Saúde como um todo como à Saúde Mental. A partir de agora, passaremos a abordar os serviços e as ações específicas de um Projeto de Saúde Mental.

3.1 PROJETOS DE SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÃO COLETIVA

Uma rede de atenção à Saúde Mental compõe-se de ações e de serviços diversos. Contudo, ela somente funciona de fato como rede quando é criada é ordenada a partir de um Projeto de Saúde Mental.

Para atender às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, tais como definidas nas III Conferências Estadual e Nacional de Saúde Mental, esse Projeto deve reorientar o modelo de assistência, através de ações e de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que possibilitem sua superação.

Para concretizar-se, esse Projeto pode necessitar dos mais variados dispositivos. Alguns deles, descritos neste capítulo, pertencem de forma mais estrita à área da Saúde: consistem nas atividades específicas de Saúde Mental que se executam em serviços de Saúde, como unidades básicas ou hospitais gerais, e também nos serviços de Saúde destinados especificamente aos portadores de sofrimento mental, como os CAPS. Outros, abordados no capítulo seguinte, vão além da esfera da Saúde: são os Centros de Convivência, os Grupos de Produção, as Moradias, as formas diversas de mobilização e de controle social.

Contudo, devemos lembrar: dispor de todos esses recursos não basta para assegurar um Projeto de Saúde Mental. Um Projeto não consiste simplesmente na administração dos serviços existentes, ou na criação de novos serviços. Trata-se de uma construção coletiva, tendo como parceiros o poder público, os trabalhadores e as instâncias de controle social. Uma pergunta guia esta construção: o que é preciso fazer para que os portadores de sofrimento mental deste município, ou desta região, sejam tratados como cidadãos?

O que é preciso fazer depende, é claro, das singularidades de cada município ou região. Se um mesmo princípio – o da cidadania – vale para todos, as estratégias são diferentes, assim como são diferentes as necessidades.

Assim, uma cidade muito pequena não necessita de um CAPS, mas deve haver um CAPS de referência em sua micro-região. Uma cidade de médio porte pode não precisar de um CAPS 24 horas, mas deve ter sua estratégia para atendimentos de urgência noturnos, como, leitos em hospital geral. Uma região onde há grande concentração de leitos psiquiátricos necessitará de um grande investimento em moradias protegidas – que são muitas vezes desnecessárias onde não há hospitais. Um ambulatório de Saúde Mental pode caminhar para tornar-se um CAPS. Compete a cada local uma forma própria de criar e de articular seus serviços, conforme as necessidades reais que se apresentam.

Um outro fator a ser levado em conta é o investimento do gestor diante dessas necessidades: um município pode necessitar urgentemente de um ou mais CAPS, sem que a administração local se decida a construí-lo. Nesdes casos, compete à equipe utilizar a

melhor maneira possível os recursos existentes – enquanto se alia às instâncias de controle social para obter aqueles que faltam.

Contudo, a potência um Projeto de Saúde Mental depende, sobretudo da capacidade de estabelecer a estratégia de suas prioridades. Quais serviços devem ser criados primeiro? Dos serviços existentes, quais devem ter sua função re-adaptada, quais devem ser gradativamente desmontados? O que é mais importante e mais viável, nesse momento e nessa conjuntura: investir no bom funcionamento da unidade básica, ou criar um CAPS? Mais adiante, quais devem ser os próximos passos?

Afinal, um Projeto de Saúde Mental não nasce pronto, nem se implanta inteiro de uma só vez: seu traçado, sua implantação, seu estilo, são sempre singulares, conforme as singularidades locais.

De qualquer forma, será um Projeto de Saúde Mental coerente e eficaz, sempre e quando seus diferentes serviços se articulam uns aos outros, visando a um objetivo comum: prescindir do hospital psiquiátrico e sua lógica, assegurando a todos os usuários o acesso à rede de cuidados, e construindo com eles condições para sua vida livre, autônoma e participativa no cenário da cidade.

3.2 A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

3.2.1 Inversão das prioridades da Saúde Mental: um problema a enfrentar

Inicialmente, examinemos o perfil da clientela que se destina à Saúde Mental na grande maioria das unidades básicas de Saúde.

Ao discutir o acolhimento, no capítulo anterior, vimos que freqüentemente usuários “problemáticos” são encaminhados para os profissionais de Saúde Mental da unidade, que supostamente saberiam o que fazer com eles.

Além disso, há uma outra clientela que chega maciçamente a estas unidades: os usuários habituais de benzodiazepínicos e antidepressivos. São pessoas – mais comumente mulheres – que, ou por serem mais frágeis, ou por terem tido uma história de vida complicada, ou por estarem atravessando um momento difícil, numa dada ocasião receberam, de forma equivocada, um diagnóstico psiquiátrico e a prescrição de um medicamento. A partir daí, passam a identificar-se com esse rótulo – dizendo, por exemplo: “Meu problema é depressão” – e a usar, muitas vezes por toda a sua vida, psicofármacos com os quais se acostumam tanto orgânica como psiquicamente. Entre essas pessoas, algumas são neuróticas graves e/ou atravessam momentos de crise, necessitando, pois, de assistência especializada. Contudo, não é este o caso da grande maioria delas – e, ainda assim, ocupam grande parte das agendas, sobretudo a dos psiquiatras.

Encontramos, ainda, principalmente na Psicologia, vários usuários encaminhados, muitas vezes sem demanda própria, a uma psicoterapia interminável, cujas razões e objetivos não são claros nem para eles nem para os profissionais que os acompanham. Dentre eles, destacam-se as crianças e os adolescentes com problemas de aprendizagem ou de comportamento, que muitas escolas costumam encaminhar.

Ora, enquanto a equipe de Saúde Mental ocupa-se predominantemente desses casos, uma série de outros deixa de receber atendimento adequado. Os portadores de sofrimento mental grave, ou psicóticos, não costumam encontrar espaço e tempo nas unidades básicas: quando atendidos, geralmente são pacientes já estáveis, que ali recebem apenas uma renovação da receita visando “manter o quadro”.

Por conseguinte, é preciso operar uma inversão: os casos mais graves, inclusive os agudos, devem ser priorizados em qualquer serviço de Saúde – inclusive na unidade básica.

Ao mesmo tempo em que se assegura essa prioridade aos casos de maior gravidade, a unidade básica de Saúde deve reconsiderar a forma de abordagem dada à sua clientela habitual de mulheres infelizes e meninos levados. Não se trata de menosprezar os problemas dessas pessoas, nem de virar-lhes as costas – e sim de procurar com elas outras saídas e alternativas, sem mascarar os problemas de sua vida tratando-os como problemas de Saúde Mental.

Esse não é um movimento fácil de fazer. Contudo, sua realização é indispensável, se queremos assegurar à unidade básica um papel efetivo na rede de atenção aos portadores de sofrimento mental.

3.2.2 A parceria Saúde Mental – Saúde da Família

Esta é uma parceria necessária, desejável e possível: afinal, a lógica dos projetos de Saúde Mental inspirados na Reforma Psiquiátrica tem grandes afinidades com aquela dos Programas de Saúde de Família, entendidos como estratégia de implantação do SUS.

As equipes do PSF, por sua proposta mesma de trabalho, costumam ter com sua clientela uma relação muito diferente daquela que se estabelece nas práticas mais tradicionais de Saúde. Conhecem seus pacientes, conversam com eles, entram em contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas com os mais diferentes aspectos de suas vidas. Esta lógica de trabalho contribui para ajudá-los a atender adequadamente o tipo de clientela que vem ocupando de forma indevida as agendas dos profissionais de Saúde Mental.

Escutar o paciente cuja queixa traduz essencialmente a demanda de ajuda para um problema emocional; acompanhá-lo, procurando pensar com ele as razões desse problema, e formas possíveis de enfrentá-lo; evitar tanto quanto possível o recurso aos psicofármacos, e, quando necessário, usá-los de forma criteriosa; não forçar o paciente a deixar de um dia para o outro medicamento que sempre usou, mas ponderar com ele os riscos e as desvantagens desse uso; não repetir estereotipadamente condutas e receitas: este é um acompanhamento que as equipes do PSF sabem e podem conduzir.

Evidentemente, essas equipes podem alegar diversos impedimentos para assumir tais funções. Contudo, devemos distinguir dois tipos de objeções.

O primeiro tipo é aquele que nasce de uma recusa a priori da equipe em atender estes pacientes. O segundo tipo tem a ver com suas dificuldades concretas em lidar com eles.

A recusa, embora compreensível, não se justifica. Os profissionais de Saúde sentem-se irritados diante da demanda dessa clientela, que não melhora nunca, queixa-se de tudo, desafiando os seus saberes, e provocando uma sensação de impotência. Entretanto, deve-se levar em conta a responsabilidade dos próprios agentes de Saúde na gênese desta demanda. A esse respeito, citamos o jornal *Sirimim*⁹: “Afinal, medicalizando” e “psicologizando” os mais diversos aspectos da vida, os gestores e técnicos de Saúde já fizeram à população muitas promessas irrealizáveis; não há um porquê de ficarmos escandalizados se hoje nos cobram uma performance à altura da imagem de onipotência divulgada”.

Assim, quando um paciente nos vem pedir pela milésima vez uma receita de diazepam, não custa lembrar que foram profissionais de Saúde quem lhe prescreveu esses remédios pela primeira vez, e continuaram a fazê-lo automaticamente por anos a fio.

Quanto às dificuldades: alega-se, sobretudo, a questão do despreparo para atender esses pacientes. Ora, tal dificuldade se relaciona a outra, aliás, mais grave: na formação dos profissionais de Saúde, o despreparo para considerar a dimensão subjetiva de todos os pacientes – sejam eles doentes “de verdade” ou não. A este respeito, a própria prática do PSF, em muitos locais, já conseguiu avançar para além dos saberes estritamente técnicos que geralmente se aprendem nas faculdades!

De qualquer forma, esse despreparo é uma dificuldade real a ser solucionada. Cursos de capacitação em Saúde Mental, referências bibliográficas adequadas, esta Linha-Guia – são recursos necessários para tal.

Ainda: embora seja imprescindível que as equipes do PSF adquiram noções básicas de Saúde Mental, existe um nível mais complexo de saberes desta área que seus profissionais não são obrigados a conhecer. Portanto, a disponibilidade da equipe de Saúde Mental é essencial: cabe-lhe ajudar a abordagem destas questões, seja através de reuniões e de debates periódicos, seja no cotidiano do serviço – discutindo alguns casos, avaliando outros, recebendo aqueles que se agravam ou se complicam.

Contudo, os problemas suscitados por esta clientela não se resolvem simplesmente transferindo seu atendimento da Saúde Mental para o PSF. Quando se faz apenas isto, o que acontece muito brevemente é que as agendas do PSF tornam-se tão tomadas por estes usuários quanto antes o estavam as agendas da Saúde Mental.

Logo, é preciso um duplo movimento. Por um lado, não se pode fechar as portas do centro de saúde para essa clientela; por outro, há que encontrar, com eles, espaços mais interessantes, fora e além do centro de saúde.

⁹ Vide nota 5.

Os próprios trabalhadores da unidade básica – os do PSF ao lado dos da Saúde Mental – podem desenvolver certas iniciativas: eventos culturais, atividades esportivas ou de lazer, festas, encontros – mostrando a esses usuários que podemos estar próximos a eles de uma outra maneira, sem atrelar nossa presença a consultas ou remédios.

Este primeiro passo leva a outros, intersetoriais: parcerias com trabalhadores e serviços do Desenvolvimento Social, da Educação, dos Direitos Humanos, etc. Assim, pode-se criar possibilidades de trânsito e de produção para estas pessoas – que não têm encontrado outra maneira de pedir ajuda para seus problemas a não ser revestindo seu apelo de uma roupagem médico-psicológica, endereçando-o eternamente aos serviços de Saúde.

3.2.3 A atuação da equipe de Saúde Mental nas unidades básicas

Muitas unidades básicas não possuem uma equipe de Saúde Mental – e nem mesmo seria desejável que a possuíssem! A lotação ou não da equipe de Saúde Mental numa unidade básica depende de aspectos epidemiológicos, demográficos, e outros, que devem ser levados em conta na organização do Projeto de Saúde Mental local.

Uma vez lotada numa determinada unidade, a equipe de Saúde Mental deve atender também os pacientes de outras unidades próximas, que não contam com profissionais da área.

As equipes do PSF devem assumir o acompanhamento daqueles portadores de sofrimento mental em que o grau de complexidade do problema apresentado pelo paciente e dos recursos necessários para seu cuidado forem menores (por exemplo: neuróticos que não apresentem sintomas graves, psicóticos estabilizados, e outros).

Quando esse grau de complexidade extrapola as possibilidades dos profissionais não especializados, o caso deve ser encaminhado para a unidade básica mais próxima que disponha de profissionais de Saúde Mental.

Portanto, uma equipe de Saúde Mental necessita organizar bem a sua agenda, em contato contínuo com as diferentes unidades básicas que ela referencia. A priorização dos casos mais graves e complexos é o princípio que deve orientar essa organização.

Assim, num trabalho articulado entre as unidades básicas ligadas a uma equipe de Saúde Mental, é preciso definir bem os fluxos e os critérios de encaminhamento.

O fluxo e os critérios de encaminhamento em Saúde Mental

- Um paciente em crise não requer necessariamente o encaminhamento para serviços específicos de Saúde Mental, como um CAPS: muitos deles, embora requerendo um acompanhamento mais próximo, podem perfeitamente ser acompanhados na unidade básica mais próxima que dispõe de equipe de Saúde Mental.
- Num dado momento, podem impor-se medidas como a permanência-dia ou noite, a demanda de cuidados intensivos, e quaisquer outras, enfim, que extrapolem as

possibilidades da unidade. Neste caso, o encaminhamento ao CAPS mais próximo deve ser feito, pelo período de tempo estritamente necessário, até que o paciente tenha condições de retornar à unidade básica.

- Há também pacientes muito graves que não se encontram em crise: psicóticos por vezes “estáveis”, porém vivendo em situação de isolamento e apatia; outros que vivem conflitos constantes com suas famílias; outros, ainda, que tiveram sua integridade psíquica profundamente prejudicada por um longo tempo de sofrimento mental, e/ou por uma história de cronificação institucional. Estes pacientes devem ser avaliados pela Equipe de Saúde Mental. Deve-se considerar, caso a caso, como atendê-los para além do mero alívio dos sintomas pessoais ou familiares. Muitos deles estarão desejosos de falar: cumpre ouvi-los! Muitos outros perderam já este desejo: cumpre suscité-lo!
- Para a equipe de Saúde Mental é de grande importância, ainda, a prática da referência e contra-referência com os outros serviços da rede. Assim como o CAPS deve receber um paciente que não vem respondendo ao acompanhamento inicial na unidade básica, a unidade, por sua vez, deve receber com presteza os egressos dos CAPS, dedicando-lhes a atenção e o cuidado mais próximos necessários a estes pacientes.
- Da mesma forma, a equipe de Saúde Mental de uma unidade básica deve acolher aqueles casos das outras unidades básicas que referencia, quando necessitam realmente de seus cuidados.
- A equipe de Saúde Mental deve também estimular os colegas não especialistas, em sua unidade e naquelas que referencia, a acompanhar os portadores de sofrimento mental que eles próprios têm condições de atender. Para tanto, deve mostrar-se receptiva às dificuldades dos colegas, discutindo o caso sempre quando houver demanda para tal, e avaliando-o, quando necessário.
- Também os egressos dos hospitais psiquiátricos, nas regiões em que existem, devem receber toda atenção da unidade básica – visando a tornar desnecessária uma nova internação.
- Uma outra articulação muito importante da unidade básica é aquela que se faz com os Centros de Convivência e serviços afins. A frequência destes serviços, de forma simultânea ao acompanhamento na Unidade, é uma ajuda valiosa no tratamento do paciente grave, possibilitando a reconstrução de laços e o convívio social, para a qual o atendimento individual nem sempre basta.
- É preciso desmontar o velho costume de enviar os psicóticos apenas ou principalmente para os psiquiatras. Todos os pacientes, neuróticos ou psicóticos, necessitam de uma escuta – e todo profissional de Saúde Mental deve ser capaz de oferecê-la, seja qual for o diagnóstico em questão.

- É importante lembrar que o portador de sofrimento mental pode participar dos grupos de hipertensos, diabéticos, de mulheres, etc, realizados na unidade básica.

Ao realizar essa proposta, pode-se verificar que a presença dos portadores de sofrimento mental grave, longe de atemorizar os outros pacientes ou de perturbar o funcionamento do serviço, contribui para criar na unidade básica um trabalho mais ágil e menos rotineiro, lidando tranqüilamente com as diferenças e os imprevistos.

3.3 OS CAPS ou CERSAMS

Para não confundir o leitor, inicialmente, esclarecemos uma questão de terminologia. Existem serviços de Saúde Mental voltado para o tratamento intensivo ou semi-intensivo de portadores de sofrimento mental. Nas portarias do Ministério da Saúde, esses serviços recebem o nome de CAPS, ou Centros de Atenção Psicossocial. Contudo, em diferentes locais do país, os CAPS recebem nomes diferentes, em vários municípios mineiros, por exemplo, são chamados de CERSAMs, ou Centros de Referência em Saúde Mental.¹⁰

Portanto, podemos utilizar os termos como sinônimos: CERSAMs ou CAPS, tanto faz. O que varia, como veremos mais adiante, é a função que adquirem conforme o Projeto de Saúde Mental do qual fazem parte.

3.3.1 As propostas e o funcionamento dos CAPS

A portaria GM 336/2002 nos traz alguns critérios mínimos para definir um CAPS. Seu tempo de funcionamento mínimo é de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os 5 dias úteis da semana (os CAPS I e os CAPS II); contudo, há aqueles que funcionam 24 horas, de segunda a segunda (os CAPS III). Realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área territorial. Funcionam em área física e independente de qualquer estrutura hospitalar, com equipes interdisciplinares próprias. Oferecem, dentre outros recursos terapêuticos: atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares.

A necessidade de possuir um CAPS, assim o número de CERSAMs necessários, depende do porte do município. Municípios pequenos não precisam necessariamente tê-lo, desde que possam contar com um serviço deste tipo num município de referência da sua região. Podemos estabelecer como adequada uma média de um CAPS para cada 100.000 habitantes; contudo, este é um fator bastante variável, havendo municípios cujos CAPS atendem a territórios bem mais populosos.

Contudo, indo um pouco além destas definições, apresentaremos a lógica e a dinâmica de funcionamento que, em nosso entender, compete a um CAPS.

¹⁰Vide nota 6.

- Como vimos, embora os pacientes mais graves, mesmo em crise, possam ser atendidos na unidade básica, existem casos e situações em que isto não é possível. Nos períodos de crises mais intensas, com maior desorganização psíquica, acentuada inquietude psicomotora, insônia severa, torna-se difícil a permanência contínua do paciente em sua casa: os conflitos domésticos tendem a agravar-se, perturbando muito a relação entre pacientes, familiares e vizinhos.
- Assim, serviços como os CAPS possibilitam tanto uma mediação desses conflitos, quanto um acompanhamento próximo e intensivo do paciente em crise – acolhendo-o em regime de permanência-dia, e, quando necessário, permanência-noite.
- Sendo serviços territorializados, os CAPS recebem pacientes de sua área, encaminhados por outros serviços, ou por demanda espontânea. O profissional da equipe do CAPS deve avaliar se a admissão neste serviço é realmente a melhor opção para aquele paciente; caso contrário, o profissional deve propor outra alternativa.
- A admissão de um paciente do CAPS deve sempre ser negociada com ele próprio: embora possam ocorrer admissões involuntárias, na grande maioria das vezes é possível evitar esse tipo de medida.
- Uma vez admitido no serviço, o paciente, via de regra, vincula-se a um determinado profissional da equipe, que se torna seu técnico de referência.
- Não há nenhuma regra a priori que determine o tempo da permanência: este é ditado pelas particularidades de cada caso, a partir de um acordo feito entre o técnico de referência, o paciente e seus familiares. Alguns podem passar ali apenas uma parte do dia, outros podem passar o dia e a noite, outros o dia inteiro, outros três vezes por semana, e assim por diante. Esse acordo vai sendo revisto ao longo do tratamento, podendo a frequência do paciente ao serviço aumentar ou diminuir, conforme o caso.

O que se faz no CAPS?

Se um paciente necessita afastar-se ao menos temporariamente de sua própria casa, isto só faz sentido se o recebemos num local onde receba cuidados constantes e respeitosos. Esses cuidados são variados: o atendimento individual diário com seu técnico de referência, com o qual possa falar e procurar entender o que se passa com ele; a ajuda para a sua higiene e cuidados com o próprio corpo, geralmente prejudicados pela crise; a participação em atividades coletivas, como oficinas, reuniões, assembléias, passeios; o atendimento à família, que deve fazer-se presente durante todo o tratamento; a prescrição adequada da medicação; a disponibilidade dos trabalhadores do serviço.

Portanto, embora devendo atender aquela clientela que geralmente se destinava aos hospitais psiquiátricos, espera-se que os CAPS atuem de forma completamente diferente daquelas instituições.

3.3.2 O lugar do CAPS no Projeto de Saúde Mental: serviço substitutivo x serviço complementar

Os mais de 600 CAPS hoje credenciados no país, segundo os critérios da portaria já citada, são com certeza, em sua grande maioria, lugares onde acontecem interessantes experiências no sentido do convívio e de encontro com os portadores de sofrimento grave.

Engana-se quem diz que certos CAPS se assemelham a hospitais psiquiátricos: mesmo aqueles que não funcionam tão bem quanto deveriam oferecem aos usuários um grau de contratualidade e poder de decisão muito maior do que o melhor dos hospitais.

Isto não quer dizer, porém, que todos eles sigam a lógica e a dinâmica descrita acima. Muitos não se encontram integrados a um Projeto de Saúde Mental claro e bem estabelecido, o que faz oscilar a sua função.

Há duas funções possíveis para um CAPS, que dependem do lugar que ocupa no Projeto de Saúde Mental. Uma delas consiste em atuar como um espaço intermediário entre o nível básico e o hospital psiquiátrico, atendendo os casos de relativa gravidade, porém preferindo encaminhar os mais difíceis e graves: nesse caso, o CAPS funciona como um *serviço complementar* ao hospital. A outra é quando integra um conjunto de ações e serviços que dispensam esta retaguarda, ou seja: quando se integra numa rede de *serviços substitutivos* ao hospital psiquiátrico.

Parece-nos, ainda, que a lógica de funcionamento de um CAPS varia conforme assuma esta ou aquela função no Projeto de Saúde Mental: o CAPS tem mais dificuldade em romper com a lógica do hospital psiquiátrico quando se coloca como complementar e não como substitutivo a ele. Tentaremos enumerar e desenvolver alguns aspectos em que isto se manifesta.

O CAPS no acolhimento das crises graves

- Muitas vezes, os CAPS acabam por encaminhar casos mais graves ou difíceis ao hospital psiquiátrico.
- Algumas vezes, essa posição é imposta pela inadequação da rede municipal de Saúde Mental: assim, um número insuficiente de CAPS, ou um CAPS insuficientemente equipado, pode forçar o recurso à internação.
- Mas, noutros casos, a questão não é a falta de alternativas em si: é que não se vê necessidade de construí-las, parecendo mais adequado ou mais cômodo funcionar como serviço complementar.

- Assim, na primeira possibilidade, um CAPS pode vir a recorrer ao hospital, por não dispor de outra alternativa no momento – por exemplo, porque não funciona ainda durante 24 horas, ou não conta com leitos para pernoite em hospital geral. Contudo, estes encaminhamentos só se fazem em último caso, sabendo a equipe que esta não é a melhor opção para o paciente.
- Na segunda possibilidade, os encaminhamentos são feitos com maior frequência e facilidade – de forma que, ao longo do tempo, a equipe tende a enviar para o hospital aqueles casos que suscitam intolerância, dificuldade ou resistência.
- Inserido num Projeto de Saúde Mental verdadeiramente eficaz, um CAPS deve acolher de forma decidida os casos de crise que lhe chegam, mantendo-os consigo enquanto preciso for.
- Para isto, deve procurar outras saídas – ampliação do seu funcionamento para 24 horas, leitos para pernoite em hospital geral, etc – que permitam à equipe que já acompanha o paciente desde o início da crise estar a seu lado até o momento da melhora.

O CAPS como espaço terapêutico

Vimos em capítulos anteriores os repetidos insucessos das tentativas de fazer dos hospitais psiquiátricos verdadeiros espaços terapêuticos. Por que se acredita, então, na possibilidade de que os CAPS possam atuar como tal?

Como já foi dito, os CAPS são serviços abertos – tanto para a entrada e a saída dos usuários, quanto para sua ligação com a cidade.

Portanto, vejamos alguns pontos imprescindíveis para que o espaço do CAPS se estruture segundo uma lógica antimanicomial.

- O empenho para evitar o uso da força na relação com os usuários é essencial. Isto começa pela admissão e pela frequência do serviço, para as quais se deve sempre buscar o consentimento do paciente. Contudo, inclui também vários outros aspectos. Assim, ainda que um episódio de agitação intensa torne necessário medicar extraordinariamente o paciente, a medicação deve sempre ser precedida, acompanhada e seguida pela conversa e pela argumentação.
- Da mesma forma, a contenção física e outras medidas de imposição utilizadas rotineiramente, sem esgotar outros recursos possíveis, é um sinal seguro de que o trabalho não vai bem.
- Para que o uso da força não se imponha, é preciso criar um clima acolhedor e ativo no serviço. Evidentemente, os CAPS substitutivos ao hospital são serviços de ritmo acelerado, por vezes até mesmo tenso. Contudo, ainda assim, o ambiente costuma ser agradável e hospitaleiro: a grande maioria dos pacientes aprecia a permanência no serviço e vincula-se a ele.

- Demonstra-se assim a possibilidade do convívio direto e próximo com pessoas em crise, e entre elas: nas situações de impasse, a segurança de todos e de cada um não se garante pelo abuso da força, mas pelo poder de mediação da presença e da palavra.
- A oferta constante de atividades interessantes e participativas, que atendam a gostos diferentes e respeitem as escolhas individuais, é indispensável: o CAPS deve romper tanto com o ócio forçado quanto com o trabalho também forçado que caracterizam o hospital psiquiátrico.
- É igualmente decisivo o tipo de relações que se estabelecem entre os pacientes e os profissionais. Não pode haver barreira física ou hierárquica que dificulte o acesso do paciente a qualquer profissional da equipe. Não há pedido que não possa ser ouvido, nem crítica que não deva ser considerada. Quanto mais uma equipe estabelece com os pacientes, relações de solidariedade e confiança mútua, tanto mais o serviço opera com tranquilidade e competência.
- Também importam, e muito, as relações que se estabelecem entre os profissionais, como foi visto no item sobre trabalho em equipe. As equipes centradas na ação e na presença do psiquiatra tendem a reeditar o modelo manicomial: quando se solicita e se depende muito desse profissional, repete-se o modelo médico-centrado que caracteriza o hospital psiquiátrico.
- Ainda, a participação dos usuários nas decisões que dizem respeito ao funcionamento do serviço é essencial. As reuniões gerais e as assembléias são atividades que lhes permitem apontar problemas e procurar soluções: dessa forma, os usuários responsabilizam-se também pelo zelo com o espaço do CAPS.

O CAPS como serviço aberto

- Os CAPS devem ser serviços abertos, em todos os sentidos: tanto pela ausência de muros e de grades, quanto pela ligação constante com o espaço social.
- Também não necessitam de recursos e equipamentos médicos de maior monta: os CAPS não são pequenos hospitais. Afinal, o tipo de cuidados em Saúde Mental dispensa as aparelhagens e tecnologias hospitalares: opera, sobretudo pela acolhida que oferta e pelo laço que estabelece com o usuário.
- Quando esse laço se fortalece e se multiplica, ampliando-se para além dos limites dos CAPS, o serviço mantém-se aberto; quando permanece restrito ao interior da instituição, tende a fechar-se.
- O tratamento oferecido pelo CAPS não se faz o tempo todo dentro dele: uma saída para ir à padaria, um passeio no parque, uma ida à reunião da sua associação, são de grande importância para os usuários. O mesmo vale para os técnicos: tentar

buscar em sua casa o paciente grave que não quis vir; acompanhar um grupo de usuários numa excursão ou num passeio; participar de reuniões com colegas de outros serviços, e assim por diante. Essa troca constante entre o serviço e a cidade, esse entrelace entre seus espaços, é certamente uma marca dos CAPS.

- O CAPS deve ser um local de passagem – ou seja, a permanência-dia ou noite no serviço é uma etapa na vida do paciente, e não um meio de viver. Outros serviços e atividades podem atendê-lo melhor numa outra etapa: a unidade básica, o centro de convivência, um grupo de produção, uma associação de usuários.
- Sobretudo, o tratamento no próprio CAPS visa a não manter o portador de sofrimento mental apenas na condição de usuário de serviços de Saúde Mental, mas abrir perspectivas em sua vida: o namoro, as amizades, o estudo, o trabalho, o lazer. Portanto, as coisas não vão bem, quando a maioria dos usuários é mantida por muito tempo dentro dos seus limites.
- Isto não quer dizer, como pensam muitos, que se deva “dar alta” imediatamente após passada a crise: não se trata de aliviar os sintomas do paciente para dispensá-lo a seguir. O usuário pode frequentar o CAPS durante todo o tempo que se fizer necessário: não podemos mandar embora hóspedes que convidamos a entrar.
- Contudo, cabe à equipe despertar os usuários para o desejo de partir – não porque queremos livrar-nos deles, mas porque existem no mundo horizontes mais amplos. Assim, apenas quando a saída do usuário respeita o seu ritmo e a sua decisão, o CAPS opera realmente como lugar de passagem.

3.4 OUTROS SERVIÇOS E RECURSOS

3.4.1 Ambulatórios de Saúde Mental

Durante muitas décadas, a única alternativa à internação psiquiátrica consistia no tratamento em ambulatórios especializados de Saúde Mental. Contudo, de maneira geral, essa alternativa não teve sucesso.

Nos municípios de maior porte, sobretudo, criaram-se “mega-ambulatórios” onde atuavam um grande número de profissionais da Saúde Mental, sobretudo psiquiatras.

A inexistência de trabalho em equipe, o atendimento automatizado e essencialmente medicamentoso, baseado no procedimento da consulta, caracterizava esses serviços. Suas agendas jamais priorizaram os portadores de sofrimento mental grave. Pelo contrário, “psiquiatrizando” pessoas com problemas emocionais mais leves foram em grande parte os responsáveis pela criação da clientela de usuários crônicos de benzodiazepínicos e antidepressivos, descrita quando se tratou das unidades básicas de Saúde.¹¹

¹¹ Vide 3.2 Atenção em Saúde Mental nas unidades básicas de Saúde.

Assim, os ambulatórios de Saúde Mental já não são serviços preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Isto não retira a importância do atendimento ambulatorial, ou seja, do atendimento diário, semanal ou mensal dos portadores de Saúde Mental que não requerem uma assistência tipo permanência-dia ou noite. O que se modifica é a lógica de atendimento, assim como o espaço de sua realização: deve fazer-se preferencialmente na unidade básica de saúde, seja pela equipe do PSF, nos casos mais simples, seja pela equipe de Saúde Mental, nos mais complexos.

Por vezes, é importante, também, que esse tipo de atendimento se faça no CAPS – por exemplo, no caso de um paciente muito ligado ao CAPS, mas que já não necessita permanecer ali, pode-se atendê-lo uma vez por semana naquele serviço, até que chegue o momento adequado de seu encaminhamento para a unidade básica.

Contudo, embora já não vigore a tendência de criar ambulatórios especializados em Saúde Mental, esses serviços existem em muitos municípios. Colocam-se, pois, as perguntas: primeiro, é possível utilizá-los de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica? E, em caso afirmativo, como inseri-los nessa perspectiva?

No caso dos “mega-ambulatórios” já descritos, a prática já se cronificou há muito, sendo serviços pouco flexíveis para uma verdadeira reestruturação. Nesses casos, é melhor caminhar progressivamente para extingui-los, substituindo-os pelos outros tipos de serviços e recursos já descritos neste capítulo.

Por outro lado, geralmente em municípios menores, costuma haver ambulatórios de Saúde Mental que podem funcionar ou mesmo já funcionam de uma outra maneira. São (ou podem tornar-se!) serviços ágeis e acolhedores, que constituem uma referência importante para a população. Nestes casos, além dos atendimentos individuais, costumam realizar oficinas, grupos e outras atividades com os usuários; acolhem casos mais graves, muitas vezes evitando a internação; atuam em equipe; têm uma relação mais viva e próxima com a cidade.

Em suma, dentro das limitações de sua estrutura física e recursos humanos, funcionam mais como um CAPS e/ou Centro de Convivência do que como um ambulatório, no sentido estrito da palavra.

Nestes casos, tais serviços devem ser estimulados a continuar funcionando sempre e mais desta maneira – caminhando no sentido de tornar-se efetivamente um CAPS, assim que a gestão do município lhes ofereça recursos para tal.

3.4.2 Leitos psiquiátricos em hospital geral

Em certas concepções de Reforma Psiquiátrica, esse recurso apresentou-se como a grande solução para o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Contudo, na prática, não se revelou como tal. A mera troca de leitos em hospitais psiquiátricos por hospitais gerais mantém o recurso à internação como a alternativa para os casos graves, tornando inúteis ou ociosos os CAPS e os demais serviços da rede.

Geralmente, as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais reproduzem o mesmo modelo arquitetônico e assistencial dos hospitais psiquiátricos: são locais fechados, isolados, cujo atendimento volta-se basicamente para a supressão dos sintomas.

Isto não quer dizer que os leitos em hospital geral são uma alternativa a ser descartada – pelo contrário, podem funcionar como uma espécie de curinga, assumindo funções diferentes conforme a organização da rede local de Saúde Mental, ajudando a assegurar a assistência 24 horas.

Veja alguns exemplos. Num município de menor porte, pode ser oneroso ou desnecessário equipar um CAPS para funcionar também à noite. Nesses casos, o CAPS pode funcionar, diariamente, de segunda a segunda, por 12 horas; aqueles casos que necessitarem também de pernoite podem ser encaminhados ao hospital geral, para permanecer ali por alguns dias, ou ainda, preferencialmente, apenas para o pernoite, continuando a passar o dia no CAPS.

Outro exemplo, numa grande cidade, ainda que os CAPS funcionem 24 horas, não faz sentido equipar todos eles com a estrutura necessária para o atendimento de certos casos mais complexos. Um CAPS 24 horas pode perfeitamente manter consigo durante a noite aqueles pacientes que já são vinculados a ele, sem necessitar da presença constante de um psiquiatra. Contudo, necessitam de contar com uma retaguarda psiquiátrica, caso se faça necessário medicar extraordinariamente um paciente. Ainda, os pacientes que procuram o serviço ao entrar em crise, muitas vezes necessitam ser medicados logo após a sua chegada. Neste caso, o estabelecimento de um serviço de retaguarda psiquiátrica num hospital geral como referência para toda a cidade é uma boa opção. O(s) psiquiatra(s) lotado(s) neste serviço recebe(m) os casos novos, que nunca foram atendidos por nenhum CAPS, encaminhando-os, no dia seguinte, para o CAPS da sua região. Podem dar orientações necessárias quanto à medicação para as equipes noturnas dos CAPS. E, ainda, podem deslocar-se pessoalmente até o CAPS que necessite deles, quando o problema não puder ser resolvido pelo telefone.

Assim, cada município pode utilizar os leitos em hospital geral conforme a estratégia mais apropriada à implantação do seu Projeto de Saúde Mental – considerando as ressalvas e os limites deste recurso.

Concluindo, um aspecto importante quanto aos hospitais gerais: eles constituem, seguramente, o melhor local de atendimento para todos aqueles pacientes em cujo quadro predomine uma patologia orgânica – seja os portadores de sofrimento mental que apresentem uma intercorrência clínica grave, seja os pacientes cujos sintomas psíquicos sejam de origem orgânica – como um alcoólatra num quadro de *delirium tremens*. Esse lembrete, embora óbvio, se faz necessário: a discriminação imposta aos portadores de sofrimento mental em muitos serviços de Saúde leva freqüentemente à recusa do atendimento desses pacientes, quando necessário – resultando em agravamento do quadro ou óbito.

Como qualquer outro cidadão, o portador de sofrimento mental é suscetível a adoecer gravemente – e, neste caso, também como qualquer outro cidadão, deve ser atendido no local que dispõe dos recursos adequados, ou seja, o hospital geral.

3.4.3 A relação com os hospitais psiquiátricos: uma coexistência provisória

Como já foi dito aqui, o Projeto de Saúde Mental que se pretende implantar em Minas busca a completa superação dos hospitais psiquiátricos: portanto, a rede de serviços é substitutiva e não complementar a eles.

Entretanto, vimos que a relação com os hospitais psiquiátricos pode dar-se, na prática, de maneira distinta. Muitos serviços recorrem a eles por uma questão de comodidade, ou pela convicção implícita de que são úteis ou necessários para certos casos. Outros, contudo, só encaminham pacientes para os hospitais psiquiátricos por não dispor ainda, em seu município ou região, dos recursos necessários (por exemplo, CAPS 24 horas ou pernoite em hospital geral) para tratar destes casos.

De qualquer forma, a Reforma Psiquiátrica mineira admite apenas uma coexistência provisória com os hospitais psiquiátricos: ou seja, deles fazemos uma utilização apenas ocasional e temporária, enquanto caminhamos para construir esses recursos que ainda nos faltam.

Esta coexistência provisória deve considerar dois aspectos.

Relação do serviço de Saúde Mental com o(s) hospital(is) mais próximo(s)

Sugerimos em todos os casos em que o encaminhamento para o hospital psiquiátrico for inevitável:

- Encaminhar o paciente apenas quando todas as outras possibilidades tiverem sido esgotadas.
- Ter clareza de que esse encaminhamento não é jamais a melhor opção para o paciente, e sim a única possível naquela conjuntura da rede assistencial disponível.
- Ordenar o Projeto de Saúde Mental local de tal forma que seus próximos passos permitam dispensar a utilização do hospital.
- Quando, enfim, o paciente for mesmo encaminhado, lembrar que ele continua sendo um paciente do nosso serviço de Saúde, e como tal deve ser tratado.
- As razões de sua internação devem ser claramente explicitadas, tanto junto ao paciente, como em seu prontuário, como no contato pessoal, telefônico ou por escrito com a equipe do hospital.
- Este contato não pode se limitar ao encaminhamento e alta. Visitar o paciente com frequência, discutir continuamente seu caso com os profissionais que tratam dele no hospital, questionar medidas arbitrárias e nocivas eventualmente tomadas: como prescrição abusiva de medicamentos, eletroconvulsoterapia, e outras – estas atitudes constituem um compromisso da equipe do serviço de Saúde Mental que optou por sua internação.

- Evidentemente, certos hospitais se mostrarão mais receptivos a este diálogo; outros sequer se disporão a ouvir. Contudo, a posição da equipe do serviço de Saúde Mental não depende da posição do hospital, nem pode submeter-se a esta: cabe-lhe sempre insistir, procurar, telefonar mais uma vez, ir pessoalmente – enfim, fazer tudo aquilo que fazemos quando realmente queremos algo que nos parece muito importante.

Relação dos gestores público com os hospitais

- Compete aos gestores locais de municípios de gestão plena realizar o controle e a supervisão dos hospitais psiquiátricos existentes em seus municípios, assegurando critérios mínimos de cuidados técnicos, humanização do tratamento, adequação da área física, etc.
- Os gestores locais devem participar, juntamente com a Secretaria de Estado de Saúde, do Programa Nacional de Supervisão e Avaliação Hospitalar – PNASH – versão psiquiátrica. Desde 2002, esses estabelecimentos são anualmente vistoriados, recebendo uma pontuação de acordo com uma escala definida nacionalmente, que envolve quesitos diversos como: infra-estrutura física, quadro de recursos humanos, projetos assistenciais e entrevista com os internos.
- Os hospitais que receberem uma pontuação inferior a 61% têm um período de 90 dias para se adequarem aos critérios previstos; se não o fizerem, está previsto o seu descredenciamento junto ao SUS.
- Todo esse processo de controle e de avaliação é de grande importância, pois, enquanto existirem, os hospitais psiquiátricos devem funcionar da maneira mais adequada possível, visando ao bem estar e a saúde daqueles que ainda precisam deles.

Referências bibliográficas

ABOU-YD, Mirian (org.) *Hospitais Psiquiátricos: Saídas para o fim*. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2002.

LANCETTI, Antônio (org.). *Saúde e Loucura* Volume 6. São Paulo: Editora Hucitec, São Paulo, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial* São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em Movimento: O cotidiano de um serviço substitutivo em Saúde Mental*. In: LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2003.

Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

IV. ALÉM DA SAÚDE: PASSOS DECISIVOS



Existem equipamentos, recursos e atividades que, embora não pertençam em sentido estrito à área da Saúde, são essenciais para o conceito ampliado de Saúde com o qual trabalhamos aqui.

A esse respeito, diferentes tópicos serão desenvolvidos neste capítulo. Contudo, começaremos por abordar a questão da reabilitação psicossocial, que se articula estreitamente a todos eles.

4.1 CONCEPÇÃO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PROBLEMATIZANDO UM CONCEITO

Dependendo do contexto em que é usada, a expressão “reabilitação psicossocial” encontra-se muitas vezes impregnada pelo ideal de uma integridade a restituir ou de uma adaptação a promover. Ora, tal perspectiva encontra-se numa vertente muito distinta daquela que se sustenta aqui.

Numa certa leitura, que questionamos, “reabilitar” significa substituir uma desabilitação por uma habilitação, a passagem de um estado de incapacidade a um estado de capacidade. O usuário, pois, é sempre alguém considerado como portador de um déficit ou de uma falta, que se trata de extinguir ou minimizar. Além do mais, a reabilitação, separada da assistência, é entendida como uma etapa que vem *depois* no tratamento – tanto na cronologia quanto na importância.

Ora, como observa o psiquiatra italiano Benedetto Saraceno, não existem as desabilidades ou habilidades “em si mesmas”: elas se definem no âmbito das redes sociais e das trocas que essas redes impedem ou possibilitam, permitem ou proíbem, incentivam ou esquecem. O autor propõe chamar de reabilitação “um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos” – onde se coloca como decisiva a perspectiva da negociação.

O que está em jogo, em última análise, é a questão do modelo social que se busca – como também da concepção da subjetividade que aí se faz. Pois, na perspectiva criticada por Saraceno o sujeito a ser reabilitado é considerado como alguém que entra no campo social unicamente na condição passiva de ser treinado e readaptado – e, assim, nós o enfraquecemos ainda mais, ao apontar-lhe o ideal impossível de igualar-se aos “mais aptos”.

Ora, podemos trabalhar por uma outra via: considerar que o sujeito, por desfavorecido que esteja num determinado plano, tem uma força a ser exercida, uma potência a ser convocada: seja qual for a sua condição ou a gravidade do seu quadro, trata-se, não de conduzi-lo a uma determinada meta estabelecida *a priori*, mas de convidá-lo a exercer plenamente aquilo – seja pouco ou muito – de que se faça capaz.

Assim, reabilitar não se reduz a repor mais ou menos bem uma perda, e sim a reconstruir as possibilidades de trocas. Quer se trate de portadores de sofrimento mental, de doenças crônicas, de deficiências físicas, idosos, e outros ainda – por maior que sejam suas limitações, trata-se de considerar aí como prevalente a dimensão da vida, e não

meramente a da sobrevivência; das trocas, e não da passividade; das possibilidades, e não das faltas. Estamos, pois, diante de uma concepção na qual as práticas da reabilitação se ordenam fundamentalmente no horizonte da cidadania.

Da casa ao trabalho, da família aos vizinhos, dos serviços de Saúde às parcerias intersetoriais – seria preciso pensar, nestes diversos entrelaces da rede social, a questão da reabilitação como direito de cidadania, ou seja, como um habitar efetivo da cidade. Habitar a cidade não se confunde com simplesmente “estar” na cidade: implica no envolvimento ativo do usuário com as múltiplas redes de negociação e de troca às quais se refere Saraceno.

Como aumentar, em cada um destes espaços, o poder contratual do usuário? Como favorecer em todos os âmbitos sua participação? Estas são as questões que nos guiam, nestes passos decisivos além do campo estrito da Saúde.

4.2 OFICINAS TERAPÊUTICAS, CENTROS DE CONVIVÊNCIA E ESPAÇOS AFINS

4.2.1 Oficinas Terapêuticas: produzindo sentidos

No contexto do processo de reforma psiquiátrica, a terminologia “oficinas terapêuticas” tem se afirmado, em particular, a partir da década de 1990. Muitas vezes, tem designado um conjunto de práticas diversas desenvolvidas nos novos serviços de Saúde Mental, sejam CAPS ou Centros de Convivência; ou, ainda, a própria “oficina” surge como modalidade de intervenção inserida em políticas locais de Saúde Mental. E, ainda, existem formas diferentes de compreensão e de conceituação de “oficinas terapêuticas”, referenciadas em perspectivas teóricas distintas e inscritas em projetos político-institucionais singulares.

De qualquer modo, ao invés de compreender as oficinas como um “procedimento”, trata-se do desafio de invenção de complexas redes de negociação e de oportunidades, de novas formas de sociabilidade, de acesso e exercício de direitos: lugares de diálogos e de produção de valores que confrontem os pre-conceitos de incapacidade, de invalidação e de anulação da experiência da loucura. Em outras palavras, não devemos usar as oficinas como uma resposta pré-formada, e sim produzi-las como recurso nos processos de singularização, de produção de emancipação e de construção de cidadania na vida social dos portadores de sofrimento mental.

Consideramos fundamental assinalar que as oficinas não significam, necessariamente, a ruptura e a superação das formas de pensar e de agir da lógica manicomial. Algumas vezes, quando são consideradas como finalidade em si mesmas, operam como ordenação do espaço/tempo institucional, tornando-se equivalentes às formas simples de ocupação e acabam por configurar espaços artificiais, descontextualizados, empobrecidos de trocas e privados de sentido.

Segundo Saraceno, uma questão central a ser enfrentada no campo da Saúde Mental é o *entreter*, tanto no sentido de “manter dentro” como no de “passar o tempo de forma agradável”. Considera que o entretenimento pode ser realizado por meio de formas duras – “dentro” do hospital psiquiátrico, dentro do quarto de isolamento, dentro da contenção, dentro da solidão, dentro da miséria e da violência – mas também por meio de formas menos duras com psicofármacos, com colóquios psicoterapêuticos, com atividades recreativas, “dentro” dos ambulatórios, hospitais-dia, e até mesmo dentro da própria família.

Ora, não podemos conceber as oficinas como meros entretenimentos ou modos de “passar o tempo”. Aprender os diferentes sentidos das atividades e dos processos, do criar e do produzir, da arte e da cultura; indagar seus significados para os usuários em seus contextos reais de vida; e, sobretudo, compreender os projetos singulares e o lugar das oficinas na produção de redes de trocas nos territórios e de laços sociais e na invenção de projetos para a vida de seus participantes – essas questões nos trazem um aprendizado e um exercício constantes, norteando o cotidiano das novas práticas em Saúde Mental.

Assim concebidas, as oficinas terapêuticas são um interessante recurso a ser utilizado em diferentes tipos de serviço – nos CAPS, nos Centros de Convivência, nas unidades básicas de Saúde – conforme o traçado e as possibilidades da rede de Saúde Mental de cada município.

4.2.2 Centros de Convivência: criação e arte

Alguns municípios dispõem desse tipo de serviço de grande importância na reabilitação psicossocial em geral e na prática das oficinas terapêuticas em particular, tais como apresentadas acima.

Diferentemente do CAPS, em que o usuário em crise necessita de um atendimento especializado (atendimentos individuais, medicação, etc), os Centros de Convivência não constituem um espaço de atendimento psicológico e psiquiátrico. As pessoas que trabalham ali não são profissionais de Saúde, nem da Saúde Mental: são artistas, artesãos, “oficineiros”. Também não são serviços de permanência-dia: o usuário vai até lá em horários determinados, para participar das atividades que aprecia e escolhe. Embora sua clientela seja composta também por portadores de sofrimento mental grave, recebe essas pessoas num momento já posterior à crise mais aguda – quando se torna necessário fazer avançar os passos já iniciados no CAPS ou na unidade básica. O usuário continua sendo atendido pela equipe de Saúde Mental de um destes serviços, mas passa a frequentar também o Centro de Convivência.

Em municípios menores, os dispositivos denominados “oficinas terapêuticas” muitas vezes cumprem o papel de um Centro de Convivência, acopladas a um CAPS ou a um ambulatório de Saúde Mental. Esta pode ser uma boa alternativa, desde que o trabalho desenvolvido não se faça apenas para “preencher o tempo” dos usuários, limitando-se a oferecer atividades repetitivas e pobres.

Em municípios maiores, os Centros de Convivência devem preferencialmente possuir espaço físico e equipes próprias, na proporção de um Centro de Convivência para um ou dois CAPS.

De uma forma ou de outra, na rede de serviços substitutivos, os Centros de Convivência e equipamentos afins prosseguem na retomada dos vínculos com as histórias subjetivas e com o mundo, seja pela invenção cotidiana de práticas que se ampliam, seja pelos eventos e pelos acontecimentos que promovem.

Esses dispositivos não são simplesmente locais “para fazer oficinas”, mas locais que fazem *também* oficinas, dentre outras atividades – sempre com a finalidade de propiciar produções, convívios, encontros, trocas. Embora não sejam dispositivos clínicos, seus efeitos se fazem notar na clínica de cada sujeito, ao provocar mudanças, reposicionamentos, subjetivações.

As atividades desenvolvidas são várias: assembléias, passeios, festas, oficinas, bazares, jogos, idas ao cinema. Constituem motores de produção de sujeitos, de sentido e de vida – na medida em que a escolha entre tecer ou dançar, modelar ou cozinhar provoca descobertas e desencadeia projetos.

Nos Centros de Convivência a arte é o elemento orientador dos processos e do trabalho: possibilitando o desenvolvimento de novas formas de linguagem, esta orientação facilita outros modos de perceber e de estar no mundo, e permite o compartilhamento de novas experiências.

As contradições e os conflitos que aparecem demonstram ser este um lugar vivo, real, onde a diversidade é riqueza. Idéias, modos de vida e jeitos de pessoas se entrecruzam. A transformação do olhar, dos espaços e das pessoas estimula o cultivo da tolerância e da solidariedade, produzindo formas inéditas de sociabilidade. Assim, agenciando espaços de transformação cultural, abrem-se caminhos para viver na cidade, viabilizando a presença social do portador de sofrimento mental.

Neste sentido, é interessante verificar como nascem do Centro de Convivência, para destacar-se dele a seguir, as mais interessantes experiências no que diz respeito ao afeto, ao trabalho, à política. As pessoas se conhecem, fazem amigos, passam a freqüentar as casas umas das outras, a transitar nas ruas, nas praças, nos cinemas. Namoros e parcerias amorosas – esta dimensão tão importante da vida, tantas vezes recusadas aos portadores de sofrimento mental – também acontecem ali.

Vão surgindo então outras demandas, como a conquista do trabalho, a organização social e política dos usuários e dos familiares, etc. Assim, os Centros de Convivência atuam como um espaço que aglutina e potencializa a discussão do trabalho, favorecendo a organização de projetos que irão se constituir fora dele. Da mesma forma, estimulam o interesse pela criação de associações de usuários e de familiares, ou participação naquelas já existentes – que devem, do mesmo modo, guardar sua autonomia em relação ao serviço.

Em suma, pode-se dizer: nos Centros de Convivência, as pessoas ousam enfim querer coisas que lhes pareciam para sempre negadas. Posto em ação o desejo, cruzam o umbral da porta que liga o homem à cultura.

4.3 OS GRUPOS E AS ASSOCIAÇÕES DE PRODUÇÃO SOLIDÁRIA: A CONQUISTA DO TRABALHO

Aqui, inicialmente, falaremos um pouco da relação dos homens com o trabalho, lembrando o novo campo conceitual e prático da economia solidária; e, a seguir, abordaremos as questões específicas que se apresentam para a conquista do trabalho pelos portadores de sofrimento mental.

4.3.1 O homem e seu trabalho: por uma economia solidária

Começamos por abordar, brevemente, o tipo de utilização do trabalho humano feito pela sociedade contemporânea.

Por um lado, o crescimento do desemprego em todo o mundo exclui do campo do trabalho um enorme contingente de pessoas – excluindo-as também, portanto, do acesso aos bens e às trocas sociais. Aumenta o número dos chamados trabalhadores informais, desprovidos de qualquer direito trabalhista. E, mesmo ali onde há emprego e salário, a relação das pessoas com seu trabalho é ditada por relações de força extremamente desiguais, que diminuem o poder de reivindicação e de barganha dos trabalhadores, e apartam-nos cada vez mais dos frutos e dos fins da sua produção.

Condições assim adversas retiram do trabalho humano o seu potencial de criação e de transformação; fazem do trabalhador o servidor passivo de um mundo que não se destina a ele nem aos seus. Nestas condições, quem exerce um trabalho – mesmo aqueles poucos que são bem pagos! – não têm como lhe conferir um sentido próprio, fazendo valer suas idéias, seus desejos e seus talentos naquilo que faz.

Portanto, quando falamos em conquista do trabalho, esta não é uma questão que afeta apenas os portadores de sofrimento mental; pelo contrário, diz respeito a todos nós. A ganância, a ausência de solidariedade, o abandono da dimensão pública apresentam-se hoje como se fossem conseqüências inevitáveis de supostas leis naturais da economia – as famosas “leis de mercado”.

Contudo, o trabalho, atividade humana, não pode ter outras leis que não aquelas que ordenam a vida dos homens. Essas leis variam conforme os tempos e os lugares, podendo ser mais ou menos justas, mais ou menos favoráveis ao desenvolvimento da cultura e da vida. Sendo assim, a conquista do trabalho, como direito de todos os homens, faz parte de uma luta pela justiça social – exigindo uma disciplina e uma organização que nada têm a ver com a submissão e a passividade.

Portanto, assegurar esse direito aos portadores de sofrimento mental não consiste em torná-los aptos para uma “disputa de mercado” na qual, em última análise, todos os concorrentes, “loucos” ou “normais”, saem perdendo. Também não se trata simplesmente de “arranjar emprego” para eles. É claro que aqueles que desejam e procuram empregar-se têm todo o nosso apoio; contudo, se as exigências dos empregadores e das empresas costumam ser abusivas para a maioria das pessoas, elas o serão tanto mais para aqueles que enfrentam as dificuldades próprias ao sofrimento mental.

Neste sentido, as experiências que buscam a conquista do trabalho para os portadores de sofrimento mental têm suas questões próprias, mas não se isolam de outras experiências hoje em andamento no mundo, envolvendo os mais diferentes segmentos sociais, na perspectiva da chamada *economia solidária*. As concepções de economia solidárias vêm sendo trabalhadas por autores diversos – no Brasil, destacam-se os textos do economista Paul Singer – e amplamente debatidas, por exemplo, em espaços como os Fóruns Sociais Mundiais.

Na perspectiva da economia solidária, portanto, temos os Grupos de Produção e Associações Solidárias como a estratégia mais adequada: uma forma coletiva e solidária de produção, na qual, nas palavras de Saraceno, “o trabalho não é concebido como simples resposta à necessidade, mas como espaço de produção de sentido, de valores subjetivos e de troca”.

4.3.2 Os portadores de sofrimento mental na conquista do trabalho

Ao tratarmos dos Centros de Convivência¹², foi dito que, em certa etapa de seus tratamentos e de suas vidas, os usuários da Saúde Mental passam a ousar querer certas coisas que antes lhes eram indiferentes, de tal forma pareciam impossíveis ou distantes. O trabalho é uma dentre as mais importantes destas coisas.

Quando a crise já não ocupa o primeiro plano, mas já se encontra relativamente sob o controle; quando o usuário volta a conviver, circular, passear, produzir – neste momento, ou nesta etapa, a demanda de trabalho começa verdadeiramente a surgir. Muitas pessoas irão querer ganhar seu próprio sustento, sem depender, ou pelo menos sem depender exclusivamente, da família, ou da pensão do INSS, buscando para si mesmas uma maior independência.

Evidentemente, cabe aos trabalhadores de Saúde Mental acolher essa demanda e responder a ela. Talvez seja a hora de iniciar um Grupo de Produção; talvez deva-se começar por Cursos de Qualificação Profissional; ou fazer ambas as coisas, e outras ainda, tendo como rumo e perspectiva a construção de Associações de Produção Solidária.

Algumas considerações sobre os Grupos e as Associações de Produção Solidária

- Pode-se inaugurar um CAPS ou um Centro de Convivência; estando disponíveis o espaço físico e os recursos humanos, e claras as propostas de trabalho, basta abrir o serviço, que os usuários chegarão lá e não de beneficiar-se dele. Contudo, não se inaugura ou se implanta desta maneira um Grupo ou uma Associação de Produção Solidária. Trata-se de um processo a ser construído coletivamente, enquanto um empreendimento dos usuários – que se deve apoiar e incentivar o máximo possível, ao lado deles, mas que não se pode fazer por eles.

¹² Vide 4.2.2 Centros de Convivência: criação e arte.

- O poder público deve operar como catalisador e parceiro, incentivando o empreendimento por meio de financiamentos, cessão de equipamentos de trabalho e espaços físicos – mas não pode ser o gestor. Seja nas fases ainda incipientes, em que se discute o que se pretende fazer, seja em momentos de maior amadurecimento, quando já se parte para a criação de um estatuto e de uma entidade jurídica, os membros da Associação, atual ou futura, são os seus legítimos gestores.
- Aqui se revela muito claramente a importância da parceria com os movimentos sociais. A participação das associações de usuários e familiares, de ONGs, dos núcleos do movimento da luta antimanicomial, é imprescindível para politizar e para ampliar a discussão, retirando-a do nível do interesse imediato e pessoal, para levá-la a uma reflexão mais ampla sobre os direitos de todos.
- Sobretudo, os Grupos e as Associações de Produção não devem permanecer isolados, mas integrar-se às redes de trocas já existentes nas iniciativas do campo da economia solidária.
- Também se mostra a importância das ações intersetoriais. Através de programas diversos, já existentes ou a ser criados, outras políticas públicas ligadas à questão do trabalho devem ser convocadas a ajudar e a participar.

A construção dos Grupos e das Associações de Produção Solidária: um processo cuidadoso

- Um projeto inicial se pode esboçar, a partir de reuniões e de conversas frequentes com o grupo de usuários interessados.
- É essencial verificar, por um lado, as atividades que os usuários daquele grupo gostam e levam jeito para desenvolver; por outro, dentre essas atividades, quais as mais promissoras, em termos de possibilidades reais de venda dos produtos ou de serviços propostos.
- Definidas as atividades – suponhamos, costura, culinária, lapidação e marcenaria – um passo importante é aprimorar a qualidade da produção: afinal, não se espera que estes produtos sejam comprados “por caridade”, e sim porque valem realmente o seu preço. Nesse sentido, um recurso interessante consiste nos cursos de qualificação profissional. Estes cursos podem ser viabilizados pela parceria entre uma ONG e um programa de políticas públicas – por exemplo, o Fundo de Amparo ao Trabalhador, do Ministério de Trabalho – porém contando sempre com o firme apoio dos serviços de Saúde Mental.
- Contudo, não basta apenas que os usuários aprimorem a técnica de seu trabalho; devem também aprender a geri-lo. Assim, técnicos e usuários necessitam adquirir

noções básicas de cooperativismo, essenciais para que definam com clareza suas metas, e compreendam suas possibilidades e seus obstáculos. Mais do que ensinar a administrar uma empresa, o que se visa, neste processo, é conceber e praticar uma organização solidária de trabalho, que faça apelo ao compromisso e à responsabilidade de todos, levando em conta os limites e o ritmo de cada um.

- Nesta fase, alguns usuários vão desistir – seja porque esperavam resultados em prazos mais curtos, seja porque ainda não é esse o seu momento. Ao mesmo tempo, outros, novos, se interessarão em participar. Essas oscilações fazem parte do processo: ele não será prejudicado, quando se consegue estabelecer um núcleo de usuários mais constantes e participativos. Dentre eles, aqueles que se empenham mais, e compreendem mais claramente o projeto, vão assumindo gradativamente a liderança – de tal forma que o grupo já pode decidir e encaminhar por si mesmo uma série de questões.
- Enquanto isso, algumas áreas costumam se desenvolver mais do que outras: por exemplo, a lapidação mais do que a marcenaria, a culinária mais do que a costura, e assim por diante. Estas áreas acabam por obter um investimento maior na constituição dos Grupos de Produção: por exemplo, na aquisição de aparelhagens e de equipamentos necessários à atividade, de espaço físico próprio, etc.
- Da mesma forma, deve-se investir na busca de mercado para seus produtos. Entidades e instituições parceiras são compradores em potencial: assim, uma associação de bairro ou uma igreja que contribuiu em algum momento, seja cedendo uma sala, seja emprestando um fogão, podem comprar os serviços do núcleo de culinária, quando necessitam de um lanche ou de um almoço para um evento; num outro exemplo, um hospital pode contratar os serviços do núcleo de costura para um fornecimento de lençóis; e assim por diante.
- O poder público deve ser trabalhado como um cliente potencial e preferencial. Ao mesmo tempo, os diferentes núcleos devem expor e divulgar seu trabalho para um público mais amplo em feiras, eventos, exposições, etc.
- A reunião dos diversos Grupos de Produção para constituir uma Associação de Produção Solidária é um processo que deve transcorrer sem pressa, demorando o tempo que se fizer necessário para envolver e responsabilizar todos os participantes, e definir com clareza os objetivos do empreendimento.
- Desde que possua um funcionamento já amadurecido, o estabelecimento do estatuto e o registro jurídico da Associação podem ser um passo importante para ampliar desde as possibilidades de convênios até a autonomia do grupo.

Aqui, desenhamos um certo esboço da maneira pela qual se constituem Grupos e Associações de Produção Solidária; contudo, não se trata da única maneira. Cada município, cada rede de serviços substitutivos pode encontrar a sua: todas serão válidas, desde que fortaleçam a autonomia sem negar ajuda, e incentivem a agilidade sem impor a pressa.

4.4 SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS OU MORADIAS: HABITANDO A CIDADE

As moradias correspondem aos chamados Serviços Residenciais Terapêuticos (que constam dessa forma nas portarias ministeriais). Preferimos utilizar aqui o termo “moradia”, pois na realidade não se trata de serviços, e sim de locais que aspiram a ser casas. São um dispositivo de grande importância, sobretudo quando se trata da reinserção social de usuários cronicados por longos anos de internação em hospitais psiquiátricos.

Quando se trata de desconstruir um hospital psiquiátrico, deve-se considerar que muitas das pessoas que lá se encontram há anos tiveram seus vínculos sociofamiliares já perdidos, ou pelo menos seriamente prejudicados. Muitas famílias não aceitarão – ao menos num primeiro momento – receber de volta parentes afastados há tantos anos. Neste caso, é de responsabilidade do poder público oferecer a esses pacientes uma moradia – e cabe ao Programas de Saúde Mental dos municípios implantar essas moradias, tornando-as casas, na plena acepção da palavra.

Alguns habitantes dessas moradias necessitam de proteção. O termo “proteção”, aqui, deve ser bem esclarecido: não uma forma de tutela, mas um suporte indispensável para a lenta construção da autonomia de pessoas que desaprenderam desde escolher o que vão querer para o jantar até o hábito de comprar um pão na padaria da esquina. Daí o grande desafio: como um grupo de pessoas que se encontravam aleatoriamente reunidas numa instituição psiquiátrica, isoladas de todo contato social, irão viver juntas, e juntas recriar uma casa, habitando a cidade?

4.4.1 A casa e a cidade

Para responder a isto, é necessário inicialmente pensar: o que é a cidade?

Toda cidade tem jardins, praças públicas, clubes comunitários, rodas de vizinhança, meio rural, trabalhos característicos, igrejas de diversos credos, bancos, escolas, padarias, mercados, serviços de Saúde. Contudo, cada cidade estrutura de uma maneira diferente o acesso que seus habitantes podem ou não ter aos seus diversos espaços. Cada cidade tem sua história de exclusão-inclusão que dita a forma de ouvir, de respeitar e de lidar com as pessoas que têm alguma dificuldade: crianças deficientes ou abandonadas que estão nas ruas; drogaditos e alcoolistas; loucos; andarilhos; pobres; sem-teto, sem terra, etc.

Enfim, todo município tem dificuldades próprias, assim como recursos explícitos ou a descobrir, que é preciso conhecer e considerar para trabalhar com os usuários de uma moradia protegida.

Brincando com *Os Saltimbancos* de Chico Buarque:

“A cidade ideal para o humano...”.

Deve ter sombra e água fresquinha,

Comida, roupa, prazer, alegria e...

Tanta coisa que não é só minha!”

Contudo, as cidades em que vivemos não seguem esse caminho: longe de ser um espaço para a partilha de coisas que pertencem a todos, têm tantas coisas que são de tão poucos! E, quanto mais crescem, mais distantes se tornam as relações, mais rápidos e superficiais são os contatos, maior a solidão. Por isso, quem necessita de um tempo diferente para voltar a observar, agir, conviver na cidade, precisa do nosso acompanhamento, muitas vezes diário – tomando emprestado, quando necessário, nosso poder de negociação.

As moradias e a sua inserção na cidade

- É papel do gestor local a estratégia de montagem de moradias: desde a escolha do local à negociação do aluguel, sem esquecer o reconhecimento do espaço: a casa, a rua, o bairro.
- A primeira de todas as parceiras a conquistar será a vizinhança. É provável que se manifeste o medo, com todos os preconceitos disseminados sobre a loucura: “Tenho filho pequeno, não vou poder deixar mais brincar na calçada”, ou a mesquinha: “Vai desvalorizar minha casa, pois eles não têm compostura, são esquisitos...” Contudo, os vizinhos, quando bem trabalhados, podem tornar-se ótimos parceiros: recebem, visitam, conversam sobre o muro, avisam quando algo não está bem.
- Evidentemente, a retomada da vida fora dos muros institucionais é um processo difícil e lento, com grande necessidade de apoio. Portanto, a firme vinculação de cada morador a uma equipe de Saúde Mental é decisiva: os serviços e os equipamentos da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico são de grande importância nesta transição. A permanência-dia no CAPS, diária ou mais espaçada, pode ser uma etapa importante para aqueles usuários cujo quadro é mais grave, ou se agudiza num determinado momento. A frequência de um Centro de Convivência ajuda a reconstituir laços e a conquistar novos espaços. O acompanhamento pelo técnico de referência, seja no CAPS, seja no Centro de Saúde, é muito importante para que cada um possa falar de si e retomar sua própria história.
- Ao mesmo tempo, é preciso incentivar os próprios moradores a frequentar a cidade: promover passeios, convidá-los a participar das compras, enfim envolvê-los gradativamente nas diferentes atividades que fazem parte da vida de um cidadão.
- Daí, um ponto crucial: as moradias não podem ser uma espécie de depósito, mesmo bem cuidado, onde pessoas supostamente deficitárias iriam viver isoladas pelo resto de sua vida. Uma moradia só se torna casa quando faz parte da cidade: quando seus moradores saem dela para fazer as trocas indispensáveis a todos, e para ela voltam, na busca da intimidade necessária a cada um.

4.4.2 O cotidiano de uma casa

O cotidiano de uma casa, todo mundo sabe o que é: afinal, cada um de nós tem a sua. Contudo, o de uma moradia tal como as que descrevemos aqui tem suas dificuldades próprias, suas particularidades, até mesmo suas esquisitices: afinal, seus moradores já não sabiam há muitos anos o que uma casa pode ser.

Como vimos, Saraceno faz a importante distinção entre “estar” e “habitar”. Quando simplesmente “está” num espaço qualquer, o indivíduo não se apropria dele, não tem qualquer poder de decisão, não lhe imprime a marca singular de seu ritmo e de seus gostos. Nas instituições totais, como os hospitais psiquiátricos e as prisões, todas as atividades da vida diária se fazem junto a um enorme grupo de pessoas, tratadas do mesmo modo e obrigadas a fazer as mesmas coisas, seguindo um ritmo pré-estabelecido.

Diferentemente, ao habitar verdadeiramente uma casa, transformamos o espaço em lugar, retirando-o do anonimato e da impessoalidade institucionais.

Algumas questões cotidianas

- As moradias, repetimos, não são serviços de Saúde Mental; logo, não precisam nem devem contar com uma equipe de especialistas para administrá-las. Como já foi dito, os moradores devem estar vinculados à equipe de um serviço de Saúde Mental – e necessitarão deste recurso, provavelmente com grande frequência. Contudo, o tratamento se faz lá fora, nos serviços públicos da cidade, ao lado de outros usuários do bairro ou da região. Uma casa não deve ser local de tratamento, e sim de habitação.
- Situações peculiares vão surgindo a cada dia. Quem vai dividir o quarto com quem? Como negociar, quando alguns querem assistir TV, e outros ouvir música? Como ir reconstruindo, a cada dia, hábitos de higiene e de cuidados pessoais muitas vezes perdidos? Como envolver e responsabilizar gradativamente os moradores nos cuidados da casa? Como acompanhar cada um, no movimento de dar seu toque pessoal ao próprio quarto, às próprias roupas? Como mediar as relações entre pessoas tão diferentes entre si, seja quanto ao seu jeito de ser, seja quanto ao tipo e grau de sofrimento mental que apresentam?
- Diferentes tipos de moradias são possíveis: a maior ou menor proteção necessária depende do grau de autonomia dos usuários que nelas habitam. Podemos inclusive conceber moradias cujos habitantes, embora portadores de sofrimento mental, já não necessitem de proteção alguma.
- Naquelas casas que reúnem pacientes mais vulneráveis e/ou afastados por muito tempo do convívio social, é de importância fundamental da figura do cuidador: ou seja, aquela pessoa que vai ajudar a organizar o cotidiano da casa – a alimentação, as compras, a limpeza, etc – e ao mesmo tempo vai mediar as relações dos moradores entre si e com a casa que vão montar. Nestes casos, cada casa tem seus cuidadores, que ali se revezam, sob a supervisão de um técnico de Saúde Mental.

- Outras casas podem reunir moradores já com maior grau de autonomia, capazes de gerir a vida doméstica sem o auxílio do cuidador, nos moldes de uma “república” – embora sempre assegurando aos usuários o acesso e a vinculação com os dispositivos de Saúde Mental da rede.
- Ainda, nada impede que alguns dos moradores possam vir mais tarde morar sozinhas, ou com sua família, ou com amigos. Trata-se de incentivá-las a viver com o máximo de independência possível, sem nunca deixar de dar-lhes o respaldo de que possam realmente necessitar.
- Um outro aspecto importante é o da retomada das relações com as famílias. Muitas delas, embora recusando receber seu filho ou irmão em casa, iniciam uma aproximação: nestes casos, são bem-vindas suas visitas à casa, seus convites para um passeio ou um fim de semana com a família. Ou seja, tudo o que puder assegurar a reconstrução dos laços familiares rompidos é um ganho importante para o paciente.
- Contudo, atitudes invasivas ou autoritárias dos familiares não serão aceitas: a casa pertence a seus moradores, e a eles compete definir o seu ritmo de funcionamento, incluindo a própria entrada e recepção dos visitantes.
- Também será preciso lembrar a algumas famílias certos direitos do morador: por exemplo, não é raro que suas pensões do INSS tenham sido recebidas até então pelos familiares, e utilizadas em benefício destes, sob a alegação de que o paciente “não precisa de nada”, pois já recebe casa e comida do poder público. Nestes casos, mesmo que seja necessária a ajuda dos familiares ou dos cuidadores para administrá-lo, o dinheiro deve ser utilizado sempre em benefício do usuário, de forma a permitir-lhe aqueles pequenos gastos que marcam as preferências de cada um.

Estas e outras questões só podem ser respondidas à medida que surgem – tornando a criação de cada moradia um empreendimento singular, que não pode ser copiado ou imitado por outra.

4.5 AÇÕES INTERSETORIAIS

Poucos princípios são aceitos entre nós com tanta unanimidade, e, ao mesmo tempo, tão pouco praticados, como este que se expressa no termo “intersectorialidade”.

Afinal, quando nos chega um adolescente usuário de drogas no centro de saúde, ou quando a equipe do PSF depara-se com uma mulher que é vítima da violência doméstica, ou, ainda, quando uma criança psicótica ou autista não encontra lugar na escola, costumamos dizer: “Esse caso não requer apenas um atendimento da Saúde Mental; exige ações de outras áreas, como a educação, a assistência social, etc.” Ou, ainda, como outra forma de dizer o mesmo: “Esse caso necessita de uma abordagem intersectorial”.

Não se trata de considerar tais avaliações incorretas; pelo contrário. No entanto, ainda assim, freqüentemente insistimos em aplicar como procedimentos-padrão certas ações da Saúde Mental, desde as psicoterapias aos psicofármacos, naqueles casos em que sabemos que não são necessários, ou pelo menos, não são suficientes. E, quando essa abordagem fracassa – como, aliás, já se poderia esperar – nossa tendência é repudiar o caso como não sendo pertinente à saúde, tratando-se de “um caso social”, ou “um caso de polícia”, a respeito do qual “não podemos fazer nada”.

Devemos, pois, interrogar as razões que nos levam a falar tanto e a fazer tão pouco, no que diz respeito à intersectorialidade.

Declara-se habitualmente que a violência, a criminalidade, o desemprego, etc, configuram um conjunto de problemas que exige um investimento efetivo nas chamadas políticas sociais, e uma articulação intersectorial entre elas. Contudo, não podemos deixar de ressaltar: quando se trata de intersectorialidade, as decisões relativas à economia permanecem sempre de alguma forma à parte. A área econômica não costuma surgir como parceira das ações intersectoriais, e sim como sua comandante, declarada ou oculta.

Notada essa ausência da política econômica como parceira das políticas sociais, passemos a refletir um pouco sobre cada discurso e prática destas últimas, brincando um pouco com alguns cacoetes peculiares a cada uma delas.

Alguns pontos de reflexão sobre as ações intersectoriais

- Na Assistência Social, grita freqüentemente o sintoma da impotência. “Não temos nada”, logo “não podemos fazer nada”. Falta dinheiro, faltam equipamentos, faltam recursos... Faltam, certamente! Contudo, ao invés de considerar esta falta como inadmissível, e combatê-la como tal, muitas vezes a inércia nos imobiliza: na impossibilidade de fazer tudo, acabamos por nada fazer...
- Passemos à Educação. O que se deseja transmitir quando educamos crianças, por exemplo? Ensina-se, dentre outras coisas, a ler, a escrever, contar – e estas são habilidades muito desejáveis, certamente! Contudo, freqüentemente, a educação divorcia a atividade intelectual da criança das questões reais apontadas por seu desejo, sua curiosidade, seu interesse pelo mundo e pelas coisas. Uma normatividade uniforme e mediocrizante reina muitas vezes – e, ainda, utilizam-se categorias como “distúrbios de aprendizagem”, “distúrbios de conduta”, etc, para nomear o efeito de sua ação negativa, quando ela se torna demasiadamente evidente em certas crianças.
- No que diz respeito à Saúde devemos considerar esse fenômeno da sanitização da vida que se tornou tão característico do nosso tempo. Aqui, a posição oscila entre a megalomania e o recuo. A saúde é ao mesmo tempo objeto e agente de uma vasta propaganda: tudo pode, tudo faz, tudo soluciona. Somos ensinados a considerar como questões eminentemente sanitárias a infelicidade, a insatisfação

das pessoas com a pobreza dos laços afetivos, sociais e de trabalho, e assim por diante. Por outro lado, intimidamo-nos face aos problemas e riscos mais graves que a vida inevitavelmente nos traz, como a doença grave, a dor insuportável, a morte: diante das formas mais graves de sofrimento, freqüentemente batemos em retirada.

- Ora, antes de ser médicos, assistentes sociais, professores, antes de ser funcionários dessa ou daquela Secretaria, podemos ser, quando o desejamos, cidadãos que constroem projetos para nossa cidade, para nosso país, para o mundo em que vivemos. A intersetorialidade não passa de um discurso vazio, quando nos refugiamos nas identidades que nos são dadas, recusando-nos a interpelar sua origem e a questionar sua legitimidade. Quando assim fazemos, impera a lógica do “não é comigo”: o juiz manda para o médico, o médico para a assistente social, a assistente social para a professora, a professora para o psicólogo, numa ronda inútil que todos conhecemos muito bem.
- Contudo, sabemos também de iniciativas, projetos, ações, que realmente produzem intersetorialidade. Na interface com a Justiça, há interessantes parcerias da Saúde, particularmente na área dos portadores de sofrimento mental e das crianças e dos adolescentes infratores; também a Promotoria Pública, em muitos municípios, é importante aliada na apuração de denúncias contra maus-tratos aos portadores de sofrimento mental, e na garantia de seus direitos.
- Na interface com a Educação, há também vários exemplos em que as escolas se articulam com as unidades básicas de saúde e de outras instâncias da comunidade, para pensar conjuntamente as questões das crianças consideradas “difíceis”, e definir maneiras para sua melhor abordagem, sem transformá-las automaticamente em clientes da Saúde Mental.
- Parcerias com órgãos públicos ligados à promoção do desenvolvimento social e do trabalho produzem frutos interessantes na ajuda à formação de Grupos e de Associações de Produção de portadores de sofrimento mental.¹³
- Ainda, é possível abrir outros caminhos, ainda inexistentes ou apenas esboçados. Ao tratarmos da atenção à Saúde Mental nas unidades básicas de saúde¹⁴, comentou-se a necessidade de ações intersetoriais para que os usuários crônicos de benzodiazepínicos encontrem saídas para além das unidades básicas de saúde.

¹³ Vide 4.3.2 Os portadores de sofrimento mental na conquista do trabalho

¹⁴ Vide 3.2 Atenção à Saúde Mental nas unidades básicas de saúde

- Também a abordagem dos usuários de álcool e de outras drogas será sempre infrutífera, se não buscar formas de articular-se intersetorialmente, no combate à violência pela produção de cultura e oferta de trabalho e lazer.
- Entretanto, importa, sobretudo ressaltar que o espaço intersetorial (aliás, muito semelhante ao interdisciplinar) não se faz pela definição prévia do que é da saúde, o que é da assistência social, o que é da cultura, e assim por diante: não se trata de partes com limites nitidamente traçados que se complementam para formar um todo já definido de antemão. Os diversos setores envolvidos se interpenetram e se articulam, se deslocam e se refazem, se tocam e se modificam, transformando o conjunto nesse movimento: a intersetorialidade só se retira do lugar comum dos chavões quando inventa lugares plurais de cidadania.

Referências bibliográficas

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

MANCINI, Euclides André (org.) *Como organizar redes solidárias*. São Paulo: Editora Fase, IFIL, DPA, 2003.

OTA, Leonardis (org.). *La empresa social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1994.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 1999.

SINGER, Paul. *Introdução à economia solidária*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.



V. CONTROLE SOCIAL: MOVIMENTOS VIVOS



O que devemos entender por controle social? As concepções são não apenas diferentes, como opostas, conforme tomamos a sociedade como objeto ou como sujeito desse controle.

No mundo em que vivemos, mais comumente vigora um controle social que tem a sociedade como objeto: uma série de normas nos diz como viver e o que desejar, estabelecem parâmetros e graus de normalidade, padronizam comportamentos, aspirações, ideais de beleza, felicidade e saúde. Quanto mais esse tipo de controle opera, tanto menos a sociedade participa das decisões que lhes dizem respeito: levada a uma posição de extrema passividade, espera dos governantes a definição e a implementação das políticas públicas.

Diferentemente, quando a própria sociedade exerce, diante dos seus governantes, uma posição de interlocução, fazendo parcerias quando possível, e enfrentamentos quando necessário, temos uma outra maneira de controle social – que, por sua vez, possibilita uma maior flexibilidade na relação com os diferentes grupos sociais e suas particularidades.

Há diversas instâncias que visam a exercer o controle social conforme esta concepção. Há aquelas que se constituem por si mesmas, como os movimentos sociais; há também aquelas que são legalmente formalizadas, como os Conselhos e as Comissões Locais de Saúde; sendo estruturas diferentes, serão separadamente tratadas neste capítulo. Contudo, sua importância é idêntica, desde que exerçam verdadeiramente a função que lhes cumpre.

Mais ainda, um tipo de estrutura fortalece a outra: uma Associação de Usuários de Saúde Mental terá apoio e incentivo de um Conselho de Saúde atuante; por outro lado, os Conselhos atendem melhor ao compromisso com a população que representam, quando esta população se organiza e dialoga com eles por meio dos movimentos sociais. Sobretudo, o exercício do controle social nos mostra que o alcance político das atitudes de um cidadão pode ir muito além do que simplesmente eleger seus representantes nos Poderes Legislativo e Executivo, ou mesmo reivindicar seus direitos junto às instâncias judiciárias. Seja atuando num Conselho de Saúde, seja militando num movimento social, nossas práticas de cidadania atingem resultados e produzem efeitos de inegável importância – sendo a Reforma Psiquiátrica um importante exemplo disto.

5.1 LUTA ANTIMANICOMIAL: MOVIMENTO SOCIAL

A Luta Antimanicomial, entendida e praticada como um movimento social, é inegavelmente o grande motor da Reforma Psiquiátrica brasileira, conferindo a esta o traço singular da *participação social*, já sublinhado pelo psiquiatra espanhol Manoel Desviat¹⁵

Destaca-se, portanto, aos olhos de colegas de outros países, essa mobilização de técnicos, de usuários e de familiares, como atores efetivos no processo de Reforma Psiquiátrica entre nós.

Aqui, trataremos inicialmente da definição mais geral de movimento social, de grande importância para a abordagem desse tema; a seguir, apresentaremos um pouco da história

¹⁵ Vide 2.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira

e da atuação de um determinado movimento social que nos interessa mais de perto, a saber, o movimento antimanicomial; finalmente, abordaremos de forma mais específica a organização dos usuários e dos familiares de Saúde Mental.

5.1.1 Movimento social: o que é?

Diante de uma certa insuficiência das formas tradicionais de prática política no cenário contemporâneo, os chamados movimentos sociais ganharam, a partir dos anos 60, visibilidade na sociedade como fenômenos históricos concretos e vivos. Diferentemente das formas mais clássicas de organização social, propõem mudanças no campo cultural; convidam a ação individual a promover mudanças no cenário social; reconhecem que o fator determinante das contradições do capitalismo não é único, mas sim um conjunto múltiplo e diversificado. Esses movimentos, atuando nas mais diversas áreas, da ecologia à economia, promovem e sustentam, hoje, iniciativas de grande destaque no panorama mundial.

Movimentos sociais x ONG's: uma distinção necessária

Não devemos confundir o conceito de organizações não-governamentais – ONG's – com o de movimentos sociais.

Sem desconsiderar a importância do chamado Terceiro Setor, representado pelas ONG's (Organizações Não-governamentais), observa-se que sua atuação nem sempre favorece a alteridade diante do poder público que deve caracterizar os movimentos sociais. Há ONG's de vários tipos (filantrópicas, religiosas, prestadoras de serviços, etc). Contudo, tentando responder às demandas de vários grupos sociais, o Terceiro Setor, muitas vezes, acaba por assumir o papel e a função do Estado em diferentes áreas. Não é raro, também, que algumas ONG's desenvolvam projetos fragmentários e sem continuidade.

Existem ONG's que resultaram da institucionalização de movimentos sociais, mantendo relações muitas vezes ambíguas com o poder público. Ainda, temos ONG's que jamais estiveram ligadas a movimentos sociais – assim como temos movimentos sociais que não contam com nenhuma ONG entre seus parceiros. Contudo, deve-se ressaltar: há também algumas ONG's que preservam sua independência, atuando de forma decidida como parceiras dos movimentos sociais.

Características dos movimentos sociais da atualidade

- Seu principal objetivo consiste em propiciar que indivíduos, grupos e coletividades se tornem protagonistas de sua história, capazes de reunir em sua ação as questões de interesse geral às particularidades da sua identidade pessoal e coletiva.
- Um grupo se organiza como movimento social a partir de questões que mobilizam e afetam diretamente os seus participantes: a questão dos sem terra, dos negros, das mulheres, dos portadores de sofrimento mental, etc.

- Isto não significa que um cidadão só pode participar de um movimento social quando é diretamente afetado por essas questões. Dando um exemplo, não é preciso ser portador de sofrimento mental para militar no movimento antimanicomial. Embora sejam esses os principais atores, o movimento é aberto a qualquer cidadão que defende seus princípios.
- Sua organização é independente: embora mantenham interlocução e parcerias com o poder público e com outros setores organizados da sociedade civil, nascem da mobilização de um determinado segmento social, que define suas próprias formas de organização e toma suas decisões de forma autônoma.
- Esta organização é descentralizada, em rede, com estruturas colegiadas participativas e abertas, visando à democratização das deliberações.
- Não buscam apenas soluções para sua aspiração específica – por exemplo, os direitos das mulheres, dos negros, ou dos homossexuais – mas também mudanças no campo da cultura, assim como uma transformação social e política mais ampla.
- Exigem a combatividade necessária para mudanças nas correlações de forças que impedem tais transformações: por isto, a dimensão da luta política é definidora de um movimento social.
- Defendem o aperfeiçoamento e a consolidação do Estado democrático.
- Colocam em pauta valores universais, como liberdade, igualdade, direitos do homem, justiça e solidariedade.

A seguir, falaremos um pouco do movimento antimanicomial – um importante ator social no cenário brasileiro.

5.1.2 A organização da Luta Antimanicomial no Brasil e em Minas

As expressões *Luta Antimanicomial*, ou *Movimento Antimanicomial*, já são bastante conhecidas e divulgadas na sociedade brasileira.

Naturalmente, qualquer pessoa que partilha e pratica os princípios dessa luta pode, com todo direito, apresentar-se como antimanicomial. Contudo, para que o movimento antimanicomial opere coletivamente, ele deve ter princípios, propostas e forma de estruturações definidas coletivamente, em instâncias decisórias também definidas, ou seja, deve ser um movimento organizado da sociedade civil.

Portanto, é importante conhecer um pouco da história desse movimento, no Brasil e em Minas

Como vimos no capítulo 2, as primeiras denúncias e propostas relativas à Reforma Psiquiátrica nasceram da organização dos trabalhadores de Saúde Mental, no final dos anos 70.¹⁶

¹⁶ Muitas das questões que serão desenvolvidas aqui já foram mencionadas em 2.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira, e 2.3 Minas sem manicômios: mapas e vozes da Reforma.

Contudo, embora o Movimento Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental tenha tido um papel decisivo no desencadeamento da Reforma, seus participantes mais ativos logo se deram conta de algumas de suas limitações: por sua própria composição, esse Movimento corria o risco de ater-se aos aspectos técnicos e administrativos da Reforma Psiquiátrica. Arriscava-se também a não conseguir manter sua independência, atrelando-se, em certos locais, a governos e administrações.

Portanto, era preciso ir além. E essa decisão foi tomada, tendo como seu marco o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, o histórico Congresso de Bauru, em 1987 – na qual nasceu a famosa palavra de ordem “*Por Uma Sociedade Sem Manicômios*”. Esse avanço se dá sob dois aspectos, estreitamente ligados entre si.

Primeiro: a participação ativa e organizada dos usuários e dos familiares de Saúde Mental é indispensável para a legitimidade de um movimento que trata das vidas e dos destinos dessas pessoas.

Segundo: quanto mais essa participação se realiza, mais se percebe que a superação do hospital psiquiátrico nos conduz não só a um modelo de assistência inteiramente diverso, mas também, e sobretudo, a uma outra e nova forma de abordagem e de convívio da experiência da loucura no espaço social.

Em Minas, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental apresentava então expressivos avanços: conseguiu manter sua organização independente, realizando encontros importantes em diversos municípios. Muitos dos participantes desses encontros – dentre eles, o saudoso psiquiatra mineiro César Rodrigues Campos – criaram e consolidaram no cenário de Minas um *núcleo do Movimento Antimanicomial: o Fórum Mineiro de Saúde Mental*.

O Fórum Mineiro de Saúde Mental adquiriu uma composição bem mais ampla, já não consistindo num movimento apenas dos trabalhadores de Saúde Mental, e sim incluindo os usuários, os familiares, e outros cidadãos ou entidades ligados à defesa dos Direitos Humanos. Reuniões regulares de seus participantes; sustentação e acompanhamento de diversas denúncias de maus-tratos feitos a portadores de sofrimento mental; defesa constante, junto ao poder público, de um modelo assistencial compatível com uma sociedade sem manicômios: essas e outras atividades marcaram desde o início as atividades do Fórum, incentivando, ao mesmo tempo, a constituição de outros núcleos da luta antimanicomial em vários municípios do Estado.

Um marco importante foi, em 1994, a criação da ASUSSAM – Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais: a primeira de várias outras que surgiram em todo o Estado.

Um aspecto relevante da atuação de núcleos da luta antimanicomial, como o Fórum Mineiro, a ASUSSAM e tantos outros é a busca de uma organização nacional – que atualmente se dá pela participação de vários núcleos mineiros na Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.

Nesta Rede, Minas é reconhecida pelo grau de organização e de atuação dos seus núcleos.

Algumas conquistas importantes dos núcleos da Luta Antimanicomial e da Rede Nacional Internúcleos

- Ampliação e amadurecimento da participação dos usuários e dos familiares na luta por seus direitos.
- Aprovação das leis estaduais e da lei nacional de Reforma Psiquiátrica
- Interlocução com diversos municípios na construção de uma Reforma Psiquiátrica segundo a perspectiva antimanicomial.
- Atuação na formação política de usuários, familiares e trabalhadores de Saúde Mental, através de cursos, seminários e publicações.
- Incentivo à constituição de Grupos de Produção, Associações de Produção Solidária e outras iniciativas que possibilitam a conquista do trabalho aos portadores de sofrimento mental.
- Intervenção na vida e cultura das cidades. Destacam-se aqui as manifestações públicas do Dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial (como o desfile da Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam)¹⁷

5.1.3 Núcleos da Luta Antimanicomial: a participação dos usuários e dos familiares

Lembramos que a organização da Luta Antimanicomial tem como elemento básico e constitutivo os *núcleos locais* – entendidos como organizações autônomas e militantes de portadores de sofrimento mental, seus familiares, trabalhadores de Saúde Mental, militantes de Direitos Humanos, etc, que empreendam efetivamente, em nível municipal ou estadual, as ações e os enfrentamentos exigidos pela construção de uma sociedade sem manicômios.

Daí, uma nova questão, precedendo a anterior: o que é um núcleo da luta antimanicomial?

Apresentamos algumas delas, construídas no I Encontro Nacional da Rede Nacional Internúcleos, em dezembro de 2004, no Ceará.

Características dos núcleos da Luta Antimanicomial

- A reunião freqüente, regular e organizada de pessoas que lutam pelos direitos dos portadores de sofrimento mental, partilhando a aspiração por uma sociedade sem manicômios.
- A real participação dos portadores de sofrimento mental nesses núcleos, como porta-vozes de suas questões e protagonistas da luta por seus direitos.

¹⁷ Este evento já foi mencionado em 2.3.2 A Reforma Psiquiátrica que buscamos. O desfile da Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam é uma promoção do Fórum Mineiro de Saúde Mental, em parceria com a Associação dos Usuários de Saúde Mental de Minas Gerais -ASUSSAM, e apoio de diversas instituições e entidades.

- O estabelecimento de relações igualitárias entre seus participantes, partilhando o poder de decisão
- A sustentação efetiva, pelo grupo, da responsabilidade pelas decisões tomadas.
- A organização independente e autônoma desses núcleos, que não devem vincular-se a qualquer instituição, partido ou governo, embora mantendo parcerias e interlocuções com os mesmos.
- Ao contrário do que muitos pensam, um núcleo, para constituir-se, não precisa de sede, financiamento, etc: esses são aspectos secundários. O núcleo pode reunir-se no salão da Igreja ou em qualquer outro espaço comunitário; pode auto-sustentar-se pelo desenvolvimento de atividades diversas; e assim por diante.
- O núcleo deve desenvolver a capacidade de intervir no cenário de políticas públicas de Saúde Mental de seu município – por exemplo, levando a cabo uma denúncia de maus-tratos a um usuário de Saúde Mental; cobrando do gestor a realização efetiva da Reforma Psiquiátrica local; dialogando com o Conselho Municipal de Saúde; e assim por diante.
- Os núcleos são estruturas locais, ligados à realidade concreta de sua região ou município. Contudo, devem evitar o isolamento, procurando sempre articular-se a outros núcleos, trocando experiências, conhecendo realidades diferentes, traçando estratégias comuns de ação. Nesse sentido, é importante promover e participar de atividades microrregionais, estaduais e nacionais, fortalecendo a estruturação em rede.

As relações dos núcleos com os serviços de Saúde Mental

- Não se pode confundir o vínculo aos núcleos da luta antimanicomial com o vínculo aos serviços de Saúde Mental. Evidentemente, a existência de serviços substitutivos de Saúde Mental, atuantes e vivos, facilita a constituição de um núcleo ou associação: afinal, os usuários, familiares e técnicos que compõem o núcleo muitas vezes são ligados aos serviços de Saúde Mental do município. Contudo, são laços distintos. Um técnico, quando cumpre seu horário de trabalho num destes serviços, recebe um salário; esse mesmo técnico, quando participa das atividades do núcleo, vai até lá porque deseja e gosta, sem qualquer remuneração. Da mesma forma, o usuário que frequenta o serviço de Saúde Mental ali recebe atendimento, medicação, cuidados a que têm direito; esse mesmo usuário, porém ao participar do núcleo, não vai buscar assistência ou cuidados técnicos, mas sim contribuir para o avanço da luta antimanicomial.
- A relação entre serviços de Saúde Mental e núcleos da luta antimanicomial deve ser a mais próxima possível; aliás, a proposta do núcleo pode surgir a partir da experiência do serviço, visando a sua ampliação e seu fortalecimento. Contudo, o núcleo só existirá realmente ao destacar-se do serviço, para tornar-se seu parceiro e seu interlocutor.

- Como os serviços de Saúde Mental devem ser financiados e geridos pelo poder público, eles se enfraquecem quando há desinteresse ou oposição por parte do gestor. Esta é a grande diferença dos núcleos: para existir e avançar, não dependem de nenhuma instância de governo, e sim da disposição para a luta política e para a organização coletiva de seus militantes.
- Ao longo das mudanças das gestões, a qualidade dos serviços costuma mudar. Contudo, a atuação de um núcleo bem estruturado não se altera; e, muitas vezes, consegue garantir a continuidade dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

As Associações de Usuários e Familiares como núcleos da Luta Antimanicomial

Em quais circunstâncias uma Associação de Usuários e/ou de Familiares pode ser considerada como um núcleo da luta antimanicomial?

A composição dos núcleos da luta antimanicomial pode variar: alguns, como o Fórum Mineiro de Saúde Mental, são compostos e dirigidos tanto por portadores de sofrimento mental quanto por trabalhadores da Saúde e outros militantes dos Direitos Humanos; outros são associações específicas de usuários e/ou de familiares. O importante, em qualquer caso, é assegurar “a real participação dos portadores de sofrimento mental nestes núcleos, como porta-vozes de suas questões e protagonistas da luta por seus direitos”.¹⁸

- É fundamental a existência de Associações de Usuários e Familiares entre os núcleos da luta antimanicomial. Para isto, elas devem organizar-se conforme as características destes núcleos, e os princípios do movimento da Luta Antimanicomial, tal como já os apresentamos até aqui. Este é um ponto importante, pois existem associações de familiares, por exemplo, que defendem propostas de segregação e de exclusão contrárias à Reforma Psiquiátricas.
- Uma característica fundamental das Associações ligadas à Luta Antimanicomial é a sua autonomia crescente, de tal forma que sejam de fato conduzidas pelos próprios usuários e familiares. Contudo, isto não exclui a participação dos trabalhadores de Saúde e outros militantes dos Direitos Humanos: pelo contrário! Afinal, não se pode esperar que um segmento fragilizado socialmente, ainda sem consciência de seus direitos, se organize sozinho de um dia para outro. Convidar os usuários e os familiares para essa organização; estar ao lado deles, ajudando a estruturar as reuniões e as atividades; facilitar a circulação da palavra, de modo que todos possam ter voto e voz; fazer tudo isto sem tutelar os participantes, mas também sem abandoná-los: essa é uma contribuição imprescindível a ser feita pelos trabalhadores de Saúde Mental.

¹⁸ Vide Características dos núcleos da luta antimanicomial, neste mesmo item

Nas belas palavras do filósofo Oswaldo Giacoia Jr, requer-se aqui “o cuidadoso desvelo daqueles que...procuram deixar falar os sem-palavra, auxiliando-os na articulação do próprio discurso, oferecendo-se como uma escuta respeitosa, que lhes amplifica a voz”.

Concluindo

Assim, seja nas Associações de Usuários e de Familiares, sejam em estruturas de composição mais ampla, o Movimento da Luta Antimanicomial situa técnicos, usuários, familiares e outros interessados em parceria próxima: partilhando um trabalho e um objetivo, estabelecem um modo de relação distinto da relação técnico-paciente ou técnico-familiar, tal como se estrutura no âmbito da assistência.

As reuniões, os encontros, as viagens; as dificuldades partilhadas, as descobertas em comum, vão criando, ao longo dos anos, laços sociais que mostram grande potência e vitalidade. O investimento na mobilização e organização dos usuários e de familiares é um trabalho paciente, delicado, desprezioso. Contudo, quando nos lançamos nesta direção, encontramos, com eles, caminhos que até então nos foram vedados – e que nos levam, felizmente, a visões muito belas, e aos mais reais dos sonhos!

5.2 CONSELHOS DE SAÚDE E INSTÂNCIAS AFINS: UMA CONQUISTA LEGAL

Um marco decisivo na história da política pública brasileira de Saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A ampla participação da sociedade civil organizada, representada por quase 6 000 delegados de diversos segmentos sociais, foi uma característica marcante deste evento.

Dentre as diversas deliberações que fundamentaram então as bases políticas e jurídicas do SUS, estão aquelas que propiciaram a implantação dos órgãos de controle social no âmbito da Saúde. Estas diretrizes adquiriram caráter legal em 1988, quando o Congresso Nacional, reunido na Assembléia Constituinte, marcou o rompimento formal com o período autoritário – votando, dentre outras medidas de emancipação política, a criação do Sistema Único de Saúde.

Alguns princípios fundamentais do SUS

- A ampliação do conceito de saúde, diretamente vinculado a questões como trabalho, saneamento, lazer e cultura.
- A criação do Sistema Único de Saúde como sistema único, hierarquizado, regionalizado e descentralizado.
- A universalização do acesso, a eqüidade e a integralidade da assistência.

- A composição de um leque amplo de ações, capazes de atuar desde o nível da promoção e da proteção à saúde até o das urgências e de outras situações de maior complexidade.
- A grande importância atribuída à Atenção Primária, que passa a ser a porta de entrada do Sistema de Saúde, devendo dar conta de 80% a 85% dos problemas de Saúde da população.

Contudo, os princípios do SUS não ganham concretude por si só: torna-se necessário assegurar sua conquista na prática. Não podemos dizer que a universalidade foi conquistada apenas porque o usuário deixou de apresentar a carteirinha do INAMPS para obter atendimento. Da mesma forma, a integralidade não pode ser apenas um discurso institucional, mas uma característica realmente presente nos serviços de Saúde. Daí a grande importância do controle social, por meio da participação política da sociedade civil

Conselhos de saúde e comissões de reforma psiquiátrica

Como vimos, a participação da sociedade civil tem tido um papel fundamental ao longo de toda a Reforma Sanitária. Sobretudo, após a VIII Conferência Nacional de Saúde ela se assegura de forma mais definida, por meio da criação legal de instâncias de controle social – que se constituíram desde então como os Conselhos de Saúde.

Estes Conselhos, nos níveis nacional, estadual e municipal, atuam por meio de uma interlocução constante com o poder público, determinada e regulada pela Lei Orgânica da Saúde. São órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde, que devem participar da formulação de estratégias e do controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

A Lei Orgânica da Saúde e outras leis específicas da criação dos Conselhos de Saúde estabelecem para os mesmos composição paritária de usuários; ou seja, 50% dos conselheiros devem representar entidades dos usuários do SUS. Os demais 50% são compostos pelos demais segmentos representados, a saber: entidades de trabalhadores de saúde, de prestadores de serviços de saúde, e órgãos governamentais. Os membros dos Conselhos são eleitos pelos segmentos que neles se fazem representar. Além destas características comuns a todos os Conselhos, cada um deles possui seu regimento e forma de organização interna.

Muitos Conselhos possuem *Comissões de Reforma Psiquiátrica*, de caráter consultivo, atendendo a uma deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental de dezembro de 2001 (vale lembrar, porém, que, antes mesmo desta deliberação, existe desde 1993 a Comissão Nacional de Saúde Mental, criada por uma forte pressão do Movimento da Luta Antimanicomial). Comissões consultivas em outras áreas da Saúde também fazem parte dos Conselhos de Saúde.

As Comissões de Reforma Psiquiátrica devem ser acompanhadas por um conselheiro de Saúde, que levará as discussões da Comissão para deliberação nas reuniões dos

Conselhos. O objetivo principal dessas Comissões é trabalhar pela implantação da política de Saúde Mental dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, além de dar os devidos encaminhamentos às denúncias de violações de direitos humanos que os usuários dos serviços de Saúde Mental venham a sofrer. Em Minas Gerais já existe a Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica, vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, criada em setembro de 2004; já foram criadas, também, algumas Comissões Municipais, inclusive na capital do Estado.

A atuação democrática, participativa e autônoma dos Conselhos de Saúde e das Comissões de Reforma Psiquiátrica vinculadas a eles é essencial para o êxito das políticas públicas da área, promovendo a implementação dos princípios do SUS na prática cotidiana das ações de Saúde.

Referências bibliográficas

GOHN, Maria da Glória. *A Teoria dos movimentos sociais*. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Fórum mineiro de saúde mental: um toque da história*. In: LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.

Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. Salvador: Conselho Federal de Psicologia, 1993.

Relatório do V Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Betim: Fórum Mineiro de Saúde Mental, 1998.

Relatório Saúde Mental no Mundo: Saúde Mental, Nova Conceção Nova Esperança – Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan Americana de Saúde, 2001.

Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Relatório do I Encontro Nacional da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial, realizado em Fortaleza, em 2004 (ainda não publicado)

VI. O SOFRIMENTO MENTAL GRAVE: QUADROS CLÍNICOS



6.1 O SOFRIMENTO MENTAL GRAVE: UMA DOENÇA COMO AS OUTRAS?

Como vimos inicialmente,¹⁹ o internamento sistemático e maciço dos chamados loucos nos hospitais psiquiátricos, a partir do final do século XVIII, deu origem à constituição da disciplina psiquiátrica. Ou seja: a partir da observação e de descrição das palavras e dos comportamentos dessas pessoas, agora mantidas continuamente à disposição do olhar médico, foram se distinguindo as características e as evoluções dos diferentes quadros clínicos. Esse processo prossegue ao longo de todo o século XIX, atingindo seu auge, e de certa forma também o seu final, no começo do século XX.

Inicialmente, o papel do médico no hospital de alienados era, como observa Foucault, antes o de um sábio, que atuava como juiz e como pai, do que o de um cientista. Contudo, iniciada a observação dos “alienados”, os psiquiatras franceses Pinel e Esquirol estabeleceram as primeiras classificações modernas, baseadas nos sintomas e na evolução, ainda sem a preocupação de estabelecer uma etiologia.

Essa procura de uma etiologia, ou seja, de uma causalidade orgânica para os transtornos mentais, irá tomar impulso em meados do século XIX, numa ocasião em que outras áreas da Medicina já se encontram bem mais avançadas neste sentido. Os alienistas ou psiquiatras de então procuram levar esses avanços à psiquiatria, desejando encontrar também para os transtornos mentais às várias etapas das explicações que já estavam sendo aplicadas às outras doenças: não só a semiologia, a evolução e o tratamento, mas também a etiologia, a fisiopatologia, a histopatologia, etc.

Ora, tal pesquisa, no caso dos transtornos mentais, irá levar a impasses curiosos, que persistem até os dias de hoje.

Senão, vejamos: atualmente, temos essa seqüência explicativa completamente estabelecida, ou quase, para a grande maioria das doenças. Tomemos um exemplo simples, como uma pneumonia.

De acordo com um conhecimento que vem progredindo ao longo dos séculos, sabemos hoje que uma pneumonia tem um agente infeccioso em sua etiologia, como o pneumoco. Sabemos ainda que o pneumococo causa determinadas alterações sobre o tecido pulmonar, cujas características são identificáveis ao microscópio, ao Raio-X, e a outros procedimentos de investigação propedêutica: conhecemos, pois, sua histopatologia.

Conhecemos, ademais, os mecanismos pelos quais certas alterações inflamatórias do tecido pulmonar, provocadas pela ação do pneumococo, danificam os pulmões, alterando suas funções, e, por conseguinte, outras funções do organismo relacionadas a elas: conhecemos, portanto, também a fisiopatologia de uma pneumonia. Esses conhecimentos, por sua vez, nos permitem explicar a semiologia da pneumonia, ou seja, seus sintomas, como a dispnéia, o catarro, etc, e seus sinais, como a febre, os estertores à ausculta pulmonar, e outros ainda.

¹⁹ Vide 1.1.1 Lembrando a História da Loucura

Esta mesma seqüência explicativa aplica-se, pois, à grande maioria das doenças. Mesmo no caso daquelas cuja etiologia não se determinou claramente ainda, pelo menos se sabe bem as alterações mais importantes que provocam no organismo, originando as demais: assim, a hipertensão resulta de um estreitamento das artérias; o câncer, nas conseqüências da reprodução descontrolada das células de um determinado órgão ou tecido; e assim por diante.

Ora, o que se passa no que diz respeito às chamadas doenças mentais?

Em certa época, algumas observações e pesquisas pareciam levar a crer que o mesmo modelo poderia aplicar-se a elas. Assim, nos meados do século XIX, o psiquiatra francês Bayle e seus colaboradores acompanharam, por muitos anos, um grupo de doentes que apresentavam certos sinais e sintomas bastante característicos, cuja origem orgânica foi estabelecida passo a passo.

Seu diagnóstico era o de Paralisia Geral Progressiva: apresentavam determinados sintomas psíquicos (perda gradual da capacidade cognitiva, dentre outros) e orgânicos (tremores, dificuldades específicas de marcha, que culminavam em paralisia).

Descobriu-se o substrato orgânico dessas alterações, ou seja: derivavam de uma inflamação crônica de uma das meninges, a membrana aracnóide, que resultava depois numa lesão definitiva do tecido neuronal.

A seguir, encontrou-se também a etiologia: a inflamação das membranas ocorria a partir da presença de um agente infeccioso no sangue, o *Treponema pallidum* – que, como se sabe, é o agente etiológico da sífilis. Assim, a paralisia geral progressiva era uma forma assumida pela sífilis ao atingir o tecido cerebral, causando determinados sintomas psíquicos e orgânicos²⁰.

A descoberta da etiologia, histopatologia e fisiopatologia de um grupo de pacientes internados nos manicômios que tinham sintomas e evolução em comum deu à psiquiatria a expectativa de realizar descobertas semelhantes para os grupos restantes.

Contudo, surgiram dificuldades. Primeiramente: os internos que apresentavam doenças psíquicas associadas a sintomas físicos, e derivadas de alterações cerebrais estabelecidas, eram minoria. Os demais grupos, que constituíam a grande maioria da população dos hospitais psiquiátricos, não só se apresentavam saudáveis do ponto de vista físico, como não se conseguia descobrir alterações cerebrais que determinassem seus sintomas.

Mais de dois séculos depois do nascimento do asilo, apesar dos grandes e importantes avanços das neurociências em nossos dias, na verdade até hoje não se conseguiu ir muito mais longe.

Existem inúmeras hipóteses, e vários estudos em andamento. Assim, por exemplo, uma maior incidência de esquizofrenia em gêmeos univitelinos tem levado à pesquisa de fatores genéticos; a resposta clínica aos psicofármacos também conduz à busca de alterações nos neurotransmissores em que atuam; da mesma forma, os avanços da propedêutica cerebral, como as tomografias, métodos de ressonância magnética, etc, possibilitam investigar melhor possíveis alterações estruturais do cérebro.

²⁰ Vide 6.4 Os quadros psiquiátricos orgânicos

Contudo, as descobertas concretas até agora realizadas são muitas poucas, se comparadas ao grande esforço aí investido, e ao crescente aperfeiçoamento tecnológico dos métodos de pesquisa.

Avançou-se bastante no que diz respeito a certas doenças cuja etiologia orgânica já era conhecida há muito – como a doença de Alzheimer, por exemplo. Mas, se tomarmos um dos quadros clínicos mais freqüentes e graves da psiquiatria, como a esquizofrenia, os achados feitos até o momento estão muito longe de caracterizar uma etiologia e uma fisiopatologia específicas dessa doença. Por exemplo: embora alguns estudos constatem que os cérebros dos esquizofrênicos apresentam ventrículos mais dilatados, isto não nos permite dizer que esse achado tenha um valor causal, nem explica de que forma se relaciona aos sintomas característicos da esquizofrenia.

O mesmo vale para os outros achados, igualmente inconclusivos, feitos na área genética, na pesquisa de neurotransmissores, entre outros. Portanto, embora haja um grande entusiasmo dos pesquisadores, muito pouco se obteve de concreto. O psiquiatra americano Kaplan, autor de um dos compêndios de Psiquiatria mais utilizados atualmente, após descrever de forma minuciosa os estudos já citados, admite expressamente: a etiologia da esquizofrenia permanece desconhecida.

Inevitavelmente, pois, coloca-se a questão: tanto tempo depois, com um avanço antes inimaginável da ciência e de suas aplicações à medicina, uma certa impaciência não faria a psiquiatria antecipar os resultados deste avanço para seus próprios fins, antes de obtê-los? Afinal, querer “explicar” a esquizofrenia, no mesmo sentido em que se descobriu toda a seqüência explicativa da paralisia geral progressiva, ou em que se fazem até hoje novas descobertas sobre a evolução das mais variadas doenças, desde o diabetes até as neoplasias, não parece estar sendo uma tentativa bem sucedida.

Não se trata apenas de observar que nada de mais consistente, nesta ordem, tenha sido encontrado até agora; pode-se continuar a tentar, e as novas descobertas, quando bem fundadas, serão bem vindas. Contudo, há um problema científico de base na forma pela qual estas tentativas vêm sendo feitas: elas partem do princípio que deveriam provar, ou seja, acreditam *a priori* que há uma causa orgânica, tratando-se apenas de descobri-la, mais cedo ou mais tarde²¹.

Sugerimos ao leitor interessado uma leitura atenta e crítica dos estudos realizados a respeito, para que forme sua própria apreciação. Entrementes, voltamos à nossa questão inicial: formas de sofrimento mental grave, como a esquizofrenia, o transtorno delirante, o transtorno bipolar, são doenças “como as outras?”

Não o são, no sentido em que procuramos descrever acima: ignoramos seu substrato orgânico; e, mesmo quando são encontradas alterações orgânicas, não é possível atribuir-lhes um papel de causa. Ademais, não se conhece a forma pela qual essas causas hipotéticas dariam origem aos sintomas clínicos, ou se relacionariam à sua evolução.

²¹ Os dados e os estudos clínicos mencionados encontram-se nas referências bibliográficas deste capítulo; contudo, as avaliações feitas aqui a seu respeito são da responsabilidade dos coordenadores desta Linha-Guia.

Contudo, num outro sentido, podemos dizer que estes quadros têm uma realidade clínica muito precisa: como veremos, apresentam sintomas e curso evolutivos bastante característicos. E, ademais, causam um intenso sofrimento aos seus portadores, que necessitam de atenção, de cuidados e de tratamento.

Portanto, diríamos que as formas graves de sofrimento mental são uma espécie bastante peculiar de doenças, graves por vezes – mas que não se enquadram, de forma alguma, no modelo explicativo das doenças orgânicas.

6.2 A CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSÍQUICOS

Havia, desde Hipócrates, certos esboços de classificação dos transtornos mentais. Contudo, a classificação hoje vigente resulta do trabalho de observação realizado desde o final do século XVIII até o início do século XX: neste período, foram definidas e descritas as principais distinções psicopatológicas, assim como os quadros clínicos mais importantes.

Até o final do século XIX, as principais escolas psiquiátricas, a francesa e a alemã, utilizavam sistemas de classificação diferentes. O psiquiatra alemão Kraepelin, nesta época, organizou um primeiro sistema classificatório utilizado mundialmente: ali, ganharam autonomia nosológica os quadros mais importantes da clínica psiquiátrica. Atualmente, mudaram de nome, mas suas características definidoras permanecem basicamente as mesmas.

A classificação de Kraepelin reunia diversos quadros, antes dispersos, sob a rubrica da demência precoce – que pouco depois, a partir do trabalho do psiquiatra Eugen Bleuler, passou a ser chamada de *esquizofrenia*. Fez o mesmo, reunindo os quadros de mania e melancolia (ou episódio depressivo grave), isolados ou alternados, sob a denominação de *psicose maníaco-depressiva* – hoje *transtorno bipolar*; e abordou também a *paranóia*, hoje conhecida como *transtorno delirante persistente*.

Após esta síntese nosológica efetuada por Kraepelin, tivemos, no início do século XX, um importante trabalho de sistematização na área da psicopatologia, realizado pelo psiquiatra e filósofo alemão Karl Jaspers. Jaspers não apenas reorganizou distinções psicopatológicas importantes já construídas antes, como introduziu outras, de grande pertinência clínica.

Observe-se que tanto Kraepelin quanto Jaspers foram muito cautelosos quanto à questão da etiologia: embora supondo que todos os quadros psiquiátricos viriam um dia a ter uma causa orgânica estabelecida, distinguiram aqueles quadros em que tal causa já era conhecida, de outros em que esta causa era apenas postulada, ou seja, estava ainda por conhecer. Logo, o trabalho destes dois autores clássicos da psiquiatria foi feito fundamentalmente a partir da observação clínica, ou seja: caracterização cuidadosa dos sintomas, agrupamento de sintomas mais típicos e comuns de certos quadros, e sua evolução.

Este enfoque, predominantemente descritivo, continua sendo utilizado nas atuais classificações psiquiátricas. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – o

DSM-IV – publicado em 1994, vigora nos EUA. Na Europa, utiliza-se a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – a CID-10. Segundo Kaplan, todas as categorias usadas no DSM-IV se encontram na CID-10, mas nem todas as categorias da CID-10 estão no DSM-IV; contudo, as diferenças são pouco expressivas²². Mudança realmente maior ocorreu na passagem da CID-9 para a CID-10 – com o abandono de certos termos e distinções tradicionais na clínica psiquiátrica, como neuroses e psicoses.

Nosso objetivo, aqui, não consiste na abordagem de todos os itens das diferentes classificações, nem num estudo comparativo entre elas. Apenas procuraremos transmitir ao leitor as distinções psicopatológicas e os quadros clínicos mais importantes para o trabalho em Saúde Mental.

Há uma distinção primeira, que é essencial estabelecer: aquela entre os quadros psiquiátricos que derivam de um substrato orgânico claramente estabelecido, e aqueles em que este substrato não se encontra definido.

Os primeiros constam na CID-10 como quadros orgânicos: essencialmente, as demências e os *delirium*.

Os segundos constituem a grande maioria dos quadros psiquiátricos descritos. Entre eles, podemos estabelecer uma importante subdivisão: aquela que correspondia, na CID 9, à diferença entre psicoses e neuroses. Psicoses são os quadros de sofrimento mental severos e persistente – a esquizofrenia, a paranóia, os transtornos graves de humor – em que se apresentam, como veremos, certas vivências psíquicas peculiares e bizarras, como os delírios e as alterações de consciência do eu, dentre outras. Neuroses são quadros constituídos por vivências psíquicas que podem aparecer em algumas pessoas de forma exarcebada, sendo, porém, em maior ou menor grau, experimentadas por todos nós – por exemplo, ansiedade, tristeza, medo, “manias”, etc.

6.2.1 Um quadro geral dos diferentes transtornos psiquiátricos

QUADROS PSIQUIÁTRICOS ORGÂNICOS

CID-10

- F00 – F09; e também F.10 – F.19.

Principal característica clínica:

- Prejuízo primariamente cognitivo (de inteligência e memória e/ou nível de consciência), derivado de causa orgânica constatável.

Formas principais:

- Demências.
- *Delirium*.

²² Nesta Linha-Guia, tomamos a CID-10 como referência da classificação atual.

PSICOSES

CID-10:

- F.20 a F.29; F.30, F.31, F.32.2 e 32.3.

Principais características clínicas:

- São psicologicamente incompreensíveis (Jaspers)
- Apresentam vivências bizarras, de forma anômala, como delírios, alucinações, alterações da consciência do eu.
- Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência.

Formas principais:

- Esquizofrenia.
- Paranóia (transtorno delirante persistente, na CID 10).
- Transtornos graves do humor (a antiga psicose maníaco-depressiva, hoje fragmentada na CID-10 em episódio maníaco, episódio depressivo grave e transtorno bipolar).

NEUROSES

CID 10:

- F.40 – F.48, além de outros itens.

Principais características clínicas:

- São psicologicamente compreensíveis (Jaspers)
- Apresentam em grau e frequência exarcebados vivências experimentadas pelo psiquismo dito normal (ansiedade, tristeza, medo, idéias obsessivas, etc).
- Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência.

Formas principais:

- Neuroses de ansiedade (transtornos fóbico-ansiosos, na CID-10).
- Neurose histérica (transtornos somatomorfos e dissociativos, na CID-10).
- Neurose obsessiva (transtornos obsessivo-compulsivos, na CID-10).
- Episódios depressivos em neuróticos (episódios depressivos leves e moderados, e outros, na CID 10).

6.2.2 Estudo comparativo: transtornos orgânicos x psicoses e neuroses

Quadros psiquiátricos orgânicos

- O fundamento orgânico é conhecido, e não apenas suposto.
- Ocorre primariamente um comprometimento daquelas funções psíquicas relacionadas à cognição, ou seja, à capacidade intelectual: estão afetados, seja o nível de consciência, seja a memória
- Estas funções psíquicas são justamente aquelas cujo exercício exige condições de integridade neuroanatômica e neurofisiológica das estruturas cerebrais – condições que se encontram afetadas nestes quadros.
- Temos aqui lesões ou perdas neuronais claramente identificáveis, como nas demências; ou alterações metabólicas, tóxicas e outras que interferem na neurofisiologia cerebral, como nos *delirium*.
- Os quadros orgânicos incluem, portanto, quadros neuropsiquiátricos (doença de Alzheimer, doenças cérebro-vasculares, traumatismos crânio-encefálicos, tumores cerebrais, etc), quadros devidos a condições médicas gerais (doenças endócrinas, cardiopatias, insuficiência renal ou hepática, etc), e quadros relacionados a abstinência ou a intoxicação por substâncias psicoativas (*delirium tremens* e vários outros).

Psicoses e neuroses

- Não têm um substrato orgânico identificável como causa de seus sintomas.
- Caracterizam-se também por não se apresentarem alterações primárias na esfera cognitiva: ou seja, memória e nível de consciência não estão prejudicados (ou caso estejam, é apenas de forma secundária a outras alterações psíquicas).

6.2.3 O raciocínio diagnóstico

Sugerimos o seguinte raciocínio diagnóstico, quando nos chega um paciente apresentando sintomas psíquicos:

1. A primeira pergunta que nos devemos fazer é: este paciente apresenta ou não alterações de memória e/ou de nível de consciência, derivadas de um quadro orgânico – seja neurológico, tóxico, infeccioso, etc? Em caso afirmativo, o paciente apresenta um *quadro orgânico*.
2. Em caso negativo – ou seja, os sintomas psíquicos se instalam sobre um fundo de preservação da memória e do nível de consciência, nem há doença orgânica que possa determinar os sintomas psíquicos – o paciente se inclui num dos outros grupos: ou o das *psicoses*, ou o das *neuroses*.

3. Neste caso, vem uma segunda investigação fundamental no diagnóstico: ele apresenta vivências bizarras, como: acredita-se teleguiado pela Internet? Afirma que lêem ou adivinham seus pensamentos? Escuta vozes que comentam seu comportamento? Apresenta uma exaltação ou uma inibição psicomotora muito intensa, e de matiz peculiar? Neste caso, situaremos o paciente no grupo das *psicoses*, – que costuma apresentar-se classicamente sob uma das três formas já citadas (esquizofrenias, paranóias, transtornos severos do humor), ou sob formas mistas entre estas.
4. Enfim, há uma terceira possibilidade: o paciente não apresenta estas vivências de forma anômala exemplificadas acima, mas encontra-se intensamente ansioso, ou deprimido? Ou traz uma série de queixas físicas vagas e incharacterísticas como forma de expressar um mal estar ou insatisfação de ordem psíquica? Ou fica uma boa parte do tempo ruminando idéias obsessivas e executando rituais para livrar-se delas? Se este tipo de sintomas apresenta-se com intensidade e freqüência suficientes para prejudicar seriamente a vida do paciente, falamos então de uma *neurose*.

A respeito do grupo dos quadros orgânicos, os conhecimentos médicos não só são necessários para sua abordagem, como costumam ser também suficientes: como vimos, estão ligados a uma condição médica geral, ou a uma doença ou síndrome neuropsiquiátrica.

Quanto aos dois outros grupos – das neuroses e das psicoses – consideramos essencial a contribuição da psicanálise, que nos trouxe uma concepção do psiquismo até então inédita, enriquecendo as abordagens teóricas e clínicas do sofrimento mental. Os limites desta Linha-Guia não comportam um desenvolvimento dos conceitos psicanalíticos, cuja complexidade fica seriamente prejudicada quando são apresentados de forma sucinta e superficial. Contudo, a psicanálise é uma importante referência para todos os raciocínios clínicos aqui apresentados: remetemos o leitor interessado aos textos clássicos desta disciplina, particularmente aqueles de Sigmund Freud.

Finalmente: o esboço de classificação apresentado aqui não inclui algumas categorias da CID-10, seja porque nos parecem cabíveis num destes três grupos (por exemplo, os transtornos de personalidade podem ser considerados uma forma ou uma manifestação das neuroses); seja porque consistem em sintomas que se podem encontrar nos diferentes grupos aqui mencionados (por exemplo, os transtornos alimentares, do sono, disfunção sexual, entre outros).

Nos próximos itens, cada um dos três grupos aqui distinguidos será abordado separadamente.

6.3 OS QUADROS PSIQUIÁTRICOS ORGÂNICOS

O nível de consciência e a memória, como dissemos, são as funções psíquicas primariamente alteradas nestes quadros: o exercício adequado destas funções exige a preservação da neuroanatomia e da neurofisiologia cerebrais

As alterações do nível de consciência ocorrem, sobretudo nos *delirium*; as alterações mais importantes da memória, nas demências. Estudaremos separadamente os *delirium* e as demências. Contudo, lembremos mais uma vez o que têm em comum: uma determinação orgânica evidente, ao qual se pode atribuir valor causal – ou seja, na ausência desta alteração orgânica de base, os sintomas psíquicos não ocorreriam.

6.3.1 *Delirium*

- Os *delirium* são também chamados de estados confusionais, porque as alterações do nível de consciência constituem um quadro de confusão mental.
- A alteração orgânica de base nos *delirium* na maioria das vezes é exterior ao sistema nervoso central.
- Por conseguinte, não costumam provocar alterações neuroanatômicas no cérebro, apenas causando disfunções neurofisiológicas temporárias.
- Nos hospitais gerais e outros serviços de Saúde é comum encontrarmos pacientes com *delirium*, decorrente de insuficiências de outros órgãos, de endocrinopatias, de estados pós-operatórios, e vários outros.
- Muito freqüentes são os *delirium* relacionados à ingestão abusiva ou abstinência de drogas psicoativas²³.
- Podem também ser provocados por agentes anticolinérgicos (entre os quais se incluem vários psicofármacos).
- Contudo, embora a origem extracerebral seja a mais comum, podem ainda dever-se a traumatismos crânio-encefálicos, epilepsias, neoplasmas, etc.
- A pesquisa desta alteração de base é de grande importância na anamnese, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.
- Seus sintomas estão relacionados a uma diminuição da acetilcolina, principalmente na formação reticular.
- Pode-se constatar uma lentificação no eletroencefalograma.
- Os *delirium* costumam ter início súbito e curso breve e flutuante, com melhoras e pioras ao longo do dia.
- São freqüentes as perturbações no ritmo do sono.
- A melhora costuma ocorrer após a identificação e o tratamento da causa, sendo o paciente restituído ao estado psíquico anterior, sem seqüelas ou danos.

²³ Vide 8.1 O uso abusivo de álcool e outras drogas.

Alterações psíquicas dos delirium

- O nível de consciência está normal: a consciência está clara, a pessoa está plenamente vigilante e alerta. Ela é capaz de focar sua atenção no que for necessário – seja concentrando-se para estudar para uma prova, por exemplo, seja percebendo um estímulo que provoca a mudança do foco da atenção. Encontra-se também orientada no tempo e no espaço, ou seja, sabe que dia é hoje, distingue o dia de hoje do de ontem, etc; sabe qual o lugar onde se encontra, e como chegar ou sair de lá.
- O psiquiatra espanhol Alonso Fernandez nos apresenta uma clara descrição clínica das alterações da consciência. Mostra-nos como a alteração do nível de consciência gera perturbações da atenção e da orientação. Dizemos então que o paciente está obnubilado.
- Os graus de perturbação do nível de consciência são variáveis: no grau leve, temos apenas uma certa sonolência e dificuldade de concentração. No grau moderado, estes sintomas se acentuam, acompanhando-se também de desorientação, primeiro no tempo, e depois no espaço; o paciente passa também a confundir as pessoas; geralmente não se recorda do que lhe ocorreu neste período. Em casos graves, instala-se o torpor, e, enfim, o coma.
- A obnubilação (confusão mental) da consciência pode acompanhar-se de alucinações, principalmente visuais e auditivas. Esse é um quadro bastante comum no *delirium tremens* dos alcoólatras, conhecido como onirismo: o paciente com freqüência vê bichos como aranhas e cobras (as chamadas zoopsias); escuta vozes que o chamam e o ameaçam. Estas alucinações são mais comuns ao cair da noite, e o paciente experimenta-as de forma tão vívida que age de acordo com elas: procura afastar os bichos do seu corpo, mostra-se assustado, supõe que as pessoas em volta estão vendo e ouvindo o mesmo que ele. Estas características das alucinações que ocorrem nos delirium ou quadros confusionais ajudam-nos a distingui-las daquelas que ocorrem nas psicoses.

6.3.2 Demências

- Diferentemente dos delirium, as demências são quadros caracterizados por um prejuízo progressivo da inteligência ou da capacidade intelectual, relacionado à perda também progressiva da memória.
- Envolvem sempre alterações neuroanatômicas do Sistema Nervoso Central: atrofia difusa do cérebro, perda neuronal no córtex, e outras ainda. Algumas

formas de demência, como a doença de Alzheimer, apresentam lesões cerebrais características, como as placas amilóides.

- As demências costumam manifestar-se, sobretudo – mas não necessariamente – em pessoas idosas. A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência: 50 a 60% dos casos; seguem-se as demências vasculares, com 10 a 20% dos casos; outras causas, como as doenças neurodegenerativas (de Pick, de Parkinson, de Huntington), ou as massas intracranianas (tumores, abscessos), traumatismos crânio-encefálicos, respondem pelo restante. É importante lembrar que a AIDS pode causar quadros demenciais.
- Também diferem dos delirium quanto ao curso: a menos que sejam identificadas e tratadas num estágio muito inicial, as demências evoluem de forma progressiva e irreversível.
- O prejuízo crescente da inteligência é uma consequência da perda progressiva da memória, que se explica pela lesão do tecido cerebral.
- É importante distinguir o tipo de déficit intelectual das oligofrenias, ou retardos mentais, daquele das demências. Os oligofrênicos já nascem com este déficit, que se evidencia desde a infância por diversas alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. Na demência, pouco importa o nível intelectual anterior à instalação do quadro: seja alto, médio ou baixo, será necessariamente prejudicado pelo processo demencial.

Alterações psíquicas das demências

- Procuremos visualizar um quadro clássico de demência, evocando um personagem com o qual todos nós temos alguma familiaridade: uma pessoa idosa “caduca” ou “esclerosada”.
- Tendo como base este prejuízo da memória, e, por conseguinte, da atividade intelectual, o paciente, nos estágios iniciais, apresenta diminuição da capacidade de fixação de lembranças, dificuldade de compreensão, perseveração de pensamento (tende a fixar-se em algumas poucas idéias).
- À medida que o quadro progride, as alterações de memória se acentuam, afetando, sobretudo, as recordações mais recentes: por exemplo, à tarde, o paciente não consegue se lembrar quem o visitou pela manhã.
- Muitas vezes, na ausência das lembranças, o paciente preenche este vazio com confabulações, ou seja: quando lhe perguntamos o que almoçou hoje, responde que comeu frango ao molho pardo, quando na verdade lhe serviram bife com salada.

- Muito comumente, o próprio paciente se dá conta de que está perdendo certas habilidades, angustiando-se com isso.
- Ao mesmo tempo, é relativamente comum o aparecimento de idéias deliróides: o paciente “cisma” com a empregada, a nora, os filhos, achando, por exemplo, que estão roubando suas coisas ou envenenando sua comida; estas idéias costumam ser oscilantes e fragmentárias, sem chegar a constituir um delírio propriamente dito.
- Podem aparecer sintomas neurológicos, como afasia, agnosia, apraxia.
- Agravando-se mais ainda o quadro, manifestam-se sinais visíveis de deterioração da personalidade, que se seguem ao crescente comprometimento intelectual: perda dos interesses e afetos anteriores, dificuldade crescente para os contatos sociais, desleixo com a própria aparência, comportamentos desorganizados (como fugas de casa, agitação excessiva, atitudes sexuais inadequadas ou não habituais).
- O pensamento se torna incoerente.
- O paciente não consegue, por exemplo, chegar até sua própria cama, por já não se recordar de onde ela se encontra.
- Os transtornos de pensamento do paciente demenciado são diferentes daqueles do paciente esquizofrênico. No caso das demências, esses transtornos derivam do comprometimento da inteligência e da memória, que se relacionam, por sua vez, a uma lesão neuronal evidente; nas esquizofrenias e outras psicoses a inteligência está essencialmente preservada, ainda que não esteja sendo usada em todo o seu potencial.
- A evolução da demência pode ser atravessada por alguns episódios tipo delirium.

Quadros psiquiátricos de fundamento orgânico-sinopse

Características comuns:

- Secundários a uma causa orgânica identificável (sem esta causa, o quadro clínico não se estabeleceria).
- As funções psíquicas primariamente alteradas são aquelas que mais claramente dependem da integridade cerebral (memória, inteligência, nível de consciência, orientação no tempo e no espaço).

QUADRO DIFERENCIAL ENTRE DELIRIUM E DEMÊNCIA	
DELIRIUM	DEMÊNCIA
Etiologia freqüentemente extra-encefálica	A participação etiopatogênica do cérebro é primária
Geralmente não há substrato cerebral histopatológico	O substrato histopatológico cerebral costuma ser irreversível
Costumam ser quadros agudos e reversíveis	São quadros crônicos, com agravamento progressivo
Afetam sobretudo o nível de consciência (orientação e atenção)	Afetam sobretudo a inteligência e a memória
Exemplo: <i>delirium</i> conseqüente à abstinência de substâncias psicoativas	Exemplo: doença de Alzheimer

6.4 AS PSICOSES

As psicoses constituem, seguramente, os quadros mais interessantes e enigmáticos descritos pela psiquiatria.

Devemos lembrar que as psicoses são um importante campo de interlocução interdisciplinar entre a psiquiatria e a psicanálise: a psiquiatria contribui com uma caracterização cuidadosa dos sintomas, e a psicanálise procura situar estes fenômenos no campo da chamada estrutura ou posição subjetiva psicótica.

6.4.1 Os sintomas das psicoses

Os sintomas mais característicos das psicoses estão marcados pelos traços da incompreensibilidade e da estranheza.

Aqui, iremos dividi-los em dois grupos:

- A) Os sintomas ou fenômenos elementares da psicose (delírios, alucinações verbais, alterações da consciência do eu)
- B) Outros sintomas psicóticos importantes (alterações graves dos sentimentos vitais; sintomas negativos)

A) Sintomas ou fenômenos elementares das psicoses

Passemos, agora, a tratar dos sintomas ou fenômenos elementares: é um tema de grande importância, pois quando conseguimos identificar claramente um deles em um paciente, estamos nos aproximando do diagnóstico de psicose.

Jaspers, já citado aqui, utiliza um termo para denominar certas vivências tipicamente psicóticas: *sintomas elementares*. O psicanalista francês Jacques Lacan usou, mais ou menos no mesmo sentido, o termo *fenômenos elementares*. São também incluídos entre os chamados sintomas produtivos ou positivos das psicoses.

Os sintomas ou fenômenos elementares possuem algumas características singulares: além de psicologicamente incompreensíveis, são vivências psíquicas de forma ou de estrutura anômala.

Consideraremos aqui como *sintomas ou fenômenos elementares das psicoses*:

- Delírio: vivências delirantes primárias e sua elaboração.
- Alucinações: auditivas ou verbais (“vozes”) e outras.
- Alterações da consciência do eu (vivências de influência)

Examinaremos, a seguir, cada um deles.

O delírio: vivências delirantes primárias e elaboração delirante

Vivências delirantes primárias

A palavra “delírio” tem, no uso corrente, uma acepção muito vaga. Contudo, quando nos referimos ao delírio como sintoma elementar da psicose, as características são muito precisas.

Por isto, Jaspers fez uma importante distinção clínica, que utilizaremos aqui: o delírio primário ou verdadeiro, característico das psicoses; e as idéias deliróides, que podem aparecer em praticamente qualquer quadro psiquiátrico. De agora em diante, sempre que utilizarmos a palavra “delírio”, sem outras especificações, estaremos nos referindo ao delírio primário.

Jaspers considera o delírio como a questão fundamental da Psicopatologia. Trata-se, em última análise, de uma importante questão lógica: qual a diferença entre o delírio e o erro?

Não basta definir o delírio como um erro incorrigível e persistente, ou como um juízo patologicamente falso, derivado, em última instância, de um déficit da inteligência ou do raciocínio. Afinal, uma pessoa francamente delirante pode ainda assim raciocinar com toda clareza – por exemplo, caso se trate de um matemático brilhante, ele pode continuar capaz de desenvolver a mais complexa equação.

O que caracteriza, então, o delírio? Trata-se, diz Jaspers, de uma *transformação global da consciência da realidade*. Podemos apreender essa subversão na relação com a realidade quando detectamos, no paciente, a ocorrência de *vivências delirantes primárias*.

As vivências delirantes primárias, prossegue Jaspers, são de difícil caracterização, “por implicar num modo de vivência completamente estranho para nós.” Eis como as define: consistem na *imposição de novas significações*, não partilháveis com outras pessoas.

Tentemos explicar. Vivemos num mundo de significações partilhadas: por exemplo, uma faca significa algo que corta; uma pegada num caminho significa que alguém passou por ali; e assim por diante. Contudo, no caso das vivências delirantes primárias, certas coisas começam a significar outras coisas, sem qualquer relação aparente ou compreensível entre elas, de maneira estranha e enigmática para o próprio paciente.

Isto muitas vezes começa de forma vaga e imprecisa: a pessoa sente que há algo diferente no mundo, que diz respeito a ela própria, sem que saiba dizer do que se trata. O fato de que aquela mulher esteja com a bolsa no colo é esquisito, o toque do telefone exatamente agora não é uma mera coincidência: enfim, ocorrências triviais do dia-a-dia parecem conter alguma mensagem para o paciente. É como se nada acontecesse por acaso; cada acontecimento adquire um significado novo, muito diverso daquele que parece ter. Um exemplo de uma paciente de Jaspers: “Quando dizem que os cravos são belos, as pessoas pretendem coisas muito diferentes do que parece”.

Esta “alguma coisa” acaba por ganhar um conteúdo, geralmente insólito. Eis um exemplo típico, de um paciente de Henri Ey: “O gorro branco do chefe da estação significa que o mundo vai acabar”. Um outro, de um paciente de Jaspers: “Nos jornais, nos livros, em toda parte, há coisas que se referem a ele, e significam avisos e injúrias”.

Como se vê, são interpretações estranhas que se *impõem* ao paciente diante de fatos e de ocorrências comuns: por isto, Jaspers fala de imposição de novas significações.

Estas novas significações podem também surgir sob a forma de uma intuição repentina, como mostra este outro exemplo citado por Jaspers: “Numa dessas noites se impôs a mim, de repente e de forma muito natural e evidente que a srta L é a causa provável dessas coisas simplesmente terríveis que tive que sofrer nos últimos anos (influência telepática, entre outras)”.

Sejam vagas ou bem determinadas, as diferentes vivências delirantes primárias têm alguns traços em comum:

- São extravagantes, bizarras. Constituem uma espécie de rasgo ou de ruptura no sentido: é como se a terra firme das significações partilhadas nas quais todos nós caminhamos vacilasse, ou começasse a abrir-se em fendas.
- São uma espécie de mensagens endereçadas ao sujeito, em que algo ou alguém quer dizer alguma coisa a ele.
- Tornam o paciente perplexo, pois são estranhas também para ele: não sabe por que é assim, só sabe que é assim.
- Sente-se também visado: é o destinatário de uma mensagem, que deve decifrar como puder.
- Esta situação é propícia para a instalação das chamadas “idéias de perseguição”: querem alguma coisa dele, estão atrás dele, e assim por diante.

Elaboração delirante

O que faz então o sujeito? Tenta reunir esses fragmentos de vivências delirantes num conjunto mais ou menos coerente de explicação: por exemplo, trata-se de uma perseguição dos americanos, que estão atrás dele em busca de um determinado segredo que lhe teria

sido revelado. Surge então o delírio propriamente dito, ou seja: uma história que o sujeito tenta montar para dar sentido a certas coisas incompreensíveis e absurdas que lhe estão acontecendo. Trata-se, segundo Jaspers, da *elaboração delirante*²⁴.

Podemos recorrer a uma metáfora: é como se o sujeito vivesse num edifício que se rachou pelo abalo de seus alicerces. Agora, para restaurar o edifício, ele tem de construir sobre alicerces muito instáveis, fazendo-o de forma muito peculiar. Os alicerces instáveis são as vivências delirantes primárias; a nova edificação é a elaboração delirante.

A arquitetura da elaboração delirante varia muito de paciente para paciente: pode ser uma construção frágil que não se mantém em pé e tem de ser mudada a toda hora; ou uma estrutura pobre e estereotipada; ou uma montagem altamente imaginativa, muito bela, mas cheia de meandros e esquisitices; ou um sistema muito coerente, até mesmo plausível, mas muito fechado.

De qualquer forma, o esforço para esta construção é em si mesmo uma coisa saudável: vemos o sujeito tentar recompor, como pode, um sentido que se perdeu. E o produto dessa construção, mesmo quando esquisito e disparatado, é valioso desde que o ajude a continuar vivendo entre nós – ou seja, quando lhe permite continuar a pensar, conversar, atuar no mundo em que vive, sem se perder no caos da falta de sentido.

Assim, a elaboração delirante é uma tentativa compreensível de lidar com a dimensão incompreensível das vivências delirantes primárias.

A possibilidade de obter uma elaboração delirante que “funcione” sob este aspecto depende de vários fatores:

- A intensidade e a frequência das vivências delirantes primárias, assim como das “vozes” e de outros fenômenos elementares. Quanto mais frequentes e intensas, mais difícil será para o sujeito refletir a seu respeito: ele fica de certa forma “tomado” por estas vivências, sem conseguir distanciar-se minimamente delas.
- Outro fator é a inventividade de cada um: quanto mais inventivo, melhor conseguirá dar uma forma própria a estas vivências informes.
- O apoio da família, a receptividade da cultura, a qualidade do tratamento recebido, também influem fortemente nesta produção.
- Num certo sentido, as características da elaboração delirante ajudam a definir se o paciente apresenta uma paranóia ou uma esquizofrenia. Quando o paciente compõe um sistema delirante mais sistematizado, mas também mais rígido e fechado, falamos de uma paranóia. Quando não chega a constituir propriamente um delírio sistemático, falamos de uma esquizofrenia: esquizofrenia paranóide, se a atividade delirante produz construções significativas, embora mais fragmentárias e bizarras; esquizofrenia hebefrênica, quando a elaboração delirante é pobre ou ausente.

²⁴ Pode se dizer que a elaboração delirante de Jaspers corresponde, embora num registro bem distinto, à metáfora delirante de Lacan.

De qualquer forma, importa assinalar: o delírio não é um erro lógico do pensamento, não é um prejuízo da capacidade de pensar. Pelo contrário, é um desafio ao pensar! Pensar sobre estas coisas problemáticas e absurdas que estão *realmente* acontecendo no *próprio* pensamento da pessoa não é uma tarefa fácil.

Portanto, o psicótico não é alguém que não pensa, ou que pensa mal ou errado: pelo contrário, é alguém que, mesmo em condições desfavoráveis, se esforça em pensar sobre problemas muito difíceis, que o afetam de forma visceral!

Alucinações auditivas ou verbais (“vozes”) e outras

Diferentemente do delírio primário ou verdadeiro, cuja correta identificação sela o diagnóstico de psicose, as “vozes”, ou alucinações verbais ou auditivas, ocorrem também em outros quadros psiquiátricos – principalmente nos *delirium* e alucinoses decorrentes de abuso ou abstinência de substâncias psicoativas.

Contudo, não costuma ser difícil fazer o diagnóstico diferencial. Nas psicoses, as vozes surgem sobre um fundo de clareza de consciência, não havendo qualquer distúrbio do aparelho sensorial: o paciente vê, escuta, cheira, percebe muito bem o que se passa ao seu redor. Na maioria das vezes, dá-se conta de que as “vozes”, embora lhe pareçam reais, são escutadas apenas por ele (diferentemente do alcoólatra, que supõe que nós também estamos vendo as aranhas que ele vê subir em seu corpo). Ainda: nas psicoses não há qualquer relação de causa-efeito entre as vozes e o abuso de substâncias psicoativas (evidentemente, um psicótico pode ser também um usuário de drogas; mas escuta vozes, usando-as ou não).

Estas vozes costumam dizer ao sujeito coisas hostis e injuriosas – muitas vezes a respeito de sua sexualidade, como, “Você é gay”. Comentam seu comportamento, geralmente com ironia e malignidade. Dialogam entre si a respeito do paciente. Dão-lhes ordens, por vezes contraditórias. Um paciente nos dizia, desnorreado: “Se eu pudesse, fazia o que elas mandam, para ver se me deixam em paz: mas cada uma me manda fazer uma coisa!” Muitas vezes, dizem coisas pueris e ridículas; ou, ainda, frases absurdas e sem sentido.

Vejam o que diz a este respeito um paciente citado por Jaspers: “Muitas vezes uma única palavra soava sem interrupção duas ou três horas seguidas. Ouviam-se, então, discursos longos sobre mim, em sua maior parte de conteúdo injurioso; o que se dizia continha sempre pouca verdade, com mentiras e calúnias vergonhosas a respeito da minha pessoa, e também de outras. Muitas vezes declaravam, ainda por cima, que era eu quem dizia tudo aquilo!”

As vozes podem ocorrer praticamente o tempo todo, ou apenas de vez em quando; podem ser poucas ou muitas; o paciente pode atribuir sua procedência aos marcianos ou a Jesus Cristo, ou simplesmente não saber de onde elas vêm; pode escutá-las “dentro” ou “fora” de sua cabeça. Em todos os casos, porém, escuta-as *realmente*: atribui-lhe a materialidade sonora de qualquer outra voz, mesmo admitindo que são ouvidas apenas por ele.

Nos momentos de crise, estas vozes perturbam profundamente o paciente, tanto pelas coisas atormentadoras que dizem, como por invadirem o seu psiquismo: impedem-no de organizar suas idéias, tornam-no inquieto, não o deixam dormir. Por vezes, procura responder-lhes: freqüentemente, quando surpreendemos um paciente falando sozinho, ele está tentando “conversar” com as vozes. Pode chegar a obedecer a ordens recebidas. Enfim, encontra-se, nestes momentos, tomado ou invadido por elas.

Passada a crise, as vozes muitas vezes desaparecem; mas o sujeito sempre se lembra delas como ocorrências que possuíam todas as características de uma ocorrência real. Assim, por exemplo, nos dizia uma paciente já estável: “Acho que aquelas vozes que falavam que eu estava grávida eram coisas do meu inconsciente. Mas que eu escutava, escutava!”

Uma outra possibilidade: o paciente continua a escutar as vozes depois da crise, mas aprende de certa forma a conviver com elas. Pessoas que voltam a estudar, por exemplo, às vezes se queixam do esforço que necessitam empreender para concentrar-se, quando as vozes continuam falando com elas. Contudo, percebem que estas vozes mentem muitas vezes, e dão ordens ou conselhos muito pouco adequados! Assim, exercitam-se em não prestar atenção nelas; deixam-nas, por assim dizer, falando sozinhas – assim como deixamos o rádio ou a TV ligados enquanto fazemos uma outra coisa. Contudo, não está em seu poder simplesmente “desligá-las” de uma vez.

Estas alucinações auditivas, ou verbais, são as mais comuns nas psicoses, – embora possam ocorrer também alucinações visuais, olfativas, táteis, cenestésicas, etc.

As alterações da consciência do eu ou vivências de influência

As alterações da consciência do eu são um fenômeno de tipo muito diferente das alterações do nível da consciência que estudamos a propósito dos quadros orgânicos.

Vejamos o que Jaspers entende por consciência do eu. Habitualmente, diz, temos a consciência de que os nossos fenômenos psíquicos nos pertencem, são privativos do nosso psiquismo. Assim, por exemplo, creio que os outros sabem dos meus pensamentos apenas quando eu os comunico – seja voluntariamente, seja através de um lapso de linguagem. Também me parece evidente que os meus pensamentos me pertencem, são pensados por mim.

Ora, a privacidade e a autonomia da própria vida psíquica encontram-se alteradas nas psicoses. Os pacientes acreditam que seus pensamentos podem ser lidos ou conhecidos pelos outros; por vezes, acham que são divulgados na Internet ou na TV (*fenômenos de divulgação de pensamento*). Ao mesmo tempo, queixam-se de ter “*pensamentos feitos*”: como descreve Jaspers, pensam alguma coisa e ao mesmo tempo sentem que um outro os pensou e impôs a ele de alguma maneira. Uma paciente do psiquiatra francês Clérambault dizia: “Sofro de um pensamento que é exterior a mim”.

Também podemos situar nesta série os fenômenos de *subtração, bloqueio ou roubo do pensamento*: ainda segundo Jaspers, um pensamento desaparece com o sentimento de que isso aconteceu provocado por algo de fora. Os pacientes referem-se a “influências” e

“contatos” por “telepatia”. Curiosamente, estas alterações muitas vezes envolvem máquinas de comunicação: o paciente sente-se “teleguiado” pelo rádio, pela televisão, pela Internet; microfones e gravadores estão instalados em sua casa, e assim por diante.

Estas “influências” não afetam apenas o pensamento, mas também a ação e o corpo. Um paciente citado por Jaspers diz: “Não fui eu que gritei, foi o nervo da voz que gritou em mim”. Outros sofrem excitações sexuais forçadas, ou abusos sexuais “por telepatia”.

As *alterações da consciência do eu*, como os outros fenômenos elementares, ocorrem sobre um fundo de clareza de consciência e de preservação intelectual. Conhecidas também por *vivências de influência* (Kurt Schneider) ou *automatismo mental* (Clérambault), são extremamente características das psicoses.

B) Outros sintomas psicóticos importantes

Agrupamos da seguinte forma outros sintomas importantes e característicos das psicoses, que se distinguem, porém, dos fenômenos elementares. São eles:

- Alterações graves dos sentimentos vitais
- Sintomas negativos.

Alterações graves dos sentimentos vitais

Nas psicoses, costuma haver uma alteração patológica ao nível dos *sentimentos vitais*²⁵. Dito de outra forma, a sensação que se tem da própria vitalidade e corporalidade encontra-se profundamente alterada.

- *Tristeza vital*: característica do melancólico. Instala-se em motivo aparente. Trata-se antes de um vazio de sentimentos do que um sentimento de tristeza propriamente dito. Isto se exprime e se manifesta a nível corporal, tanto na forma de vivenciar o próprio corpo, como nos seus gestos e atitudes. Inércia, apatia, lentificação psicomotora, profundo desinteresse por si mesmo e pelos outros: estes são um cortejo de sintomas que derivam da tristeza vital, enquanto sintoma nuclear do episódio depressivo grave (também chamado de melancolia).
- *Exaltação vital*: é a manifestação oposta à tristeza vital, que ocorre na mania. Não se trata propriamente de alegria, assim como a tristeza vital não é uma tristeza semelhante àquelas que costumamos experimentar. O sujeito é tomado por uma animação extraordinária, que o faz achar que pode tudo; acelera seu ritmo vital, sua fala, seu andar, seus apetites.
- *Inquietude ou agitação psicomotora*: é outro sintoma que, embora não seja específico das psicoses (podem ocorrer, por exemplo, nos quadros orgânicos),

²⁵ A ordenação dos sentimentos em sensoriais, vitais, psíquicos e espirituais foi introduzida na clínica psiquiátrica a partir do trabalho de Max Sheller.

nelas também se manifestam, sobretudo nas crises: o paciente anda de um lado para o outro, mexe nas coisas, anda pelas ruas, não para quieto nem consegue tranquilizar-se.

- **Desvitalização:** trata-se de uma perda significativa de energia e vitalidade. Embora também não seja específica das psicoses, nela surge geralmente como um sintoma crônico, que se manifesta em diferentes quadros. Em alguns pacientes, após a crise, percebemos que permanece uma certa dificuldade em retomar o ritmo habitual de funcionamento psíquico, com traços de lentificação ou apatia. Nos casos mais graves de esquizofrenia, esta desvitalização se manifesta por vezes de forma profunda, estando relacionada a alguns dos sintomas negativos, que veremos a seguir.

Sintomas negativos

Os chamados *sintomas negativos*, característicos da esquizofrenia, estão relacionados a uma forma muito peculiar de *esvaziamento psíquico* encontrada nesta psicose. Tal esvaziamento não se confunde com o prejuízo intelectual primário da demência, mas representa uma grande dificuldade para que o paciente reorganize sua vida psíquica e retome seus laços sociais.

Os sintomas negativos podem aparecer de forma simultânea aos sintomas elementares, que examinamos anteriormente; mais freqüentemente, porém, surgem depois, representando a dificuldade em enfrentar a devastação psíquica provocada pelas vozes, vivências de influência, etc.

Assim, costumam estar relacionados ao efeito perturbador de certas vivências psicóticas descritas aqui: por exemplo, após várias crises durante as quais o paciente é invadido por bloqueios e pelas interferências em seu pensamento, esses sintomas podem diminuir de intensidade ou mesmo desaparecer, mas um certo empobrecimento psíquico persiste, como uma espécie de seqüela. Noutras vezes, os sintomas elementares permanecem, mas o paciente já não consegue, por assim dizer, organizar-se psiquicamente para enfrentá-los, ficando inteiramente à sua mercê.

- Alguns destes sintomas negativos estão associados de forma evidente à desvitalização que já descrevemos, incidindo na esfera da afetividade e da vontade: por exemplo, a inércia, o desinteresse, a apatia, a tendência ao isolamento, que podem evoluir para um quadro grave de embotamento afetivo e autismo.
- Outros sintomas negativos importantes são aqueles que evidenciam uma desagregação do pensamento: o paciente já não fala “coisa com coisa”. Evidentemente, num período de crise, em que as vozes e os outros fenômenos elementares são muito intensos, o curso do pensamento do paciente se perturba, levando-o a dizer e a fazer coisas que não parecem ter sentido. Ora, em muitos pacientes, o pensamento se reorganiza, ainda que seja de forma delirante;

em outros, porém, a desagregação persiste e se agrava. São comuns então as estereotípias (repetição constante e monótona das mesmas frases ou gestos), as saladas de palavras (frases que não fazem nenhum sentido) e outros afins.

- Outros sintomas negativos, ainda, apontam para uma inadequação ideo-afetiva: encontramos aqui a ambivalência, os risos imotivados, a puerilidade, as estranhezas de gestos e comportamentos.
- Um traço clínico curioso dos sintomas negativos é o seu aspecto maquinal, automático: o paciente muitas vezes parece comportar-se como uma marionete ou robô (como se as interferências e as invasões das vozes, dos microfones, das conexões com a Internet, etc, tivessem finalmente tomado conta dele). Esta aparência de “robô” costuma ser fortemente intensificada pelo uso de neurolépticos.

6.4.2 O diagnóstico das psicoses

Vamos recapitular os passos indispensáveis ao diagnóstico de qualquer transtorno psíquico.

O diagnóstico diferencial entre psicoses, neuroses e quadros orgânicos

- Inicialmente, perguntamo-nos se estamos ou não diante de um quadro organicamente determinado. Em caso afirmativo, devemos verificar se trata de um delírium ou de um quadro demencial.
- Se, pelo contrário, descartamos um quadro orgânico, estamos diante do diagnóstico diferencial mais importante na clínica da Saúde Mental: psicose ou neurose?
- Por que o mais importante? Primeiro, por ser aquele que necessitamos fazer com maior freqüência. Segundo, porque é indispensável para a condução do tratamento. Terceiro, porque exige maior finura e experiência clínica do que o diagnóstico dos transtornos orgânicos.

A caracterização dos sintomas da psicose

- Para fazer o diagnóstico de psicose, vamos procurar os sintomas que descrevemos acima: as vivências delirantes, as alucinações verbais, as alterações da consciência do eu, as alterações graves do sentimento vital, os sintomas negativos. Geralmente, quando um deles está presente, algum outro também está ou esteve – pois são, de certa forma, aparentados entre si e relacionados uns aos outros.
- Para ajudar nesta procura, vamos destacar alguns aspectos comuns aos diferentes grupos de sintomas estudados até aqui.
- Sintomas ou fenômenos elementares: as vivências delirantes, as alucinações verbais e as alterações da consciência do eu.

- Têm um caráter de evidência ou certeza para o sujeito: podem não saber por que, mas é assim; isto lhes parece indiscutivelmente real, embora inexplicável.
- Constituem uma invasão no psiquismo do sujeito, algo que se impõe a ele independentemente de sua vontade.
- Costumam envolver mensagens que se dirigem ao sujeito: comunicações intrincadas, enigmas a decifrar, e assim por diante.
- Como diria o psicanalista francês Jacques Lacan, os delírios, as vozes, as alterações da consciência do eu envolvem sempre algo da relação do sujeito com o Outro: uma relação que, nas psicoses, se caracteriza por uma intrusão, uma interferência, uma colagem. É como se o psicótico não pudesse se destacar inteiramente do Outro – o Outro lhe faz sinais que só ele entende, penetra-o, entra nele a qualquer momento.
- Alterações graves dos sentimentos vitais: também dão testemunho desta invasão do Outro, mas de uma outra maneira
- Enquanto os sintomas elementares se manifestam de forma evidente no registro do pensamento e da linguagem, as alterações do sentimento vital incidem num ponto limite entre o psiquismo e o corpo; logo, afetam o sujeito literalmente no seu ânimo vital. Fazem-no ficar imóvel no seu canto ou movendo-se sem parar, completamente desvitalizado e apático, ou lhe impõem um excesso de energia; interferem fortemente em funções vitais básicas, como o apetite, o sono, o interesse sexual.
- Envolvem um fator quantitativo que não é importante nos outros sintomas elementares (a vivência delirante primária deve ser caracterizada por sua forma, e não por sua intensidade; já a tristeza vital, embora possua também uma forma característica, deve apresentar-se de forma intensa para ser diagnosticada como tal).
- Sintomas negativos: como vimos, costumam surgir depois dos sintomas elementares ou produtivos – seja no lugar deles, seja coexistindo com eles. Representam um esvaziamento psíquico, como sinal de uma evolução difícil e problemática da psicose. Também como vimos, costumam estar associados a uma desvitalização importante.

6.4.3 As principais formas clínicas das psicoses

Podemos dizer que as diferentes formas clínicas das psicoses caracterizam-se conforme o predomínio e o modo de apresentação dos sintomas elementares. Assim, a *paranóia* se caracteriza pela elaboração das vivências delirantes primárias num sistema delirante coerente e organizado.

Na *esquizofrenia paranóide*, a elaboração das vivências delirantes, das alucinações verbais, e das alterações da consciência do eu pela construção de um delírio é importante, porém mais bizarra e fragmentária; já na *esquizofrenia hebefrênica*, esta elaboração é pobre, ou praticamente ausente, predominando nos sintomas negativos. Já nos *transtornos severos*

de humor – o episódio depressivo grave, a mania, o transtorno bipolar – são nucleares as alterações do sentimento vital (os sintomas elementares podendo estar em segundo plano, ou mesmo ausentes)

- Quando estamos diante de um primeiro episódio psicótico, devemos esperar algum tempo para verificar a evolução: irá repetir-se? Irá deixar marcas na vida psíquica do paciente? Se este episódio ocorreu uma única vez, e não ressurgiu até o momento da nossa observação, é mais prudente dizer que o paciente apresentou um transtorno psicótico agudo e transitório (F 23).
- Caso esse transtorno venha a repetir-se ou agravar-se, tomará uma forma mais ou menos aproximada das três principais formas de transtorno mental grave e persistente:
 - Esquizofrenia (F 20).
 - Paranóia (ou transtorno delirante persistente: F 22).
 - Transtornos severos de humor (epísódio depressivo grave: F 32.2 e F 32.3; mania: F20; transtorno bipolar: F 21).

Deve-se observar, porém, que o diagnóstico diferencial entre as formas de psicose é menos importante do que o diagnóstico de psicose propriamente dita.

Por quê? Entre psicose e neurose costuma haver uma diferença estrutural, mesmo que eventualmente possa ser difícil situá-la. Diferentemente, as várias formas das psicoses, justamente por terem sempre um núcleo comum – a saber, a estranheza e a incompreensibilidade dos sintomas – não têm fronteiras muito nítidas entre si, podendo apresentar formas mistas ou compostas.

Assim, por exemplo, pode ser muito difícil, e até mesmo desnecessário, diferenciar uma esquizofrenia paranóide de uma paranóia, a tal ponto podem aparentar-se entre si. Da mesma forma, traços esquizofrênicos podem reunir-se a traços de transtornos de humor, constituindo os chamados transtornos esquizoafetivos (F.25)

ESQUIZOFRENIA

- A esquizofrenia constitui a forma mais grave de transtorno mental.
- Sua prevalência é calculada ente 1,0 e 3,0% da população em geral.
- É rara antes dos 10 anos e depois dos 50; com grande freqüência, inicia-se na adolescência ou na idade adulta jovem.

Características clínicas da esquizofrenia

- Costumamos encontrar todos os sintomas elementares aqui descritos, principalmente as vivências delirantes primárias, as alucinações verbais, as alterações da consciência do eu – que são também incluídos entre os sintomas positivos, ou produtivos, da esquizofrenia.

- Seja pela profunda estranheza destas vivências, seja pela sua intensidade, é muito difícil para o paciente esquizofrênico lidar com elas. Assim, as tentativas de dar-lhes um sentido esbarram em muitos problemas. A inteligência dos pacientes permanece preservada; contudo, o curso de seu pensamento é dificultado ou quase impossibilitado pelas dificuldades do seu grave sofrimento mental.
- Além disso, ocorrem na esquizofrenia, além dos delírios e das alucinações, os chamados sintomas negativos: a apatia, o desinteresse, o alheamento, o crescente isolamento do paciente num mundo próprio (o autismo esquizofrênico), um empobrecimento da afetividade e da linguagem, um esvaziamento e uma desorganização da vida psíquica – tudo isso dificultando o estabelecimento de laços sociais.
- Os sintomas positivos e negativos ocorrem em proporções diferentes nos diferentes pacientes esquizofrênicos. Quanto maior a proporção de sintomas negativos, mais grave é a esquizofrenia. Por quê? Primeiro, porque são, como dissemos, sinal da dificuldade do sujeito em enfrentar as primeiras manifestações da psicose, ou seja, evidenciam uma evolução desfavorável da mesma. Segundo: diferentemente dos sintomas positivos, os sintomas negativos não melhoram com os psicofármacos; pelo contrário, pioram com eles. Finalmente, são profundamente agravados pela institucionalização, com a ruptura da vida social que as internações prolongadas acarretam.

Os diferentes tipos de esquizofrenia

Os diferentes tipos de esquizofrenia guardam relação com esta proporção entre sintomas positivos e negativos.

Esquizofrenia paranóide (F. 20.0)

- Caracteriza-se pelo predomínio de sintomas positivos.
- Caracteriza-se, igualmente, pela maior facilidade desses pacientes em constituir uma elaboração delirante: costumam procurar e apresentar explicações, mesmo bizarras e fragmentárias, para as vozes, os pensamentos impostos, as vivências delirantes primárias, etc.
- Esses pacientes, sobretudo quando recebem os cuidados adequados, têm maior facilidade de recuperar-se entre uma crise e outra, assim como de preservar sua personalidade e vida social.

Esquizofrenia hebefrênica (F.20.1)

- Mais grave, e de início mais precoce, apresenta uma proporção bem maior de sintomas negativos.

- Por vezes, quando atendemos esses pacientes numa etapa já avançada da doença, mal encontramos vestígios de delírios e de alucinações; noutras vezes, ainda se encontram presentes.
- O que parece ocorrer é que os pacientes não conseguem lidar com eles por meio de uma elaboração delirante, ou de outras saídas: seu psiquismo torna-se por assim dizer, esvaziado.
- Assim, podem acabar por extraviar-se numa vida psíquica caótica ou pobre, não mais “falando coisa com coisa”, ou tendo muito pouco a dizer.
- São comuns aqui os risos imotivados, os trejeitos faciais, o comportamento pueril e estereotipado, o descuido da higiene e da aparência pessoal.
- Mesmo no período entre as crises, o psiquismo e até mesmo a aparência física do paciente mostram as marcas desses sintomas.

Esquizofrenia catatônica (F.20.2)

- Mesclados aos sintomas elementares das psicoses já descritos, surgem outros, ligados, sobretudo à esfera psicomotora, que podem ir desde o estupor até a extrema excitação.

Esquizofrenia residual (F 20.5)

- São chamadas assim as esquizofrenias com forte predomínio de sintomas negativos – geralmente as esquizofrenias hebefrênicas – que evoluem para um quadro grave de autismo, desagregação do pensamento, embotamento afetivo, fala e comportamento estereotipados.
- É fundamental lembrar que um tratamento voltado para a reconstrução dos laços afetivos e sociais do paciente evita esse quadro – ao passo que as medidas de isolamento institucional e/ou medicação excessiva favorecem sua instalação.

PARANÓIA (TRANSTORNO DELIRANTE PERSISTENTE)

- A paranóia é uma entidade clínica clássica da psiquiatria, que se encontra agora na CID 10 como transtorno delirante persistente (F 22).

Características clínicas da paranóia

- Segundo a definição atual, o sintoma-chave do transtorno delirante é, como diz seu nome, o próprio delírio, não ocorrendo alucinações proeminentes ou constantes.

- O conteúdo desse delírio seria plausível (por exemplo, ser um perseguido político, ser traído pelo cônjuge, ser amado por uma pessoa famosa), diferentemente do conteúdo fantástico dos delírios esquizofrênicos (por exemplo, estar em contato com habitantes de outras galáxias, participar da criação do mundo, etc).
- Quanto à forma, trata-se de um delírio sistematizado, bem organizado, que explica da maneira mais racional possível a situação em que o paciente acredita encontrar-se (perseguido, prejudicado, etc).
- Os paranóicos são figuras que apelam com frequência para a lei e seus representantes: procuram a polícia, a promotoria pública, deputados e outras autoridades, buscando uma reparação para um direito seu que teria sido lesado.
- Sintomas como alucinações verbais e alterações da consciência do eu não fazem parte da definição da paranóia. Contudo, embora nem sempre evidentes, costumam achar-se presentes, se procurarmos bem; e, muitas vezes, pode-se verificar que tiveram um papel importante, como vivências enigmáticas que o paciente teve de decifrar ou de interpretar ao construir o seu delírio.
- Esse delírio bem estruturado coexiste com uma personalidade preservada. É possível a esses pacientes, mais do que aos esquizofrênicos, manter um nível de funcionamento psíquico, social e profissional semelhante ao anterior ao desencadeamento da psicose.
- Contudo, a rigidez e a desconfiança podem tornar difícil o seu contato afetivo e social.

É relativamente comum encontrarmos uma espécie de quadros mistos, entre a esquizofrenia paranóide e a paranóia, ou seja da esquizofrenia paranóide, apresentam os sintomas elementares de alucinações verbais e alterações da consciência do eu de forma intensa e freqüente, assim como o conteúdo fantástico ou bizarro do delírio; da paranóia, possuem a forma do delírio bem estruturado, e a preservação da personalidade anterior às crises. Um exemplo disso é o célebre caso Schreber, estudado por Freud, cuja leitura recomendamos a todos que queiram compreender melhor a lógica das psicoses.

TRANSTORNOS SEVEROS DE HUMOR (episódio depressivo grave, mania e transtorno bipolar)

Os quadros hoje conhecidos como transtornos severos de humor foram agrupados há mais de um século por Kraepelin como *psicoses maníaco-depressivas*. Kraepelin fez a importante constatação clínica de que mania e depressão são, na verdade, as duas faces de uma mesma moeda – de tal forma que os mesmos pacientes podem apresentar crises ora de baixa, ora de elevação do humor.

Estas baixas e elevações do humor, quando graves, constituem exemplos típicos das alterações dos sentimentos vitais que já estudamos aqui. Nos transtornos severos do

humor, constituem a alteração nuclear – *podendo ou não* acompanhar-se de delírios, de alucinações e de alterações da consciência do eu.

Além dessa característica semiológica, os transtornos de humor têm uma característica evolutiva importante: evoluem por fases, em cujos intervalos o paciente recupera toda a integridade psíquica anterior ao seu adoecimento.

Um paciente com transtorno de humor pode apresentar apenas fases ou episódios depressivos: nesse caso falamos de melancolia – ou, como prefere a CID 10, de episódio depressivo grave. Pode também apresentar apenas fases ou episódios maníacos – neste caso falamos de mania. E pode, ainda – o que é bastante característico e comum – apresentar alternâncias entre episódios maníacos e depressivos: o transtorno bipolar.

Melancolia, ou episódio depressivo grave (F32.2 e F32.3)

É um quadro que devemos ter muito cuidado em caracterizar, pois o atual modismo do diagnóstico de “depressão” leva muitas vezes a equívocos.

Trata-se de diferenciar os quadros graves de depressão, que estão no campo das psicoses – também chamados de *melancolia* – dos quadros moderados e leves, que estão no campo das neuroses. Contudo, a diferença não é apenas a intensidade da depressão: embora o aspecto quantitativo seja muito importante, o episódio depressivo grave, classicamente conhecido por melancolia, pertencente ao campo das psicoses, tem alguns matizes qualitativos próprios.

- O mais importante é caracterizar a tristeza vital. Nas palavras do psiquiatra francês Henri Ey, trata-se de uma tristeza “monótona, profunda, resistente às solicitações exteriores”. O paciente tem “uma impressão desesperadora de anestesia afetiva”. Diferentemente da depressão neurótica, em que o próprio paciente pede ajuda, seja procurando tratamento, seja tentando comover seus familiares e amigos, o melancólico não está interessado em sensibilizar ninguém: tem pouco ou nada a dizer, como se lhe faltassem palavras para expressar o profundo desânimo que o acomete. Desse núcleo da tristeza vital, decorrem os outros sintomas do quadro clínico: severa inibição psicomotora, apatia, desinteresse, alheamento, ideação suicida.
- O episódio depressivo grave pode ou não ser acompanhado de sintomas como delírios e, mais raramente, alucinações e alterações da consciência do eu. Quando o delírio está presente, costuma ter um conteúdo de auto-acusação: o paciente sente desprezo por si mesmo, acusa-se de erros, pecados, ou mesmo crimes que teria cometido, acredita que será punido seja pela ruína financeira, pela morte, pela doença, pela condenação eterna, ou qualquer outro castigo terrível; algumas vezes, chega a achar que já morreu.

Mania (F30)

É o avesso da melancolia: constata-se uma *exaltação vital* bastante característica. O paciente fala sem parar, mal escutando o que lhe dizem, e mudando rapidamente de um assunto para o outro (fuga de idéias).

Age como se fosse todo-poderoso – por exemplo, adquirindo bens muito acima de suas posses. Toda sua vida psíquica encontra-se acelerada, o que se revela nos gestos, na mímica, na fala. A sexualidade e o apetite costumam achar-se tão exacerbados quanto estão inibidos na melancolia.

Assim como a melancolia, a mania pode ou não ser acompanhada de delírios, e, mais raramente, de alucinações. Os delírios, quando presentes, estão em sintonia com a elevação do humor, com temas de grandeza e poder.

Transtorno bipolar (F 31)

Apresenta alternâncias entre crises de mania e de melancolia, geralmente com intervalos de recuperação da integridade psíquica entre eles. Quando atendemos um paciente em mania ou melancolia, é importante pesquisar se já apresentou antes o quadro oposto; e também observar se virá a apresentá-lo ao longo de sua evolução posterior.

6.5 AS NEUROSES

Os transtornos neuróticos podem ser localizados na CID-10, basicamente nos itens F-40 a F-48. Houve uma grande mudança de nomenclatura, com relação ao CID-9. Contudo, estas modificações terminológicas não diminuem nada a importância conceitual e clínica da categoria das neuroses.

É difícil abordar as neuroses sem recorrer aos conceitos psicanalíticos, como *inconsciente*, *transferência*, *pulsão*, e outros: afinal, esses conceitos, decisivos na concepção clínica que nos referencia, foram criados a partir da abordagem dos pacientes neuróticos inaugurada por Freud. Ora, como já dissemos anteriormente²⁶, a psicanálise constitui um campo peculiar e complexo, cuja lógica e forma de apresentação não se prestam a esquemas ou resumos. Portanto, embora não fazendo menção explícita aos conceitos psicanalíticos, reiteramos a sua importância na elaboração dos textos clínicos desta Linha-Guia.

Seguindo a tradição psiquiátrica, a distinção entre neuroses e psicoses corresponde àquela que Jaspers traçava entre processos psíquicos e desenvolvimentos anormais da personalidade.

Sob este ângulo, podemos dizer que os sintomas e as vivências neuróticas são psicologicamente compreensíveis – ou seja, considerando a história de vida da pessoa, suas vicissitudes e suas experiências, seu contexto social e familiar, podemos compreender por quê, no desenvolvimento da sua personalidade, ela sofre um certo desvio de rota, ou seja, tende a apresentar, de forma exacerbada e prejudicial para sua vida, certos sentimentos, pensamentos e atitudes que também se encontram na vida psíquica normal.

²⁶ Vide 6.2 A classificação dos transtornos psíquicos.

Qual de nós, por exemplo, nunca passou, em certas circunstâncias, por sentimentos de ansiedade desproporcionais aos seus motivos – por exemplo, uma ansiedade excessiva ao fazer provas para um concurso? Ou não sentiu medo de coisas que não são objetivamente perigosas, como andar de avião ou usar o elevador? Não experimentamos já um desconforto corporal de origem psíquica, que se expressa em queixas vagas de dor de cabeça, de estômago, e assim por diante? Da mesma forma, em certos momentos da vida, também não agimos de forma um pouco teatral, tentando comover e sensibilizar as outras pessoas? Ainda, não cultivamos por vezes certas “manias”, como contar os riscos do passeio, ou voltar várias vezes para verificar se realmente fechamos a porta da casa?

Assim, as vivências neuróticas, embora possam assumir feições muito graves, e até mesmo incapacitantes, são fundamentalmente semelhantes a estas, que experimentamos uma vez ou outra em nossas vidas. Isto quer dizer que somos todos neuróticos? Num certo sentido, sim, porque estas vivências nos são familiares; elas não possuem a *forma anômala*, ou seja, aquela marca enigmática e bizarra que procuramos apontar nos sintomas elementares da psicose. Contudo, só se fala em neurose no sentido clínico, ou seja, só aplicamos o diagnóstico de neurose, quando essas vivências assumem características patológicas, como descreveremos a seguir.

6.5.1 O diagnóstico das neuroses

Seguem-se alguns aspectos importantes para realizar o diagnóstico de uma neurose:

- Excluir o diagnóstico dos quadros de origem orgânica.
- Excluir o diagnóstico de psicose, verificando, sobretudo, a ausência de sintomas elementares na história do paciente e no momento atual.
- Caracterizar os sintomas presentes como realmente patológicos (excessivos, freqüentes, insistentes, seriamente prejudiciais à vida)
- Não permitir que o paciente fique centrado na descrição ou na repetição da queixa, mas convidá-lo a falar sobre si, sua maneira de lidar com as pessoas e situações, suas relações afetivas, sociais, profissionais.
- Verificar as relações dos sintomas com a história do paciente, e com as circunstâncias atuais de sua vida.
- Procurar as relações dos sintomas com impulsos sexuais ou agressivos dos quais o próprio paciente não se dá conta, assim como a culpabilidade, também inconsciente, gerada por esses impulsos.
- Sempre buscar as circunstâncias que fazem surgir e/ou agravar os sintomas.

6.5.2 As principais formas de neuroses

As principais formas de neurose estudadas por Freud são:

- Neurose de ansiedade
- Neurose histérica
- Neurose obsessiva

Estas continuam sendo as formas fundamentais que encontramos na clínica.

Em cada uma delas, pode ocorrer também a presença de sintomas depressivos. Quando estes sintomas são predominantes no quadro clínico, fala-se em neurose depressiva (como no CID-9).

Portanto, seguiremos essas distinções clássicas, colocando ao lado o nome que recebem atualmente na CID-10.

Teremos, portanto:

- Neuroses de ansiedade (transtornos fóbico-ansiosos e outros transtornos ansiosos: F 40 e F.41).
- Neurose histérica (transtornos dissociativos e somatomorfos – F 44 e F 45).
- Neurose obsessiva (transtorno obsessivo-compulsivo – F.42).
- Episódios depressivos em neuróticos (episódios depressivos leves e moderados: F 32.0 e F 32.1).

Neuroses de ansiedade (transtornos fóbico-ansiosos e outros transtornos ansiosos)

Os transtornos que podemos reunir sob a denominação de neurose, de ansiedade encontram-se nos itens F40 e F41 da CID 10. Aqui, a ansiedade aparece como o sintoma principal.

É importante assinalar que a ansiedade, em maior ou menor grau, costuma estar presente em todas as formas de neurose; nesses casos, contudo, encontra-se em primeiro plano, sendo por vezes o único sintoma.

Procuremos caracterizar o sentimento de ansiedade. Tendo um parentesco com o medo, costuma ser diferenciada deste por não se referir a um objeto preciso: a ansiedade é uma espécie de medo sem objeto definido, uma inquietação interna de matiz desagradável, uma apreensão negativa em relação ao futuro. Frequentemente se acompanha de manifestações somáticas ou fisiológicas (dispnéia, taquicardia, tensão muscular, tremores, sudorese, tontura, etc).

Este sentimento, além de ser experimentado por todos nós em alguns momentos da vida, é muito comum a um certo tipo de pessoas. Pensemos, por exemplo, naquelas pessoas muito “agoniadas” e “aflitas”, que se preocupam com as menores coisas, não suportam esperas ou expectativas, estressam-se com facilidade.

Estas características, em certos casos, são apenas traços da personalidade, que não chegam a assumir forma patológica. Contudo, quando se agravam – seja sem motivo aparente, seja ao longo de um momento penoso ou difícil da vida – podem resultar num *transtorno generalizado de ansiedade* (F-41.1) Neste caso, o paciente vivencia um estado constante de preocupação e ansiedade excessiva, que não consegue controlar; esse estado afeta funções vitais, como o sono, e passa a interferir de forma muito negativa nas diferentes esferas da vida.

A ansiedade pode também surgir de forma episódica e intensa, como no chamado *transtorno do pânico* (F.41.0): durante um curto período de tempo – 10 minutos, por exemplo – o paciente apresenta sintomas intensos, vividos essencialmente no plano corporal, como palpitações, sudorese, dor torácica, vertigens, acompanhados muitas vezes de medo de morrer. Costuma colocar-se o diagnóstico diferencial com uma doença orgânica aguda, como um enfarto do miocárdio. Passada esta crise, o paciente volta ao normal; contudo, muitas vezes ela se repete.

Isto nos leva aos *transtornos fóbicos*, que são uma forma especial de manifestação de ansiedade: aqui, esta manifestação está ligada a circunstâncias ou objetos que não são ameaçadores para a maioria das pessoas. A agorafobia é uma delas, que pode surgir associada aos ataques de pânico (F.40.01), ou independentemente deles (F.40.00).

Temos as *fobias específicas* (F.40.2), em que um medo excessivo ou irracional está ligado a circunstâncias ou a objetos bem determinados: por exemplo, medo de alturas, medo de certos animais, etc. Há, ainda, as *fobias sociais* (F.40.1), em que o medo da pessoa liga-se a situações que envolvem contatos com outras, sobretudo quando se encontra em situação de ser avaliada ou julgada por elas – falar em público, por exemplo. Podemos falar aqui, noutros termos, em uma forma exacerbada ou patológica de timidez.

Em certos quadros, do transtorno generalizado de ansiedade ao transtorno do pânico, a ansiedade surge por assim dizer em forma pura: é difusa, flutuante, foge ao controle do paciente. Nestes casos, a pessoa pode ou não conseguir falar sobre questões pessoais ligadas a esse sintoma; contudo, embora seja sempre importante que o faça, isto tem pouco efeito sobre o sintoma propriamente dito. São os casos em que o uso de medicamentos pode ser aconselhável, como auxílio para o tratamento psicoterápico.

Já os quadros fóbicos criam por si mesmos uma forma de circunscrever a ansiedade, e mesmo evitá-la: se o indivíduo se mantém longe do objeto da fobia, a ansiedade não se manifesta. Essa defesa atua bem nos casos mais brandos, em que a evitação do objeto fóbico não interfere na vida da pessoa: por exemplo, se tem medo de andar de avião, pode simplesmente deixar de fazê-lo. Contudo, noutros casos, mais graves, esta saída não é possível: por exemplo, em certas fobias sociais, como viver sem passar por situações que envolvem avaliações e julgamentos alheios?

Autores como Henri Ey consideram as neuroses de ansiedade como uma neurose “indiferenciada” – uma espécie de tronco comum da qual derivariam as outras formas de neurose.

Algumas recomendações para o diagnóstico das neuroses de ansiedade

- Caracterizar bem o sintoma da ansiedade como predominante no quadro.
- Distinguir os sintomas da ansiedade dos sintomas depressivos (lembrando sempre que ambos podem estar presentes no mesmo paciente).
- Caracterizar tal ansiedade como realmente patológica (excessiva, desproporcional, fora do controle, incapacitante).

Como regra geral, podemos dizer o que se segue: quando conseguimos vincular o surgimento da ansiedade a situações específicas da vida do paciente – por exemplo, um conflito com o cônjuge, uma relação difícil com os filhos, uma insatisfação profissional, é mais fácil tratar dela. Pelo contrário, quando a ansiedade surge de forma aparentemente imotivada, não conseguindo o paciente relacioná-la a esta ou aquela dificuldade de seu jeito de ser ou das situações que está enfrentando, o tratamento será mais difícil.

Neurose histérica (transtornos dissociativos e somatomorfos)

Podemos dizer que a atual CID 10 desmembrou a chamada neurose histérica em dois tipos de transtornos: os somatomorfos – F45 e os dissociativos – F44.

Os transtornos somatomorfos são aqueles dos pacientes que conhecemos por “poliqueixosos”: geralmente, estão sempre peregrinando pelos consultórios médicos, com queixas dos mais variados tipos – dores ou disfunções gastrintestinais, neurológicas, cardíacas, locomotoras, etc – para as quais não se encontra qualquer substrato orgânico.

Quando tais sintomas afetam predominantemente a função motora ou sensorial voluntária (por exemplo, o paciente relata não conseguir andar, ou enxergar) falamos mais especificamente de *transtorno conversivo*.

Os transtornos dissociativos costumam envolver uma amnésia aparente: o paciente diz não se lembrar do que falou ou fez. São muito comuns frases do tipo “Eu não sei contar o que houve, é melhor perguntar para o meu marido”, ou “Dizem que eu briguei com a vizinha, mas eu mesma não me lembro disso”. Ou: “Tive um desmaio, e não vi mais nada”.

Contudo, uma entrevista bem conduzida mostra que a memória do paciente está preservada para os demais fatos e acontecimentos de sua vida: são “esquecidos” apenas certos episódios com determinado significado emocional – e mesmo estes, na maioria das vezes, acabam por ser lembrados.

Também podem ocorrer relatos de “visões” ou mesmo “vozes”: contudo, a investigação clínica mostra que são muito mais produtos da imaginação do paciente do que vivências psíquicas realmente experimentadas por eles, como nas alucinações das psicoses.

Na verdade, tanto os sintomas somatomorfos quanto os dissociativos têm muitos traços em comum: por isto, podemos reuni-los sob a rubrica da *neurose histérica*.

Os pacientes que aí se incluem são muito assíduos e conhecidos nos serviços de

Saúde – que costumam ter grandes dificuldades em abordá-los. A respeito deles, muitos profissionais de Saúde costumam dizer: “Estão querendo chamar a atenção”. Ou, ainda: “Estão exagerando, fazendo cena”. Ou, ainda: Isto não passa de um “piti”. A própria palavra “histeria” adquiriu uma conotação pejorativa, assimilada a “mentiras” e “ganhos secundários”.

De fato, estes pacientes buscam atenção – podendo mesmo apresentar-se de forma muito teatral, ou dando uma impressão de mentira e inautenticidade. Contudo, devemos tomar cuidado para não encarar este comportamento de forma preconceituosa ou hostil, e sim nos perguntarmos por que eles se expressam dessa maneira.

Num certo sentido, todos esses pacientes trazem uma queixa endereçada ao Outro, que é também uma queixa do Outro. Noutras palavras: o paciente que se queixa ao médico de ter uma dor aqui ou ali que a medicina não consegue explicar ou tratar está fazendo uma certa queixa do médico – está lhe dizendo que sua autoridade e seu saber são insuficientes para resolver o problema.

Se procurarmos melhor, veremos que o mesmo movimento se faz em outras relações do paciente: a mulher eternamente insatisfeita com o marido, a mãe que mobiliza toda a família em torno da sua suposta doença, etc, adotam uma forma patológica de endereçar-se às pessoas para dizer que elas *não querem* lhes dar o bastante – mas, também, que elas *não são capazes* de lhes dar o bastante.

Existe aqui um certo desafio que quer denunciar a impotência do Outro – uma espécie de satisfação em mostrar que o Outro, seja o médico, a enfermeira ou o parceiro amoroso, não é capaz, não é poderoso, não sabe resolver.

Contudo, esta agressividade latente é ao mesmo tempo uma demanda amorosa. Estes pacientes costumam depender muito deste Outro que denunciam: não acreditam nos médicos, mas não saem dos serviços de Saúde; não estão satisfeitos com o parceiro, mas não o deixam. Estão sempre pedindo, demandando alguma coisa, ao mesmo tempo em que não se satisfazem com o que conseguem receber.

Isto não quer dizer que estejam necessariamente errados em sua denúncia do Outro: muitas vezes, estão realmente às voltas com parceiros que os destratam, ou, por outro lado, se deixam dominar por eles; com pais muito sufocantes ou, ao contrário, indiferentes; com profissionais de Saúde que os tratam de forma autoritária, ou com uma amabilidade superficial. Quer dizer, sim, que só conseguiram encontrar até agora, uma estratégia pouco eficaz para lidar com seus impasses na relação com o Outro – uma estratégia que os mantém sempre presos ao mesmo lugar.

As queixas desses pacientes costumam acompanhar-se de um grau variável de ansiedade ou de depressão, que pode ser pequeno, moderado ou acentuado.

Algumas recomendações para o diagnóstico de transtornos dissociativos e somatomorfos, ou neurose histérica

- Ser sempre cuidadoso na busca de um possível substrato orgânico para as queixas corporais, afastando a hipótese de uma patologia orgânica.

- Nos casos de “esquecimento”, fazer o diagnóstico diferencial com outros quadros em que a memória está primariamente afetada, como as demências e outras afecções cerebrais.
- Nos relatos de “vozes” e de “visões”, fazer o diagnóstico diferencial com as alucinações das psicoses, que são, como vimos, bastante características.
- Levar em conta não só o conteúdo das queixas, mas o seu surgimento, seu endereçamento, os impasses de relacionamento que revelam.
- Caracterizar a posição característica do sujeito histérico, ou seja, esta demanda da atenção do Outro que reúne ao mesmo tempo um desafio hostil e um pedido amoroso.

Como leitura básica sobre as questões da histeria, sugerimos *Fragmentos da análise de um caso de histeria*, de Freud – o famoso “caso Dora”.

Neurose obsessiva (transtorno obsessivo-compulsivo)

Atualmente, essa neurose está classificada na CID-10 como transtorno obsessivo-compulsivo (F42).

A neurose obsessiva tem a curiosa fama de ser a mais “louca” das neuroses, ou seja, aquela cujas manifestações parecem mais desconcertantes e difíceis de se compreender.

Contudo, assim como há um certo jeito de ser ou posição subjetiva do paciente histérico, como pano de fundo sobre o qual podem se manifestar os transtornos somatomorfos, conversivos ou dissociativos, há também uma posição subjetiva do obsessivo, que procuraremos caracterizar.

Essas pessoas são muitas vezes conhecidas como “sistemáticas”: costumam querer fazer tudo de uma certa maneira, e se angustiam quando isto não é possível. São propensas a “rituais” e “manias” – de limpeza, por exemplo, ou de organização. Estão freqüentemente em dúvida: querem certificar-se de que guardaram mesmo as chaves num determinado lugar, ou se desligaram o gás antes de sair, e assim por diante.

Essas dúvidas se estendem às suas próprias atitudes: às vezes ficam indecisas, ou mesmo paralisadas, quanto a saber se devem agir dessa ou daquela maneira. Costumam ser parcimoniosas, ou mesmo avaras, com tudo o que diz respeito a dinheiro. Tendem a ruminar pensamentos, sentimentos, lembranças.

Em pessoas com esse tipo de personalidade, podem aparecer os sintomas clássicos da neurose obsessivo-compulsiva: as *obsessões* e as *compulsões*.

As *obsessões* são idéias que se impõem ao paciente, que pensa nelas mesmo quando não quer. Muitas vezes, estas idéias são desejos ou impulsos que parecem estranhos ao sujeito: por exemplo, uma mãe amorosa com seus filhos fica assustada, porque lhe surge, de repente, o desejo de que eles morram, ou mesmo um impulso de matá-los; ou surge na mente de uma pessoa muito religiosa uma idéia blasfema – por exemplo, imaginar Jesus Cristo nu durante a missa.

O que costuma ser chocante para o sujeito é que estas idéias contrariam os seus princípios morais, profanam valores preciosos para eles, parecem nada ter a ver com os seus afetos e seus comportamentos. No entanto, por mais estranhas que lhes pareçam, eles as reconhecem como sendo deles próprios. Geralmente, o paciente não realiza os impulsos, embora tenha um grande medo de vir a fazê-lo.

As compulsões surgem como forma de exorcizar as idéias obsessivas, ou seja, como uma espécie de medidas de proteção para evitar que elas se realizem. Assim, o paciente executa alguns rituais: lavar as mãos a todo o momento, dispor as coisas em seu quarto de determinada maneira, cumprir certos preparativos antes de sair de casa, e assim por diante. O ritual varia de pessoa a pessoa, contudo, está sempre presente uma certa obrigação de cumpri-lo; se não o fizer, algo de mal pode acontecer.

Embora o paciente consiga resistir aos impulsos obsessivos, geralmente não consegue impedir-se de cumprir os rituais compulsivos: esses rituais lhes parecem cansativos e estéreis, mas funcionam como uma espécie de proteção mágica contra as obsessões.

A ansiedade é um sintoma que geralmente acompanha os sintomas obsessivo-compulsivos, por vezes de forma muito intensa.

É interessante compararmos a posição do obsessivo diante do Outro com aquela do histérico. O obsessivo quer, por assim dizer, proteger-se do Outro, ao mesmo tempo em que está submetido às suas exigências. Faz tudo para que nenhuma surpresa, nenhuma irrupção vinda do exterior perturbe a ordem em que procura colocar as coisas, mantendo tudo em seu devido lugar. No entanto, ao tentar controlar tudo, acaba sendo ele próprio um escravo da ordem que procura impor ao mundo.

O célebre caso do Homem dos Ratos, descrito por Freud, é uma referência clássica para o estudo da neurose obsessiva.

Algumas recomendações para o diagnóstico da neurose obsessivo-compulsiva

- Geralmente, as compulsões são mais fáceis de identificar do que as obsessões: sobre essas últimas, muitas vezes o paciente prefere não falar, ao passo que as compulsões se evidenciam em seu comportamento. Ainda assim, não basta constatar a presença das compulsões, mas convidar o paciente para falar um pouco mais a seu respeito: como surgiram? Qual o significado que lhe parecem ter? O que acontece quando procura resistir a elas?
- Sempre que identificamos as compulsões, devemos procurar também as idéias e os impulsos obsessivos que estão, por assim dizer, por detrás delas. Se o paciente não as menciona num determinado momento, acabará por falar a esse respeito, quando o profissional que o atende procura escutá-lo sobre sua história, suas dificuldades e suas condições de vida.

- Identificadas as obsessões, devemos distingui-las das alterações da consciência do eu, que são um sintoma elementar das psicoses. A principal distinção não reside no conteúdo, que pode ser tão estranho num caso como num outro, e sim na origem que lhes atribui o paciente: para o psicótico, são pensamentos impostos a ele, que não lhe pertencem de forma alguma; para o obsessivo, são produtos da sua própria mente, embora incompreensíveis para ele. Eventualmente, o diagnóstico diferencial entre uma neurose obsessiva grave e uma psicose pode ser difícil.
- Caracterizar a posição do sujeito obsessivo, ou seja, essa condição de um sujeito tiranizado por uma tentativa impossível de tudo organizar.

Episódios depressivos em neuróticos (depressão neurótica)

Esse é um tópico de grande importância, tendo em vista a forma precipitada e inespecífica pela qual muitas vezes se faz o diagnóstico de “depressão”.

A CID 9 distinguia a neurose depressiva, ou depressão neurótica, do episódio depressivo da psicose maníaco-depressiva. A CID-10 optou por uma classificação principalmente quantitativa das manifestações depressivas, dividindo-as em episódios leves (F.32.0), moderados (F.32.1) e graves, esses últimos podendo apresentar-se com ou sem sintomas psicóticos²⁷ (F.32.3 ou F.32, respectivamente).

Na prática, a “depressão” é um sintoma que pode estar presente nas mais variadas formas de sofrimento mental.

Contudo, apenas nos quadros psicóticos antes conhecidos por melancolia (correspondendo aos atuais episódios depressivos graves), a depressão tem o lugar de um sintoma-eixo, ou nuclear, do qual derivam todos os outros: como vimos, ali prepondera a tristeza vital, cujas características já foram descritas.

Contudo, na grande maioria das vezes, quando os pacientes, seus familiares e mesmo seus médicos falam de “depressão”, não se trata desses quadros psicóticos. O que acontece mais comumente é a ocorrência de sintomas depressivos acompanhando qualquer uma das formas de neuroses que estudamos até agora: neuroses de ansiedade, histérica ou obsessiva.

Os sintomas depressivos, nas neuroses, se caracterizam geralmente por uma disposição de ânimo triste, um desinteresse pelas atividades cotidianas, uma certa desvitalização, num grau que costuma variar entre leve e moderado.

Contudo, não basta caracterizar a presença de sintomas depressivos. Importa verificar se esses sintomas aparecem num quadro psicótico ou neurótico – e, caso se trate de um quadro neurótico, qual é, por assim dizer, a neurose de base. Ou seja: são sintomas

²⁷ A CID 10 entende por sintomas psicóticos os delírios e as alucinações.

depressivos que acompanham uma neurose de ansiedade, uma neurose obsessiva ou uma neurose histérica?

Algumas recomendações para o diagnóstico de episódios depressivos em neuróticos

- Os episódios depressivos costumam ser leves ou moderados.
- Diferentemente dos melancólicos, que não encontram palavras para descrever seus sintomas, nem mostram interesse em falar deles, os neuróticos, mesmo quando muito deprimidos, sentem desejo e alívio em falar a esse respeito.
- Da mesma forma, os neuróticos com sintomas depressivos costumam pedir ajuda, seja aos familiares ou aos amigos, seja procurando auxílio de profissionais de Saúde.
- Episódios depressivos em neuróticos muitas vezes têm um caráter reativo, ou seja, costumam surgir por ocasião de lutos, perdas, situações vitais difíceis experimentadas pelo paciente.
- É sempre importante procurar esta conexão: o paciente geralmente nos ajuda, quando conduzimos a entrevista nesta direção.
- O diagnóstico diferencial mais difícil de fazer é aquele entre um episódio depressivo intenso num paciente neurótico e a melancolia de um psicótico.
- Nesses casos, a consideração dos itens acima pode ajudar – assim como a procura de outros traços que falem a favor de uma opção ou outra. Por exemplo: quando delírios ou alucinações se associam a um episódio depressivo grave, certamente não se trata de uma depressão neurótica.
- Por outro lado, quando os sintomas depressivos, mesmo graves, fazem parte de uma estratégia para sensibilizar e provocar o Outro, a hipótese da neurose prevalece.

6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos ter apresentado aqui os principais quadros psiquiátricos e os elementos básicos para o seu diagnóstico. Vale lembrar que os limites e propósitos desta Linha-Guia não nos permitem abordar esse tema de forma mais extensa, nem entrar em discussões importantes, porém dispensáveis para o objetivo desse trabalho.

Observamos, ainda, que os dados e os estudos clínicos apresentados possuem fontes bibliográficas precisas, citadas ao final deste capítulo; contudo, as apreciações e as interpretações feitas aqui a seu respeito são da responsabilidade dos autores desta Linha-Guia.

O leitor pode encontrar maiores informações e aprimorar seu conhecimento nas referências bibliográficas que se seguem. Entrementes, fazemos votos de que o esboço aqui exposto lhe possa ser útil no trabalho cotidiano junto aos portadores de sofrimento mental.

Referências Bibliográficas

EY, Henri, BERNARD, P E Brisset. *Tratado de Psiquiatria*. 8ª edição da 5ª edição francesa. Barcelona : Editora Toray Masson S/A., 1978.

FERNANDEZ, Francisco Alonso. *Fundamentos de La Psiquiatria Actual*. 3ª Edição. Madrid: Editorial Paz Montalv, 1976.

FREUD, Sigmund. *A perda da realidade na neurose e na psicose*. In: Obras Psicológicas Completas, vol XIX. Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira, Imago Editora, 1969.

FREUD, Sigmund. *Artigos sobre técnica*. In: Obras Psicológicas Completas, vol XII.. Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1969.

FREUD, Sigmund. *Fragmentos de análise de um caso de histeria* In: Obras Psicológicas Completas, Vol VII. Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1969.

FREUD, Sigmund. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*. In: Obras Psicológicas Completas, vol XII.. Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1969.

FREUD, Sigmund. *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*. In: Obras Psicológicas Completas, vol X. Rio de Janeiro: Edição Standart Brasileira, Imago Editora, 1969.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia geral. psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica*, v.1, 2.º ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1979.

KAPLAN, Harold, BENJAMIM, Sadock, JACK, A. Grebb. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, 7.ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

LACAN, Jacques. *De una cuestión preliminar a todo tratamiento possible de la psicosis*. In: *Escritos*, tomo 2, 10.º ed. Cidade do México: Editora Siglo Veintiuno, 1984.

LOBOSQUE, Ana Marta. *A psicose: questão do sujeito*. In: LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Neuroses x psicoses: uma primeira abordagem quanto ao diagnóstico diferencial*. In: LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro : Editora Garamond, 2001.

SHNEIDER, Kurt. *Psicopatologia Clínica*, 2.ª edição. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1976.

VII. A ABORDAGEM E O TRATAMENTO DO SOFRIMENTO MENTAL



7.1 A ENTREVISTA INICIAL: ENTRANDO EM CONTATO

A entrevista inicial ou a primeira entrevista é um momento importante para oferecer uma escuta acolhedora e precisa, fundando o vínculo que promove a adesão do paciente ao seu tratamento.²⁸

A garantia do espaço do paciente

Muitas vezes o portador de sofrimento mental nos chega com um acompanhante – seja o pai, o vizinho, ou todo um cortejo de familiares. É importante escutarmos estas pessoas. Contudo, já neste primeiro momento, deve-se manifestar nossa atenção às questões do próprio paciente, escutando aquilo que se tem a dizer. Devemos procurar atendê-lo a sós em alguma ocasião deste primeiro contato: de preferência, ouvi-lo antes de qualquer outra pessoa; se não for possível, em algum outro momento (podemos, por exemplo, dizer aos familiares: “Agora, por favor, me deixem conversar um pouco só com ele”).

Da mesma forma, a conversa com os acompanhantes deve ocorrer, preferencialmente, na presença do paciente. Se isto não for possível, é necessário cuidado para evitar qualquer clima de “segredos” ou de conspirações” .

A construção da demanda

O problema do qual o paciente se queixa nem sempre coincide com aquele que é relatado pela família. Da mesma forma, a demanda com que o próprio paciente chega ao atendimento nem sempre é a mesma com a qual ele sai.

Assim, alguém que veio só buscar uma receita pode, ao longo da entrevista, ter seu interesse despertado por uma outra coisa – por exemplo, desejar entender um pouco mais o que se passa consigo. Um outro que veio apenas por insistência da família pode admitir que ele próprio tem alguns problemas para os quais necessita de ajuda.

Esta transformação de uma demanda prévia, ou a construção de alguma demanda em que não havia nenhuma, é um movimento importante que pode acontecer na entrevista inicial.

A condução da entrevista

Ao receber o paciente, nossa pergunta deve ser o mais simples possível: “E então?” ou “O que está acontecendo?” ou “Em que posso ajudá-lo?” A partir daí, nós ouviremos seu relato – escutando não só o *quê*, mas *como* responde a essa primeira interpelação.

Cabe-nos, em qualquer caso, *conduzir* a entrevista: ou seja, devemos sair desse primeiro encontro tendo uma noção de qual é o problema e uma avaliação de sua gravidade, que nos permita definir a conduta a tomar.

²⁸ Vide 11.3.2 O roteiro para a entrevista inicial

Conduzir uma entrevista não significa ter uma lista de perguntas prévias a fazer ao paciente. Pelo contrário, as perguntas surgem na medida em que ele fala.

Contudo, não devemos ter receio de intervir *quando necessário*. Afinal, escutar o paciente não significa simplesmente deixá-lo falar como se estivesse sozinho. Podemos pedir-lhe, por exemplo, que fale mais devagar, ou que explique melhor alguma coisa que não entendemos; podemos interrompê-lo quando está se estendendo demais sobre um certo ponto, deixando de lado outros que nos parecem importantes.

De qualquer forma, trata-se de transmitir ao paciente uma curiosidade – sem avidez! – pelo que se passa *com ele*, e um interesse – sem intromissões! – pela sua segurança e bem estar.

A queixa principal ou o motivo do atendimento

À nossa pergunta inicial, o paciente pode nos responder, por exemplo, que “não tem nada”, foi a mãe quem insistiu na consulta; ou, pelo contrário, derramar um vasto número de queixas que parecem não terminar. Ainda, pode contar uma história muito confusa, ou pôr-se a delirar abertamente. Não importa: devemos escutar atentamente o quê, no *seu* entendimento, o trouxe até nós.

Assim, ao paciente que nos diz que não há nada, podemos perguntar: “Mas que motivo a sua mãe poderia ter para trazer você?”. Àqueles que respondem com uma lista de queixas, devemos tentar precisar melhor o que realmente os perturba – e, muitas vezes, veremos que é algo que não aparecia no início de sua fala! Quando a história nos parece confusa, cabe intervir para tentar, na medida do possível, esclarecê-la.

Se o paciente traz uma queixa que nos parece delirante – por exemplo, caso se acredite perseguido – podemos, da mesma forma, tentar entender por que pensa assim: por exemplo, quais motivos têm para acreditar que isto esteja acontecendo? Não é o caso de tentar demover o paciente ou de convencê-lo de alguma coisa, seja o que for; trata-se de escutar o que ele pensa a respeito de seu problema, e as razões que apresenta para pensar assim.

Sobretudo, não devemos nos contentar jamais com queixas inespecíficas, do tipo “Eu tenho depressão”, ou “Tomo remédio controlado e vim buscar a receita”. O que significa, para esse paciente, “ter depressão?” Por que toma “remédio controlado?” Quando vamos mais adiante na caracterização destas queixas, o paciente deixa de ser mais um a reclamar da mesma coisa, ou mais um portador do mesmo diagnóstico, para singularizar-se como alguém que tem suas próprias questões e trajetórias de vida.

A história do quadro atual

É sempre importante tentar precisar *quando e como* o quadro atual do paciente se manifestou – não só em termos de datas, mas, sobretudo, das circunstâncias de sua vida na ocasião. Qual a origem que atribui a esse problema? Muitas vezes o paciente nos dirá

que não sabe. Contudo, prosseguimos: houve algum fato ou acontecimento importante naquela época? Como transcorria sua vida afetiva, sociofamiliar, profissional?

Com frequência, o paciente faz uma alusão pequena, ou apenas de passagem, a alguma coisa que pode ser importante. Assim, uma paciente pode dizer: “Meu marido é muito bom...” – mas fala isto num tom reticente ou ambíguo, levando-nos a perceber que há alguma coisa a ser procurada aí. Outras vezes, mesmo sem estabelecer ele próprio um nexos entre uma coisa e outra, o paciente o aponta para nós, quando relata um fato significativo de sua vida ocorrido na época do início do seu problema – a morte de um ente querido, a separação do cônjuge, a perda do emprego, etc.

Da mesma forma, devemos verificar como evoluiu o quadro: períodos de melhora e piora, assim como os fatores ligados a eles; ocorrência ou não de internações anteriores; tratamentos realizados antes, e seus resultados; surgimento de novos sintomas; e assim por diante.

Quando essas questões não forem suficientemente esclarecidas pela entrevista com o paciente, podemos recorrer às informações dos acompanhantes. Algumas vezes eles nos dirão algo que o paciente sequer mencionou – por exemplo, que faz uso de bebida ou drogas, ou que bateu no filho, ou que está falando coisas estranhas. Nesses casos, não convém partir para o confronto, pressionando o paciente, ou querendo a todo custo investigar qual é a verdadeira versão. Ao longo do atendimento, encontraremos o momento e a maneira oportuna para esclarecer eventuais divergências e contradições.

Finalmente, nem todas as perguntas que nos ocorrem serão possíveis neste primeiro contato, pois o que e o quanto devemos perguntar vai depender muito do ritmo da entrevista e da relação que vamos conseguindo estabelecer com o paciente. Não devemos permitir que perguntas muito insistentes quebrem ou interrompam seu relato, e, muito menos, obrigá-lo a dizer algo que não pode ou não quer mencionar naquele momento: a entrevista não é um interrogatório. O paciente deve perceber que desejamos ajudar a entender o que se passa com ele, e não tentar descobrir algo que ele estaria escondendo de nós.

Priorizando as questões mais importantes nesta primeira entrevista, devemos sempre registrar para nós mesmos tudo aquilo que nos parece requerer melhor elucidação, para buscar obtê-la numa ocasião posterior.

A história do paciente

Naturalmente, é de grande importância pesquisar a origem, o aparecimento e a evolução dos sintomas que nos relatam o paciente ou sua família. Contudo, a história dos sintomas não pode dissociar-se da história da vida do paciente. Um breve esboço biográfico é importante.

Também devemos perceber, em linhas gerais, como o sujeito se posiciona em relação aos pais, aos irmãos, ao trabalho, à vida social, etc. Ao verificarmos esses aspectos, certamente encontraremos elementos importantes que se relacionam com os seus problemas atuais.

O diagnóstico clínico

É sempre importante formular, durante a primeira entrevista, ao menos uma hipótese diagnóstica do tipo de transtorno psíquico apresentado pelo paciente.²⁹

Aqui, o primeiro ponto a verificar é se ele apresenta realmente algum transtorno psíquico – ou se tem apenas dificuldades e insatisfações com a vida que se encontra em condições de enfrentar, sem necessidade de maior auxílio por parte de um profissional da Saúde ou da Saúde Mental.

Quando avaliamos que há um transtorno psíquico presente, devemos verificar pelo menos qual o tipo de transtorno. Como vimos, o primeiro passo, aqui é verificar: os sintomas psíquicos do paciente são derivados de alguma causa orgânica identificável?

Quando suspeitamos de um quadro orgânico, devemos avaliar o estado psíquico do paciente: há alterações primárias de memória, atenção e/ou orientação? Esses elementos devem ser conjugados com outros, pesquisados na anamnese e no exame: como se encontram as condições físicas atuais do paciente? A história da evolução dos sintomas guarda alguma relação com uma doença orgânica, ou com uso abusivo de substâncias psicoativas?

Se afastarmos a hipótese de um quadro orgânico, o próximo passo é verificar se estamos diante de um neurótico ou de um psicótico. Aqui, é importante pesquisar a ocorrência, passada ou atual, de sintomas das psicoses. Podemos deixar para um segundo momento a especificação do tipo de neurose ou de psicose de que se trata; mas devemos formular ao menos uma impressão diagnóstica quanto a essa questão: trata-se de uma neurose ou de uma psicose?

Para chegar a esta impressão, faremos ao paciente e/ou a seus acompanhantes as perguntas que nos parecerem necessárias.

O exame do paciente

Para avaliar o estado psíquico atual do paciente, devemos observar como fala, se movimenta e se comporta, procurando avaliar quais as alterações psíquicas mais importantes no momento.

Sua aparência é cuidada? Seu modo de vestir-se chama a atenção por algum motivo? Responde às perguntas com objetividade, ou mostra-se evasivo e vago? Sabe quem é, onde está, que dia é hoje? Sua memória está preservada? Expressa-se de forma coerente ou desorganizada? Apresenta um grau importante de inibição ou de agitação psicomotora? Refere-se a vozes, menciona idéias que nos parecem delirantes, relata vivências que sugerem alterações da consciência do eu?

²⁹ Vide 6.2 A classificação dos transtornos psíquicos.

É necessário observar também se há ou não concordância entre o relato do paciente e a observação que dele fazemos. Assim, por exemplo, diante de uma paciente que se queixa de uma profunda depressão, mas se apresenta falante e bem cuidada, demonstrando interesse na entrevista e preocupação com a própria aparência, tendemos a afastar a hipótese diagnóstica de um transtorno severo de humor.

Da mesma forma, um paciente que menciona apenas “uns probleminhas em casa” pode estar falando e agindo de forma estranha e destoante, fazendo pensar num transtorno psíquico grave. Um outro, ainda, que diz não se lembrar de nada do que fez, ao longo da entrevista nos relata aspectos de sua história de forma ordenada e coerente, evidenciando que não há alteração primária da memória ou da atenção.

A avaliação da situação atual

O diagnóstico clínico, embora importante, não é suficiente. Devemos ainda verificar até que ponto o transtorno psíquico apresentado pelo paciente, seja ele qual for, está interferindo negativamente em sua vida, e lhe trazendo riscos. Estamos diante de um sofrimento psíquico insuportável para o sujeito? Ele está encontrando, ou não, algumas saídas para reagir ou para lidar com isto?

Essa avaliação não corresponde necessariamente ao diagnóstico. Pode tratar-se de um psicótico que se encontra estável e vivendo relativamente bem; por outro lado, pode tratar-se de um neurótico que atravessa um momento grave de crise.

Além da gravidade atual do quadro clínico, é importante verificar quais são os suportes com que o paciente pode contar para enfrentá-lo. Por exemplo, a relação entre paciente e família: chegaram a um ponto de intolerância mútua, ou ainda conseguem se entender minimamente? A família exagera as dificuldades do paciente, ou, pelo contrário, não consegue perceber o quanto ele está mal? O paciente se encontra numa situação de ruptura dos laços familiares? Aspectos como esses podem ser esclarecidos não só por perguntas, mas pela observação da forma pela qual o paciente e os familiares se relacionam durante a entrevista, ou como se referem uns aos outros para o entrevistador.

Não só as possibilidades de apoio por parte da família devem ser verificadas, mas outros suportes com os quais o paciente pode ou não contar, do ponto de vista comunitário, social, econômico, etc.

7.2 O PROJETO TERAPÊUTICO: A DIREÇÃO DO TRATAMENTO

A partir da entrevista inicial que define a admissão do paciente em um determinado serviço, passa-se à elaboração de um projeto terapêutico.³⁰

³⁰ Vide 11.3.3 Formulário para projeto terapêutico individual.

7.2.1 Princípios do projeto terapêutico

O projeto terapêutico nos indica a direção que se pretende dar ao tratamento. Essa direção deve levar em conta a pergunta: o que é possível e o que é desejável obter ao longo do tratamento desse paciente?

Um primeiro princípio nos guia aqui: caminhar sempre no sentido de propiciar ao paciente a retomada da voz e do poder de decisão sobre as questões que lhe concernem, levando em conta a *dimensão subjetiva* em que se manifestam suas queixas e seus sintomas.

A oferta dessa possibilidade liga-se estreitamente à construção de *laços sociais*. Isto não significa adaptar ou adequar o paciente aos padrões de sociabilidade vigente (casamento, emprego, etc); nem obrigá-lo a tornar-se uma pessoa “sociável” no sentido habitual que damos a esta palavra. Significa buscar, com o sujeito, um lugar possível para ele nas redes sociais de convívio e de trocas, sem abandono ou exclusão.

Para caminhar nesta direção, é essencial a *busca do consentimento* do paciente. Esse aspecto é relevante em virtude de um velho preconceito: o portador de sofrimento mental seria um tipo de paciente que não aceita tratamento e, portanto, só poderia ser tratado à sua revelia.

Certamente, há algumas situações-limite, em que não conseguimos fazer com que o paciente queira ou aceite tratar-se³¹. Contudo, na maioria absoluta dos casos, está em nosso alcance obter seu consentimento para tratá-lo e, a partir daí, despertar nele não só a aceitação passiva, mas o desejo desse tratamento.

Quando o paciente percebe que a equipe que o atende está realmente atenta para as suas questões, e não apenas preocupada em satisfazer as demandas familiares e sociais com relação ao seu comportamento; quando essa percepção lhe permite estabelecer uma relação de confiança com seus cuidadores; quando considera o serviço de Saúde Mental como um local de acolhimento, e não de exclusão – quando é assim, torna-se possível para ele pedir, aceitar e apreciar a nossa ajuda.

Um outro ponto importante, ligado aos anteriores, é que não devemos tentar fazer do paciente uma outra pessoa. Assim, por exemplo, é inútil querer transformar um sujeito psicótico num paciente que pensa e age como uma pessoa “normal”, sob pena de forçá-lo a algo que não é possível nem desejável para ele. Sem pretender eliminar ou corrigir sua psicose, cumpre-nos apenas intervir nas suas manifestações desreguladas e excessivas, que podem trazer danos ao paciente e àqueles que o cercam.

Cabe-nos, pois, manter estas manifestações sob um relativo controle, ao mesmo tempo em que o ajudamos a lidar e a conviver com elas. Assim, ainda que o paciente não deixe completamente de delirar, cabe-nos apoiá-lo na construção de um delírio mais tranquilo e organizado. Igualmente, se continua a escutar vozes, podemos ajudá-lo a encontrar formas de não se deixar dominar por elas, e assim por diante, sempre respeitando o traçado de sua estrutura psíquica.

³¹ Vide 7.3.4 O recurso às medidas involuntárias.

O mesmo vale para um paciente neurótico, com dificuldades de relacionamento, e tendência a preocupar-se ou a entristecer-se com facilidade: não se trata de torná-lo uma pessoa com características opostas a estas, e sim de verificar até que ponto podem modificar-se certas formas de agir e posicionar-se diante das pessoas e das situações, que estão trazendo conseqüências penosas para a sua vida. E assim por diante, numa estratégia que se projeta a cada caso.

Assim como vemos, cabe-nos trabalhar com cada paciente as dificuldades e os becos sem saída com que se depara, ao insistir em certas posições pessoais que aprisionam sua vida num círculo muito estreito. Contudo, ao invés de querer fazer dele um outro, devemos ajudá-lo a transformar-se *a partir de si mesmo*, explorando as possibilidades que possui, e enfrentando as dificuldades pessoais, sociais e quaisquer outras, que o impede de exercê-las plenamente.

7.2.2 Elementos e recursos para o projeto terapêutico

O atendimento individual

Indubitavelmente, faz parte do projeto terapêutico, em todos os casos, o atendimento individual do paciente. A freqüência deste atendimento é modulada conforme cada caso e seu momento. Por meio dele, o paciente é convidado a elaborar seus delírios, procurar um sentido para as vozes que escuta, refletir sobre uma situação difícil em que se encontra, examinar sob outros ângulos alguns problemas que vive. Ao mesmo tempo, avalia-se como o paciente vem respondendo ao tratamento que lhe é oferecido.

Não devemos subestimar jamais a importância desses atendimentos: através deles, o paciente percebe que sua voz é levada em conta, ajudando o técnico a encontrar o fio pelo qual o tratamento se conduz.

Não podemos deixar de oferecê-los jamais, sob o pretexto de que o paciente encontra-se muito empobrecido ou desorganizado psiquicamente: nestes casos, lembremo-nos de que ele perdeu a possibilidade de pronunciar-se sobre as coisas que lhe dizem respeito, e nossa função consiste, justamente, em ajudá-lo a recuperar esta possibilidade.

A definição da freqüência ao serviço

Ao estabelecer o projeto terapêutico, deve-se definir a forma e a freqüência do paciente no serviço, seja este um CAPS ou CERSAM, uma unidade básica de Saúde, ou qualquer outro.

Essas definições, considerando a gravidade do quadro e a intensidade dos cuidados necessários, são feitas por meio de um acordo entre o técnico de referência, o paciente e a família, variando ao longo do tratamento, conforme a evolução do caso. Os critérios não podem ser burocratizados, dependendo unicamente das condições clínicas de cada paciente.

A busca de outros recursos necessários ao tratamento

Deve-se considerar outras necessidades do tratamento, e os recursos que se pode utilizar para atendê-las. Assim, se o paciente necessita de prescrição ou reavaliação da medicação, e seu técnico de referência não é psiquiatra, cabe assegurar seu atendimento também por esse profissional.

Quando se considera que uma determinada atividade – uma oficina, um grupo de produção, um passeio, etc – dentro ou fora daquele serviço de Saúde Mental, possa ajudar o paciente, deve-se lhe sugerir isto, bem como viabilizar sua participação na atividade em questão.

Também é preciso escutar e acolher a família, assim como convocá-la quando necessário. São importantes, em serviços como CAPS e CERSAMs, as orientações para os auxiliares de enfermagem e outros técnicos sobre cuidados específicos requeridos pelo paciente – auxílio na higiene e auto-cuidados, eventual necessidade de um acompanhamento mais próximo, etc.

O trabalho de “secretariado”

Certos pacientes, sobretudo os psicóticos mais graves, necessitam de uma espécie de trabalho de “secretariado”, para diversos aspectos de sua vida – como a marcação de uma ida ao dentista, um auxílio na administração de seu dinheiro, um contato com seus professores na escola ou com seu chefe no trabalho, e assim por diante. Ajudá-los nestes aspectos, enquanto não podem ainda fazer isto por si mesmos, é um aspecto imprescindível do tratamento.

A alta e/ou o encaminhamento para outros serviço

Deve-se perceber o momento em que os recursos disponibilizados nos serviços de Saúde Mental em que se encontra o paciente já não são os mais adequados para ele.

Aqui, a modulação da frequência pode ser um recurso muito importante para que o paciente receba bem a passagem de um serviço para o outro. Assim, por exemplo, no caso de certos pacientes que se apegam muito ao CAPS, é mais interessante espaçar suas vindas – uma vez por semana, ou uma vez de quinze em quinze dias, etc – enquanto seu caso vai sendo discutido com os colegas do centro de saúde, até ficarmos certos de que será bem recebido lá.

Da mesma forma, quando um paciente atendido no centro de saúde e bem vinculado à sua equipe entra em crise, podemos passar a atendê-lo diariamente ali, até verificar se é realmente necessário encaminhá-lo ao CAPS.

Em todos os casos, a alta e o encaminhamento não podem ser uma maneira de “livrar-se” de um paciente incômodo ou “desobediente” – como se faz por vezes pela injustificável utilização da “alta administrativa”. Toda alta é eminentemente uma medida

clínica, a ser negociada e aceita pelo paciente, como parte de um projeto que irá ajudá-lo a viver melhor.

Em todos os casos, já sublinhamos a importância de um encaminhamento responsável e comprometido, tanto por parte de quem encaminha quanto de quem recebe.

O técnico de referência e suas atribuições

Como já foi dito, o técnico de referência pode ser aquele que fez a primeira entrevista, recebendo e avaliando o paciente; ou pode ser um outro, dependendo da forma de organização definida por cada serviço.

Contudo, reiteramos aqui este ponto fundamental: *o técnico de referência não pode jamais ser escolhido em função de sua formação profissional específica*. Pode ser o psicólogo, o enfermeiro, o psiquiatra, ou qualquer outro: todos os técnicos de nível superior em Saúde Mental devem adquirir idêntica capacitação para conduzir o tratamento de um portador de sofrimento mental.

Por que este ponto nos parece fundamental? Porque questiona as formas de tratamento centradas na figura do médico, nas quais os outros profissionais entram apenas como auxiliares ou coadjuvantes. Ao questionar esse modelo, estamos questionando também as concepções medicalizantes do sofrimento mental, típicas do modelo manicomial e seus equivalentes.

Questionamos também certas definições preconceituosas e estereotipadas, do tipo “Esse paciente tem demanda para psicoterapia, portanto será encaminhado para o psicólogo”; já esse outro “necessita principalmente de medicamentos, logo deve ser atendido pelo psiquiatra”.

Na concepção com a qual trabalhamos, todo e qualquer paciente deve ser abordado como um sujeito, cujas questões e posições próprias devem ser consideradas em primeiro plano. Pode falar muito ou pouco a esse respeito, pode mostrar-se mais ou menos acessível a essa abordagem: em qualquer caso, compete a nós fazer-lhe esse convite, e sustentá-lo ao longo de todo o seu tratamento.

São atribuições do técnico de referência:

- Ao longo do tratamento, o técnico de referência tem uma responsabilidade decisiva e especial. Sua principal atribuição já está contida no próprio nome que designa essa função: ser uma referência para o paciente. Afinal, o trabalho em equipe não pode significar fragmentação ou anonimato: se é verdade que toda a equipe deve ter um compromisso com todos os pacientes, cada técnico responde pessoalmente por esse compromisso diante daqueles pacientes que referencia.
- Por acompanhar mais de perto o paciente, o técnico de referência é aquele que se encontra em melhores condições de traçar o primeiro esboço do seu projeto terapêutico – discutindo-o com a equipe, aceitando sugestões e observações pertinentes por parte dos colegas, apresentando-o na supervisão clínica quando necessário.

- Ao técnico de referência, portanto, compete a determinação e muitas vezes a execução dos diferentes elementos e recursos para o projeto terapêutico que mencionamos anteriormente.
- É de sua competência, em princípio, a indispensável condução dos atendimentos individuais.
- A partir da escuta desenvolvida ao longo desses atendimentos, vai definindo quais outras providências e recursos o caso requer: por exemplo, o modo e o ritmo de freqüência ao serviço, o contato com a família, a busca de outros pontos de suporte para o paciente no espaço social, a garantia de certos direitos eventualmente lesados, a sugestão para freqüentar esta ou aquela atividade, no serviço ou fora dele, a definição da alta, e assim por diante.
- Isto não quer dizer que o técnico de referência deva executar sozinho todas essas medidas, pois pode e deve contar com o apoio de seus colegas de equipe. Da mesma forma, outros membros da equipe podem oferecer novos cuidados e recursos ao paciente sempre que se faça necessário, sem depender da autorização do técnico de referência.
- O que importa é que toda intervenção feita seja por parte de quem for, não contradiga os traços essenciais que definem o projeto terapêutico traçado – tal como proposto pelo técnico de referência e enriquecido pelo debate com a equipe.

7.3 A ATENÇÃO À CRISE

7.3.1 Caracterizando a crise: sinais de alerta

Como caracterizar uma crise? Podemos chamar assim aqueles momentos em que o sofrimento mental se torna realmente insuportável para o sujeito e/ou para aqueles que o cercam.

Quer se instalem num paciente que jamais apresentou sintomas psíquicos, quer signifiquem a piora de um quadro de sofrimento mental grave pré-existente, é importante constatar que as crises se manifestam como quadros *agudos*.

De uma forma geral, portanto, seus sinais são bem visíveis, embora muito variáveis.

Alguns sinais da crise

- Desvitalização intensa (o paciente não se levanta da cama, não toma banho, não conversa, etc).
- Inquietude psicomotora acentuada (o paciente anda de um lado para o outro, não para quieto, mexe nas coisas, etc).

- Desorganização da fala (o paciente diz coisas que não fazem sentido, muda de um assunto para outro completamente diferente, etc).
- Desorganização do comportamento (não consegue cuidar de si e das próprias coisas; adquire atitudes e hábitos extravagantes).
- Ruptura com as atividades habituais (não vai mais à escola ou ao trabalho, não cuida mais da casa, perde o interesse por atividades que apreciava antes).
- Isolamento acentuado (passa a maior parte do tempo no quarto, afasta-se do convívio familiar e social).
- Errância (fugas de casa, mudanças de cidade, andanças pelas ruas ou estradas)
- Atividade delirante-alucinatória (o paciente sente-se perseguido, tem seus pensamentos adivinhados, ouve vozes, etc).
- Perda de controle sobre os próprios pensamentos e atos (o paciente sente-se teleguiado, as vozes o mandam fazer coisas que não quer, seus pensamentos lhe são impostos, etc).
- Perturbação de funções vitais, como a alimentação e o sono.
- Situações de risco para o paciente ou terceiros (o paciente fala e faz coisas que o expõem muito ou o colocam em risco: envolve-se em sérios conflitos com a família e os vizinhos, fala e age de forma muito bizarra; ameaça ou tenta auto-extermínio; ameaça ou agride outras pessoas).

De qualquer forma, temos sempre um critério importante que nos guia: diante de um paciente em crise, o profissional percebe que aquela situação não pode se prolongar tal como está, sem acarretar sérios danos para a saúde, a segurança e as perspectivas de vida e futuro do paciente.

Sempre que se constata a ocorrência de uma crise, está indicada a intervenção imediata de um profissional de Saúde – se possível, da Saúde Mental.

7.3.2 A abordagem inicial da crise

Esta abordagem costuma ser mais fácil quando o paciente já tem um vínculo estabelecido com a equipe do serviço de Saúde Mental. Nestes casos, num certo sentido o paciente “aprende” a perceber os primeiros sinais de sua piora, procurando ele próprio a atenção do serviço.

Quando se trata de um paciente em crise ainda não conhecido pela equipe, sua primeira abordagem coloca questões mais difíceis, que só podem ser enfrentadas pela aposta na construção deste vínculo.

Alguns pontos importantes na abordagem da crise

- O acesso ao atendimento no serviço de Saúde deve ser imediato, quer se trate de uma unidade básica ou de um CAPS: situações de crise não podem esperar.

- Caso o paciente se recuse a comparecer ao serviço, temos várias estratégias possíveis, conforme a situação: fazer um atendimento inicial à família orientando-os para trazer o paciente, após ter-se acalmado um pouco, procurar falar com ele em seu próprio domicílio; podemos, ainda, recorrer a serviços do tipo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Como regra geral, o contato será mais fácil e produtivo, sempre que conseguirmos fazer com que o paciente chegue até nós sem forçá-lo a isto.
- O serviço a ser acionado deve ser, preferencialmente, aquele com o qual o paciente já tem um vínculo bem estabelecido, seja o CAPS, seja a unidade básica. Quando o paciente ainda não tem vinculação com serviço algum, deve ser orientado a procurar primeiramente aquele de acesso mais fácil para ele e sua família.
- Em qualquer situação, devemos sempre dirigir-nos ao paciente, e escutá-lo a respeito do que se passa consigo.
- É importante romper a associação habitualmente feita entre crise e periculosidade. Certamente, um paciente em crise pode mostrar-se hostil e mesmo agressivo: contudo, sua eventual agressividade para com os outros costuma derivar de agressões e de violências que sofreu anteriormente. Assim, o medo de aproximar-se dele, mesmo a sós, costuma ser infundado. Sua reação dependerá muito da nossa forma de abordagem, que não pode ser brusca ou autoritária, nem soar como uma intromissão.
- Se o profissional tiver receio pela própria segurança, deve aproximar-se com cautela, evitando qualquer situação em que ele próprio e o paciente permaneçam encurralados. Pode deixar a porta do consultório aberta; pode admitir a presença de terceiros; se o paciente já está contido fisicamente antes da abordagem, pode evitar descontê-lo antes de conversar com ele. Contudo, estas medidas de precaução devem propiciar, e nunca impedir, o contato entre o profissional e o paciente.
- O principal objetivo do contato com o paciente em crise deve ser o de levá-lo a consentir em se tratar. Esse consentimento não necessita ser explícito, ou seja, não se trata de aguardar uma declaração formal de aceitação do tratamento. Podemos percebê-lo através de pequenos indícios: por exemplo, um paciente que se mostrava avesso a qualquer conversa num primeiro momento, passa depois a mostrar-se mais acessível; um outro, que se acredita perseguido, pode admitir que necessita de ajuda, nem que seja para defender-se desta perseguição; e assim por diante.
- As situações de crise costumam envolver a necessidade de uma intervenção também medicamentosa. A prescrição e a administração de qualquer medicamento devem ser precedidas pela conversa com o paciente, procurando obter sua concordância. Neste sentido, a primeira opção é a da medicação oral, muito menos invasiva e mais fácil de ser aceita. Um recurso interessante, no caso de um paciente muito

desorganizado, é esperar um pouco até que a medicação oral faça efeito, para a seguir ter uma nova conversa com ele.

- A primeira abordagem deve avaliar qual a intensidade dos cuidados necessários, e qual o serviço capaz de oferecer tais cuidados. Assim, por exemplo, uma crise mais branda pode ser tratada na própria unidade básica, desde que o paciente seja atendido diariamente; outra, mais grave, pode necessitar de permanência-dia no CAPS, e, ainda, de pernoite, no próprio CAPS ou em hospital geral.

Se o paciente discorda das medidas sugeridas pelo profissional, devemos considerar o que diz, e verificar quais as negociações possíveis: se for o caso, podemos modificar um ponto ou outro da nossa conduta, sem abrir mão daquilo que nos pareça realmente essencial para um tratamento adequado.

7.3.3 O acompanhamento da crise

- Pacientes em crise devem ser atendidos diariamente por seu técnico de referência.
- Mesmo aqueles pacientes inquietos demais, ou muitos alheios para interessar-se em conversar, devem receber este atendimento – no tempo e no lugar possíveis.
- Assim, se o paciente não quer ou não pode vir ao consultório, podemos conversar com ele noutros espaços do serviço: no jardim, na sala de estar, etc.
- Da mesma forma, se não suportam um atendimento prolongado, podemos atendê-los duas ou três vezes por dia, por um período de tempo menor. De todas as formas, devemos assegurar-lhe a presença de um profissional que o atenda e a oferta constante de um contato com ele.
- O tratamento das crises costuma envolver doses mais altas de medicação do que aquelas habitualmente utilizadas pelo paciente. Isto requer uma avaliação psicofarmacológica freqüente, com reajustamento das doses sempre que necessário, e toda atenção a efeitos colaterais indesejáveis. A prescrição extraordinária de medicamentos – por exemplo, num episódio de excitação psicomotora – deve ser utilizada apenas quando esgotadas outras tentativas de tranquilizar o paciente.
- Não só o técnico de referência, mas todos os profissionais da equipe devem acompanhar de perto, e atentamente, o paciente em crise.
- Um paciente muito intranquilo pode acalmar-se com a intervenção de qualquer profissional que possa ouvi-lo naquele momento, ou simplesmente ficar ao lado dele.
- Em casos de pacientes muito agitados, o acompanhamento mais constante por um auxiliar de enfermagem, por exemplo, evita o recurso a medicações extraordinárias e outras medidas de efeito incômodo ou desagradável.

- A participação numa oficina, ou em qualquer outra atividade que possa interessar o paciente, tem um efeito igualmente importante.
- A preservação e a reconstrução dos laços sociais têm um valor insubstituível.
- É assustador para um paciente em crise encontrar-se isolado do espaço social. Pelo contrário, sente-se melhor ao encontrar-se num local onde as pessoas, inclusive ele próprio, circulam, entram e saem; em que pode, a qualquer momento, dirigir-se a alguém e ser ouvido, seja para pedir uma ajuda, seja para manifestar um protesto; onde o contato com a família e os amigos não é interrompido, mas estimulado – e assim por diante.
- Além dos registros habituais no prontuário, as intercorrências relativas ao paciente devem ser cuidadosamente registradas – inclusive no livro de ocorrências utilizado pela equipe.
- As crises, sobretudo quando intensas, podem acarretar um desgaste físico significativo para o paciente. Tal desgaste pode ainda ser agravado pelos efeitos colaterais de medicações em doses mais altas do que de costume. Portanto, é necessária atenção para a condição física desses pacientes – com a solicitação de exames laboratoriais e de avaliação clínica quando necessário. O acompanhamento regular de dados vitais é um indicador importante, assim como as observações dos auxiliares de enfermagem.
- Cada crise tem seu tempo próprio de duração e seu ritmo de evolução. Uma crise que se agrava e se prolonga demasiadamente requer reajustes no projeto terapêutico, que podem incluir a medicação.
- Contudo, não se deve apressar o término da crise pelo uso de altas doses de medicação, ou quaisquer outras medidas invasivas. A crise deve transcorrer de modo tal que possa ser vivida de forma suportável pelo paciente, sendo ao mesmo tempo, trabalhada com ele.
- A busca do apoio da família é essencial.³²

7.3.4 O recurso a medidas involuntárias

As situações muito graves, envolvendo risco iminente para o paciente e com recusa radical do mesmo em relação às providências terapêuticas necessárias, podem justificar o recurso a medidas involuntárias. Contudo, tais medidas devem ser consideradas e utilizadas sempre como *medidas de exceção*, cabíveis apenas quando esgotamos verdadeiramente todos os meios possíveis para convencer ou persuadir o paciente.

Apresentamos a seguir algumas questões que nos parecem importantes a este respeito.

³² Vide 7.5 A Atenção à família.

Há real necessidade da medida em questão?

- Por vezes, o paciente não aceita uma determinada proposta terapêutica, mas pode-se negociar sua substituição por uma outra.
- Por exemplo: por motivos pertinentes, entendemos que é indispensável o uso de medicação. Neste caso, o paciente pode recusar-se a tomar um determinado medicamento, mas pode aceitar outro, semelhante. Ou então: encontrando-se numa situação em que o pernoite é indicado, o paciente não concorda; contudo, admite passar 12 horas diárias no serviço.
- Nestes casos, devemos avaliar bem se a substituição é possível, e efetua-la, se assim for.

Esta necessidade é inadiável?

- A medida em questão deve ser efetuada imediatamente, ou é possível adia-la um pouco, dando um tempo para que o paciente possa rever sua posição? Por exemplo: um paciente não aceita passar o dia hoje no serviço de Saúde Mental, mas diz aceitar vir amanhã, de uma forma que nos parece digna de crédito.
- Se esse adiamento não traz riscos significativos para o paciente ou para terceiros, pode ser o caso de fazer a experiência.
- Se o paciente não conseguir cumprir o combinado, tornam-se mais consistentes nossos motivos para uma intervenção mais incisiva.

As razões para o emprego da medida em questão são legítimas?

- Não podemos forçar o paciente a algo apenas porque a sua teimosia nos irrita e nos provoca a impor a nossa vontade sobre a dele: ou seja, não há qualquer legitimidade em condutas tomadas para manifestar autoridade ou poder.
- Além do caráter necessário e inadiável da medida em questão, o que pode levar-nos ao emprego da força é a irreduzibilidade do paciente – ou seja, quando, por motivos decorrentes do seu quadro psíquico, ele se mantém preso a uma posição realmente inacessível a qualquer argumento ou intervenção da nossa parte.

Estas razões estão sendo devidamente registradas no prontuário do paciente e no livro de ocorrências do serviço?

- Nestes casos, o registro cuidadoso da ocorrência é indispensável.
- O simples ato de anotá-la e assiná-la já nos permite refletir melhor a seu respeito.
- Por outro lado, devemos lembrar que é um direito do paciente e de seus familiares recorrer contra medidas involuntárias, inclusive judicialmente – o que reforça a importância de expor, inclusive por escrito, os motivos pelos quais tais medidas foram executadas. .

Caso uma medida deste tipo seja realmente necessária, quais os cuidados necessários para efetuar-la?

- Como foi dito, não devemos ser precipitados na adoção destas medidas. Contudo, não devemos tampouco hesitar quando concluímos por sua necessidade. Nestes casos, devemos agir imediatamente, com as precauções necessárias para a segurança de todos os envolvidos.
- Mentir ao paciente, ou enganá-lo, parece ser menos trabalhoso, mas é pouco eficaz.
- Se, por motivos legítimos, devemos impor-lhe algo, o uso aberto da força pode parecer constrangedor ou perigoso, mas deixa menos rancores do que mentiras e enganos.
- Por vezes, a menção da decisão em empregar a força já basta: por exemplo, percebendo que será medicado de qualquer maneira, o paciente acaba por tomar a medicação, mesmo contra a vontade.
- Noutras vezes, pode reagir quando toma conhecimento desta decisão: por exemplo, por uma tentativa de fuga ou de agressão. Devemos, pois, estar alerta, tomando as precauções cabíveis.
- Numa situação de agitação psicomotora intensa – por exemplo, quando o paciente já está agredindo alguém fisicamente – não há tempo nem necessidade de discutir: uma vez instalada uma situação de confronto aberto, a única alternativa é enfrentá-la, com todo o cuidado necessário para a segurança de todos os envolvidos, sem ferir ou humilhar o paciente.
- Um cuidado importante consiste em preservar a proximidade com o paciente quando realizamos este tipo de intervenção. Por exemplo: se o recurso adotado for uma contenção no leito – medida extremamente desagradável, à qual só se deve recorrer em último caso – temos o compromisso de acompanhar o paciente de perto, de preferência ficando a seu lado, ou, pelo menos, indo vê-lo e falar com ele em curtos intervalos de tempo.
- Quanto mais radical a medida tomada, maior a necessidade da presença e dos cuidados da equipe.
- O mesmo vale para um paciente que está sendo mantido no serviço à sua revelia, ou que foi medicado contra a sua vontade: cabe-nos demonstrar que também para nós foi muito ruim, porém inevitável, ter de chegar a este ponto.

Qual a frequência com que medidas deste tipo estão sendo adotadas no serviço de Saúde Mental?

- A resposta é um excelente indicador da qualidade e da eficácia do serviço. Quando o uso da força vai deixando de ser uma exceção para tornar-se freqüente, ou mesmo habitual, esse é um sinal eloqüente de problemas graves na lógica do trabalho.

- Nos serviços que funcionam bem, raramente surge a necessidade de obrigar o paciente a qualquer coisa. Pelo contrário, esta prática se torna constante naqueles que se instalam num modo de funcionamento autoritário e normativo.
- Devemos ter clareza na resposta a essas perguntas, pois o emprego deste tipo de medidas costuma acarretar uma perda de terreno no plano terapêutico – ou seja, dificulta a construção do vínculo com o paciente e sua adesão ao tratamento.
- Mais cedo ou mais tarde, de forma explícita ou implícita, o paciente que foi forçado a algo nos questionará a esse respeito. Assim, devemos poder demonstrar que, diante da situação em questão, realmente não restava outra saída.

7.4 VISITAS DOMICILIARES E OUTRAS FORMAS DE BUSCA DO PACIENTE

No tratamento dos portadores de sofrimento mental, não são incomuns as interrupções. Além do mais, como vimos, pode acontecer que o paciente se recuse a comparecer para o atendimento da Saúde Mental, embora sua família, seus vizinhos ou amigos ou o próprio profissional julguem necessária uma avaliação.

Propomos, a seguir, algumas abordagens deste problema, nas diferentes formas que pode assumir.

O não comparecimento a um atendimento agendado

Quando um paciente não comparece a um atendimento, sem justificar sua ausência, diferentes motivos podem estar em jogo: talvez se encontre tão bem que não se lembrou de vir, talvez se encontre tão mal que não conseguiu fazê-lo. Contudo, em qualquer caso, vale lembrar:

- É sempre importante lidar com os atendimentos agendados como um compromisso assumido entre o profissional, o paciente e, quando é o caso, a família.
- Portanto, o não-cumprimento deste compromisso, por qualquer uma das partes, não deve passar em branco: assim como o profissional deve avisar quando não puder comparecer, também o paciente e a família devem ser orientados a fazê-lo.
- Quando, ainda assim, o paciente não comparece, devemos procurar saber o que se passa. Esta atitude, recomendável em todos os casos, é particularmente importante no caso dos pacientes mais graves. Um telefonema do próprio profissional costuma ser a melhor maneira de fazer isto. Caso não seja possível, um bilhete pode ser levado pelo agente comunitário de saúde, ou através de um familiar ou vizinho.
- Se percebermos que o paciente não compareceu em virtude de um agravamento do seu quadro, devemos re-agendar seu atendimento para o mais breve possível.

A recusa do paciente em comparecer a uma avaliação ou atendimento

- Algumas vezes, ainda, apesar do nosso novo contato, aquele paciente que não veio ao último atendimento recusa-se a comparecer ao próximo. Outras vezes, famílias, vizinhos, ou agentes comunitários de saúde nos procuram para dizer que um determinado paciente, já conhecido ou não pelo serviço, encontra-se muito mal, mas não quer vir para uma avaliação.
- Nesses casos, a menos que se trate de uma urgência inadiável, um atendimento inicial à família costuma ser uma saída interessante. Ouviremos mais atentamente o que se passa, perceberemos qual a posição da família diante do paciente e de seu problema, detectaremos qual a necessidade e a premência de uma intervenção. Muitas vezes, depois deste contato, os familiares, tranqüilizados, conseguem trazer o paciente até nós.
- Certas vezes, o paciente recusa-se terminantemente a vir. Vejamos algumas destas situações:
 - A recusa provém de pacientes psicóticos que se encontram relativamente estabilizados, mesmo sem tratamento em Saúde Mental: nestes casos, devemos avaliar até que ponto uma intervenção de nossa parte será benéfica, ou, pelo contrário, prejudicial. As visitas do agente comunitário de saúde, seu contato com a família e com os vizinhos, costumam trazer aportes valiosos para a decisão de intervir ou não.
 - A recusa provém de um paciente que se encontra em situação grave, porém crônica: por exemplo, há muitos anos não sai de casa, passa a maior parte do tempo trancado no quarto, não cuida de sua higiene e de sua aparência, e assim por diante. Quando é assim, uma intervenção da equipe de Saúde Mental costuma ser necessária – começando, geralmente, por uma visita domiciliar. Não há propriamente uma situação de urgência no tempo: esta visita não precisa ser hoje ou amanhã. Podemos contatar a família, previamente, conhecendo de antemão aspectos importantes da situação e da história do paciente; desta forma, teremos elementos para abordá-lo e estabelecer um vínculo. Na primeira visita, esses pacientes podem recusar-se a nos receber, ou, o que é mais comum, não mostrar maior interesse em conversar conosco. Em tais situações, devemos caminhar sem pressa, no sentido de nos constituirmos aos poucos como uma referência para o paciente e sua família.
- Finalmente, o paciente pode recusar-se a vir ao atendimento por encontrar-se em crise intensa e aguda. Esta situação requer uma intervenção imediata da nossa parte. A visita domiciliar é essencial e deve resultar em medidas concretas que viabilizem o tratamento do paciente. Podemos convencê-lo a conversar um pouco, tomar uma medicação, ir conversar conosco no dia seguinte, enfim, podemos obter algum grau de adesão ao tratamento. Contudo, pode ser necessário,

eventualmente, recorrer a medidas que contrariam a sua vontade, como ter de medicá-lo à força, ou de levá-lo para a permanência-dia e/ou noite num serviço de Saúde Mental.

Algumas sugestões e orientações para a visita domiciliar, quando necessária

- É interessante ter o primeiro contato com o paciente num espaço mais neutro, que não caracterize logo de início uma entrada no interior de sua casa. Assim, podemos pedir que a família o avise de nossa presença, aguardando-o no passeio, na porta ou no alpendre. Contudo, se o paciente só aceita falar conosco dentro de sua casa, ou mesmo de seu quarto, aceitaremos a opção que ele nos dá.
- Se o paciente se recusa a nos receber, a nossa insistência em falar com ele naquele mesmo dia será proporcional à urgência da situação. Caso se trate de um paciente que já está no mesmo quadro há muito tempo, sem maiores riscos no momento, podemos mandar dizer-lhe que voltaremos num outro dia, ou que estamos à sua disposição quando precisar. Caso se trate de um paciente em crise aguda e grave, tentaremos abordá-lo – mesmo que seja preciso falar com ele através de uma porta fechada, mandar-lhe um bilhete, etc.
- Se o paciente em quadro de crise aguda e grave não aceita receber-nos, ou mostra-se pouco receptivo à nossa abordagem, mesmo assim costuma ser possível convencê-lo a aceitar ao menos parcialmente um tratamento. Por exemplo, pode não querer ir até o serviço naquele momento, mas aceitar uma medicação em sua casa. Nestes casos, podemos tentar estabelecer com ele algum tipo de continuidade do contato iniciado: marcar um dia em que poderemos voltar para vê-lo, ou para que vá ele próprio falar conosco.
- Quando o paciente recusa definitivamente qualquer ajuda, encontrando-se numa situação em que requer cuidados imediatos e urgentes, podemos considerar a possibilidade de medicá-lo ou levá-lo ao serviço de Saúde Mental, mesmo contra a sua vontade.
- Esta decisão não é só difícil de tomar, como também de executar: exige o uso a uma força física maior do que a que pode ser exercida pelos membros da equipe de Saúde Mental. Podemos recorrer a um outro tipo de serviço de Saúde – em muitos municípios, por exemplo, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) tem sido preparado para conduzir um atendimento destes casos, em parceria com outros serviços de utilidade pública, como o corpo de bombeiros, ou até mesmo a polícia.
- Contudo, muitos municípios não contam com serviços tipo SAMU. Nestes casos, não há alternativa, por vezes, senão acionar a polícia. Esta não é uma boa saída. Contudo, quando tivermos que recorrer a ela, deve ficar bem claro que se trata

de prestar auxílio a um problema de saúde, devendo os policiais envolvidos receber toda orientação necessária para tal – preferencialmente, com a presença e o acompanhamento de um ou mais membros da equipe responsável pelo paciente.

7.5 A ATENÇÃO À FAMÍLIA

A atenção à família do portador de sofrimento mental é um recurso valioso do projeto terapêutico. Vários motivos podem justificar a necessidade e o grau de intensidade desta atenção.

A posição dos familiares diante do portador de sofrimento mental é muito variável. Certas famílias costumam perceber que algo de grave está acontecendo, demorando a procurar ajuda; outras correm ao serviço de Saúde diante do menor problema. Algumas se demonstram solidárias e dispostas a participar; outras tendem à intolerância e à rejeição. Algumas podem manter-se disponíveis, porém mais discretas, deixando que o próprio paciente se expresse e dando à equipe liberdade de ação; outras por vezes interferem e eventualmente perturbam.

Variam, igualmente, a situação destas famílias. Algumas se encontram desestruturadas sob diversos aspectos, que vão das separações e das perdas importantes até dificuldades socioeconômicas graves. Outras se encontram fragmentadas em conflitos internos, com disputas e rivalidades muito evidentes. Outras são coesas, mas fechadas ao espaço social.

Enfim, não há um modelo-padrão para a família do portador de sofrimento mental ou para a forma de lidar com ele. Há apenas alguns aspectos que costumam ser comuns a todas elas.

Um deles é o desnorreamento diante de uma situação difícil de compreender e de lidar – que pode aparecer como angústia ou perplexidade, mas também como impaciência ou irritação.

O outro é a vergonha ou culpa – que pode também se manifestar de formas diversas – diante dos preconceitos que o sofrimento mental costuma suscitar. Neste contexto, a equipe de Saúde Mental tem um importante papel de mediação nas tensões e conflitos, muitas vezes freqüentes, entre o portador de sofrimento mental e seus familiares.

Alguns aspectos da atenção à família

- Sempre quando a família nos procura, convém recebê-la e escutá-la – preferencialmente, com o conhecimento e o acordo do paciente.
- Este contato, além de propiciar uma avaliação mais precisa da situação familiar, costuma ter um efeito de grande importância para tranquilizar a família e assegurar seu compromisso com o tratamento.
- Escutar e orientar a família não significa ensinar-lhe o que ela deve fazer.
- Eventualmente, certas orientações mais precisas podem ser necessárias; contudo, o mais importante não é dizer-lhes como agir, e sim ajudá-los a pensar nas próprias ações.

- Da mesma forma, escutar e orientar a família também não significa atender ao pé da letra certas demandas. Por exemplo, quando a família mostra sua ansiedade através de perguntas do tipo “Mas o que é que ele tem?”, o que importa, na maioria das vezes, não é citar um diagnóstico e, sim, fazer perceber que estamos prestando a devida atenção ao problema. Igualmente, quando sugerem “fazer um exame de cabeça”, o que os preocupa não é o exame em si, mas sim a certeza de que todas as medidas necessárias estão sendo tomadas.
- Nos casos de certos pacientes que parecem ter pouco ou nada a dizer – por exemplo, certos esquizofrênicos residuais, crianças autistas, etc – realizar uma parte do atendimento com a participação de um familiar pode ser um recurso interessante: vamos construindo assim a história do sujeito e, ao mesmo tempo, buscamos suscitar nele o desejo de retomar esta história com suas próprias palavras e ações.
- A parceria com a família é uma meta essencial num projeto terapêutico. Contudo, parceria não é sinônimo de cumplicidade: não devemos associar-nos à família em qualquer tipo de ação que despreze os direitos do paciente, mesmo que as intenções sejam ou pareçam boas.
- A frequência dos contatos com a família deve ser calculada de maneira tal que receba toda a atenção realmente necessária – sem, contudo, “tomar a cena” do paciente.
- Além de acolher a família quando ela nos procura, com o cuidado citado acima, há circunstâncias em que devemos também convocá-la. Por exemplo: quando sua colaboração é necessária para certos aspectos do tratamento (ajuda na administração da medicação, providências para obter um determinado documento, elucidação de um ponto importante que a fala do paciente não esclarece, etc); ou quando se mostra alheia ou ausente ao tratamento de maneira geral; ou, ainda, quando percebemos que as relações entre o paciente e a família encontram-se muito tensas ou hostis; e assim por diante.
- Muitas famílias que aceitaram para seus parentes portadores de sofrimento mental algumas medidas das quais discordamos – internações em hospitais psiquiátricos, eletrochoques, etc – só o fizeram porque não encontraram formas de atendimento diferentes desta. Cumpre-nos mostrar, não só por palavras, mas por atitudes, que existem outras saídas, viáveis e melhores. A grande maioria das famílias se mostra receptiva e grata a este estilo de abordagem.
- Certas vezes, contudo, por motivos diversos – por exemplo, uma internação prolongada que enfraqueceu os laços familiares – a família não se sente de forma alguma comprometida ou empenhada no tratamento do paciente. Em muitos casos, chega a agir de forma que realmente o prejudica – por exemplo, utilizando-se de uma pensão do paciente para fins que não o beneficiam, ou deixando-o em completo abandono, na rua ou no serviço de Saúde Mental.

- Nestes casos, devemos, naturalmente, tentar persuadir a família a agir de forma diferente. Contudo, se não o conseguirmos, cabe lembrar que existem órgãos de defesa dos direitos do paciente, que deve ser acionados em caso de necessidade.
- Durante as situações de crise costuma ocorrer um acirramento dos conflitos entre o paciente e seus familiares, gerando uma tensão por vezes incontrolável. Um objetivo importante de recursos como a permanência-dia e o pernoite consiste em diminuir um pouco essa tensão.
- Há certos cuidados que a família não consegue oferecer, pois competem aos profissionais de Saúde Mental; há outros, ainda, que causam um desgaste muito grande aos familiares, sendo preciso, pois, dividi-los com elas. Contudo, embora a equipe possa partilhar certos cuidados com a família, ou mesmo assumi-los temporariamente, não deve isentá-la das responsabilidades que lhe cabem.
- Quando a intensidade da crise dificulta extremamente o convívio sociofamiliar, pode-se indicar, por exemplo, alguns dias de permanência no serviço de Saúde Mental por 24 horas. Contudo, esse afastamento temporário entre paciente e família deve ser apenas aquele estritamente necessário para ajudá-los a aproximarem-se novamente.

7.6 O RECURSO AOS PSICOFÁRMACOS

7.6.1 Introdução

Considerações gerais sobre os psicofármacos

Temos como meta apresentar de forma simples e objetiva para o não-especialista algumas diretrizes para o tratamento com os psicofármacos. O que propomos aqui é apenas uma fonte inicial de aproximação do trabalho com esses medicamentos, incluindo uma breve descrição de suas classes terapêuticas, fármacos mais importantes e os fluxogramas de tratamento que vêm surgindo por meio da pesquisa científica contemporânea.

Contudo, é preciso ter em mente que há algo de diferente na prática da psicofarmacoterapia do que nos ensinam os fluxogramas de tratamento – de fato, há de se precaver contra qualquer instrumento que se proponha a facilitar demais a prática da clínica psiquiátrica.

A construção do conhecimento médico-científico atual tem se baseado precisamente na exclusão da singularidade e da subjetividade, privilegiando a observação distanciada de grandes coletividades agrupadas apenas por sintomas similares.

Os estudos controlados, randomizados e multicêntricos procuram na resposta estatisticamente significativa dos muitos casos do passado a idéia de um evento que possa repetir-se no novo caso, independente de sua particularidade. Os conhecimentos adquiridos em pesquisas dessa natureza são muito importantes, mas devem ser utilizados com consciência de suas limitações.

Enquanto a estatística amplia os números para diluir o que houver de singular, a clínica diária se interessa precisamente pela especificidade de cada caso, com sua subjetividade, história e contexto socioeconômico-cultural. De fato, um dado importante da prática clínica é justamente o ambiente não-controlado, muito diferente dos estudos que geraram os fluxogramas.

Cabe ao prescritor unir o conhecimento adquirido de uma coletividade construída artificialmente àquele contexto único de um sujeito vivo num determinado ponto de sua trajetória. Os fluxogramas e as indicações de tratamento devem ser vistos como um fio condutor ao mesmo tempo sólido e flexível, uma diretriz científica capaz de adaptar-se às exigências de uma clínica multidisciplinar, que considera a dimensão subjetiva em sua singularidade.

Ademais, não se pode esquecer uma questão fundamental: Os estudos psicofarmacológicos são, atualmente, fortemente controlados pela indústria farmacêutica e seus interesses. Assim, fazem-se passar por “científicas” muitas conclusões que não passam de *marketing* ou de propaganda.

Sendo assim, seria um engano acreditar que a psicofarmacoterapia se resume ao ato de saber prescrever a melhor indicação para determinado diagnóstico.

Todos os avanços científicos podem se perder se não houver disponibilidade para escutar exatamente o que cada cliente tem a dizer sobre seu sofrimento e as suas possibilidades de inserção dos medicamentos em sua vida cotidiana.

Da mesma forma, se as orientações de um tratamento proposto forem compreendidas de forma dúbia ou incerta, os benefícios possíveis da psicofarmacoterapia jamais serão alcançados.

O sucesso da abordagem farmacoterápica está relacionado à capacidade de construir soluções que venham a efetivar um contato adequado entre paciente e psicofármaco – uma tarefa que cabe a toda a equipe de saúde e não apenas ao prescritor.

Dificuldades de compreensão, de aceitação ou de execução correta de um tratamento podem ser causadas não apenas por aspectos inerentes à própria patologia psiquiátrica, mas também devido à situação social de risco vivenciada por muitos pacientes.

Tendo em vista que grande parte do tratamento necessariamente ocorrerá dentro dos espaços de convivência de cada paciente, a investigação dos recursos pessoais, familiares e comunitários possíveis deve fazer parte da abordagem inicial de qualquer caso.

Neste texto, vamos restringir-nos aos fármacos mais conhecidos e com maior tradição na experiência clínica. Vale lembrar que novos fármacos encontram-se em fase de pesquisa e mesmo em estágio inicial de uso; contudo, parece-nos preferível familiarizar o leitor com os medicamentos mais utilizados, remetendo-os à bibliografia especializada para outras informações.

Dificuldades de aderência a psicofarmacoterapia: aspectos práticos

Atenção ao grau de instrução

- De nada adianta fornecer receita pormenorizada para indivíduo analfabeto ou com pouca compreensão do que lê.
- Alguns usuários podem sentir-se inibidos em colocar suas dúvidas e dificuldades, se não houver uma atenção especial para essa possibilidade.
- Muitas vezes é preciso lançar mão de outros recursos – quadros desenhos, figuras, etc – que consigam ilustrar com clareza a forma de uso do psicofármaco em questão.

Compreensibilidade

- As receitas fornecidas ao paciente para auxílio no uso dos psicofármacos devem estar legíveis e com termos de fácil acesso – expressões como “12/12h”, “VO”, etc., podem ser totalmente enigmáticas para alguns.
- Se o recurso gráfico que ficará com o paciente é uma cópia de receita carbonada, é fundamental garantir que ela esteja claramente legível.

Choques entre proposta terapêutica e convicções pessoais ou culturais

- Alguns indivíduos e grupos sociais (particularmente os vários grupos religiosos) mostram-se avessos à idéia de qualquer psicofarmacoterapia, em especial se existe a necessidade de uso prolongado.
- É preciso conhecer e respeitar as convicções dos usuários e dos familiares, com o objetivo de introduzir a idéia de um tratamento capaz de somar-se a todos os demais esforços para uma existência mais plena e saudável, podendo coexistir tranqüilamente com todos eles.

Confusões freqüentes quanto ao uso de psicofármacos

- Um dado de extrema relevância, que, todavia, freqüentemente escapa ao prescritor, é a dura realidade concreta do uso dos psicofármacos, particularmente quando são necessários vários comprimidos em várias tomadas por dia e por longo período.
- Cor, formato, volume, peso e dosagem são as fontes possíveis de contato do leigo com os medicamentos. É preciso estar atento a interpretações equivocadas desses atributos, potenciais causadoras de mau uso.

- Um exemplo importante é o número absoluto de dosagem (número de mg, ml, UI, etc), freqüentemente utilizado como base de comparação para potência de medicamentos diferentes – ou seja, um comprimido de tioridazina de 100 mg seria equivocadamente interpretado como “mais forte” do que um de 5 mg de haloperidol.
- Além disso, os processos de licitação muitas vezes fazem com que psicofármacos equivalentes com aparências e nomes comerciais radicalmente distintos estejam disponíveis em momentos diferentes.
- Essa variação não raro conduz a confusões e mesmo recusa em manutenção de uso por pacientes não adequadamente informados.

Involuntariedade

- Certos pacientes eventualmente necessitarão de abordagens especiais, incluindo técnicas de contenção em situações que gerem risco significativo para o próprio usuário ou terceiros.
- Ajudar um paciente sem crítica de seu próprio estado a perceber os aspectos incômodos do mesmo (insônia, ansiedade, inquietação, piora dos relacionamentos interpessoais, etc) é fundamental no sentido de construir um vínculo positivo com o tratamento instituído, tornando-o voluntário.
- A escuta do paciente tem importância fundamental, estreitando vínculos com os serviços de saúde e auxiliando o paciente a construir novas possibilidades de relacionamento com os vários tópicos de sua vida cotidiana, incluindo a necessidade do uso prolongado de psicofármacos.
- As prescrições de depósito são um recurso importante diante de dificuldades maiores com aderência ao uso correto de prescrições diárias, mas não devem substituir o constante acompanhamento, visando a construir e consolidar o consentimento do paciente.

Efeitos colaterais

- Não se pode esquecer de que os psicofármacos – particularmente os neurolépticos, que possuem maior utilidade clínica – costumam ser desagradáveis para a grande maioria dos pacientes, além das suscetibilidades individuais que os tornam praticamente intoleráveis para alguns deles.

- Estes efeitos serão descritos separadamente para cada classe de fármacos.
- Contudo, devem ser considerados como um fator digno de consideração e de respeito na dificuldade de adesão ao tratamento, merecendo nossa atenção quanto às queixas dos pacientes a este respeito.
- Além de procurar minimizá-los na medida do possível, a discussão franca da relação custo-benefício é um importante fator para obter o consentimento e a participação do paciente quanto ao uso destas medicações.

Prescrições de longo prazo

- Numerosas recaídas observadas na clínica cotidiana estão relacionada com interrupção precoce dos psicofármacos, particularmente na chamada fase de manutenção, quando já se alcançou estabilidade psiquiátrica e o fármaco precisa ser mantido por mais tempo, usualmente na mesma dosagem e da mesma forma.
- De fato, é preciso admitir que a proposta psiquiátrica é muitas vezes difícil de ser seguida, tendo em vista efeitos colaterais, tempo prolongado de alguns tratamentos, etc.
- Sempre que existe necessidade de manutenção de psicofármacos por longo período, faz-se também preciso um significativo investimento de tempo e de esforços de toda a equipe de saúde no atendimento continuado destes pacientes, repactuando periodicamente os laços do usuário com seu tratamento.
- Não é demais lembrar a facilidade com que muitos de nós esquecemos doses ou mesmo abandonamos tratamentos medicamentosos, uma vez controlados os sintomas mais incômodos de um quadro clínico qualquer.
- O que se dirá, então, da necessidade de manutenção indefinida de psicofármacos em pacientes muito estáveis ou sem crítica alguma de sua condição? Os estabilizadores de humor, por exemplo, são rotineiramente prescritos em intercrises assintomáticas que podem prolongar-se por anos a fio.

Pontos fundamentais para boa prática em psicofarmacoterapia

Atenção à faixa terapêutica

- Diferentemente da prática clínica com outras classes medicamentosas, é comum observar certo temor dos clínicos quanto ao uso das doses terapêuticas preconizadas para os psicofármacos.

- Essa prática – além de expor os pacientes a potenciais efeitos colaterais sem oferecer os benefícios possíveis do tratamento – gera muitas vezes a institucionalização de prescrições de sub dosagens de forma crônica, sem revisão adequada por parte do prescritor.

Período de latência

- Os efeitos terapêuticos dos psicofármacos não se consolidam nos primeiros dias de uso; ao contrário, alguns desses medicamentos apresentam um período de latência de várias semanas.
- É fundamental estar ciente desse fato e discuti-lo com paciente e familiares no sentido de evitar erros comuns como aumento indevido de dose – expondo o usuário a maior probabilidade de efeitos colaterais – ou desistência precoce de determinada classe de medicação antes que os efeitos benéficos possam ser apreciados.

Comorbidades clínicas e interações medicamentosas

- A psicofarmacoterapia busca interferir num funcionamento psíquico perturbado por meio de uma intervenção química em um organismo biológico.
- Assim sendo, é preciso conhecer o histórico clínico daquele indivíduo, incluindo patologias clínicas atuais e pregressas, além de ter especial atenção a outras medicações em uso.
- Embora esse conhecimento seja fundamental para o médico prescritor já no momento da investigação diagnóstica, é crucial manter toda a equipe de saúde ciente das influências de outras patologias no campo da Saúde Mental, no sentido de não banalizar as queixas dos usuários, preconcebendo sintomas e sinais clínicos como pertencentes ao quadro psiquiátrico.

7.6.2 Os diferentes tipos de psicofármacos e suas aplicações clínicas

A) Os antipsicóticos

Alguns dados elementares

- Os antipsicóticos surgiram no início da década de 50 e trouxeram grandes contribuições ao tratamento dos portadores de sofrimento mental.

- Apesar de seus efeitos colaterais, por vezes de difícil tolerância, constituem o mais importante recurso psicofarmacológico no tratamento dos quadros mais graves de sofrimento mental, como as psicoses.
- Em termos estatísticos, os vários antipsicóticos possuem eficácia similar se usados em doses equivalentes, sendo possível utilizar qualquer um deles no tratamento de episódios psicóticos. Apesar disso, a clínica demonstra claramente que certos pacientes só respondem bem a determinados antipsicóticos, o que precisa ser avaliado de forma individual.
- Os primeiros antipsicóticos (chamados típicos ou convencionais) têm eficácia reconhecida no tratamento e no controle de recidiva dos sintomas psicóticos positivos, mas apresentam maior risco de desenvolvimento de efeitos colaterais extrapiramidais (ver quadro).
- Os antipsicóticos típicos são classificados em: alta, média e baixa potência. A potência é associada à mínima dose com ação antipsicótica eficaz; portanto, os de alta potência (por exemplo: haloperidol) são usados em dosagem equivalente menor. Antipsicóticos típicos de alta potência tendem a apresentar mais efeitos extrapiramidais, como antipsicóticos típicos de baixa potência tendem a apresentar maior incidência de efeitos anticolinérgicos e sedativos.
- Os antipsicóticos atípicos, além de demonstrarem eficácia comparável aos típicos no tratamento de sintomas positivos, têm menor incidência de efeitos colaterais extrapiramidais. Há indícios de melhores resultados no tratamento dos sintomas psicóticos negativos (apatia, afeto embotado, passividade, retraimento emocional e social, dificuldade de abstração, avolição, atenção prejudicada, anedonia). Seu alto custo tem limitado o uso desses medicamentos em saúde pública apenas aos casos com má resposta ao uso de antipsicóticos típicos.
- A clozapina é um antipsicótico atípico com eficácia superior aos demais em relação a efeitos positivos e negativos. Entretanto, seu perfil de efeitos colaterais e a necessidade de monitoramento hematológico limitam seu uso apenas aos quadros refratários a outros antipsicóticos.

Mecanismos de ação

Os antipsicóticos típicos

- São antagonistas de receptores dopaminérgicos, ou seja, parecem reduzir os sintomas psicóticos por meio da inibição da ligação da dopamina aos receptores dopaminérgicos D2.
- Os efeitos antipsicóticos parecem derivar dessa inibição na projeção dopamínica mesocortical, ao passo que os efeitos adversos parkinsonianos resultam do bloqueio do trato nigro-estriado. Outros efeitos adversos relacionam-se ao bloqueio de receptores colinérgicos, alfa-adrenérgicos e histamínicos.

Os antipsicóticos atípicos

- São antagonistas serotoninérgicos-dopaminérgicos, possuindo, cada um deles, diferentes combinações de afinidades pelos receptores; desconhece-se a contribuição relativa de cada interação com os receptores para a produção dos efeitos clínicos. Os limites do presente estudo não nos permitem a especificação dos receptores mais envolvidos na ação de cada um destes fármacos.

Indicações principais

- Esquizofrenia.
- Transtornos delirantes persistentes.
- Transtornos esquizoafetivos.
- Mania aguda, como coadjuvante de estabilizadores de humor.
- Coadjuvante no tratamento de depressões psicóticas.
- Sintomas psicóticos secundários ao abuso de substâncias.
- Agitação e sintomas psicóticos na demência.
- Agitação e sintomas psicóticos em outros transtornos mentais orgânicos

Os diferentes antipsicóticos

- Típicos: orais e de depósito.
- Atípicos.

QUADRO 7.1 ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS				
Nome do fármaco	Dose equivalente (Mg)	Dose Média (Mg/dia)	Faixa terapêutica (mg/dia)	Observações
Clorpromazina	100	250 – 600	50 – 1200	Baixa potência. Evitar uso em idosos e epiléticos. Sedativa. Risco de hipotensão.
Flufenazina	1 – 2	5 – 10	2,5 – 20	Alta potência. Atentar para reações extrapiramidais.
Haloperidol	2	5 – 10	2 – 20	Alta potência. Atentar para reações extrapiramidais.
Levomepromazina	120	100 – 300	25 – 600	Baixa potência. Evitar o uso em idosos e epiléticos. Muito sedativa. Risco de hipotensão.
Penfluridol	–	20 – 40	10-60	Dose semanal. Útil em pacientes pouco aderentes à prescrição oral diária.
Pimozida	2	2 – 4	1 – 8	Alta potência. Atentar para reações extrapiramidais.
Pipotiazina	–	20 – 50	10 – 100	Média potência. Atentar para reações extrapiramidais.
Tioridazina	100	200 – 300	50 – 600	Risco de retinopatia pigmentar em doses elevadas. Sedativa. Alguns autores a consideram com perfil de antipsicótico atípico.
Trifluoperazina	5	10 – 20	5 – 40	Média potência. Atentar para reações extrapiramidais.

QUADRO 7.2 ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS DE DEPÓSITO

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS DE DEPÓSITO		
Nome / apresentação	Freqüência de aplicação	Observações
Decanoato de haloperidol 50 mg/ml	15/15 ou 30/30 dias	1 amp IM / mês = 2,5 mg VO/dia
Enantato de flufenazina 25 mg/ml	15/15 dias	Dose oral X 2,5 = dose de depósito
Palmitato de pipotiazina 100 mg/ml	30/30 dias	Dose usual = 100 mg/mês

QUADRO 7.3 ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS			
Nome	Doses médias (mg/dia)	Faixa terapêutica (mg/dia)	Observações
Clozapina	300 – 450	200 – 500	Risco de agranulocitose e convulsões. Muito sedativa. Ganho de peso e sialorréia expressivos. Necessidade de controle hematológico (semanalmente nas primeiras 18 semanas e mensalmente após esse período).
Olanzapina	10 – 20	5 – 20	Sedativa. Ganho de peso. Frequentemente utilizada também como estabilizador do humor.
Quetiapina	400 – 600	25 – 750	Sedativa. Ganho de peso. Poucos efeitos anticolinérgicos. Boa escolha para idosos e pacientes debilitados.
Risperidona	4 – 6	2 – 8	Pode causar sintomas extrapiramidais em doses mais elevadas. Sedativa. Poucos efeitos anticolinérgicos. Boa escolha para idosos
Sulpirida	600 – 1000	200 – 1000	Por vezes utilizada em associação a outros atípicos potencializando efeito antipsicótico.
Ziprasidona	80 – 160	40 – 160	Insônia. Risco de arritmias cardíacas em pacientes com prolongamento do intervalo QT, IAM recente e ICC descompensada.

Efeitos adversos extrapiramidais e sua abordagem

- São mais freqüentes em antipsicóticos de alta potência, constituindo um aspecto extremamente desagradável do tratamento com essas substâncias.
- Vide quadros subseqüentes, para sua identificação e tratamento.

QUADRO 7.4 EFEITOS ADVERSOS EXTRAPIRAMIDAIIS

EFEITOS ADVERSOS EXTRAPIRAMIDAIIS		
Nome	Descrição	Manejo
Parkinsonismo (usualmente descrito como “impregnação”)	<ul style="list-style-type: none"> Hipertonia plástica (“sinal da roda dentada” – rigidez cedendo em etapas sucessivas frente à movimentação passiva de articulações) Acinesia (diminuição de movimentos, mímica facial, etc; pode ser confundida com depressão ou sintomas negativos) Tremor de repouso 	<ul style="list-style-type: none"> Buscar redução máxima de dose Se possível, utilizar antipsicótico com menor incidência de sintomas extrapiramidais. Se as orientações acima não forem possíveis ou suficientes, utilizar medicamentos antiparkinsonianos (ver quadro).
Distonia	<ul style="list-style-type: none"> Contrações involuntárias de, potencialmente, qualquer grupo muscular (pescoço, membros, tronco, face) Pode apresentar-se como crise oculógira, opistótono, torcicolo, abertura forçada da boca, protusão de língua, disartria, e trismo. Quadros agudos associados a uso recente são mais comuns do que apresentações crônicas. 	<p>Em crise aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anticolinérgicos ou anti-histamínicos IM (ex: 1 amp IM de biperideno ou prometazina) <p>Como profilaxia de novos episódios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Buscar redução máxima de dose. Se possível, utilizar antipsicótico com menor incidência de sintomas extrapiramidais. Se as orientações acima não forem possíveis ou suficientes, utilizar medicamentos antiparkinsonianos (ver quadro).
Acatisia	<ul style="list-style-type: none"> Inquietação motora (incapacidade de manter repouso por longo período, necessidade de mobilizar membros, levantar-se, etc) e subjetiva (sensação de inquietude e de ansiedade); Há associação com atuações auto e heteroagressivas; Se confundida com agitação psicomotora, não raro é equivocadamente tratada com incremento de dose antipsicótica, trazendo potencial piora do quadro. 	<ul style="list-style-type: none"> Buscar redução máxima de dose Se possível, utilizar antipsicótico com menor incidência de sintomas extrapiramidais. Se as orientações acima não forem possíveis ou suficientes, tentar medicação adjuvante: <ul style="list-style-type: none"> β-bloqueadores (ex: propranolol 40-80 mg/dia) Benzodiazepínicos (ex: clonazepam 0,5-3 mg/dia) Ciproheptadina 16 mg/dia Antiparkinsonianos (ex: biperideno 2-4 mg/dia – aparentemente menos eficazes:)
Discinesia tardia	<ul style="list-style-type: none"> Movimentos coreoatéticos, hiperkinéticos e repetitivos, principalmente no terço inferior da face, mas podendo potencialmente atingir qualquer grupo muscular (membros, tronco, etc); Usualmente pioram com ansiedade e melhoram com sono; São involuntários, mas podem ser suprimidos temporariamente de forma parcial com controle voluntário. 	<ul style="list-style-type: none"> Buscar redução máxima de dose Se possível, utilizar antipsicóticos atípicos, particularmente a clozapina; <p>Medicações adjuvantes ainda em estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vitamina E Bloqueadores dos canais de cálcio Antagonistas noradrenérgicos Benzodiazepínicos
Síndrome neuroléptica maligna	<ul style="list-style-type: none"> Reação relativamente rara e potencialmente muito grave ao uso de antipsicóticos. Tétrade clássica: rigidez muscular; febre; delírium; instabilidade autonômica (taquicardia, taquipnéia, sudorese, oscilações de PA) Deve ser tratada em ambiente clínico, por vezes em UTIs 	<ul style="list-style-type: none"> Suspender antipsicótico. Tratamento baseado fundamentalmente em medicação sintomática (antitérmicos, reposição hídrica, etc) e manutenção das funções vitais Medicações potencialmente úteis: benzodiazepínicos, relaxantes musculares (dantrolene) e agonistas dopaminérgicos

QUADRO 7.5 MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS PARA TRATAMENTO DOS SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS PARA TRATAMENTO DOS SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS			
Nome	Dose usual (Mg)	Faixa terapêutica (mg)	Observações
Biperideno	2	2 – 6	É o antiparkinsoniano mais usado entre nós. Anticolinérgico. Efeitos colaterais: Boca seca, constipação, visão borrada, retenção urinária. Evitar em idosos. Contra-indicado em glaucoma de ângulo estreito, obstrução intestinal, <i>miastenia gravis</i> e arritmias cardíacas significativas.
Triexienidil	5	5 – 15	Anticolinérgico. Efeitos colaterais e cuidados: similar biperideno, talvez mais intenso (menos seletivo).
Prometazina	25 – 50	25 – 100	Antihistamínico (algum efeito anticolinérgico). Sedativo, útil em insônia. Efeitos sobre alergias, náuseas e vômitos.

Outros efeitos adversos dos antipsicóticos

- Efeitos cardíacos: os antagonistas dopaminérgicos de baixa potência (clorpromazina, tioridazina), possuem maior cardiotoxicidade.
- Morte súbita: embora este seja um ponto controverso, há relatos na literatura de morte súbita associada ao uso destes medicamentos.
- Hipotensão postural: mais comum com os antipsicóticos de baixa potência, exigindo cuidados para o risco de desmaios e quedas.
- Efeitos anticolinérgicos periféricos: são comuns, consistindo em mucosas secas, visão borrada, constipações, retenção urinária, midríase (também mais comuns com os fármacos de baixa potência)
- Efeitos endócrinos: ocorre aumento na secreção de prolactina, o que pode resultar em galactorréia e amenorréia.
- Efeitos adversos sexuais: a anorgasmia e a redução da libido são efeitos adversos comuns, dos quais os pacientes freqüentemente se queixam.

- Ganho de peso: outro efeito adverso comum, que pode ser significativo em alguns casos.
- Efeitos dermatológicos: dermatite alérgica e fotossensibilidade ocorrem numa pequena percentagem de pacientes, sobretudo em uso de clorpromazina.
- Outros efeitos adversos: estão relacionados ao fármaco específico, nas tabelas que os apresentam.

Recomendações

- Deve-se preferir o tratamento com apenas um antipsicótico.
- Os antipsicóticos em geral são utilizados por via oral, preferindo-se dar a maior parte da dosagem diária à noite (para amenizar efeitos colaterais e melhorar o padrão de sono).
- Em pacientes que nunca usaram antipsicóticos é prudente iniciar o uso com doses menores e aumentar gradativamente, evitando a incidência de efeitos colaterais indesejáveis. Em geral, a dose inicial não deve exceder dosagens equivalentes a 5-10 mg diários de haloperidol.
- Pacientes jovens do sexo masculino apresentam maior tendência de desenvolvimento de efeitos colaterais extrapiramidais. Nesse grupo específico, pode ser interessante o uso de medicamentos antiparkinsonianos profilaticamente no início do tratamento (o biperideno é o mais utilizado entre nós com esta finalidade).
- Antipsicóticos convencionais de baixa potência costumam possuir efeitos sedativos importantes que muitas vezes limitam o uso de doses antipsicóticas eficazes. Apesar disso, podem ser úteis em pacientes agudamente agitados, por vezes em associação aos antipsicóticos de alta potência. É preciso cautela quanto ao uso em idosos e cardiopatas, dados seus efeitos cardíacos adversos (arritmias, hipotensão postural com risco de quedas).
- Em idosos, evitar antipsicóticos, com efeito anticolinérgico pronunciado (típicos daqueles de baixa potência), devido ao risco aumentado de quedas, constipação intestinal, retenção urinária, glaucoma e confusão mental com agitação psicomotora. Doses menores de antipsicóticos costumam ser necessárias para controle dos sintomas, sendo importante utilizar doses iniciais reduzidas e aumentá-las de forma mais lenta.
- Em pacientes epiléticos ou em risco de convulsões deve-se evitar os antipsicóticos de baixa potência, além da clozapina e da tioridazina. Nesses casos, preferir os de alta potência em doses menores (por exemplo: haloperidol) ou atípicos com menor influência no limiar convulsivante (por exemplo: risperidona).
- Pacientes pouco aderentes à medicação por via oral podem ser beneficiados pelo uso de formulações de depósito, sendo possível aplicações quinzenais ou mensais.

Uma outra possibilidade é o uso do penfluridol, um antipsicótico oral com meia-vida prolongada que permite uso de doses com até uma semana de intervalo.

- Constituem, ainda, uma forma mais segura de verificar se o paciente está tomando a medicação prescrita na dosagem indicada, quando o esclarecimento de dúvidas nesse sentido forem relevantes para o tratamento.

Manejo clínico durante a crise

- Os antipsicóticos possuem período de latência de aproximadamente 7 a 10 dias para o início de efeito terapêutico sobre a psicose, com seus efeitos plenos alcançados em geral por volta da terceira e oitava semanas de uso.
- Entretanto, os efeitos sedativos e os de redução da agitação e da ansiedade ocorrem logo no início do uso e aliviam o sofrimento psíquico do paciente.
- Se há melhora apenas parcial do quadro psicótico após as semanas iniciais de tratamento, está indicado aumento de dose até nível máximo tolerável pelo paciente, sempre dentro dos limites da faixa terapêutica, e com observação constante dos efeitos colaterais.
- Completadas mais 2 semanas com níveis máximos tolerados e não havendo boa resposta, é preciso alterar prescrição para outro antipsicótico, preferencialmente de outra classe.
- Atingida a dose adequada para debelar a crise, esta deve ser progressivamente reduzida, até a posologia adequada para a manutenção do paciente já estável.
- Pacientes não-responsivos a dois antipsicóticos de classes diferentes utilizados em dose suficiente e prazo adequado são considerados refratários e têm indicação para tratamento com a clozapina.

Manejo clínico na fase de manutenção

- O tempo de manutenção do tratamento com antipsicóticos depende fundamentalmente do quadro em questão, e das feições que adquire em cada paciente.
- A descontinuidade de antipsicóticos raramente é possível nas psicoses (esquizofrenia, transtornos delirantes persistentes, etc), sendo freqüentemente observada a persistência de sintomas ocasionais mesmo em pacientes adequadamente tratados. De fato, um fator comum de agutização de sintomas na clínica cotidiana é precisamente a interrupção de uso dos antipsicóticos sem indicação para tanto.
- A redução progressiva da dose após a estabilização do quadro deve ser promovida sempre quando possível, com observação atenta da evolução do paciente, e reajustes da posologia quando necessário. Pacientes que estejam assintomáticos por pelo menos dois anos após um primeiro episódio

psicótico podem beneficiar-se de uma lenta retirada do antipsicótico. Episódios subseqüentes sugerem maior cautela, prolongando o período de manutenção, mesmo em pacientes assintomáticos.

- A dose de antipsicóticos na fase de manutenção costuma ser bem menor do que a dose de ataque, consistindo na dose mínima necessária para manter o paciente estável, com a menor incidência possível de efeitos colaterais.
- Em quadros psiquiátricos orgânicos, particularmente nos delirium, os antipsicóticos podem ser suspensos assim que o quadro de base for tratado.

Informações sobre o acesso aos antipsicóticos atípicos

Estas informações constam no *Protocolo de medicamentos excepcionais para Esquizofrenia Refratária da Secretaria do Estado da Saúde* (Portaria SAS/MS no 846, de 31 de Outubro de 2002).

- Cinco antipsicóticos atípicos são disponibilizados gratuitamente pela Secretaria do Estado da Saúde para casos comprovados de refratariedade aos típicos em pacientes esquizofrênicos (de acordo com diagnóstico do CID-10).
- São eles: a risperidona, a olanzapina, a clozapina, a quetiapina e a ziprasidona
- São critérios de inclusão no protocolo atual:
 - a) Falha terapêutica da maior dose tolerável de duas classes diferentes de antipsicóticos típicos, respeitando o prazo mínimo de três meses consecutivos para cada medicamento, ou
 - b) Intolerabilidade excepcional aos típicos, marcada por:
 1. Discinesia tardia;
 2. Distonias graves;
 3. Acatisia com risco de suicídio;
 4. Síndrome neuroléptica maligna;
 5. Diagnóstico de prolactinomas;
 6. Câncer de mama prolactino-dependente.
- O protocolo atual da Secretaria do Estado da Saúde prevê uma ordem específica para fornecimento dos antipsicóticos atípicos.
- Um paciente refratário aos típicos terá inicialmente direito a utilizar a risperidona. Caso mostre-se refratário (3 meses de uso em doses máximas toleradas sem resposta) ou intolerante a esse fármaco, pode ter acesso ao uso de clozapina. Apenas se intolerante ou pouco responsivo a clozapina terá direito ao uso de olanzapina, ziprasidona ou quetiapina.

B) Benzodiazepínicos

Dados elementares

- Os benzodiazepínicos são caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorrelexantes.
- Estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, inúmeras vezes sem indicação adequada, constituindo um grave problema de saúde pública.
- São freqüentemente prescritos quando os médicos se sentem impotentes diante das queixas e sintomas dos pacientes. Ora, sua prescrição, como a de qualquer outro medicamento, só se justifica quando os sintomas são insuportáveis para o paciente, e não para o médico!
- Acarretam a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução, enquanto acreditar na potência mágica dos medicamentos.
- Quando bem indicados, mostram-se úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança – apresentando, contudo, muitas desvantagens.
- O uso continuado usualmente provoca o fenômeno de tolerância, com a necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos.
- A dependência química é um fenômeno potencialmente grave e relativamente comum nas unidades básicas de Saúde. Muitas vezes, usuários dependentes experimentam grande dificuldade até mesmo em considerar a necessidade de uma retirada gradual, alegando principalmente exacerbação de insônia e ansiedade.
- Quadros mais avançados de dependência podem manifestar síndrome de abstinência igualmente mais grave, lembrando a síndrome de abstinência alcoólica (tremores, agitação, sudorese, delirium, etc).
- É preciso atuar de forma preventiva, limitando o uso desses psicofármacos às suas verdadeiras indicações.
- Déficits cognitivos (diminuição de atenção, memória de fixação, etc) tendem a se instalar como conseqüência de uso prolongado.

Mecanismo de ação

- Os benzodiazepínicos ativam todos os três sítios específicos de ligação de ácido gama-aminobutírico-benzodiazepínicos (GABA-BZ) do receptor de GABA, o qual abre os canais de cloro, diminuindo o ritmo dos disparos neuronais e musculares.
- Daí os efeitos sedativos, miorrelexantes e anticonvulsivantes destes fármacos.

Indicações principais

- Ansiedade significativa por ocasião de reação aguda ao estresse.
- Insônia importante.
- Como drogas de segunda escolha nos transtornos ansiosos (transtornos ansiosos podem ser abordáveis apenas pelas intervenções psicoterápicas e outras, não-farmacológicas. Contudo, nos casos em que o tratamento medicamentoso realmente se impõe, os antidepressivos, e não os ansiolíticos, são as drogas de primeira escolha).
- Agitação e ansiedade em crises psicóticas.
- Coadjuvante no tratamento da mania (agitação, insônia, ansiedade).
- Coadjuvante no tratamento das síndromes extrapiramidais (particularmente acatisia).
- Síndrome de abstinência alcoólica.

Os diferentes benzodiazepínicos

Alguns dos benzodiazepínicos mais usados são mostrados no quadro abaixo

QUADRO 7.6 ALGUNS BENZODIAZEPÍNICOS

Nome do fármaco	Meia-vida	Faixa terapêutica	Dose usual	Observações
Diazepam	30-100	2.5-30	10 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil ansiolítico/insônia terminal ▪ Em caso de prescrição IM, a absorção é lenta e variável
	30-100	5-75	25 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil ansiolítico/insônia terminal
Lorazepam	6-20	0.5-6	2 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil intermediário ▪ Útil na catatonia, em idosos e em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (usar com cautela)
Clonazepam	30-100	0.5-8	0,5-2 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil intermediário ▪ Por vezes utilizado no tratamento da epilepsia e dos transtornos de humor
Bromazepam	8-19	1.5-20	3 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil ansiolítico
Alprazolam	6-20	0.5-2,0	0.5-2 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil indutor do sono ▪ Útil em transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico
Nitrazepam	17-28	5-20 mg	5-10 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil indutor do sono
Midazolam	1-5	7.5-30 mg	15 mg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil indutor do sono ▪ Baixo desenvolvimento de tolerância ▪ Prescrição IM útil em agitação

Efeitos adversos

- Sonolência
- Tolerância, dependência e abstinência (quando usados por mais de uma ou duas semanas)
- Com o uso prolongado, diminuição de atenção e de memória de fixação, comprometendo o desempenho cognitivo.
- Ingeridos com outras substâncias sedativas, podem causar depressão respiratória.
- Podem comprometer clinicamente a respiração em portadores de doenças pulmonares obstrutivas crônicas.
- Mais raramente, ataxia e tontura.

Manejo clínico

- Como regra geral, é preciso considerar o tratamento com benzodiazepínicos como temporário, tendo em vista o risco de dependência e suas conseqüências.
- Deve-se pensar bem antes de introduzir um benzodiazepínico: é realmente necessário? Não há outra opção? Em caso afirmativo, o médico prescritor deve já pensar de antemão na sua estratégia de retirada.
- É importante discutir o risco de dependência química com os usuários de forma clara e tranqüila desde o início de um tratamento. É boa prática anunciar a necessidade de uma futura retirada gradual já no momento da introdução desses fármacos.
- A insônia é um sintoma comum em diversas situações existenciais. Está presente em múltiplos quadros clínicos e psiquiátricos (transtornos de humor, ansiosos, psicóticos, dor e desconforto físico, síndrome da apnéia do sono, etc), não devendo ser confundida com um diagnóstico em si. A terapêutica deve ser voltada para o quadro de base. O efeito hipnótico (indutor do sono) de um benzodiazepínico pode ser útil como alívio sintomático em fases iniciais, particularmente quando associado a técnicas de higiene do sono (redução do consumo de cafeína, técnicas de relaxamento, prática de exercícios físicos leves, etc).
- A escolha entre os vários benzodiazepínicos é baseada principalmente em diferenças na farmacocinética (início, intensidade e duração do efeito). Por exemplo: alguns têm rápido início de ação e meia-vida mais curta para insônia inicial (perfil indutor do sono); outros têm meia-vida média para insônia intermédia e terminal (tentando evitar sonolência diurna); outros, ainda, têm meia-vida prolongada para auxílio no tratamento de quadros ansiosos (perfil ansiolítico).

- Idosos e crianças apresentam metabolização mais lenta dos benzodiazepínicos em geral e, portanto, têm maior predisposição a desenvolver efeitos colaterais mais graves e reação paradoxal (aumento de ansiedade e de agitação). Não raro é observado estado confusional em idosos devido a uso excessivo de benzodiazepínicos. Devido a diferenças quanto a via de metabolização, o lorazepam tem sido apontado como um benzodiazepínico mais seguro para uso em idosos.
- Muitas vezes, o paciente já nos chega como usuário crônico de diazepam, buscando essencialmente uma receita. O primeiro passo é a escuta e o estabelecimento de um vínculo com o paciente. A partir daí, pode-se alertá-lo quanto aos efeitos nocivos do uso contínuo desses fármacos, efetuando progressivamente a sua redução.
- A redução deve ser sempre gradual, tendo em vista a dependência psíquica e física geralmente associada ao uso crônico desses fármacos.
- Seja ou não possível a suspensão total, deve-se, sobretudo, mudar a forma de relação do paciente com o “remédio”, com o médico que o prescreve e com a equipe de Saúde.

C) Antidepressivos

Alguns dados elementares

- Assim como os benzodiazepínicos, os antidepressivos têm sido prescritos de forma abusiva e indiscriminada, como panacéia universal para os mais diversos problemas pessoais, familiares, sociais, etc.
- Portanto, seu uso não se aplica às situações de tristeza, infelicidade ou mal estar que ocorrem em diferentes momentos na vida das pessoas.
- Este uso é de indicação relativamente fácil nos transtornos psicóticos de humor (melancolia ou episódios depressivos graves em psicóticos).
- No caso de episódios depressivos em pacientes neuróticos, a prescrição pode estar indicada, mas sempre segundo critérios rigorosos: deve limitar-se àquelas situações em que haja alterações importantes do humor ou sentimento vitais (apatia, desânimo, desinteresse, tristeza vital), não passíveis de abordagem por outros métodos (psicoterapias, grupos de orientação e de debate, atividades culturais, etc), acarretando no momento prejuízos significativos para a vida do paciente.
- Embora possam ser usados em outros quadros que não os episódios depressivos, as precauções devem ser as mesmas: por exemplo, a inacessibilidade do sintoma a outras formas de abordagem, seu grau de insuportabilidade para o paciente, os danos efetivos que traz à sua vida no momento.

- Embora não provoquem os efeitos de abstinência física dos benzodiazepínicos, seu uso indevido, e por período de tempo indeterminado, aprisiona o paciente na posição de “doente” ou de “deprimido”, com conseqüências nocivas para sua vida.
- Ao optar pela prescrição inicial de antidepressivos, o médico deve estar cômico de sua responsabilidade, planejando o curso do tratamento como um todo, evitando introduzir por um período de tempo indefinido um fármaco que o próximo médico do paciente terá dificuldade em retirar.
- Os antidepressivos não substituem o atendimento e a escuta do paciente; pelo contrário, seu uso só tem sentido quando ajuda a viabilizar este atendimento e esta escuta.
- Os antidepressivos podem ser utilizados com sucesso no tratamento de diversas condições médico-psiquiátricas. A eficácia e a legitimidade clínicas de seu uso estão condicionadas à indicação correta do mesmo.
- O perfil de ação dos antidepressivos está circunscrito ao tratamento de quadros anômalo, geralmente não induzindo elevação de humor em indivíduos normais (não são euforizantes).
- Até o momento não foi comprovada a superioridade de uma droga sobre as demais quanto à eficácia em eliminar sintomas depressivos.
- Os critérios para escolha da melhor indicação envolvem diferenças quanto à ação em outros grupos sintomáticos (ansiedade, sintomas obsessivos, etc), características químicas (metabolização, excreção, etc), custo financeiro e, sobretudo, o perfil de efeitos colaterais.
- Uma droga eficaz na remissão de um episódio depressivo pregresso deve ser a de primeira escolha em um novo episódio depressivo. Esse mesmo raciocínio pode ser empregado se houver história familiar de boa resposta a determinado fármaco.
- Para uma resposta adequada é fundamental utilizar dosagens dentro da faixa terapêutica e respeitar tempo mínimo de uso.
- Se o paciente apresenta insônia, é interessante optar por utilizar um antidepressivo com perfil mais sedativo ou associar hipnóticos temporariamente. É importante lembrar que insônia é um sintoma comum da síndrome depressiva, tendendo a desaparecer com a progressão do tratamento.
- Uma vez consolidada a indicação para uso do antidepressivo e escolhida a melhor droga para o quadro em questão, é preciso indicar e manter o tratamento por um período mínimo de 6 a 8 semanas, tendo em vista o período de latência do efeito antidepressivo. Os primeiros resultados usualmente se observam após 7 a 15 dias de uso – trata-se do período mínimo de observação para concluir se o paciente responde ou não àquele medicamento.

- Se após 6 a 8 semanas não houve resposta ou esta foi insatisfatória, deve-se proceder um aumento de dose até níveis toleráveis para o paciente, sempre dentro dos limites da faixa terapêutica. Completadas novas 6 a 8 semanas e não havendo boa resposta, deve-se fazer uma tentativa com antidepressivo de outra classe e iniciar um novo ensaio clínico.
- Pacientes com depressão resistente a tratamento com vários antidepressivos em dose efetiva e tempo suficiente de uso devem ser encaminhados ao médico psiquiatra para outras estratégias.

Mecanismos de ação

O mecanismo de ação é distinto conforme os distintos grupos de antidepressivos, a saber:

- Inibidores da monoaminoxidase (IMAO): pouco usados atualmente.
- Tricíclicos e tetracíclicos (ADT): ainda bastante usados. Os tricíclicos são os antidepressivos disponíveis nos serviços públicos de Saúde.
- Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS): efeitos adversos menos significativos que os dos tricíclicos.
- Outros.

Tricíclicos (ADT)

- Sua ação terapêutica é atribuída ao bloqueio das bombas de recaptura de serotonina e noradrenalina.
- Os efeitos adversos devem-se ao bloqueio dos receptores colinérgicos muscarínicos, os receptores histamínicos H1, e os receptores alfa-1-adrenérgicos.

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)

- Como seu nome diz, inibem seletivamente a recaptação da serotonina.
- Não bloqueiam a recaptura da noradrenalina, sem prejuízo dos efeitos terapêuticos.
- Por outro lado, como não bloqueiam também os receptores colinérgicos, histamínicos e alfa-adrenérgicos, não apresentam os efeitos colaterais correspondentes.

Indicações principais

- Transtornos depressivos graves em pacientes psicóticos.
- Transtorno depressivo moderado em neuróticos (quando os sintomas afetam de forma significativa os diversos aspectos da vida do paciente).
- Transtorno do pânico (idem).
- Transtorno obsessivo-compulsivo (idem).

- Transtornos de ansiedade (idem).
- Fobia social (idem)

Os diferentes antidepressivos

Os diferentes antidepressivos são apresentados nos quadros a seguir.

Quadro 7.7 ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS: DOSAGENS E OBSERVAÇÕES

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS: DOSAGENS E OBSERVAÇÕES			
Droga	Dose usual (mg)	Faixa terapêutica (mg)	Observações
Amitriptilina	150 – 200	50 – 300	Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica, etc).
Clomipramina	150 --200	50 – 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
Imipramina	150 – 200	50 -300	Observar interações medicamentosas.
Nortriptilina	75 – 100	25 -150	Janela terapêutica (dosagem sérica): 50 – 150mg/dl Melhor tricíclicos para idosos.
Obs: No sentido de aumentar a tolerância aos efeitos colaterais dos tricíclicos, deve-se iniciar o tratamento com 25 mg e aumentar 25 mg a cada 2-3 dias até atingir nível terapêutico. Considerar o ensaio clínico iniciado somente após atingir dose terapêutica mínima.			

QUADRO 7.8 INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA

INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA: DOSAGENS E OBSERVAÇÕES			
Droga	Dose usual (mg)	Faixa terapêutica (mg)	Observações
Citalopram	20	20 – 60	
Escitalopram	10	10 – 30	
Fluoxetina	20	5 – 80	Meia vida prolongada; observar interações medicamentosas.
Fluvoxamina	100 – 300	100 – 300	
Paroxetina	20	10 – 50	Observar síndrome de retirada.
Sertralina	50 – 150	50 -200	

Temos ainda vários outros antidepressivos, com mecanismos de ações diversas. Contudo, dado seu uso ainda restrito na clínica, serão apenas citados aqui: a amineptina – tricíclicos atípico; maprotilina (tetracíclico); moclobemida e tranilcipromina (IMAO); mirtazapina, nefazodona, reboxetina, trazodona, venfalaxina, etc.

Efeitos adversos

Os efeitos adversos dos anti-depressivos mais usados são especificados no quadro abaixo.

QUADRO 7.9 ANTIDEPRESSIVOS: EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS E CONTRA-INDICAÇÕES

DROGA	ANTIDEPRESSIVOS: EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS E CONTRA-INDICAÇÕES
<p>IMAO (Inibidores da Monoamino Oxidase)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotensão postural ▪ SNC: insônia, agitação ▪ Sexuais: impotência, raramente retardo na ejaculação e anorgasmia ▪ Anticolinérgicos: menos intensos do que os tricíclicos ▪ Risco de crise hipertensiva: quando associado a alimentos ricos em tiamina ou drogas simpatomiméticas. Deve ser feito controle dietético rigoroso ▪ Risco de crise serotoninérgica: se associado a ISRS ▪ Contra-indicados em pacientes que não aderem à dieta, feocromocitoma, aneurisma cerebral
<p>ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SNC: ansiedade, agitação, cefaléia, insônia ou sonolência. Efeitos extrapiramidais (raro) ▪ TGI: náusea, vômitos, anorexia ou aumento do apetite ▪ Sexuais: anorgasmia, retardo da ejaculação ▪ Inibição do citocromo P-450, interagindo na metabolização de outras drogas ▪ Outros: erupções cutâneas, acne, alopecia
<p>Tricíclicos e Tetracíclicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotensão postural (por antagonismo alfa 1) ▪ Cardiotoxicidade ▪ Secura da boca, visão turva, constipação intestinal (efeitos anticolinérgicos em geral) ▪ Sexuais: diminuição da libido, impotência... ▪ Outros: diminuição do limiar convulsivo, aumento de peso, icterícia, reações exantemáticas, raramente agranulocitose ▪ Contra-indicações absolutas: IAM recente (3 – 4 semanas), bloqueio de ramo, prostatismo, retenção urinária, glaucoma de ângulo estreito, íleo paralítico ▪ Contra-indicações relativas: outras alterações da condução cardíaca ▪ História de convulsões ▪ Evitar em idosos.

Manejo clínico

- Sintomas depressivos podem estar presentes em diversos quadros clínicos, sendo fundamental realizar adequado diagnóstico diferencial (por exemplo: anemia, hipotireoidismo, desnutrição, etc).

- Os episódios depressivos apresentam elevado risco de reagudização dos sintomas se o tratamento é interrompido precocemente. Quando realmente houver indicação para uso de antidepressivos, é preciso mantê-los com a mesma dose necessária para a remissão do quadro inicial por alguns meses, mesmo com o paciente assintomático. Primeiro episódio depressivo, manter a farmacoterapia pelo período de 12 a 18 meses, segundo episódio, manter por períodos maiores de até 4 anos e episódios subsequentes, manter por tempo indeterminado, visto que o risco de recorrência é de 80 a 90%.
- Se o paciente está assintomático e a fase de manutenção foi cumprida, deve-se proceder a retirada do medicamento. A dose utilizada deve ser reduzida gradualmente, no sentido de minorar risco de sintomas de retirada. (Ex: diminuição de 25 a 50mg por mês para tricíclicos, 10mg por mês para os ISRS).
- Tendo em vista a necessidade de manter uso correto dos antidepressivos, é importante buscar mecanismos de promover a adesão ao tratamento, desde os primeiros momentos: acompanhamento psicoterápico, orientações quanto à latência para o início do efeito terapêutico, adequado manejo de efeitos colaterais, uso de doses diárias dentro da rotina do paciente, etc. Toda a equipe de saúde deve estar envolvida nesses esforços.
- A meia-vida dos antidepressivos usualmente permite uma única tomada diária. Apesar disso, pode ser mais conveniente o fracionamento da dose em função de efeitos colaterais.
- O risco de suicídio é inerente aos quadros depressivos moderados e graves, devendo ser investigado junto ao paciente de forma tranqüila e objetiva. Se há risco de tentativa de auto-extermínio, o fornecimento de antidepressivos (principalmente tricíclicos) deve ser feito em pequenas quantidades ou ficar em posse de um cuidador.
- Em idosos, iniciar com doses menores, aumentar a dose mais lentamente e usar doses mais baixas. Os tricíclicos têm perfil de efeitos colaterais desfavoráveis nessa faixa etária. Entretanto, se não houver melhor opção, optar pela nortriptilina (menor risco de efeitos anticolinérgicos e hipotensão postural).
- É importante salientar que, embora favoráveis na questão do preço, de modo geral não se tem segurança quanto à qualidade das drogas fabricadas em farmácias de manipulação.

D) Os estabilizadores de humor

Alguns dados elementares

- Os estabilizadores de humor são um grupo de substâncias químicas capazes de atuar nas elevações e nas depressões patológicas do humor, principalmente nos transtornos bipolares.

- Atualmente, a tendência ao abuso do diagnóstico de transtorno bipolar leva à prescrição também abusiva de estabilizadores de humor.
- O carbonato de lítio foi o primeiro estabilizador descoberto e permanece como droga padrão, tratando de forma eficaz episódios de mania, hipomania e de depressão em pacientes bipolares. Seu uso nas intercrises é reconhecidamente capaz de prevenir novos episódios de elevação do humor; contudo, as evidências de sua efetividade na prevenção de episódios depressivos é menos consistente.
- Baseando-se em teorias de que a repetição de episódios maníacos tende a ampliar o risco de novos episódios, inferiu-se uma comparação com episódios convulsivos. A partir daí foram realizados ensaios com anticonvulsivantes (por exemplo, a carbamazepina, o ácido valpróico, dentre outros) que demonstraram boa eficácia no tratamento do transtorno afetivo bipolar.
- Quadros marcados por alterações típicas do humor parecem responder melhor à litioterapia – mania, depressão e intercrise claras; particularmente quando se apresentam nessa ordem.
- Quadros caracterizados por episódios mistos ou ciclagem rápida parecem responder melhor ao tratamento com os anticonvulsivantes, particularmente o ácido valpróico.
- Histórico clínico, comorbidades e perfil de efeitos colaterais devem ser a base para a escolha da melhor indicação entre os estabilizadores do humor.

Mecanismo de ação

- Lítio: o mecanismo molecular dos efeitos estabilizadores do humor do lítio não é conhecido.
- Ácido valpróico: seus efeitos no transtorno bipolar podem dever-se a efeitos ainda indefinidos da droga sobre o sistema de transmissão do ácido gama-aminobutírico.
- Carbamazepina: os efeitos anticonvulsivantes seriam mediados pela ligação a canais de sódio voltagens dependentes nos estados inativos, prolongando sua inatividade, e assim reduzindo a transmissão sináptica. Não se sabe se estes mecanismos também resultam em estabilização do humor.

Indicações principais

- Todas as fases do transtorno afetivo bipolar: episódios maníacos, depressivos (associados ou não aos antidepressivos), mistos (principalmente anticonvulsivantes), e na fase de manutenção, como profilaxia de recidiva.
- Como potencializadores de efeito dos antidepressivos (particularmente o lítio)
- Transtornos esquizoafetivos
- Transtornos de descontrole dos impulsos (principalmente os anticonvulsivantes)

Os diferentes estabilizadores de humor

Os diferentes estabilizadores de humor são apresentados no quadro a seguir.

QUADRO 7.10 ALGUNS ESTABILIZADORES DE HUMOR

NOME DO FÁRMACO	DOSES MÉDIAS	OBSERVAÇÕES
Carbonato de lítio	900 a 2100	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar com 300mg 2 vezes ao dia, sendo possível aumentar no dia seguinte para 300mg 3 vezes ao dia, aumentando mais conforme necessidade. ▪ Após estabilização de dose oral, é possível utilizar dose total em uma única tomada, de acordo com tolerância. ▪ Dosagem sérica: 0,6 a 0,8 mEq/l em fase de manutenção; 0,8 a 1,2 mEq/l em fase aguda. Deve ser medida após 5 dias de estabilização da dose oral. Coletar sangue 12 horas após a última tomada. ▪ Efeitos colaterais comuns: acne, aumento do apetite, edema, fezes amolecidas, ganho de peso, gosto metálico, náusea, polidipsia, poliúria, tremores finos. ▪ Monitorizar toxicidade renal e tireoideana. ▪ Dose terapêutica próxima de níveis tóxicos, potencialmente graves. A intoxicação pode ser propiciada por diminuição da excreção renal (pode ser causada por dieta hipossódica e uso de diuréticos), desidratação, sensibilidade individual, além de doses excessivas. Manifestações precoces são disartria, ataxia e tremores grosseiros. ▪ Contra-indicado em insuficiência renal severa, bradicardia sinusal, arritmias ventriculares severas e insuficiência cardíaca congestiva. ▪ Avaliar custo/benefício em caso de gravidez ou hipotireoidismo.
Carbamazepina	400 -1600	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 2 dias para evitar efeitos colaterais. ▪ Dosagem sérica: 8 – 12 µg/mL. Coletar sangue 12 horas após a última tomada. ▪ Induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir dose em até 3-4x/dia. ▪ Efeitos colaterais comuns: ataxia, diplopia, dor epigástrica, náusea, prurido, sonolência, tontura. ▪ Fazer monitoramento laboratorial periódico para investigar principalmente disfunções hematológicas e hepáticas. ▪ Risco de hiponatremia: dosar sódio esporadicamente, principalmente se letargia, debilidade, náuseas, vômitos, confusão, hostilidade e anomalias neurológicas. ▪ Pode ser usada para potencializar o efeito do lítio quando a resposta é parcial. ▪ Múltiplas interações medicamentosas, interferindo no nível plasmático de outros medicamentos. ▪ Contra-indicado na insuficiência hepática, distúrbios hematológicos e gravidez (teratogenia bem estabelecida).
Ácido valpróico	750 -1500	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar com 250mg/dia e aumentar 250 mg a cada 3-4 dias para evitar efeitos colaterais, divididos em 2-3 tomadas diárias. ▪ Dosagem sérica: 45 e 125 µg/ml ▪ Embora a dose máxima proposta seja 1800mg/dia, alguns pacientes podem precisar de até 3g/dia para atingir níveis séricos terapêuticos. Não ultrapassar 60mg/kg/dia ▪ Efeitos colaterais comuns: náuseas, ganho de peso, sedação, tremores, queda de cabelo. ▪ Monitorar disfunções hematológicas e hepáticas ▪ Teratogenia bem estabelecida ▪ Primeira escolha em cicladores rápidos ▪ Contra-indicado na insuficiência hepática grave e gravidez.

Outros estabilizadores de humor

- O divalproato de sódio compartilha as propriedades terapêuticas, doses médias e os cuidados necessários ao uso ácido valpróico com menor incidência de efeitos gastrointestinais devido ao seu revestimento entérico.
- Outros anticonvulsivantes também utilizados em escalas menores na clínica psiquiátrica como estabilizadores de humor são a lamotrigina, gabapentina, a oxcarbamazepina e o topiramato.
- Os antipsicóticos atípicos têm sido freqüentemente utilizados como estabilizadores de humor, sendo possível uso em monoterapia ou em associação com os demais estabilizadores.

Efeitos adversos

Já relacionados no quadro 7.10

Manejo clínico

Já mencionado no quadro 7.10

7.6.3 Psicofármacos disponíveis no SUS

Para uma efetiva atenção em Saúde Mental nos diversos municípios do Estado, a distribuição de medicação pelas três instâncias de governo é imprescindível. A medicação em Saúde Mental padronizada pelo Ministério da Saúde (MS) é fornecida por três programas:

- Farmácia Básica
- Medicação Excepcional
- Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental. (PT-GM N°1.077 de 24/08/1999)

Cada um dos programas tem seu elenco de medicação a ser distribuída e seu próprio fluxo.

Deve-se lembrar que os municípios podem acrescentar outros medicamentos, conforme padronizações locais, utilizando seus próprios recursos financeiros.

Farmácia Básica

Os recursos financeiros, a padronização, a distribuição e a dispensação seguem as normas estabelecidas pelo programa que é administrado pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

São distribuídos os seguintes medicamentos:

- Ansiolítico: diazepam.
- Antidepressivos: amitriptilina e imipramina.
- Antipsicóticos: haloperidol 1 mg e haloperidol 5 mg.
- Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenitoína e fenobarbital.

Medicação Excepcional

Os recursos financeiros, a padronização, a distribuição, os protocolos, os processos e a dispensação seguem as normas estabelecidas pelo Programa de Medicação Excepcional do Ministério da Saúde, sendo administrados pela DAF da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

São distribuídos, conforme critérios estabelecidos pelo MS, os antipsicóticos atípicos:

- risperidona;
- clozapina;
- olanzapina.
- ziprazidona
- quetiapina

Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental

A Portaria MS/GMNº 1.077, de 24 de agosto de 1999 implanta o programa, prevendo para o mesmo recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, assim como a contrapartida dos Estados.

A administração do programa é feita pela GEAF e pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental (CESM). Cabe a CESM o levantamento das necessidades junto aos serviços, aos municípios e às Gerências Regionais de Saúde (GRS) para a compra e controle da distribuição e da dispensação dos medicamentos. As demais etapas do processo são acompanhadas pela DAF.

A padronização é a que se segue:

- Ansiolítico: clonazepan 02 mg;
- Antidepressivos: clomipramina 25 mg, nortriptilina 10 mg, nortriptilina 50 mg;
- Estabilizadores do humor: carbonato de lítio 300 mg, ácido valpróico 250mg;
- Antipsicóticos: clorpromazina 25 mg, clorpromazina 100 mg, haloperidol 5 mg, haloperidol solução oral, haloperidol decanoato;
- Antiparkinsonianos: biperideno 2mg.

Esses medicamentos são distribuídos para pessoas portadoras de transtornos mentais que se tratam nos programas municipais de Saúde Mental. Os serviços de Saúde Mental devem preencher uma planilha e enviá-la para sua respectiva secretaria municipal de saúde, que deverá consolidar os dados e enviar mensalmente para as GRS. Estas, por sua vez, devem enviar trimestralmente para a Coordenação Estadual de Saúde Mental o consolidado das Secretarias Municipais de Saúde de sua área de abrangência. A Coordenação Estadual consolidará as planilhas de todas as 28 GRS do Estado de Minas Gerais a fim de fazer a solicitação de compras.

Referências bibliográficas

BARROS, Elvino; STEFANI, Stephen Doral. *Clínica Médica: consulta rápida*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CORDÁS, Táki A.; MORENO, Ricardo A.; *Conduas em Psiquiatria*. 4 ed. São Paulo: Lemos Editorial. 2001.

CORDIOLI, Aristides Volpato. *Psicofármacos: consulta rápida*. 3 ed. Porto Alegre: Artemed, 2005.

EBERT, Michael H. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KAPLAN, Harold J., SADOCK, Benjamim, GREBB, Jack A. Virginia A. (editors). *Comprehensive textbook of psychiatry*. VII edition. Philadelphia: Willians & Wilkins. 1999.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec, 1999.

SCHATZBERG, Alan F.; NEMEROFF Charles B.; *Textbook of Psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998.

STAHL, Stephen *Psicofarmacologia. Bases neurocientíficas e aplicações clínicas*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1998.

VIII. ALGUMAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS EM SAÚDE MENTAL E SUA ABORDAGEM



8.1 O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O abuso de álcool e de outras drogas representa inegavelmente um grave problema da sociedade contemporânea – particularmente o alcoolismo, considerando que 12 % da população adulta, em algum momento da vida, têm problemas associados ao uso de álcool, e 6% são dependentes.

Essa situação é assumida como grave problema de Saúde Pública pelo Ministério da Saúde, que afirma considerar sua abordagem como responsabilidade de todos os níveis de atenção do SUS. Conforme o documento *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e de Outras Drogas*, a universalidade de acesso, a integralidade e o direito à assistência devem ser assegurados a esses usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

Esse importante reconhecimento do Ministério da Saúde não nos deve fazer esquecer que o abuso de álcool e de outras drogas, por sua gravidade e abrangência, não admite soluções apenas no campo da Saúde, mas deve envolver uma abordagem amplamente intersetorial, que trate dos problemas da violência urbana, das injustiças sociais, das graves desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à cultura.

8.1.1 Alguns princípios para a abordagem dos usuários de álcool e de outras drogas

- O modelo da redução de danos, sem preconização imediata de abstinência, tem se mostrado a estratégia mais adequada para essa abordagem, por resgatar o usuário em seu papel auto-regulador.
- Deve-se promover o acesso e a garantia de atendimento nos serviços mais próximos do convívio social de seus usuários: as unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e de Outras Drogas (CAPS ad), leitos em hospital geral, etc.
- É necessário desconstruir o preconceito segundo o qual todo usuário de droga é um doente e/ou delinqüente, que requer internação e/ou prisão.
- A mobilização da sociedade civil é fundamental: deve-se oferecer-lhe condições de participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais.
- Convém incentivar iniciativas locais, em parcerias entre organizações governamentais e não-governamentais, que possibilitem o acesso a atividades sociais, esportivas, artísticas.

- Deve-se promover políticas sociais de habitação, trabalho, lazer, esporte, educação, cultura, enfrentamento da violência urbana, assegurando a participação intersetorial em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada.
- É preciso rediscutir com seriedade os critérios, muitas vezes arbitrários e confusos, que distinguem drogas lícitas e ilícitas, assim como a criminalização do usuário de drogas – efetuando, quando necessário e justo, modificações nas legislações vigentes.

8.1.2 O uso abusivo de álcool e outras drogas e sua abordagem

Entenderemos aqui por uso abusivo de álcool e/ou outras drogas o uso compulsivo e freqüente desta(s) substância(s), que o usuário tem dificuldade em manter sob controle, acarretando abandono de outros interesses e danos para a sua vida afetiva, social e profissional.

O uso abusivo de álcool pode provocar tolerância, caracterizada pelo aumento da quantidade em busca do mesmo efeito, assim como sintomas de abstinência após suspensão brusca do seu uso. Nesses casos, falamos em *dependência*.

O abuso de álcool pode evoluir para outras manifestações clínicas, que descreveremos mais adiante. Contudo, esse uso por si mesmo constitui um problema clínico importante, pelos danos que traz à vida do paciente e de seu círculo sociofamiliar.

Algumas observações importantes para a abordagem do usuário de álcool e outras drogas

- O abuso de álcool e de outras drogas relaciona-se, muitas vezes, a uma compulsão intensa (“fissura”), que pode ou não ser agravada por fatores sociais. Mas pode ser também apenas um hábito socialmente adquirido, que a pessoa vem a abandonar ou a substituir por outros, sem maiores dificuldades. Daí a importância da atenção à particularidade de cada caso, e às diferentes maneiras de relação dos usuários com as drogas.
- Tanto neuróticos como psicóticos podem fazer uso abusivo de substâncias psicoativas. No caso dos segundos, esse abuso pode estar relacionado a uma tentativa de aliviar os próprios sintomas da psicose.
- Devemos lembrar-nos sempre que a compulsão a usar álcool não é diferente, em sua essência, de outros tipos de compulsão como: jogar demais, comer demais, comprar demais, etc. Portanto, devemos evitar posturas moralistas relativas ao álcool, substituindo-as por uma interrogação: por que o ser humano pode, em dadas circunstâncias, fazer deliberadamente certas coisas que o prejudicam? Avançamos no tratamento, quando conseguimos partilhar com o paciente esta preocupação.

- Nos casos mais graves, os usuários costumam ter grande dificuldade em admitir a existência de problemas em sua relação com as substâncias psicoativas, tendendo desde a negar o seu uso até a minimizar a frequência e a gravidade do mesmo. Contudo, o fato de que o usuário não admita seu problema com álcool e outras drogas não dá ao profissional o direito de recusar-se a recebê-lo, ou tratá-lo de forma agressiva ou preconceituosa. Cumpre sustentar seu direito ao atendimento.
- As orientações claras e objetivas sobre os danos conseqüentes ao abuso de álcool e de outras drogas costumam ser importantes. Contudo, conselhos insistentes, recomendações exigentes, apelos morais e atitudes afins, apenas repetem para o paciente aquilo que ele já se cansou de ouvir, inclusive de si mesmo.
- A experiência tem mostrado que os tratamentos baseados na preconização imediata da abstinência não são bem sucedidos: embora o paciente possa responder bem num primeiro momento, a tendência costuma ser, mais cedo ou mais tarde, o reinício do uso da substância. O conhecimento, por parte dos usuários, dos danos que lhes causam o álcool e outras drogas, e a busca de estratégias para reduzir estes danos, podem fazer a diferença no sentido da aderência ao tratamento.
- A *estratégia da redução de danos* tem se mostrado mais interessante e efetiva: respeitando as particularidades de cada caso e levando aos poucos o sujeito a reconhecer os problemas que o abuso da substância lhe traz, podemos ao menos esperar que ele estabeleça, com a nossa ajuda, uma outra forma de relacionar-se com o álcool ou com a droga: por exemplo, beber em menor quantidade, e/ou disciplinar dias e horários de bebida; ter cuidados com o uso de seringas descartáveis e individualizadas no caso de drogas injetáveis; e assim por diante.
- Em todos os casos graves de uso abusivo de álcool e de outras drogas, o tratamento é difícil, exige tempo e paciência. Não tem sucesso garantido *a priori*: por isto mesmo, os resultados mais modestos são bem-vindos, podendo apontar para possíveis progressos futuros.
- Assim, em hipótese alguma, devemos recusar atendimento ao paciente porque ele “*não quer parar de beber*”, ou porque “*já fizemos de tudo e nada deu certo*”. Cuidamos de qualquer pessoa doente enquanto ela permanecer doente e necessitar de atendimento, usando para isto os meios que estiverem ao nosso alcance.

8.1.3 Algumas manifestações clínicas do abuso de álcool e outras drogas

Como vimos, o abuso de álcool e outras drogas pode ser em si mesmo um grave problema, de tratamento necessário e difícil. Contudo, este abuso pode ou não ser acompanhado de outras manifestações clínicas, que descreveremos a seguir.

Tendo em vista a importância epidemiológica e clínica do alcoolismo, preponderante em relação ao abuso de outras drogas, dividiremos essas manifestações em duas partes: as manifestações clínicas do abuso de álcool, e as manifestações clínicas do abuso de outras drogas.

Algumas manifestações clínicas do alcoolismo

Essas manifestações serão situadas aqui em três grupos:

- a) Transtornos mentais agudos e sub-agudos;
- b) Transtornos amnésicos;
- c) Transtornos orgânicos.

a) Transtornos mentais agudos e sub-agudos

Intoxicação alcoólica

- É o quadro que conhecemos como embriaguez – ou seja, o paciente se encontra sob efeito intenso de bebidas alcoólicas recentemente ingeridas.
- Eventualmente pode causar depressão respiratória, levando ao coma e à morte.
- A intoxicação leve e moderada não necessita de tratamento especial.
- Em quadros de intensa agitação ou agressividade, está indicado o emprego de um neuroléptico. Convém lembrar que esses tranquilizantes são indicados nos quadros de agitação, porém não devem ser utilizados nos sintomas que constituem a síndrome de abstinência.

Síndrome de abstinência alcoólica

- É um quadro relativamente freqüente, em que se manifestam sintomas físicos – tremores, sudorese, convulsões, taquicardia – e psíquicos – ansiedade, pesadelos, alterações do nível da consciência acompanhada de alucinações (*onirismo*).
- Contudo, quadros clínicos semelhantes podem surgir não num período de abstinência, mas também, segundo Henri Ey e outros autores, por ocasião de um aumento importante na ingestão de bebida.
- De qualquer forma, esses quadros aparecem sempre sobre um fundo de intoxicação crônica
- Os benzodiazepínicos são um recurso terapêutico importante.
- Pode manifestar-se de forma aguda (*delirium tremens*) ou sub-aguda (*delirium alcoólico sub-agudo*), como veremos abaixo.

Delirium tremens

- É a forma mais grave e aguda da síndrome de abstinência alcoólica.
- Sintomas psíquicos: manifesta-se um estado intensamente alucinatório, sobretudo na esfera visual; intensa desorientação no tempo e no espaço, agitação psicomotora.
- Sintomas orgânicos: ocorre um tremor intenso e generalizado, com elevado aumento da temperatura.
- O *delirium tremens* é um quadro que comporta risco de vida, na ausência de tratamento adequado.

Delirium alcoólico sub-agudo

- É a forma sub-aguda da síndrome de abstinência alcoólica.
- Do ponto de vista somático, o estado geral não está gravemente afetado.
- Os sintomas psíquicos, porém, são do mesmo tipo: o paciente vive intensamente suas alucinações. Acredita ver pequenos animais em seu corpo ou próximos de si – as zoopsias – ou vê-se envolvido em cenas de violência e terror. Há baixa de nível de consciência (não necessariamente acentuada), com desorientação e prejuízo da atenção.
- A evolução é favorável, caminhando para a cura em poucos dias.

Alucinose alcoólica

- São quadros nos quais, por um lado, a orientação é preservada, não havendo alterações significativas do nível de consciência
- Por outro lado, a atividade alucinatória predominante é auditiva, e não visual, sobrevindo quase sempre à noite.
- A evolução costuma transcorrer em dias ou semanas, caminhando para a cura, com desaparecimento das alucinações.
- Preferencialmente, usa-se benzodiazepínicos; mas não se descarta o recurso a antipsicóticos, particularmente o haloperidol, em baixas doses.

b) Transtornos amnésicos

- Seu aspecto essencial é uma perturbação da memória causado pelo uso pesado e prolongado de álcool, geralmente após os 35 anos.

- São causados pela deficiência de tiamina, conseqüentes aos maus-hábitos alimentares ou aos problemas de absorção desta substância que costumam acompanhar o alcoolismo.
- A *síndrome de Wernick*, ou encefalopatia alcoólica, caracteriza-se pelos sintomas agudos e reversíveis: transtorno de memória, sintomas neurológicos agudos – ataxia, afetando a marcha; disfunções do equilíbrio; várias anormalidades da motilidade ocular. O quadro inicial responde rapidamente a altas doses de tiamina parenteral.
- A síndrome de Wernick, porém, pode evoluir para a *síndrome de Korsakoff*: uma síndrome amnésica crônica, que prejudica, sobretudo o funcionamento da memória recente. Apenas 20% dos casos são reversíveis. O tratamento se faz com tiamina oral.
- A detecção precoce de uso abusivo de álcool e a administração de tiamina podem ser consideradas importante intervenção para a redução de danos da síndrome de Wernick entre os usuários de álcool.

c) Transtornos orgânicos

- Devemos sempre ter em mente que o alcoolismo freqüentemente causa, precipita ou agrava doenças orgânicas.
- Sugerimos a investigação e o tratamento destes aspectos, assim como toda atenção quanto às condições físicas do paciente.

Algumas manifestações clínicas do abuso de outras drogas

As drogas são classificadas conforme sua ação no Sistema Nervoso Central como:

- Depressoras: álcool; opiáceos (morfina, heroína, codeína, meperidina), barbitúricos, inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores, etc.) e ansiolíticos.
- Estimulantes: anorexígenos, cafeína, nicotina, cocaína e crack.
- Perturbadoras: mescalina, maconha, chá de lírio, LSD, êxtase.

As drogas que provocam manifestações clínicas mais significativas são as depressoras por apresentarem dupla dependência, física e psicológica – acarretando efeitos de tolerância e abstinência.

Estas manifestações dividem-se em quatro tipos:

- A *intoxicação*, ou seja, os efeitos imediatos que se seguem ao uso da droga.

- A *síndrome de abstinência*, que pode assumir feições específicas no caso de algumas drogas, mas se caracteriza, em geral, por ansiedade, irritabilidade, tremor, distúrbios do sono, pesadelos, sudorese, taquicardia.
- O *delirium*, com características semelhantes aos demais quadros de *delirium*, já estudados nesta Linha-Guia.
- O *transtorno psicótico*, ou seja, transtornos que apresentam sintomas *semelhantes* aos das psicoses, como ideação persecutória, sob um fundo de clareza de consciência. Contudo, esses quadros costumam ser transitórios e reversíveis.

8.1.4 O percurso do usuário de álcool e de drogas na rede de assistência à Saúde

São distintas as formas de atendimento e os tipos de serviço requeridos pelo usuário de álcool e de outras drogas, conforme as peculiaridades de sua condição num momento dado.

A unidade básica de Saúde

A unidade básica de Saúde tem uma atuação de grande importância, sob os seguintes aspectos:

- Promoção de atividades coletivas e intersetoriais, que visem a prevenir o alcoolismo (atendimento a grupos de risco, debates, atividades culturais, etc).
- Identificação dos casos mais recentes e menos graves de abuso de álcool e de outras drogas, pela equipe do PSF, com a ajuda da equipe de Saúde Mental. Nestes casos, são maiores as chances de sucesso do tratamento, que devem abranger os aspectos físicos, psíquicos e sociofamiliares envolvidos.
- Tratamento, pela equipe do PSF, das doenças orgânicas associadas ou causadas pelo alcoolismo.
- Atendimento, pela equipe de Saúde Mental, daqueles casos um pouco mais graves, incluindo: a construção de uma demanda de redução de danos, pelo atendimento individual com um profissional de Saúde Mental; tratamento de casos relativamente brandos de síndromes de abstinência (*delirium*) e transtornos psicóticos relacionados ao uso abusivo de álcool e de outras drogas.
- Encaminhar casos que exijam atendimento de maior complexidade para os serviços adequados.
- Receber os usuários encaminhados por esses outros serviços, quando se encontrem em condições de tratamento na unidade básica.

O CAPS-ad

Os CAPS-ad, instituídos pela portaria ministerial nº 336 de 10 de fevereiro de 2002, já funcionam em diversos municípios brasileiros. Vejamos algumas de suas funções mais importantes:

- Acolher em regime intensivo (permanência no serviço em todos os dias da semana), semi-intensivo (idem, por alguns dias da semana) ou não-intensivo (apenas alguns dias do mês), aqueles usuários que estão usando álcool e drogas de forma excessiva e perigosa.
- Buscar o consentimento e a participação do usuário em seu tratamento.
- Ajudá-lo a minimizar ou a suspender o uso descontrolado de álcool e de outras drogas, limitando, ao menos provisoriamente, o acesso irrestrito a estas substâncias, a proximidade do ambiente do narcotráfico, a frequência do grupo junto ao qual bebe ou usa drogas, etc.
- Oferecer, como nos outros CAPS, vinculação e atendimento individual com o técnico de referência, e acesso aos outros recursos previstos no projeto terapêutico (medicamentos, acompanhamento clínico, atividades socializantes, oficinas, grupos, etc).
- Promover a inserção do usuário em outros equipamentos e espaços sociais (escolas, centros de convivência, atividades culturais, esportivas, de lazer e outras).
- Estimular a organização destes usuários em associações de defesa de seus direitos de cidadania.
- Encaminhá-los para outros serviços de maior complexidade quando necessário (por exemplo, casos de maior gravidade clínica para os hospitais gerais).
- Encaminhá-los para a unidade básica, quando chegar o momento adequado, para continuidade do tratamento.
- Manter as portas abertas para o usuário, a cada vez que ele necessite de um novo período de afastamento das drogas, compreendendo que as recaídas são frequentes e devem ser tratadas.

Hospitais gerais, serviços de urgência clínica e outros

Os usuários de álcool e de drogas costumam sofrer sérias discriminações nestes serviços, sendo encaminhados sumariamente para serviços de Saúde Mental, mesmo quando apresentam problemas clínicos graves e urgentes. Contudo, cumpre-lhes atender:

- Casos de abstinência de álcool ou drogas em que a sintomatologia clínica seja grave.
- Qualquer tipo de intercorrência ou de doença orgânica do usuário de álcool e de drogas, relacionadas ou não ao alcoolismo e à drogadição que necessitem de cuidados clínicos intensivos.
- Além disso, deve-se lembrar que a elucidação diagnóstica de muitas das doenças associadas ou causadas pelo abuso de álcool e de drogas requer exames complementares mais complexos e atendimento especializado a nível secundário.

- O acesso a esse nível de cuidados é um dos problemas importantes vividos pelo SUS. Contudo, devemos procurar assegurá-los, na medida do possível, para os pacientes que deles necessitem, sem discriminar os usuários de álcool e de drogas.

8.2 ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Historicamente, o Estado brasileiro não tem se responsabilizado pela assistência em Saúde Mental para crianças e adolescentes, deixando-a habitualmente a cargo de instituições filantrópicas e religiosas.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, a promulgação da lei nº 10.216 e o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental apontam para a construção de uma nova política de atenção à Saúde Mental para a criança e para o adolescente, de caráter intersetorial, inclusiva, com base territorial, garantindo a integralidade e a equidade.

Tal política toma como princípio os direitos adquiridos no Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo-os como sujeitos de direitos e responsabilidades e considerando-os, do ponto de vista clínico, como sujeitos singulares, que devem ser abordados a partir desta condição.

A construção coletiva dessa política, com a participação de todas as partes envolvidas – profissionais das áreas da saúde, assistência social, direito, escolas, cultura, usuários e familiares – é que vai garantir a sua efetiva implementação.

8.2.1 Prioridades para a atenção da Saúde Mental da criança e do adolescente

Baseia-se nos mesmos princípios estabelecidos para o adulto, no que se refere ao resgate e à construção da cidadania e aos princípios do SUS; constitui, porém, uma clínica específica, com áreas de atuação, espaços de interlocução com outros setores, demandas e condutas próprias.

Indicadores de prioridades clínicas

- Neuroses graves.
- Psicoses.
- Autismo.
- Tentativas de auto-extermínio.
- Envolvimento em situações graves: violência doméstica, abuso sexual, abandono, maus-tratos, e outras situações que estejam causando danos à sanidade mental da criança.

8.2.2 Avaliação clínica

Como no caso de qualquer sujeito, a história e o exame da criança e do adolescente devem considerá-los singularmente, levando em conta os impactos do sofrimento psíquico em sua subjetividade.

A anamnese deve conter o maior número de dados que auxiliem na detecção do problema. Deve-se identificar também aspectos relacionados à socialização da criança e do adolescente, bem como fatores que propiciam sua exposição a riscos e sua vulnerabilidade social. Convém observar: constituição familiar e história de vida, como gestação, nascimento e amamentação; aspectos que possam ter ocasionado atraso de desenvolvimento; dificuldades familiares, desempenho escolar, sono, alimentação, controle dos esfíncteres; alterações de humor, de comportamento e história familiar de doenças e de outros agravos.

Frente à presença de alguns dos sintomas descritos acima, investigar: início e duração; frequência; intensidade; circunstâncias em que ocorrem; manejo familiar do problema; fatores que amenizam e exacerbam os sintomas; tratamentos anteriores; intercorrências orgânicas; doenças crônicas, etc.

8.2.3 Alguns critérios para o encaminhamento da criança e do adolescente ao atendimento em Saúde Mental

- Crianças portadoras de algum tipo de deficiência (auditiva, física, mental, visual, múltipla) devem ser acolhidas e avaliadas pelas Equipes de Saúde Mental quando apresentarem uma questão ou um sintoma bem definidos em relação à Saúde Mental.
- Crianças vítimas de violência podem apresentar sinais de sofrimento psíquico que exijam um cuidado da Saúde Mental; entretanto, o fato de ter sido vítima de algum tipo de violência não constitui por si só uma demanda ao serviço de Saúde Mental.
- Crianças e adolescentes com variados problemas na escola – dificuldades de aprendizagem, de comportamento e de atenção – não devem ser encaminhadas de forma automática para a Saúde Mental, e sim, apenas quando esses problemas forem realmente significativos de um distúrbio psíquico.
- Todas as ocorrências de tentativas de auto-extermínio apontam para uma condição de gravidade. Devem ser acolhidas e avaliadas pelas equipes de Saúde Mental em qualquer nível de estruturação, seja nas unidades básicas, nos ambulatórios, nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis – os CAPSi – ou outros.
- Pacientes em crise devem ser acolhidos imediatamente, também em qualquer nível de organização do serviço de Saúde Mental, acionando-se os recursos necessários e disponíveis (clínica médica, urgência psiquiátrica, recursos comunitários, familiares, etc). O encaminhamento para serviços de maior complexidade, como os CAPSi, deve ser feito, sempre que possível, por um profissional da Saúde Mental.

8.2.4 O percurso da criança e do adolescente na rede de Saúde Mental

- Preferencialmente, o atendimento da criança deve ser feito pelo profissional da equipe de saúde de Saúde Mental na unidade básica, sobretudo para aqueles quadros menos graves, que respondam bem ao tratamento inicial. Contudo, serviços com outros padrões e níveis de complexidade devem ser disponibilizados aos usuários.
- Os CAPSi são serviços de atenção diária destinados ao atendimento de crianças e de adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica no momento, estão impossibilitados de manter ou de estabelecer laços sociais.
- Uma oferta possível de atendimento, para cidades maiores, é a constituição das chamadas equipes complementares. Compostas por um psiquiatra da infância e da adolescência, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo, estas equipes, além de oferecer atendimentos individuais dessas especialidades, podem ampliar a oferta de serviços, incluindo atividades coletivas, oficinas e outros. Cada equipe complementar atua como referência para as unidades básicas de uma determinada região da cidade, devendo sempre estar articulada com os profissionais de sua base territorial.
- Os casos acompanhados pela equipe da unidade básica, equipe complementar ou CAPSi, sempre que necessário, serão encaminhados para profissionais de outras especialidades não incluídas na Saúde Mental (neurologista, otorrinolaringologista, etc.)
- O mesmo vale para encaminhamentos para ONG's, programas da rede pública do município, com projetos de cultura, esporte, lazer, inclusive, na própria comunidade (grupos de capoeira, atividades esportivas ou recreativas, etc).
- Desta forma, demonstra-se que pensar o atendimento infantil é também pensar em redes de atenção, que devem se articular, complementar e construir parcerias efetivas. A intersetorialidade é o eixo que orienta a abordagem e a elaboração do projeto terapêutico para cada criança ou adolescente.

8.3 O “LOUCO INFRATOR”: ATENÇÃO AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL AUTOR DE ATO INFRACIONAL

8.3.1 Discriminações e preconceitos na abordagem do “louco infrator”

Como já vimos noutras partes desta Linha-Guia, desde o século XVII a loucura vinha sendo aprisionada em instituições fechadas, à margem das cidades, recaindo sobre os loucos a pecha da incapacidade e a periculosidade. Felizmente, a partir do século XX, esta história foi se modificando através do movimento deflagrado pela Reforma Psiquiátrica. No Brasil, especialmente a partir da luta antimanicomial, encontramos nos serviços substitutivos ao manicômio o lugar privilegiado da atenção e de cuidado à loucura na cidade.

Contudo, os portadores de sofrimento mental que vêm a infringir a lei ainda estão expostos a procedimentos injustos e discriminatórios.

Para todo cidadão que comete um delito, é instaurado um processo criminal, com direito à ampla defesa, de acordo com os dispositivos processuais, visando ao pronunciamento de sua sentença pelo juiz criminal, e estabelecimento da pena devida, caso seja considerado autor do crime, portanto culpado.

Contudo, quando um portador de sofrimento mental infringe a lei, não tem o mesmo tratamento pela justiça. Caso se detecte no transcurso do processo que o autor da infração é um portador de sofrimento mental, imediatamente será realizado um exame de sanidade mental. Se a perícia psiquiátrica confirma a sua insanidade, ele é considerado inimputável, ou seja, não é considerado responsável pelo delito cometido; portanto não é considerado seu autor. Desta forma, é absolvido, não sendo, ao menos formalmente, considerado culpado. Assim, também formalmente, não poderá sofrer nenhuma pena.

Contudo, no lugar da pena, sofrerá uma medida de segurança em nome da defesa social, por ser considerado perigoso (presunção de periculosidade): parte-se do princípio de que, como já infringiu a lei uma vez, pode vir a realizar atos que acarretem perigo para a sociedade. Essa medida de segurança não é considerada uma pena, e sim um tratamento obrigatório, que pode ser realizado em regime fechado ou aberto, conforme a decisão do juiz.

Na prática, o que ocorre com maior frequência é que o “louco infrator”, independentemente da gravidade do delito cometido, será encaminhado para uma instituição fechada – geralmente, os manicômios judiciários, também chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – e lá ficará até que se considere cessada a sua periculosidade.

A cessação de periculosidade é um outro exame realizado por peritos psiquiatras. Tradicionalmente, a perícia procura, durante o exame, encontrar elementos fenomenológicos da patologia da loucura para decidir se a periculosidade teria cessado ou não. A avaliação

é sumária: verificando-se a existência de fenômenos de transtorno mental – delírios, alucinações, etc – considera-se mantida a periculosidade, mesmo que o paciente, sob outros aspectos, apresente-se tranqüilo, e com indicadores de possibilidades de inserção social.

Essa ciranda perdura até a morte do paciente: por este motivo, a medida de segurança equivale na prática a uma prisão perpétua. Parte-se do raciocínio simplista de que o paciente será perigoso enquanto apresentar sintomas psicóticos – ou seja, para sempre! Um cidadão comum, quando infringe a lei, recebe uma pena proporcional ao seu delito e é libertado, uma vez cumprida esta pena; o louco infrator, pelo contrário, costuma passar toda sua vida em regime de privação de liberdade.

Deve-se acrescentar, ainda, que essa privação de liberdade ocorre em locais ainda piores que as prisões: nos manicômios judiciários, no mais completo desrespeito pelos direitos humanos. São comuns as práticas violentas e coercitivas; o tratamento oferecido aos pacientes é inexistente ou extremamente precário; vigora o regime de absoluto isolamento, sem quaisquer tentativas de re-inserção social.

Resumindo: ainda hoje, com todo o movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com todo o avanço da clínica da psicose, para muitos peritos psiquiatras a periculosidade só poderá cessar se o louco deixar de ser louco. Esses médicos do exame, assim diria Foucault, ainda acreditam que a ciência pode trazer a garantia de exercer o exato controle da ordem social – como se fosse possível e justo afirmar que um portador de sofrimento mental ou qualquer outro cidadão que delinqüiu uma vez, voltará sempre a fazê-lo novamente.

8.3.2 Construindo outras saídas: por uma parceria entre a justiça e a Saúde Mental

Contudo, podemos fazer diferente, se desde o início operarmos a partir de uma outra lógica, secretariando o portador de sofrimento mental nos caminhos que pode percorrer para restabelecer seus laços sociais. Para tanto é necessária acessibilidade aos recursos de tratamento, às condições dignas de moradia, saúde, alimentação, cultura, dentre outros. Cada caso vai nos indicando, por meio do acompanhamento contínuo, os recursos que se desenham como necessários – e podemos, assim, auxiliar o paciente em seu percurso.

Atualmente, a discussão sobre essa situação nos permitiu avançar em direção a um outro modelo. Em Minas Gerais, desenvolveu-se um projeto pioneiro – o *Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator do Tribunal de Justiça – PAI-PJ*. Esse Programa, em parceria com as redes de serviços substitutivos em Saúde Mental, demonstra como uma outra política de atenção e de cuidado a esses cidadãos pode ser desenhada no plano das políticas públicas criminais, desde que sustente como paradigma uma prática intersetorial e antimanicomial.

Essa discussão ampliada nos permitiu a formulação de acordos mínimos entre a Justiça e a Saúde, buscando, sobretudo uma prática em consonância com a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

Algumas diretrizes já definidas para a abordagem do “louco infrator”

- A resolução nº 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, de 4 de maio de 2004, estabeleceu que os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais. Estabelece ainda que, naqueles Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, os pacientes deverão ser tratados na rede do SUS.
- As propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental foram contrárias à reclusão do louco infrator em Manicômio Judiciário e favoráveis à discussão da assistência ao “louco infrator” com as diferentes áreas envolvidas, com o objetivo de garantir a responsabilidade, a reinserção social e a assistência, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e da Reforma Psiquiátrica.
- O relatório do Seminário Nacional para Reorientação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apontou para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos e assistenciais no cuidado ao “louco infrator”, com a garantia do tratamento destes no SUS.

Sabemos, pela nossa experiência como seres humanos (“loucos” ou não!): nos momentos de grande embaraço e perturbação, quando o sujeito não pode contar com recursos simbólicos para endereçar seu sofrimento e haver-se com ele, a agressividade pode ser uma resposta.

A agressividade é uma resposta à ausência de outros recursos, é afeto solto, fora de uma rede de conexões em que possa se engatar. Quando a rede onde o sujeito estabelece seus laços é rompida, sem que encontre formas de enlaçar-se novamente, uma ação motora pura, agressiva, pode vir a ser a única resposta possível. Os crimes “loucos” acontecem nesse estado de perturbação e de embaraço.

O que fazemos, então?

Quando percebemos que alguém está buscando uma solução para seu sofrimento, o acompanhamento é essencial. Ampliar os recursos da assistência, encaminhá-lo para um lugar de tratamento, são medidas necessárias. Nos casos de delitos cometidos por portadores de sofrimento mental, verificamos que o crime ocorreu, na maioria das vezes, como efeito de ausência de recursos assistenciais, ou de falhas na assistência, seja pela ausência de informação ou pela ausência de cuidados. Precisamos estar atentos a isso: o que é perigoso não é a loucura, e sim a ausência de acesso aos recursos para tratar o sofrimento.

O tratamento a ser realizado é nos mesmos moldes daquele que essa Linha-Guia nos orienta, sem distinção por se tratar de um sujeito que tem processo na justiça. O que muda, portanto, não é o tratamento, mas a relação que esse cidadão terá de estabelecer com a Justiça. É importante nesses casos que o sujeito se responsabilize pelo seu ato, vindo a responder pelas conseqüências do mesmo, como qualquer cidadão. A inimputabilidade, a irresponsabilidade penal é uma medida que retira do sujeito a sua condição humana, ou seja, a sua possibilidade de responder pelo modo, acertado ou não, pelo qual buscou uma solução por seu sofrimento. Da nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis: esta é a condição da nossa humanidade.

Neste sentido, sempre que estivermos cuidando de um caso que tenha relação com a Justiça, devemos procurar promover a mediação com os operadores do Direito, ou seja, fazer com que a rede de tratamento e da assistência em Saúde Mental se conecte à rede dos direitos e dos deveres em operação na Casa da Justiça. Os técnicos da Justiça, numa parceria com os técnicos da Saúde, poderão fazer a mediação entre a clínica e o ato jurídico, subvertendo o mito da incapacidade e da periculosidade.

É essencial que o portador de sofrimento mental tenha direito e acessibilidade ao tratamento na rede substitutiva ao manicômio, a saber, a rede de atenção em Saúde Mental, sem nenhuma discriminação. Mas, de maneira concomitante a seu tratamento, também se faz necessário que ele responda pelo seu delito, como qualquer cidadão, participando das audiências, tendo acesso aos dispositivos e aos recursos legais, e assentindo às medidas estabelecidas pela autoridade judicial.

Em suma, temos por certo que o tratamento do louco infrator envolve toda complexidade e individualidade no cuidado que qualquer sujeito exige, a saber, o respeito ao sofrimento humano que reaparece de forma inédita, engendrando soluções múltiplas e singulares, a cada caso. Esta é a tarefa que nos cabe.

Referências bibliográficas

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e de Outras Drogas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS. 1.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BARROS, Fernanda Otoni. *Inimputabilidade perigosa: O retorno do pior*. In: GROENINGA, Giselle Câmara, PEREIRA, Rodrigo da Cunha (coord.) *Direito de Família e Psicanálise: Rumo a uma nova epistemologia*. Rio de Janeiro: IMAGO, 2003.

BONET, Rafael Cabrera, JIMÉNEZ, José Manuel Torrecilla. *Manual de Drogo de pendências*. Agência Antidroga. Madrid. 2002.

ELIA, Luciano. *Efeitos da Institucionalização na subjetividade* (Texto ainda não publicado).

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo, Marins Fontes, 2001

LOBOSQUE, Ana Marta. *Abuso de drogas: um impasse social*. In: LOBOSQUE Ana Marta. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Responsabilidade e loucura: possibilidade fundamental, eventual impasse*. In: LOBOSQUE Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo, Editora Hucitec, 1997.

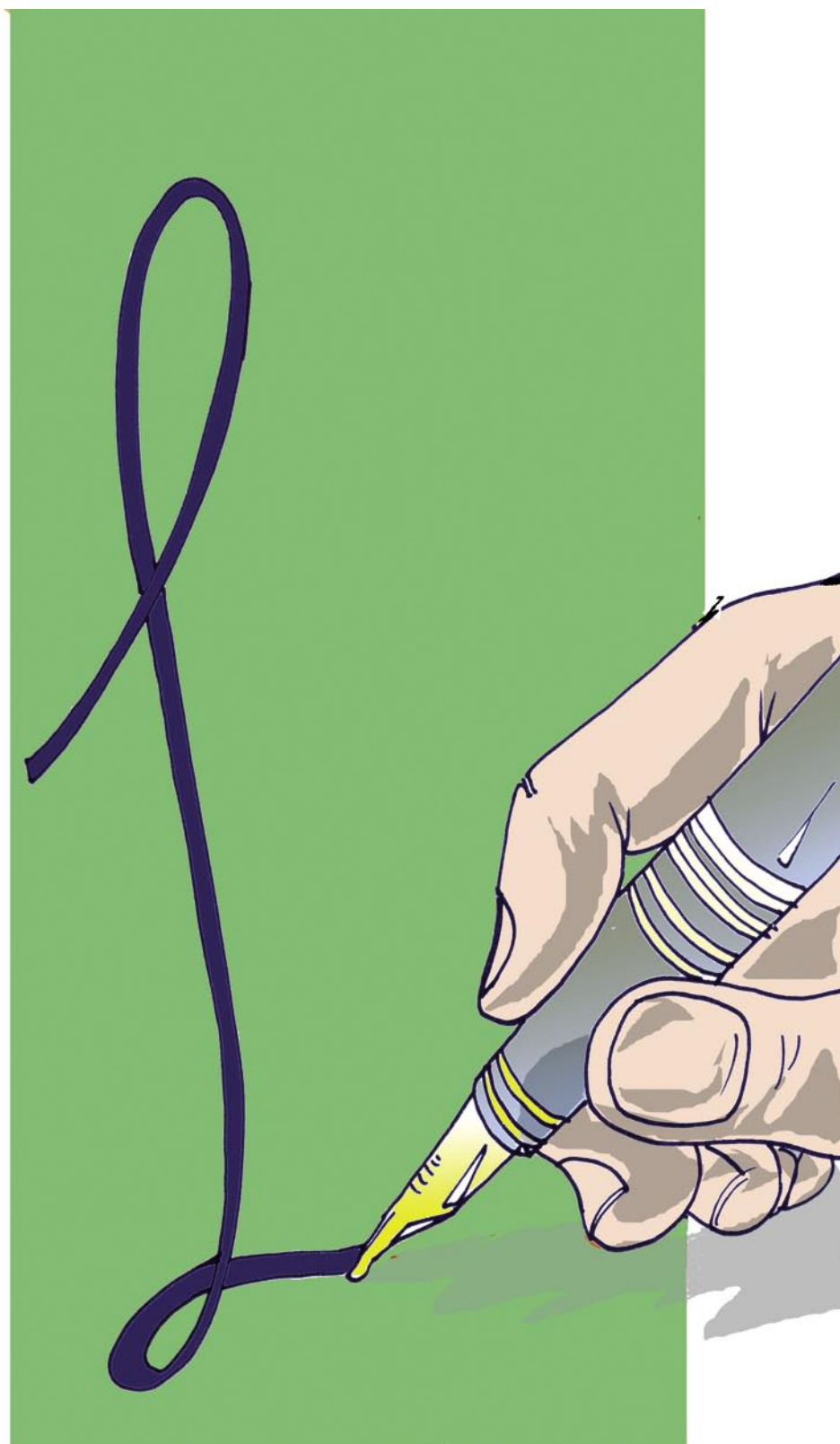
NOGUEIRA, Rodrigo Chaves, LIMA, Valéria, SILVA, Mônica. *A Saúde mental infanto-juvenil no SUS* (Texto ainda não publicado)

Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde- CORSAM. 1991. <http://www.imesc.sp.gov.br>

Projeto de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

Relatório da Reunião do Ministério da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde. Contribuição à Construção de Uma Política Pública Intersetorial de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

IX. A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL



A Declaração de Caracas, 1990, foi o marco da Reforma Psiquiátrica nas Américas. Com a adesão do governo brasileiro, deu-se o início ao processo legal da reestruturação da assistência em Saúde Mental no país.

9.1 AS LEIS FEDERAIS

As novas legislações em Saúde Mental aqui referidas encontram sustentação na Constituição Federal de 1988, que elenca em seu Título II, Capítulo I, o rol dos direitos e garantias fundamentais de todos os residentes no país, conforme dispõe o art. 5º *caput* “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros, e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)”

No que diz respeito à Saúde, o direito do cidadão é garantido pelo poder público nas esferas federal, estadual e municipal por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, constituindo o Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal em vigor. O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. O SUS possui, ainda, normas e regulamentos que disciplinam as políticas de ações em cada esfera governamental.

A legislação sanitária brasileira é reconhecida internacionalmente como uma das mais avançadas neste campo.

Na área específica da Saúde Mental, a Lei Federal nº 10.216 de 06/04/01 (também conhecida como Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica), após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, foi enfim aprovada. Garante a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, sem qualquer discriminação; preconiza cuidado especial com a clientela internada por longos anos; prevê a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária; e redireciona o modelo assistencial para serviços abertos e inseridos na comunidade, que substituirão gradativamente o tratamento em regime fechado. Tem como base o projeto do deputado mineiro Paulo Delgado, elaborado a partir de discussão do movimento da luta antimanicomial, aprovado com algumas modificações. Constitui um dos atuais respaldos legais da Reforma Psiquiátrica.

A Lei nº 10.708 de 31/7/2003, aprovada em curto prazo pelo Congresso Nacional, instituiu o *Programa De Volta para Casa*. Esta nova lei possibilita a alta e a reinserção social de pessoas internadas há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos. Recebendo uma bolsa-auxílio reabilitação, estas pessoas podem retornar para o próprio lar, ou para lares substitutos, ou para moradias protegidas. A cada alta hospitalar, sucede-se o fechamento

do respectivo leito. As diretrizes desta nova lei foram, na verdade, gestadas desde 1993: um Grupo de Trabalho, convocado pelo Ministério da Saúde, produziu a proposta do Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), cuja diretriz básica de redirecionar os recursos gastos com a internação para viabilizar a reinserção social é retomada na lei 10 708.

9.2 AS LEIS E DECRETOS ESTADUAIS

A legislação estadual mineira – lei nº 11.802 de 18.01.95 (Lei Carlão), modificada pela Lei nº 12.684 de 01.12.97, ambas regulamentadas pelo Decreto nº 42.910, de 26.09.02 – dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental: determina as ações e serviços de Saúde Mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e à extinção progressiva dos mesmos; regulamenta as internações, especialmente a involuntária; dá ainda outras providências.

Esta nova legislação, formulada através de ampla discussão social, constitui um marco relevante para o avanço da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais.

Outras leis estaduais:

Vários outros Estados brasileiros também possuem leis de Reforma Psiquiátrica, a saber: Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul.

9.3 MENÇÕES AOS PORTADORES DE SOFRIMENTO MENTAL NOS CÓDIGOS PENAL E CIVIL BRASILEIROS

Código penal

O Código Penal Brasileiro, modificado pela lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, contém nos artigos 26,27e 28; art.83 e artigos 96, 97,98 e 99 disposições a respeito dos atos infracionais praticados por pessoas portadoras de transtornos mentais.

Vejamos alguns pontos essenciais. Um deles é a *isenção de pena* para a pessoa que, “por doença mental, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato”: esta pessoa é considerada inimputável. Caso seja ao menos parcialmente capaz deste entendimento, não há isenção de pena, mas possibilidade da sua redução.

O outro ponto se refere às medidas de segurança: para os portadores de sofrimento mental inimputável, a pena é substituída pelas *medidas de segurança*, que consistem na internação em hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico (ou manicômios judiciários) ou, à falta destes, em outro estabelecimento adequado; ou ainda, conforme o caso, em tratamento ambulatorial. Estes tratamentos são obrigatórios, por tempo indeterminado, e perduram até que, mediante perícia médica, seja afirmada a cessação de periculosidade³³.

³³ Vide 8.3. O louco infrator: atenção ao portador de sofrimento mental, autor de ato infracional. Vide 11.2.4 Controle de frequência individual

Código civil

No antigo Código Civil, de 1916, eram definidos como “absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil”, dentre outros, os “loucos de todo gênero” (expressão utilizada literalmente no Código). Havia, pois, uma vinculação pré-estabelecida entre formas graves de sofrimento mental e incapacidade: todo “louco” era, em princípio, considerado civilmente incapaz.

No novo código, de 2002, houve um avanço importante. O texto citado anteriormente foi modificado, tendo agora a seguinte redação, no artigo 3: “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática destes atos”. Como se vê, houve um avanço significativo. A equivalência estabelecida no código anterior não está mais presente, ou seja, o portador de transtornos mentais não é automaticamente considerado incapaz. Só o será se o seu transtorno mental interferir diretamente no seu discernimento ou na manifestação da sua vontade.

Ainda, na categoria de incapacidade relativa, o Código antigo situava apenas os pródigos. O novo código considera relativamente incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de exercê-los, além dos pródigos, também os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e o deficiente mental, os excepcionais sem o desenvolvimento mental completo – desde que tenham discernimento reduzido.

Quando o portador de sofrimento mental é considerado civilmente incapaz, de acordo com estes critérios, sua interdição, relativa ou absoluta, é promovida mediante solicitação de familiares ou do Ministério Público, ou seja, solicita-se que a pessoa, considerada louca, seja impedida de exercer os atos da vida civil. Caso aceite o pedido de interdição, o juiz nomeia um curador, ou seja, uma outra pessoa, preferencialmente o familiar mais próximo, que deve passar a cuidar dos interesses da pessoa curatelada.

Na prática, a interdição e a curatela muitas vezes são solicitadas e concedidas indevidamente, incapacitando e limitando as possibilidades de decisão e escolha de portadores de sofrimento mental que se encontram em plenas condições de exercê-las.

Além do mais, certos auxílios-doença, como o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), são, lamentavelmente, atrelados à interdição prévia do paciente, identificando de forma equivocada a incapacidade civil, e, portanto, a necessidade de interdição e curatela, com a incapacidade laborativa. Este grave equívoco encontra respaldo legal através de decretos-leis que modificaram o primeiro parágrafo do artigo 162 da Lei 8 213/91, da seguinte forma: “É obrigatória a apresentação do termo de curatela, ainda que provisória, para a concessão da aposentadoria por invalidez decorrente de doença mental”.

9.4 RESOLUÇÕES ESTADUAIS E PORTARIAS MINISTERIAIS

Resoluções estaduais

Destacamos as seguintes: a Resolução nº 068/2001 que aprova a desospitalização progressiva em Saúde Mental no Estado de Minas Gerais, por meio da implantação de serviço residencial terapêutico em Saúde Mental; e a Resolução nº 088/2004, que trata da regulação das internações psiquiátricas no Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Portarias ministeriais

Existem várias Portarias Ministeriais, que são normas legais reguladoras da rede de atenção à Saúde Mental, emitidas pelo Poder Executivo. Dentre elas, destacamos:

- A Portaria nº 336, resultado de um longo e coletivo processo de revisão da histórica portaria nº 224, que estabeleceu a tipologia dos CAPS, distinguindo os CAPS pelo porte (I, II, III) e pela finalidade (atendimento a transtornos mentais graves e persistentes em clientela adulta, infanto-juvenil e usuários de álcool e outras drogas). Nesta portaria, importa ressaltar também a criação das modalidades de cuidado “intensivo”, “semi-intensivo” e “não-intensivo”, introduzindo uma dimensão clínica ainda não abordada em ato normativo.
- A Portaria nº 251 de 31.02.02 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.

O Ministério da Saúde edita periodicamente edições referentes a Legislação em Saúde Mental. A última edição reúne o conjunto de atos legais que norteiam esse processo, do período de 1990 a 2004 e pertence à Série E. Legislação de Saúde. O conteúdo desta Série pode ser acessado na página www.saude.gov.br/editora.

Referências bibliográficas

Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988.

DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 1992.

Legislação Básica em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. www.saude.gov.br/editora.

Resoluções Estaduais. Secretaria Estadual de Saúde. www.saude.mg.gov.br

X. O FINANCIAMENTO EM SAÚDE MENTAL



10.1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM GERAL

10.1.1 As fontes e formas de financiamento

As ações e os serviços, tanto de Saúde em geral como de Saúde Mental, implementados pelos Estados e pelos municípios, são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento. Estes recursos provêm dos orçamentos da Seguridade Social.

Os recursos são transferidos do Ministério da Saúde para o Distrito Federal, Estados e municípios de três maneiras: convênios, remuneração por serviços produzidos, e transferência fundo a fundo.

Convênios

- São feitos por meio dos entes da Federação – Ministério da Saúde, Estados e Municípios; de organizações da sociedade de interesse da área de saúde; e de prestadores de serviços.
- Os convênios possuem legislação específica e os recursos são utilizados para pagamento de despesas correntes (custeio) e despesas de capital (obras, equipamentos e materiais permanentes).

Remuneração por serviços produzidos

- É realizada pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços de saúde cadastrados no SUS.
- O pagamento é feito mediante apresentação de fatura dos atendimentos de média complexidade (por exemplo: CAPS) e alta complexidade (por exemplo: hospitais psiquiátricos).
- Esses atendimentos são executados e aprovados na área ambulatorial e hospitalar com base na tabela de serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI – e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH, sendo observados os tetos financeiros dos respectivos Estados e Municípios.

Transferência fundo a fundo

- A transferência é realizada, regular e automaticamente, da União para os Estados e Municípios.
- O objetivo é o financiamento das ações e/ou programas de Saúde, executados mediante à condição da gestão a que estejam habilitados (por exemplo: gestão plena, sob gestão estadual, etc).
- Os critérios utilizados são populacionais e epidemiológicos, definindo o total dos recursos financeiros que serão repassados.

10.1.2 A vinculação de recursos para a saúde: a emenda constitucional nº 29

Para que o Sistema Único de Saúde funcione de maneira eficiente, com garantia de acesso e qualidade de assistência, o seu financiamento é de fundamental importância.

Depois de muitas lutas, com envolvimento de vários atores ligados direta ou indiretamente ao Setor Saúde, foi aprovada, em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional nº 29, que alterou a Constituição Federal de 1988.

Este novo texto assegura a efetiva co-participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e dos serviços públicos de Saúde. Desta forma, as três instâncias da federação obrigam-se a colocar recursos financeiros nos respectivos fundos de saúde.

Esses recursos devem ser acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União, quanto dos Estados e Municípios, possibilitando a participação da sociedade civil no controle dos recursos destinados à área da saúde.

10.1.3 Aplicação dos recursos financeiros nas ações e serviços de Saúde

São especificados, a seguir, as ações e os serviços de Saúde aos quais se aplicam os recursos financeiros do setor:

- Assistência ambulatorial e hospitalar básica, de média e alta complexidade.
- Controle e qualidade, pesquisa científica e tecnológica e produção de insumos e saúde (medicamentos, imunobiologias, reagentes, sangue e hemoderivados).
- Ações de Vigilância Sanitária.
- Ações de Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças.
- Saúde do Trabalhador.
- Assistência Farmacêutica.
- Ações Complementares específicas para grupos de risco nutricional, para doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, programas especiais de saúde – PACS e PSF e outros.

10.2 AS FORMAS DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

10.2.1 Pagamento das internações hospitalares: AIH – Autorização de Internação Hospitalar

As AIH's são utilizadas para o pagamento das internações hospitalares. Este pagamento se dá diretamente aos prestadores de serviço, com a interveniência do Banco do Brasil.

É feita pelo próprio Estado ou Município, quando habilitado na Gestão Plena; pelo Fundo Nacional de Saúde; e também via Sistema Integrado de Administração Financeira nos demais casos.

10.2.2 Pagamento dos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos: APAC – Autorização de Procedimentos de Média Complexidade

As APAC's são utilizadas no pagamento dos procedimentos realizados no tratamento dos usuários que estão nos CAPS e para pessoas que se encontram nos Serviços Residenciais Terapêuticos (as moradias). Isto ocorre a partir da portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002, que insere novos procedimentos ambulatoriais de média complexidade na tabela do SIA-SUS, a partir do estabelecido pela portaria GM nº 336/2002, ampliando o financiamento dos serviços citados.

Os valores referentes ao financiamento destes procedimentos, apurados por meio de processamento dos serviços de regulação do ministério, são transferidos diretamente aos municípios e Estados em Gestão Plena de Sistema; no caso dos Estados não habilitados a esta condição, serão acrescidos aos respectivos limites financeiros.

O Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica, vinculada ao Fundo de Saúde dos Estados e dos Municípios, sendo vetada a movimentação desta para outros fins.

Existem instrumentos e formulários específicos para sua operacionalização, que são:

Laudo para Emissão de APAC

- Este documento é enviado ao órgão autorizador, visando a obter a autorização do procedimento. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo acompanhamento do usuário, em duas vias.

APAC-I/Formulário

- Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Deve ser preenchida em duas vias pelos profissionais autorizadores.

APAC-II/Meio Magnético

- Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de usuários e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, feita pelos serviços de regulação.
- Os procedimentos são realizados de acordo com o quadro clínico do usuário, ou seja, segundo as modalidades de acompanhamento de cuidados intensivos, semi-intensivos ou não-intensivos.
- Estes procedimentos consistem num conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em Saúde Mental, nos diferentes tipos de CAPS.

Preenchimento e fluxos das APAC'S

O preenchimento do laudo

Para que o procedimento seja autorizado, os profissionais de nível superior da Saúde Mental dos CAPS devem preencher corretamente o laudo para emissão de APAC, possibilitando assim a efetuação da cobrança. Portanto, devem ser lembrados os seguintes pontos:

- Todos os campos do laudo impresso devem estar preenchidos.
- O não-preenchimento ou o preenchimento errado impossibilita o trabalho do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde ou da DADS (Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde do Estado).
- É necessário informar quando o paciente entrar em alta: isto deve ser registrado no laudo.
- Ao enviar o laudo informar sempre, conforme a tabela que se segue, o código que permitirá ao setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde ou da DADS entender qual o destino do paciente.
- Os serviços de Saúde Mental devem ter um formulário de controle de frequência individual do usuário que está sob APAC³⁴.
- Ao preencher o laudo da APAC, os profissionais devem colocar a destinação dos pacientes conforme tabela abaixo, para que o serviço de controle e de avaliação possa receber o recurso financeiro referente a mesma.

CÓDIGOS PARA O PREENCHIMENTO DA APAC	
6.3	Alta por abandono
6.8	Alta por outras intercorrências
6.9	Alta por conclusão do tratamento
7.1	Permanece em tratamento, na mesma modalidade
7.2	Permanece em tratamento, em outra modalidade
8.1	Transferência para outra unidade de saúde
8.2	Transferência para internação por intercorrência
9.1	Óbito relacionado à doença
9.2	Óbito não-relacionado à doença

O fluxo das APAC's

- Os laudos para emissão das APAC's feitos no CAPS serão enviados para o profissional autorizador que os analisará, autorizando ou não a abertura das APACs. Se for autorizada, o profissional autorizador preencherá a APAC em duas vias: guarda a primeira via da APAC e do laudo, e as segundas vias de ambos são remetida ao CAPS.

³⁴Todos os formulários e roteiros apresentados nesta Linha-Guia aqui estão como sugestões.

- Quando as duas vias (do laudo e APAC) retornarem para o CAPS, um funcionário do setor administrativo ou do setor de regulação da Secretaria Municipal deverá digitar a segunda via da APAC no computador que deve conter o programa APAC (as duas vias – laudo e APAC – impressas devem ser arquivadas no CAPS para fins de auditoria).
- O funcionário do CAPS que digitar as APAC's no computador ao final de cada mês fará a exportação dos dados, gerando o arquivo AP que deve ser enviado para:
 - O setor de regulação ou equivalente se a gestão municipal for plena, para que este envie os dados diretamente para o DATASUS.
 - O setor de regulação da DADS, quando o município estiver sob gestão estadual.
- A APAC tem validade por três meses. Depois de feita a APAC inicial, ela deve ser renovada mensalmente, ou seja, os profissionais do CAPS emitem novo laudo, justificando-se as razões de sua necessidade nos meses subseqüentes.
- Também é necessário preencher outro laudo quando se muda a modalidade de tratamento. Estas modalidades são três:
 1. *Tratamento intensivo*: quadro clínico que necessita de um cuidado diário, por parte de uma equipe multiprofissional – geralmente no CAPS, mas também quando o paciente está sendo cuidado intensivamente por meio de atendimento domiciliar.
 2. *Tratamento semi-intensivo*: quadro clínico que necessita de uma atenção freqüente. Entenda-se: pacientes que necessitam participar algumas vezes por semana das atividades do CAPS.
 3. *Tratamento não-intensivo*: atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente ao paciente para o qual, por seu quadro clínico e projeto terapêutico, indica-se um acompanhamento mais espaçado.
- A autorização para o pagamento das APAC's contempla apenas alguns diagnósticos do CID 10 (ver tabela na portaria 189/02)
- A Portaria SAS 189 deve ser entregue aos profissionais, ao posto de enfermagem e anexada ao mural do CAPS, possibilitando o esclarecimento de qualquer dúvida.
- As tabelas que se seguem nos ajudam a compreender a utilização e a finalidade das APAC's

TABELA 10.1 REMUNERAÇÃO DAS APACs CONFORME A MODALIDADE DE TRATAMENTO

Modalidade de tratamento	Código	Nº de vezes que o paciente pode freqüentar o CAPS com remuneração da APAC	Quem pode preencher a APAC	Valor da diária
Intensivo	3804201-0	25 vezes por mês	Psiquiatra, psicólogo, Assis. Social, T.O, enfermeira e clínico geral.	18,10
Semi-Intensivo	38.042.02-9	12 vezes por mês	Idem	15,90
Não-Intensivo	38.042.03-7	3 vezes por mês	Idem	14,85

TABELA 10.2 REMUNERAÇÃO DAS APACs CONFORME A MODALIDADE DOS CAPS

Modalidade	Cobertura populacional	Equipe de recursos humanos por turno	Horário de funcionamento	Nº máximo de APAC por modalidade	Total de APAC
CAPS I	20.000 a 70.000 hab	01 médico com formação em SM 01 enfermeiro 03 prof. de nível superior 04 prof. de nível médio	8 às 18 h, nos 5 dias úteis	Intensivo= 25 Semi-intensivo= 50 Não-intensivo= 90	165
CAPS II	70.000 a 200.000 hab	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro c/ formação em SM 04 prof. de nível superior 06 prof. de nível médio	8 às 18 h, nos 5 dias úteis Podendo comportar o 3º turno (18 às 21h)	Intensivo= 45 Semi-intensivo= 75 Não-intensivo= 100	220
CAPS III	Acima de 200.000 hab	02 médicos psiquiatras 01 enfermeiro c/ formação em SM 05 prof. de nível superior 08 prof. de nível médio	24 horas diariamente incluindo feriados e finais de semana	Intensivo= 60 Semi-intensivo= 90 Não-intensivo= 150	300
CAPSi	200.000 hab ou outro parâmetro definido pelo gestor local	01 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra c/formação em SM 01 enfermeiro c/ formação em SM 04 prof. de nível superior 05 prof. de nível médio	8 às 18 h, nos 5 dias úteis, podendo comportar o 3º turno (18 à 21 hs)	Intensivo= 25 Semi-intensivo= 50 Não-intensivo= 80	155
CAPSad	Acima de 70.000 hab. ou outro parâmetro definido pelo gestor local	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro c/ formação em SM 01 médico clínico 04 prof. de nível superior 06 prof. de nível médio	8 às 18 h, nos 5 dias úteis, podendo comportar o 3º turno (18 à 21 hs)	Intensivo= 40 Semi-intensivo= 60 Não-intensivo= 90	190

11.2.3 Pagamento de procedimentos em Saúde Mental realizado em unidades básicas de saúde e outros serviços

Vimos até agora o pagamento das internações hospitalares, feitos por meio das AIHs; e, a seguir, o pagamento realizado nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – e serviços residenciais terapêuticos, através das APAC's.

São também remunerados procedimentos em Saúde Mental realizados por equipe de Saúde Mental em unidades básicas de saúde e ambulatórios especializados, entre outros. Essa remuneração foi estabelecida pela portaria SNAS nº 189, de 19.11.91.

TABELA 10.3 REMUNERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Oficina Terapêutica I 05 a 15 pacientes – Nível Médio – Ambulatório	R\$ 6,11	1915107-1	
Oficina Terapêutica II 05 a 15 pacientes – Nível Superior – Ambulatório	R\$ 23,16	1915108-0	
Atividades em Grupo 05 a 15 pacientes – Nível Superior – 01hora	R\$ 5,59	0702105-4	62,02,39,57
Leito de Observação Mínimo: 04 horas Máximo: 24 Horas Inclui: Medicação/soro/procedimento de enfermagem	R\$ 12,47	0701101-6	39,15
Administração de Medicamentos Após consulta e receita do médico	R\$ 0,63	0703102-5	01,64,90
Visita Domiciliar – Nível Superior	R\$ 2,85	0702107-0	01,02,03,39,62,57
Visita Domiciliar – Nível Médio	*****	0102304-7	64,90
Atividades Educativas em Saúde Básica Nível Superior – Mínimo 10 Participantes – 30 minutos	*****	0401103-1	01,02,62,15
Educação em Saúde Nível Médio – Mínimo 10 Participantes – 30 minutos	*****	0102303-9	64,90
Educação em Saúde Especializada – Fora da Unidade – Mínimo 10 Participantes – 30 minutos	R\$ 2,80	0702101-0	01,02,62,39
Educação em Saúde Especializada – Dentro da Unidade – Mínimo 10 Participantes – 30 minutos	R\$ 2,55	0702102-0	01,02,15,39,57
Consulta Psiquiátrica	R\$ 7,55	0701230-6	39
Psicodiagnóstico (Anamnese/Testes/ Devolução)	R\$ 2,74	0702104-6	62
Psicoterapia Individual/Entrevistas/ Consultas/Etc	R\$ 2,55	0702106-2	02,62,57,39
Medicação Injetável	*****	0102201-6	01,90
Consulta de Enfermagem	R\$ 2,55	07021103-8	01

OBS: Esta Tabela não pode cobrar nenhuma atividade realizada dentro do “Conjunto de Atendimento” que compõe os Procedimentos realizados no CAPS. Estes procedimentos serão cobrados via APAC, conforme portaria 189/02.

01 – Enfermeiro

15 – Clínico Geral

62 – Psicólogo

02 – Assistente Social

39 – Psiquiatra

64 – Auxiliar de Saúde

03 – Nutricionista

57 – Terapeuta Ocupacional

90 – Auxiliar de Enfermagem

As pessoas que estão em tratamento no CAPS devem ser cadastradas para receber sob forma de APAC. No entanto, é comum, principalmente nos municípios do interior, que o CAPS seja o único local de atendimento de Saúde Mental, ou seja, não existe atendimento de Saúde Mental nas unidades básicas de saúde ou em ambulatórios especializados. Neste caso, até que se efetive a rede de Saúde Mental, os atendimentos ambulatoriais também são feitos no CAPS: portanto, o pagamento não se faz somente através das APAC's, mas também conforme a tabela acima. Os profissionais devem preencher a produtividade conforme esta tabela.

10.2.4 Auxílio-reabilitação psicossocial

- A Lei Federal nº 10.708, de 31.07.03; instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internações de longa permanência.
- Este auxílio foi instituído para a assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar e é parte integrante do Programa De Volta para Casa, sob a coordenação do Ministério da Saúde.
- O pagamento do auxílio pecúlio é mensal e foi fixado em R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.
- Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade, quando serão pagos ao representante legal da pessoa.
- O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos de reintegração social da pessoa.
- Poderá se beneficiar a pessoa egressa de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos. Deverá ser garantida a atenção continuada em Saúde Mental, na rede de saúde local ou regional.

Referências bibliográficas

Legislação Básica em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Resoluções Estaduais. Secretaria de Estado de Saúde. 2001 a 2004 www.saude.mg.gov.br

Manual Básico. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

XI. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E O REGISTRO DE DADOS EM SAÚDE MENTAL



Para que os Serviços de Saúde Mental alcancem maior efetividade torna-se necessário a construção de um sistema de informação em Saúde Mental que se constitua como ferramenta de gerenciamento no setor. O Sistema deve possibilitar ao gestor e às Equipes de Saúde Mental aquelas informações que ajudem a visualizar o alcance e os problemas do trabalho, subsidiando a tomada de decisões. Portanto, os gestores devem solicitar às equipes a coleta dos dados para reunir e computar as informações consideradas necessárias. Contudo, esse sistema está ainda por construir-se.

O trabalho com indicadores em Saúde Mental é ainda muito incipiente. Por conseguinte, limitamo-nos a citar alguns indicadores bastante simples, que podem contribuir para a avaliação do impacto do novo modelo assistencial em Saúde Mental.

11.1 OS INDICADORES

Indicadores de resultado

- Redução das internações psiquiátricas.
- Identificação e acompanhamento dos transtornos mentais graves.
- Redução do uso irracional de psicofármacos.
- Notificação e acompanhamento das crianças vítimas de maus-tratos.
- Identificação e acompanhamento dos casos graves de uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Indicadores de estrutura

- Crescimento da rede de assistência substitutiva ao hospital psiquiátrico (ou seja, aumento do número de CAPS, centros de convivência, moradias, etc).
- Crescimento de recursos comunitários.

11.2 A PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL

A Planilha de Programação Local (PPL) é um instrumento para subsidiar a equipe de Saúde da unidade básica na elaboração do planejamento das ações em Saúde Mental.

A PPL discrimina os resultados esperados, as atividades mínimas e os parâmetros que poderão contribuir para o dimensionamento dos recursos necessários para a implementação do Planejamento Local em Saúde Mental.

A PPL prioriza os usuários com transtornos mentais de risco grave, propondo medidas de prevenção e de acompanhamento destes pacientes. Não significa que os pacientes de baixo ou médio risco não devam ser foco do planejamento, mas sim, que a Equipe de Saúde deva, se possível, atender a todos, priorizando aqueles de maior gravidade.

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL – Saúde Mental

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO
Acompanhamento de todos os usuários com transtornos mentais de risco grave.	Identificar e articular a rede de serviços de Saúde Mental, substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, para acolher e tratar todos os usuários portadores de transtornos mentais de risco grave.	Rede de serviços identificada, articulada e em funcionamento.
	Identificar todos os usuários portadores de transtornos mentais graves e persistentes.	100% dos usuários com transtornos graves e persistentes identificados.
	Identificar todos os usuários em uso prejudicial de álcool e de outras drogas.	100% dos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas identificados.
	Realizar consultas mensais, médicas e de enfermagem alternadas, para todos os usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados (onde for possível, estas consultas deverão ser alternadas também com o atendimento de outros profissionais da Saúde Mental).	100% dos usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados recebem consulta médica e de enfermagem mensal.
	Encaminhar anualmente todos os usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados para o serviço de referência, para revisão do plano terapêutico.	100% dos usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados encaminhados para o serviço de referência.
	Identificar todos os usuários egressos de serviços de Saúde Mental, com intercorrências e encaminhá-los novamente para o serviço.	100% dos usuários egressos de serviços de Saúde Mental, com intercorrências são identificados e encaminhados novamente para o serviço.
	Executar o plano de cuidados (medicamentos, participação em programas de re-inserção social, etc) prescrito na alta para todos os egressos de serviços de Saúde Mental.	100% dos usuários egressos de serviços de Saúde Mental recebem plano de cuidados prescrito.
	Promover a participação de todos os usuários portadores de transtornos mentais em atividades psicossociais e/ou comunitárias.	100% dos usuários portadores de transtornos mentais de risco grave participam de atividades psicossociais e/ou comunitárias
Prevenção de transtornos mentais de risco grave entre os usuários da área de abrangência da UBS.	Identificar todos os usuários com forte suspeição para transtornos mentais de risco grave.	100% dos usuários com forte suspeição para transtornos mentais de risco grave identificados.
	Encaminhar para o serviço de referência todos os usuários com forte suspeição para transtornos mentais de risco grave.	100% dos usuários com forte suspeição para transtornos mentais de risco grave encaminhados para o serviço de referência.

11.3 O REGISTRO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE³⁵

11.3.1 Registro de dados para o acolhimento do paciente em Saúde Mental

É importante colher os dados principais referentes ao usuário, porque:

- É fácil localizá-lo no caso de uma busca ativa.
- No momento do preenchimento da APAC, se for o caso, todos os dados constam neste cadastro.
- Possibilita o fornecimento de dados para o sistema de informações.

Sugestão de roteiro de acolhimento

Identificação do usuário

- Nome – Origem do encaminhamento – Registro do usuário na Unidade de Saúde Mental – CPF – Naturalidade – DN – Idade – Sexo – Profissão – Escolaridade – Filiação: Pai e Mãe – Estado Civil – Cônjuge – Endereço – Bairro – Telefone – Município – Estado – CEP – Referência Familiar ou Social: endereço e telefone.

Profissional responsável pelo acolhimento

- Nome – Categoria Profissional – Número do Registro Profissional.

Descrever de forma sucinta e clara:

- As razões para o encaminhamento.
- As características do quadro clínico.
- A impressão diagnóstica.

Conduta e encaminhamento:

- Anotar a prescrição de medicamentos, se foi feita.
- Se o paciente vai fazer seu tratamento neste serviço, abrir prontuário, registrando anamnese completa³⁵.
- Se o paciente não vai fazer seu tratamento neste serviço, anotar as orientações e o encaminhamento.
- Sempre arquivar este registro de acolhimento.

³⁵Vide 11.2.2 Roteiro para a entrevista inicial.

11.3.2 O roteiro para a entrevista inicial

Identificação do usuário

- Nome – idade – data de nascimento – sexo – profissão – grau de instrução – estado civil – religião – naturalidade – procedência – endereço – telefone.

Forma de chegada ao serviço

- Por encaminhamento ou demanda espontânea?
- Em caso de encaminhamento, especificar de onde e por quê.
- O próprio paciente solicita atendimento, ou é a família quem o faz? Por quê?

Queixa principal

- Anotar e caracterizar bem a queixa principal (preferencialmente nas palavras do usuário) .
- Na caracterização desta queixa, considerar também as observações da família, quando importantes.

História da doença atual

- Relato cronológico do surgimento dos sintomas.
- Caracterizar bem os principais sintomas.
- Fatores precipitantes: circunstâncias da vida do paciente na ocasião do surgimento dos sintomas.
- Evolução dos sintomas: períodos de melhora ou piora, e fatores ligados a eles.
- Tratamentos realizados até o momento e seus resultados. Registrar ocorrência ou não de internações psiquiátricas anteriores. Registrar se está em uso de medicamentos atualmente, e quais são.
- Impacto da doença: nas atividades diárias, relações pessoais, comportamento, trabalho; na memória e na capacidade cognitiva; no sono, no apetite, na sexualidade.
- Em caso de suspeita de quadro orgânico, pesquisar possível relação dos sintomas com abuso de álcool e de outras drogas, doenças orgânicas, etc.
- Registrar divergências importantes entre o relato do paciente e o dos familiares, se houver.

História pessoal

- Breve esboço biográfico do paciente, incluindo infância, adolescência, idade adulta.

- Problemas difíceis enfrentados pelo paciente ao longo da vida: conflitos amorosos, familiares e outros, perdas, lutos, eventuais tentativas de suicídio.
- Atual situação de vida: relações amorosas, afetivas, familiares; situação no trabalho e no convívio social.

Breve história médica

- Relatar doenças clínicas importantes, anteriores e atuais, assim como os tratamentos realizados.
- Se o paciente fez ou faz uso de psicofármacos, registrar reações e efeitos adversos (impregnação neuroléptica, sedação, etc).

História sociofamiliar

- Relações atuais com os familiares (aspectos principais).
- Caracterizar com quem vive e convive o paciente e qual é sua atual situação sociofamiliar.
- Registrar episódios importantes da história da família.

Exame do paciente

- Avaliar nível de consciência, atenção e orientação.
- Investigar presença de atividade delirante-alucinatória.
- Observar aparência, humor, afetividade, psicomotricidade.

Hipótese diagnóstica

- Trata de quadro orgânico, neurose ou psicose?
- Se for possível diagnóstico mais específico, registrá-lo (por exemplo: neurose obsessiva; esquizofrenia paranóide).
- Registrar dúvida quanto a diagnóstico diferencial, se houver.

Avaliação da situação atual

- Registrar impressão quanto a maior ou menor gravidade do caso.
- Avaliar possíveis riscos, se houver.

Conduta

- Diante dos dados colhidos até então, registrar qual a conduta tomada.
- Caso se imponha qualquer medida terapêutica sem o consentimento do usuário, sempre apresentar as razões.

11.3.3 Roteiro para projeto terapêutico individual

Identificação do usuário

- Nome – Registro do usuário na Unidade de Saúde Mental – CID – Data
- Serviço: CAPS, Unidade Básica, Outros.

Justificativa do tratamento no serviço

Objetivos do tratamento no serviço

Previsão do tempo de tratamento no serviço (se houver).

Regime de tratamento:

- Intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo (mencionar qual)

Frequência ao serviço

- Permanência-dia e permanência noite; permanência-dia; permanência-dia parcial; atendimento agendado (mencionar qual)
- Especificar (por exemplo: ao lado de permanência-dia, escrever “todos os dias” ou “três vezes por semana”; ao lado de atendimento agendado, escrever “semanalmente”, ou “mensalmente”, e assim por diante).

Técnico de referência

- Nome do técnico.
- Frequência do atendimento individual com o técnico de referência: diariamente, quinzenalmente, etc.
- Principais questões abordadas no atendimento.

Avaliação psicofarmacológica

- Há necessidade de uso de medicação: sim ou não?

Em caso positivo:

- Nome do psiquiatra.
- Frequência das avaliações psiquiátricas: número de vezes semanais ou mensais.
- Medicamentos utilizados e dosagem.

Participação de atividades no serviço

- Oficinas.
- Passeios.
- Reuniões.
- Outros (especificar).

Cuidados especiais com o paciente

- Ajuda na higiene e autocuidado.
- Necessidade de acompanhamento próximo (ex. risco de auto-extermínio). Especificar o motivo.
- Necessidade de cuidado médico, odontológico, etc. Especificar.

Abordagem familiar

- Aspectos a abordar (ex. busca de reconstrução de laços familiares rompidos).
- Modo de abordagem (ex. atendimento regular, participação em grupos familiares, etc).

Reinserção social

- Abordagem de problemas sociais imediatos e garantia de direitos (ex. regularização de documentos, providência de pernoite em abrigos). Especificar.
- Re-inserção social a médio ou a longo prazo:
 - O usuário conta com laços familiares e/ou sociais capazes de auxiliá-lo no processo de reinserção social? Qual a proposta formulada para que isto possa ocorrer?
 - Considerando as aspirações e as dificuldades do usuário, o que se pode fazer para promover a reinserção social?

Alta

- Justificativa da alta.
- Encaminhamento: nome do serviço e dos técnicos responsáveis pela continuidade do tratamento.
- Medidas tomadas para assegurar a continuidade do tratamento.

11.3.4 Formulário de controle de frequência individual

É necessário apenas nos serviços tipo CAPS – nos quais, dentre várias outras utilidades, ajuda na elaboração das APACs

CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL AO CAPS

Identificação da Unidade:

Código do Município: Código UPS:

CNPJ:

MÊS DE REFERÊNCIA: ANO:.....

Data início do tratamento: Data Término:.....

Nome:.....

CPF:.....

DECLARAÇÃO

Declaro que durante o mês de _____ de 200 ____, o paciente identificado acima, foi submetido às modalidades de tratamento, constante na Portaria SAS 189/20/03/02, conforme assinaturas do usuário e/ou responsável.

MARCAR OPÇÃO CORRESPONDENTE AO DESTINO DO USUÁRIO

INTENSIVO (25 proced/mês) Código: 38.042.01-0 ()

SEMI-INTENSIVO (12 proced/mês) Código: 38.042.02-9 ()

NÃO-INTENSIVO(03 proced/mês) Código: 38.042.03-7 ()

() 6.3 – Alta por abandono

() 6.8 – Altas por outras intercorrências

() 6.9 – Alta por conclusão de tratamento

() 7.1 – Permanece em tratamento/mesma modalidade

() 7.2 – Permanece em tratamento/outra modalidade

() 8.1 – Transferência para outra UPS

() 8.2 - Transferência p/ internação por intercorrências

() 9.1 – Óbito relacionado à doença

() 9.2 – Óbito não-relacionado à doença

Assinatura/CPF/carimbo do profissional responsável

EQUIPE RESPONSÁVEL

COLEÇÃO SAÚDE EM CASA

Organizador

Marco Antônio Bragança de Matos

Consultora

Maria Emi Shimazak

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Organização

- **Ana Marta Lobosque**

Fórum Mineiro de Saúde Mental

- **Marta Elisabeth de Souza**

Coordenação Estadual de Saúde Mental

Coordenação

- **Marta Elisabeth de Souza**

- **Lourdes Aparecida Machado Cunha**

Equipe Técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental

Principais colaboradores

Fernanda Nicácio – Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo – SP

Fernanda Otoni de Barros – Coordenação do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Autor de Ato Infracional – PAI – PJ – do Tribunal de Justiça – Belo Horizonte – MG

Florianita Coelho Braga Campos – Consultoria da Coordenação Nacional do Ministério da Saúde – Campinas – SP

Lourdes Aparecida Machado Cunha – Equipe Técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental

Luciana Monteiro Luciano – Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Betim Central – Betim – MG

Maria Helena Jabur – Gerência Regional de Saúde de Barbacena – MG

Marta Soares – Coordenação do Centro de Convivência São Paulo da Secretaria Municipal de Saúde – Belo Horizonte – MG

Rodrigo Chaves – Centro de Referência de Saúde Mental da Criança e do Adolescente – CERSAMI – Betim – MG

Rosalina Teixeira Martins – Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde – Belo Horizonte – MG

Ubiratan Mayka Coutinho – Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Betim Central – Betim – MG

Vinicius da Cunha Tavares – Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Betim Central – Betim – MG

Outros colaboradores

André Luiz Pires de Carvalho – Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Betim Central – Betim – Mg

Elândia Elides Pereira – Serviço de Saúde Mental – SERSAM – Divinópolis – MG

Magda Lúcia Diniz e Silva Rocha – Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte – MG

Raquel Martins Pinheiro – Equipe Técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental – SES – Belo Horizonte – MG

Roseli da Costa Oliveira – Assessoria do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde – Belo Horizonte – MG

Rosemeire da Silva – Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde – Belo Horizonte – MG

Consultoria em Saúde Mental

Ana Marta Lobosque – Fórum Mineiro de Saúde Mental

