

**TECNOLOGIAS PSICOSSOCIAIS EM SAÚDE MENTAL:
ATENÇÃO À CRISE NA PSICOSE**

MARCUS VINICIUS DE OLIVEIRA SILVA, CHARLENE GOMES DE SOUZA,
MARINÊS SANTOS DE OLIVEIRA, POLLYANA PARANHOS MENDONÇA,
LARA VASCONCELOS HARDMAN

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

matraga@gmail.com,
marinesoliveira2@hotmail.com,
larahardman@hotmail.com

charlenegsouza@yahoo.com,
pollyana_paranhos@yahoo.com.br,

Resumo

O *Programa de Atenção Domiciliar à Crise (PADAC)* – cuja atuação teve início em Agosto de 2008 e perdura até o presente momento – tem como finalidade a proposição de uma nova tecnologia de cuidado em saúde mental na abordagem a pacientes psicóticos em crise. Seus objetivos abarcam a formação de recursos humanos para lidar com a crise, a oferta de atendimento qualificado de acordo com as necessidades dos usuários e fomento ao processo da Reforma Psiquiátrica. Tal intervenção vem sendo realizada por duplas de estagiárias de Psicologia da Universidade Federal da Bahia em parceria com um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, BA. Sabe-se que a crise é um momento de dificuldade, caracterizado pela intensificação da desorganização psíquica do indivíduo, ao passo em que há uma diminuição da tolerância social, compreendendo, desta forma, três aspectos: o paciente, suas redes sociais e o serviço. Nestes períodos de agudização, os pacientes geralmente abandonam o tratamento, cabendo aos serviços re-estabelecer os vínculos com os mesmos. Porém, é sabido que os CAPS têm dificuldades em lidar com a crise, principalmente através de recursos extra-muros. A crise é relacional, neste contexto o manejo desta deve levar em conta as relações do indivíduo com o meio em que vive. O pressuposto orientador do PADAC é a intensificação de cuidados, tendo como lócus de atuação, o domicílio. Este, constitui-se como um ponto estratégico, uma vez que é nele em que aparecem os tensionamentos advindos das situações de crise. Cabe aqui salientar que a atuação do PADAC não se limita ao domicílio, mas pretende dar conta do entorno social no qual o indivíduo estabelece suas relações. A abordagem à crise visa o acolhimento ao usuário, à família e o vínculo destes à instituição por meio da atenção domiciliar, através da manutenção e fortalecimento das redes sociais, do estabelecimento de parcerias com outros serviços de saúde como PSF e PACS. As intervenções do PADAC são feitas até que o usuário saia do momento de crise e possa freqüentar o CAPS ou realizar outras atividades que assegurem seu bem estar. Tal experiência reforçou o atendimento à crise, a importância da intensificação de cuidados e do vínculo, como estratégias terapêuticas, do investimento nas redes sociais, do atendimento domiciliar e do CAPS como instituição física e psíquica como referência para o cuidado em saúde mental.

Palavras-Chaves: Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Crise na Psicose

Introdução

No decorrer da História, a relação entre Loucura e Sociedade passou por diversas modificações. Os manicômios, durante muito tempo, foram a solução social encontrada para a gestão da loucura, caracterizada pela neutralização dos sujeitos, através do afastamento destes do convívio social.

De acordo com a nova legislação brasileira de saúde mental, fundamentada na Lei 10.216, que entrou em vigor em 06 de abril de 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG), o sistema de atendimento a pessoas com transtorno mental passa a ter como princípio norteador a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos extra-hospitalares, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O pressuposto desses serviços é a re-inserção social de seus usuários. Cabe aqui ressaltar que a mudança não é apenas no local do tratamento, e sim uma alteração nos paradigmas vigentes através da ampliação da tolerância social com relação aos portadores de transtorno mental, possibilitando a construção de um lugar para o sujeito em desorganização, dentro do contexto social.

A diversidade de transformações sociais, culturais e institucionais derivadas da Reforma Psiquiátrica torna o campo social, por ela constituído, objeto de grande interesse para o desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um programa de atenção domiciliar em saúde mental, cuja aplicação mostrou-se relevante no campo da saúde mental, uma vez que se configura como uma tecnologia psicossocial de cuidados em saúde mental, voltada para portadores de transtorno mental grave em situações de crise.

O Programa de Atenção Domiciliar à Crise (PADAC)

O Programa de Atenção Domiciliar à Crise (PADAC) – cuja atuação teve início em Agosto de 2008 e perdura até o presente momento – é um programa de estágio do Instituto de Psicologia da UFBA, coordenado pelo Prof. Dr. Marcus Vinícius de Oliveira Silva, em parceria com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Salvador.

A Reforma Psiquiátrica se contrapõe à idéia da internação hospitalar, e oferece como alternativa terapêutica, cuidados mais intensivos aos usuários de saúde mental, que se traduzem na oferta de recursos diferenciados a cada indivíduo por meio da atenção domiciliar. Diante disso, os objetivos do PADAC abarcam a formação de recursos humanos capacitados a trabalhar na linha da Saúde mental de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, através da oferta de atendimento qualificado de acordo com as necessidades dos usuários.

Os quadros de desorganização mental aguda e grave, que são os casos, segundo a política de saúde mental brasileira que devem ser atendidos pelo CAPS, são merecedores de todos os investimentos clínicos. Tais casos exigem de quem trabalha com eles um preparo diferenciado com manejos clínicos sofisticados, sendo esse fazer um ponto nevrálgico na construção da reforma e o seu grande desafio.

Sabe-se que há uma dificuldade por parte dos serviços de saúde mental (inclusive os de caráter substitutivo) em lidar com a crise, a resposta a essa situação geralmente é a internação psiquiátrica. É com base neste contexto que o objetivo do programa, em específico, é capacitar seus estagiários a lidarem com a crise na psicose, segundo os pressupostos da Reforma psiquiátrica através da intensificação de cuidados a esses indivíduos em profunda desorganização.

A proposta do programa é que os estagiários colaborem de forma efetiva com a lógica do CAPS, oferecendo um suporte para o enfrentamento das situações de crise (agudizações) dos pacientes, através de um investimento mais intenso que envolve o domicílio como lócus de cuidados e como ponto de suporte para o fortalecimento das relações familiares e das redes sociais.

Para uma melhor compreensão da atuação do programa, faz-se necessário elucidar qual a concepção de crise adotada pelo programa, assim como os demais pressupostos que o orientam.

Por um conceito relacional de crise

A compreensão de crise adotada pelo *Programa de Atenção Domiciliar à Crise*, é o de um período de agudização dos sintomas, no qual ocorre uma intensificação da desorganização psíquica do indivíduo, ao passo em que a tolerância social com relação ao indivíduo diminui. Compreende três aspectos: o paciente, suas redes sociais e o serviço de saúde. Em se tratando das redes sociais, principalmente as famílias dos indivíduos, os efeitos dos períodos de agudização repercutem diretamente, ocasionando a amplificação das ansiedades e inúmeros tensionamentos.

Com relação aos serviços, entende-se que quando há a agudização dos quadros dos pacientes a tendência é que ocorra uma queda da frequência dos mesmos à instituição, (seja por conta da excessiva desorganização ou por vínculos frágeis com a instituição) e os CAPS, por diversos motivos, acabam por não conseguir trazer de volta o paciente. Soma-se a esta questão o fato dos CAPS encontrarem dificuldades para lidar com a crise, principalmente por meio de recursos extra-muros.

Desta forma, a crise, na perspectiva do PADAC, é mais que um conjunto de sintomas psicopatológicos, a crise não é reduzida ao fator psíquico, está na ordem do social, como explicitado por Silva (2007) no parágrafo abaixo:

“O que aparece para nós como crise são aqueles aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante (...) a psicose é uma questão fundamentalmente social e o que vai parar na porta da emergência psiquiátrica é, fundamentalmente, aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera algum tipo de ressonância social importante. É

muito óbvio, não é? Sem ressonância social, o fato psíquico deixa de ser relevante” (SILVA,2007, p.52)

A crise é relacional, neste contexto, o manejo desta deve levar em conta as relações do indivíduo com o meio em que vive. A idéia então é a de que pacientes que "não aderem ao tratamento", quer dizer, que eventualmente tenham vínculos frágeis com o CAPS ou aqueles que por desorganização excessiva não tenham condições ou não estejam suportando frequentar o serviço possam ser abordados em sua residência durante o período de crise. O objetivo é lidar com tais pacientes que não vão à instituição e, juntamente com esta, alcançar o paciente, estimular a alteridade, oferecendo continência psicoterapêutica ao mesmo, suporte às ansiedades sociais dos familiares, monitoramento da utilização das medicações, acompanhamento terapêutico e reenlace do paciente e da sua família com a instituição, através da intensificação de cuidados.

A intensificação de Cuidados – conceito e implicações

Um dos pressupostos orientadores do PADAC é a intensificação de cuidados, tendo como lócus de atuação, o domicílio. Segundo Silva (2007), entende-se como intensificação de cuidados, a intensificação do investimento humano, em contraposição à idéia de tecnologia, aparatos tecnológicos, parafernálias institucionais e equipamentos. Ainda sobre o conceito de “intensificação de cuidados”, o autor afirma que:

“compreende-se um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes sociais de sua relação, bem como o estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade. De caráter ativo, a “intensificação de cuidados” trabalha na lógica do “um por um” e pretende colher o indivíduo no contexto de sua vida familiar e social, estabelecendo um diagnóstico que respeite a complexidade de cada caso em suas peculiaridades psíquicas e sociais. (SILVA, 2007, p.40)

A intensificação de cuidados age em prol das necessidades do sujeito que está em crise, de maneira que se possa produzir uma mudança em sua qualidade de vida e em sua posição no mundo, ao investir na produção de novos espaços de sociabilidade.

A atenção domiciliar em foco

O advento da Reforma Psiquiátrica, enquanto um movimento dinâmico instituinte, trouxe como um de seus efeitos o deslocamento do papel da família, de uma posição de responsabilidade relativa no cuidado do seu membro portador de transtorno mental, para uma responsabilização direta sobre o mesmo – o que se configura como uma alteração nas dinâmicas relacionais, no cerne familiar.

Não cabendo classificar os conflitos da dinâmica familiar como causa ou consequência do transtorno mental, sabe-se que, no campo da saúde mental, a família ocupa uma

posição preponderante, decisiva e inegável tanto no estado de saúde dos sujeitos, como nas possibilidades de sucesso do tratamento. Contribuir para o fortalecimento dos seus vínculos familiares e estar todo o tempo atento para o estado dessa família, traz benefícios não só para o sujeito, como para as pessoas que estão à sua volta e evidencia a importância de que o acompanhamento se estenda para todos aqueles que estão no domicílio.

Assim, considerando os diversos modos de assistência e necessidades dos sujeitos, a atenção domiciliar aparece enquanto uma das estratégias que visa oferecer o suporte e a integralidade do cuidado, prezados e buscados na saúde mental. Segundo Santos e Kirschbaum (2008),

O processo de adentrar o domicílio dos usuários requer preparo, habilidades de comunicação, ética profissional, conhecimento dos mecanismos para prover à família uma assistência de cunho educativo, pautados em ações de prevenção e principalmente de promoção à saúde da população, assim como, maiores esclarecimentos acerca das relações entre espaço público e privado concebidos por usuários e profissionais de saúde de modo não necessariamente coincidente, trazendo conseqüências importantes para a implementação das práticas de saúde coletiva no país.

O forte investimento para a consolidação de uma rede substitutiva em saúde mental dialoga com a crescente transformação das práticas do cuidado que a atenção domiciliar tem buscado firmar (Freire, 2006). Esta aparece enquanto campo de articulação entre o surgimento de novas tecnologias e funções para os técnicos e as necessidades das famílias.

O cuidado no domicílio constitui-se como um ponto estratégico, uma vez que é nele em que aparecem os tensionamentos advindos das situações de crise. Cabe aqui salientar que a atuação do PADAC não se limita ao domicílio, mas pretende dar conta do entorno social no qual o indivíduo estabelece suas relações.

A clínica psicossocial da psicose

Nos dizeres de Melman (2001), o cuidado e acolhimento daqueles que adoecem mentalmente de forma grave, constitui-se como um desafio para o qual nossa sociedade não está preparada. Sendo assim, o universo familiar desses indivíduos é permeado pelo preconceito e exclusão. O surgimento de um membro familiar com transtorno mental intensifica a insegurança e o desconforto, uma vez que a enfermidade apresenta-se como uma ruptura na trajetória existencial, os familiares experimentam uma vivência de catástrofe, que desestrutura as formas habituais de enfrentamento, gerando conflitos e dúvidas.

“Uma enfermidade mental desafia esse poder, gera muita tensão, estimula sentimentos de impotência e vitimização, alimenta amarguras. Naqueles casos em que a gravidade do quadro é maior e a duração dos sintomas se prolonga por muito tempo, os repetidos fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, os freqüentes insucessos nos tratamentos produzem mais frustração e desespero e são um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária. Suas próprias vidas ficam esvaziadas, muito aquém de suas possibilidades existenciais.” (Melman, 2001, p.20)

O atendimento de casos graves demanda a administração de situações sociais complexas que não são compatíveis com as simplificações analíticas encontradas nos dispositivos clínicos tradicionalmente disponíveis.

Nesta nova proposta, a constituição de uma rede de serviços substitutivos, demanda que os agentes técnicos revejam os seus saberes e práticas. Neste sentido, é importante recorrer ao conceito de tecnologias de produção da saúde, proposto por Merhy (1997), sobretudo no que diz respeito à designação das “tecnologias leves”, do qual decorre a nossa compreensão da categoria do vínculo como conceito fundamental.

Tal contexto exige que os seus profissionais operem com a complexidade do seu objeto e manejem um conjunto variado de recursos e possibilidades que extrapolem os limites que tradicionalmente moldam, de forma reducionista os fenômenos sobre os quais pretende intervir.

A clínica psicossocial das psicoses está baseada nesse recurso, o manejo das relações vinculares é a orientação nessa clínica. Atenção domiciliar é toma o domicílio como locus de ofertas de atenção, sua característica é de um *setting* completamente tenso, conturbado, confuso. A atuação do operador de saúde neste caso é o de uma mediação deste *setting*, em busca de promover deslocamentos nas dinâmicas relacionais, promovendo um novo lugar para o portador de transtorno mental dentro de seu entorno social.

Destarte, o paradigma da clínica psicossocial das psicoses pretende devolver à clinica a condição de operar com a complexidade do seu objeto, manejando um conjunto heterodoxo de recursos e possibilidades que extrapolam os limites disciplinares, acadêmicos e/ou corporativos que, tradicionalmente, moldaram de forma reducionista os fenômenos sobre os quais pretende intervir, de modo a submetê-los às conveniências protocolares das instituições.

A atuação do PADAC

Como já tratado anteriormente, as ações do PADAC são realizadas através de atendimentos domiciliares aos usuários. A assistência domiciliar pode ser entendida como um conjunto de procedimentos terapêuticos possíveis de serem realizados na casa do paciente. São contatos sistemáticos com a dinâmica familiar e o entorno social mais próximo do usuário, de forma a possibilitar o retorno de um quadro psíquico mais estabilizado.

Operacionalmente, as intervenções do PADAC vêm sendo realizadas por duplas de estagiários do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, em parceria com um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, BA. A intenção do PADAC é auxiliar o CAPS a lidar com a crise de seus usuários, para que ele possa ter uma atitude clínica compatível com as exigências do papel de substituir o hospital psiquiátrico.

O PADAC tem como princípio o manejo das relações vinculares entre estagiários e usuários. O vínculo nesse caso, é estabelecido baseado em uma presença bem orientada e precisa, seguindo uma postura ética e acolhedora. Para um bom acolhimento, além da utilização da técnica e do referencial teórico, é fundamental a disposição por parte do

acompanhante; acolher é se implicar na necessidade do outro, mesmo que o seu pedido não possa ser integralmente atendido.

Os estagiários participam das reuniões técnicas do CAPS, nas quais os casos identificados pelo serviço, que requerem cuidados mais intensivos, são repassados para o Programa, para que os estagiários dêem início aos atendimentos, supervisionados em reunião semanal, pelo coordenador do programa. O momento da supervisão, é o espaço para a análise do caso e sua condução, assim como para as discussões relativas ao arcabouço teórico que orienta o projeto. As reuniões junto à equipe, também semanais, fazem parte da construção da condução do caso, pois permite a troca entre os estudantes e os profissionais, em prol do indivíduo que está sendo atendido. Constitui-se também como um local de intervenção dos estagiários, através da mediação da relação entre o usuário e o serviço.

A abordagem à crise visa o acolhimento ao usuário, à família e o vínculo destes à instituição por meio da atenção domiciliar, através da manutenção e fortalecimento das redes sociais, do estabelecimento de parcerias com outros serviços de saúde como PSF e PACS. As intervenções do PADAC são feitas até que o usuário saia do momento de crise e possa frequentar o CAPS ou realizar outras atividades que assegurem seu bem estar.

Resultados e Repercussões

A experiência do *Programa de Atenção Domiciliar à Crise* reforçou o atendimento à crise, a importância da intensificação de cuidados e do vínculo, como estratégias terapêuticas, através do investimento nas redes sociais, do atendimento domiciliar. Auxiliou na consolidação do CAPS como instituição física e psíquica como referência para o cuidado em Saúde Mental para os usuários atendidos pelo programa.

O PADAC proporcionou e tem proporcionado o re-estabelecimento do vínculo dos indivíduos com a instituição, e mesmo nos casos onde os sujeitos não passaram a frequentar o CAPS, este lhes foi apresentado como uma referência em suas vidas, como um lugar que eles podem contar, em caso de necessidade.

O projeto tem beneficiado em primeira instância aos pacientes, que tem à sua disposição cuidados extras e intensivos; aos estagiários, que aprendem com a prática e produzem conhecimento; à instituição, que tem à sua disposição um serviço a mais com mão de obra orientada e qualificada; ao orientador, que tem desenvolvido novas metodologias de ensino e de clínica; e ao processo da reforma psiquiátrica e política de saúde, que ganhará força com novas forças de trabalho e novas formas de atenção em saúde mental.

O *Programa de Atenção Domiciliar à Crise* abre, assim, uma possibilidade de construção de formas de reflexão, abordagem, intervenção e cuidado acerca da assistência em saúde mental a pacientes em crise, agregando ao CAPS mais um recurso humano e de logística para abordar os usuários nessas situações.

Referências

FREIRE, Flávia. Residência Terapêutica: Inventando novos lugares para se viver, Dissertação (Mestrado, curso de mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>.

Acesso em: 30/09/2008.

MELMAN, Jonas. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo (SP): Escrituras Editora, 2001.

SANTOS, Edirlei; KIRSCHBAUM, Débora. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 10(1):220-227, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>

SILVA, Marcus Vinícius. A Clínica Integral: O paradigma “Psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. In: *Rev. In-Tensa. Ex-Tensa*, Salvador-Ba: UFBA, Ano I, n. I, p. 40-41, 2007.

SILVA, Marcus Vinícius.. Loucura, Psicose e ressonâncias sociais. In: *Rev. In-Tensa. Ex-Tensa*, Salvador-Ba: UFBA, Ano I, n. I, p. 52-69, 2007.