

Maria Cristina Ventura Couto
e Renata Gomes Martinez (orgs.)

Saúde Mental e Saúde Pública

Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica

NUPPSAM/IPUB/UFRJ
Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental

Rio de Janeiro
2007

Saúde Mental e Saúde Pública

Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica

© Autores / Maria Cristina Ventura Couto e Renata Gomes Martinez (orgs.)

Editoria: FUJB, em parceria com o NUPPSAM/IPUB/UFRJ

Produção Editorial: Maria Cristina Ventura Couto, Renata Gomes Martinez e André Milagres

Revisão e Preparo de Originais: Maria Cristina Ventura Couto e Renata Gomes Martinez

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica: André Milagres

Este livro foi editado com recursos do Convênio 2682/2002 (FNS/MS) estabelecido com a Fundação José Bonifácio (FUJB) em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB/UFRJ).

Coleção “**Saúde Mental e Saúde Pública: Clínica e Política**”

VENDA PROIBIDA

COUTO, Maria Cristina Ventura e MARTINEZ, Renata Gomes (orgs.). Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007, 160p.

1. Saúde Mental 2. Política de Saúde Mental
3. Saúde Pública 4. Reabilitação em Psiquiatria.

ISBN 978-85-61142-00-1
CDD 610

NUPPSAM/IPUB/UFRJ

Av. Venceslau Brás, 71 - fundos - Botafogo

Rio de Janeiro - RJ 22.290-140

Tel.: (21) 2295-3170

Endereço eletrônico: nuppsam@ipub.ufrj.br

SUMÁRIO

À guisa de apresentação: a Saúde Mental sob o marco da Saúde Pública página 09
Maria Cristina Ventura Couto

Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica página 13
Fernando Tenório

A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental página 29
Raquel Corrêa de Oliveira

A cerebralização do autismo: notas preliminares página 55
Rossano Cabral Lima

A clínica da “disfunção social”: contribuições da psicopatologia do senso comum página 73
Erotildes Maria Leal, Octavio Domont
de Serpa Jr. e Nuria Malajovich Muñoz

Desinstitucionalização: os processos de trabalho página 105
Maria Tavares Cavalcanti, Catarina
Magalhães Dahl, Louise França

Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento - uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS página 131
Moema Belloni Schmidt, Ana Cristina Figueiredo

À guisa de apresentação,

A Saúde Mental sob o marco da Saúde Pública

A recente envergadura adquirida pela saúde mental, conseqüência, dentre outros fatores, da promulgação de duas leis nacionais (10.216 e 10.708), vem determinando mudanças em todos os vértices da complexa estrutura que constitui este campo específico de cuidado. Estas leis sintetizam a transformação de uma ação setorial em política de Estado e seus desdobramentos imprimem definitivamente o marco da saúde pública na saúde mental. A ampliação do patamar de institucionalidade define, para a saúde mental, um novo cenário assistencial e revela desafios inéditos no enfrentamento de seu mandato social e terapêutico.

Pela primeira vez há uma alteração substancial no processo de expansão dos serviços comunitários e territoriais. O número de CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Ambulatórios é expressivamente superior ao número de hospitais psiquiátricos existentes, e absorvem mais de 50% dos recursos da saúde mental pública, invertendo uma relação histórica que durante décadas fez destinar a leitos em hospitais psiquiátricos mais de 90% dos recursos financeiros da saúde mental¹. O rumo tomado pelo dinheiro público esclarece muito sobre as reais concepções que vigem nas proposições políticas de um dado país, apesar de não certificar a qualidade do trabalho oferecido. Por isso, se é preciso festejar a reversão de uma tendência histórica que contradizia *recurso* e *discurso* (o discurso era territorial, mas o recurso hospitalar), é também absolutamente necessário ampliar as conseqüências reais da mudança de rumo apontada pela assistência brasileira em saúde mental.

Em um estudo realizado pela revista *Lancet* para levantar o estado da arte da saúde mental em países com baixo ou médio nível de renda, nomeados “low and middle-income countries” (LAMICs), o Brasil

recebeu destaque especial pelos resultados alcançados na mudança do modelo hospitalar para o comunitário².

O que esta mudança de modelo impõe a todos aqueles implicados nesse processo? Como sustentá-la clínica, política e eticamente? Quais marcos epistemológicos e clínicos orientarão essa nova tendência? Que incidências deverá produzir no ato cotidiano das equipes, da gestão, da formação, da organização dos processos de trabalho, da pesquisa, e nos caminhos de outras políticas públicas e da comunidade em geral? Essa mudança de modelo tem efetivamente ampliado o acesso ao tratamento num país repleto de iniquidades, gerador de segregação e historicamente incapaz de discriminar política de bem-estar de assistencialismo³? O que a experiência do trabalho territorial tem esclarecido sobre as reais possibilidades e principais desafios no tratamento do paciente portador de transtorno mental grave? O que os territórios, em suas diversas traduções geográficas, subjetivas e culturais, revelam de solução ou impedimento, de invenção ou inércia para fazer frente ao excesso de mal-estar?

A delicadeza das questões relacionadas à mudança em curso requer que estas sejam permanentemente revisitadas, através de um processo consequente de reflexão crítica, para que não fiquem obscurecidas pelo contentamento fácil frente a certas conquistas alcançadas.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica, do qual a saúde mental pública é tributária, guarda em si essa particularidade: é um processo sem fim, sujeito à verificação permanente para que não perca seu rumo, onde cada vitória festejada mais do que ponto de chegada é ponto de nova partida, subordinado eticamente a uma concepção do humano e da política que não consente com universalismos. É da inexorável afirmação da diferença e da singularidade humana que a saúde mental, se rigorosa em seus princípios, pode extrair o vigor de suas ações e responder por aquilo que a especifica e legitima frente ao conjunto das políticas públicas brasileiras. O desafio é oceânico e não comporta simplificações.

Atento ao que pode vir a se constituir como novo ponto de pauta na agenda pública da Reforma Psiquiátrica, este livro convida ao debate crítico. Desde um panorama geral sobre o momento atual, passando pela delicada questão do ingresso de crianças e adolescentes no escopo das responsabilidades da saúde mental pública, pelo aprofundamento do debate acerca da psicopatologia, pela discussão das vicissitudes encontradas pelo autismo desde sua proposição como síndrome no século XX e, ainda, pela contribuição de pesquisas orientadas a avaliar as complexas e reais experiências de serviços territoriais, os autores oferecem indicações preliminares para a construção de caminhos que permitam responder com densidade à interrogação: é possível afirmar que estamos diante de um novo ciclo da Reforma Psiquiátrica Brasileira?

Que a leitura dele faça falar.

Maria Cristina Ventura Couto
NUPPSAM/IPUB/UFRJ

Notas

¹Esses dados estão detalhados em: a) DELGADO PG, WEBER R. Carta ao Editor. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.29, n.2, SP, Junho 2007 e b) **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** MS, janeiro de 2007.

²Para maiores detalhes, ver: JACOB KS et al. Mental health systems in countries: where are we now?. **Lancet.** Published online, set 4, 2007 (DOI:10.1016/S0140-6736(07)611241-0)

³Sobre a crítica ao assistencialismo tomado como política de bem-estar social, ver: ESPING-ANDERSEN G. As três economias do Welfare State. **Rev. Lua Nova**, n.24, SP, CEDEC, 1991, p.85-115.

Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica

*Fernando Tenório**

O ponto de partida deste texto é a constatação de que as mudanças no sistema de saúde mental no Brasil nos últimos anos foram tão profundas que os textos e análises que discutiram e impulsionaram a reforma psiquiátrica nas últimas décadas são hoje insuficientes, e de que precisamos abordar os novos problemas e questões trazidos pelo próprio avanço da reforma.

No âmbito da prática nos serviços: ultrapassar o voluntarismo tão necessário nos primeiros tempos e avançar na reflexão clínica sobre os problemas reais que o tratamento da doença mental grave coloca – ainda que, no geral, nossos esforços de reabilitação psicossocial sejam bem sucedidos. No âmbito da gestão: enfrentar os problemas novos trazidos pelo amadurecimento da reforma em todas as suas dimensões, reforma esta que deixou de ser uma iniciativa “alternativa” ou “promissora” para se instituir como determinação legal, ancorada em sólido arcabouço normativo e em mecanismos eficientes de financiamento, abarcando um escopo maior de problemas e segmentos de clientela, e gozando de expressiva adesão da imensa maioria dos setores envolvidos (exceção feita aos interesses por ela contrariados e, infelizmente, às entidades médicas “oficiais”, que representam uma parcela importante da comunidade de psiquiatras).

Este texto pretende ser uma breve introdução a alguns desses novos problemas, sem que necessariamente os pontos por mim escolhidos sejam os mais importantes¹.

Reforma Psiquiátrica: novos problemas

Neste ano de 2007, cumpriram-se seis anos de vigência da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e cinco da Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Podemos dizer que, nesta metade de década, os efeitos da Lei e da Portaria (junto com outros fatores) mudaram não apenas quantitativamente mas qualitativamente a situação do sistema de saúde mental no país.

A década de 70 é considerada o período “germinativo” da reforma, em que foram plantados seus ideais e valores fundamentais, no bojo da crítica ao estado autoritário e ineficiente². A década de 80, o período “sanitarista”, em que se apostou na moralização, ampliação e aperfeiçoamento técnico do sistema existente, sem crítica aos seus pressupostos. Nela, o binômio moralização do asilo e ambulatorização não foi suficiente para inverter o empuxo à internação, mas permitiu a crítica que deu ensejo à criação dos primeiros CAPS e à implantação do primeiro programa municipal de saúde mental baseado em serviços territoriais. A década de 90, recente demais para já ter merecido uma designação “histórica”, pode ser considerada como aquela que estabeleceu e mesmo instituiu os marcos definidores do novo modelo de assistência em saúde mental no país. Nela, vimos a expansão bem sucedida dos CAPS como carro chefe da reorientação de modelo em curso; o estabelecimento do paradigma da atenção psicossocial como norte dos cuidados em saúde mental; a diversificação dos serviços e dispositivos no sentido da criação de uma rede multi-institucional que atenda às reais necessidades de tratamento e apoio de vida acarretadas pela doença mental grave; a criação de um arcabouço normativo bastante completo, que criou condições de regulação, gerência e financiamento do sistema; e a continuada diminuição do número de leitos psiquiátricos. Ainda assim, o que se estabelecia ali era mais da ordem de um horizonte paradigmático a perseguir do que verdadeiramente um sistema nacionalmente instituído³.

Já a presente década de 2000 assiste, a meu ver, uma mudança de nível nas políticas públicas de saúde mental e em sua implantação efeti-

va. Em abril de 2001 foi promulgada a Lei 10.216 que torna as diretrizes da reforma um imperativo legal. Em fevereiro de 2002 foi editada a Portaria ministerial nº 336 que dá novo alcance aos CAPS, tanto ao ampliar sua missão institucional quanto ao criar instrumentos concretos de financiamento para sua implantação e manutenção. A partir desses dois fatos (mas não exclusivamente por causa deles), observamos: a multiplicação dos CAPS (crescimento de mais de 800 CAPS em 5 anos, contra 295 criados nos 15 anos anteriores à Portaria), o aumento expressivo das residências terapêuticas, a criação em Lei da bolsa auxílio-reabilitação, a redução constante do número total de leitos hospitalares, a redução de porte dos hospitais existentes e a incorporação decidida de dois segmentos específicos de clientela antes negligenciados pela saúde mental pública, as crianças e adolescentes e os usuários de álcool e outras drogas.

Se a reforma psiquiátrica é um processo social amplo, que almeja promover mudanças culturais na própria sociedade, no nível das políticas públicas ela é a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, substituindo um sistema centrado no hospital por um sistema mais aparelhado para responder às reais e diversificadas necessidades de tratamento e suporte de vida acarretadas pela doença mental grave. Um sistema baseado em dispositivos comunitários, abertos e regionalizados, compondo, em seu conjunto, o que chamamos de rede de atenção integral. Podemos dizer que este processo tem sido, no geral, bem sucedido e que seu avanço tem sido também um avanço na construção do próprio Sistema Único de Saúde no Brasil, na medida em que a rede de saúde mental tem se aproximado cada vez mais dos objetivos de acessibilidade (garantir o acesso a tratamento), universalidade (o sistema é para todos) e equidade (o sistema deve responder às diferentes necessidades dos usuários, que não são as mesmas para todos os grupos).

Ao mesmo tempo, o próprio amadurecimento e qualificação do sistema público de saúde mental nos permite colocar e discutir problemas novos, limites, impasses e vias de superação. Uma lista incompleta dessa “nova agenda”, desses novos problemas, seria a seguinte:

- A lentidão do processo de desinstitucionalização – que se deve, certamente, a diversos fatores, aí incluídas a resistência do setor hospitalar contratado, as dificuldades das famílias, as dificuldades operacionais do Estado brasileiro, mas também a um fator que, por ideologia, talvez tenhamos menosprezado, que são as dificuldades intrínsecas à doença mental grave, em especial à esquizofrenia.
- O desafio dos ambulatorios, de acolher e manejar a imensa demanda dos transtornos ditos menores, como ansiedade, depressão, neuroses, sem deixar de garantir atendimento prioritário aos transtornos psicóticos.
- A difícil missão institucional dos CAPS, de exercer uma função de saúde pública sem deixar de exercer a clínica singular de cada caso e, se possível, sua teorização e a formação de novos profissionais.
- O lugar do hospital psiquiátrico na psiquiatria reformada e na nova rede de saúde mental.
- A complexidade da atenção à problemática do álcool e das outras drogas, que já se podia supor, mas que só com a experiência concreta dos CAPS ad se revelou em sua exigência cotidiana de inventividade, multiplicação de iniciativas e intersetorialidade, além de lidar diretamente com a precariedade do arcabouço institucional no qual os profissionais pudessem se apoiar para lidar com situações que envolvem a violência, o crime e o risco à integridade física inclusive dos próprios profissionais.
- A tomada de responsabilidade em relação às crianças e adolescentes, que, para além da própria dificuldade do tratamento institucional do autismo e da psicose infantil, trouxe à luz outras problemáticas, como a das crianças em situação de risco social e a das crianças abrigadas.

- A necessidade de articulação efetiva dos Programas de Saúde Mental com a Atenção Básica, particularmente com os Programas de Saúde da Família.
- A não adesão de parte expressiva da comunidade de psiquiatras aos pressupostos e, sobretudo, ao trabalho nos serviços da reforma, o que inclui razões legítimas da baixa competitividade no mercado das condições oferecidas de trabalho e remuneração, mas que, para além disso, deveria nos fazer pensar no seguinte: passamos os últimos 20 anos melhorando a psiquiatria, tentando qualificar sua clínica, e, no entanto, em alguma medida, posamos de anti-psiquiatras; produzimos, no nível da transmissão, uma situação discursiva aversiva aos psiquiatras e à psiquiatria – com o que, naturalmente, a transferência dos jovens psiquiatras dirigiu-se a outras referências.
- Os problemas da gestão propriamente dita, que mereceriam um artigo à parte.

Dos pontos mencionados, abordarei brevemente a questão dos ambulatórios, por muito tempo negligenciada na reforma, e a questão dos CAPS, tornada muito mais complexa e abrangente pela Portaria 336.

Uma palavra sobre o Ambulatório

Como vimos, no âmbito das políticas públicas, a reforma psiquiátrica começou no Brasil pela proposta de implantação em larga escala de ambulatórios. Estes, porém, logo assumiram as características pelas quais vieram a ser tão criticados: consultas muito espaçadas e muito curtas, repetição burocrática da prescrição medicamentosa, procedimentos burocráticos de admissão e de desligamento do tratamento (quem nunca ouviu a regra “três faltas, perde a vaga?”), pouquíssima resolutividade e flexibilidade para agregar ao tratamento os casos mais graves e refratários ao dispositivo da consulta individual com hora marcada etc. Assim

é que a proposta dos CAPS foi gestada como alternativa e oposição ao hospital psiquiátrico (nesse ponto tirando o ambulatório do centro do interesse e das discussões), em parte para superar o fracasso do ambulatório nessa missão (nesse ponto criticando o ambulatório). Ou seja, o modelo dos CAPS e da atenção psicossocial surgiu como proposta de superação não apenas do recurso indiscriminado à internação, mas também das limitações do ambulatório, que ficou, então, condenado a um certo “ostracismo” no âmbito da reforma.

O percurso da reforma psiquiátrica no Brasil, felizmente, levou a uma revisão explícita dessa posição. O sucesso dos CAPS permitiu também a confrontação com seus limites e problemas e a constatação de que, passado o entusiasmo inicial, os CAPS e a assistência em saúde mental como um todo não prescindem de modo algum do ambulatório. Nesse sentido, muito recentemente, o ambulatório começou a ser discutido mais amplamente. O próprio Ministério da Saúde fala hoje, em seus documentos, em superar a “dicotomia CAPS *versus* ambulatório” e da necessidade de até mesmo se “conhecer melhor” os ambulatórios.

Ainda que padecendo de todas as dificuldades que conhecemos (e outras que nem podemos imaginar), e ainda que se encontrando com problemas e dificuldades novas, os CAPS têm se mostrado estruturas realmente eficazes no tratamento psicossocial e às vezes clínico da psicose – sobretudo quando muitos deles deixaram de fazer oposição ideológica à internação e puderam entender a internação como recurso que responde a certas circunstâncias e certos momentos específicos da evolução de uma doença mental grave. A doença mental grave é necessariamente de longa evolução e um sujeito, no seu percurso de tratamento e vida, passa por momentos diferentes, em que suas necessidades são também diferentes do que eram no momento anterior e do que serão no momento seguinte. A idéia de rede multi-institucional e diversificada de atenção psicossocial realiza de maneira muito eficiente a tarefa do tratamento da doença mental grave, em especial a psicose, justamente por oferecer uma gama flexível de recursos diversos (consulta, convivência, oficina, terapêutica, trabalho, lazer, internação, mora-

dia, sociabilidade, auxílio financeiro...) que respondem a esses tempos e necessidades diversas no curso da evolução da doença mental. Num certo sentido, a questão do tratamento da psicose está relativamente equacionada pela reforma psiquiátrica e pelo modelo dos CAPS, da rede de atenção e dos recursos psicossociais.

Já os ambulatórios, além de responderem pelo seu quinhão no tratamento da psicose, estão confrontados com todas as demandas “neuróticas” e todas as demandas ligadas ao mal estar inerente ao ser humano, agravado ou não pelas condições sociais específicas em que vivemos. Isso é ainda alimentado por uma inflexão médico-pedagógica que remete à psicologia ou medicaliza demandas diversas na suposição de que elas têm que ser equacionadas no campo do bem estar do indivíduo. Essa é, com efeito, a estrutura da demanda neurótica, tal como ela se atualiza em cada situação considerada individualmente. As circunstâncias institucionais dentro das quais se têm que responder a isso, entretanto, nem sempre autorizam, por exemplo, a sustentação de uma certa distância entre a demanda e a resposta. Como formulação provisória, diria que a transformação do paciente em “usuário”, sujeito de “direitos”, se pode ter efeitos terapêuticos importantes na psicose, traz problemas clínicos específicos para o campo da neurose, na forma de uma adesividade do sujeito à idéia de que o tratamento tem o dever de lhe restituir o bem estar – imperativo do qual os profissionais têm dificuldade de se distanciar a fim de poderem oferecer uma resposta efetivamente clínica.

A missão institucional dos CAPS, sua clínica e sua institucionalidade

O primeiro CAPS do país (o chamado CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, hoje conhecido como CAPS Itapeva) não era regionalizado. Recebia pacientes de qualquer parte do Estado, dentro da sua capacidade de atendimento, e não tinha uma responsabilidade de responder a todas as demandas de uma determinada região. Sua diferença e vantagem em relação aos serviços existentes na época eram enormes, pois

ele funcionava do modo como hoje é comum os CAPS funcionarem: atendimento diário, equipe multiprofissional, oficinas, atendimento às famílias, iniciativas de geração de renda, de lazer, projeto terapêutico individual para cada paciente, espaços para convivência livre dos pacientes, ações de agenciamento psicossocial na época incomuns, pessoal de serviços gerais e administrativos sensível no trato com os pacientes etc. Foi, e é até hoje, um exemplo que mostrou que era possível manter pacientes graves em tratamento intensivo e ampliado, fora da internação (recorrendo a ela só quando necessário).

Porém, pelo contexto em que surgiu, esse e os outros CAPS que foram sendo criados não tinham a responsabilidade de atender necessariamente um quantitativo de clientela muito grande. Sua responsabilidade era atender bem, de maneira diferenciada em relação aos outros serviços existentes, sua clientela em tratamento regular (a “triagem”, com esse nome, servia para triar quem era ou não indicado para se tratar ali). Fazer isso já foi muito, foi fundamental: reintroduziu no universo da assistência psiquiátrica brasileira a possibilidade de uma clínica da psicose que tinha se perdido pela degradação do hospital psiquiátrico, e abriu o caminho para a existência desse novo dispositivo que hoje é o carro-chefe da assistência psiquiátrica no país. Mas esses CAPS não tinham uma responsabilidade maior em relação ao conjunto da clientela em potencial. Por não existirem em número suficiente e por não poderem, à época, chamar para si uma responsabilidade maior por todo o fluxo e demanda da psiquiatria e da saúde mental, esses CAPS não podiam ser, naquele momento, verdadeiramente substitutivos em relação ao hospital psiquiátrico. Eles eram (e assim eram chamados) estruturas “intermediárias”: intermediária entre o cuidado “total” do hospital de internação e o cuidado muito pontual do ambulatório; ou, também, serviços “alternativos”: uma alternativa ao hospital, não a sua substituição.

Isto é, na primeira etapa de sua história, os CAPS surgiram primeiro do repúdio ao hospital, depois da insuficiência do ambulatório e, portanto, tiveram como missão atender um determinado contingente de clientela de forma diferenciada tanto em relação ao mau hospital quan-

to em relação ao mau ambulatório. Eram “nichos” de excelência, que deram o exemplo pioneiro de um outro modo de tratar pacientes muito graves. O bom desempenho dessa tarefa fez com que se pudesse apostar nos CAPS para uma tarefa um pouco mais ambiciosa: substituir a centralidade do hospital no sistema público de assistência psiquiátrica e de saúde mental. Isso é mais do que atender bem sua clientela; é ir tomando para si as funções que o hospital sempre teve junto à população, à sociedade, até mesmo no imaginário social.

A Portaria 336, de fevereiro de 2002, traz uma redefinição radical da importância, do papel e, portanto do funcionamento dos CAPS. Basicamente, além dos atendimentos e atividades realizados no próprio CAPS com a clientela de tratamento regular do serviço (que sempre foram feitos), a Portaria traz três novidades para o CAPS: a) um parâmetro definido para o número de pacientes (que para muitos CAPS foi até inferior ao quantitativo já atendido ou cadastrado, mas para outros representou a exigência de se abrirem para além de um grupo pequeno de pacientes escolhidos); b) o papel de porta de entrada da rede; e c) o papel de organizador da rede como um todo. Isto é, traz essa mudança de responsabilidade, de missão, de estatuto do CAPS, já mencionada: de nichos de excelência, os CAPS devem passar a ser o “serviço forte” do sistema psiquiátrico, o serviço de referência do sistema, quase um “Centro de Saúde Mental”.

Resumindo: de nichos de excelência, os CAPS tiveram ou têm que se transformar em serviços de assistência à população sob o marco da saúde pública – sem perder a possibilidade de dar uma atenção singular a cada caso. Esta mudança de perspectiva recebeu de alguns a crítica de que levaria a uma perda de qualidade no atendimento. Alguns exemplos clínicos mostram que, apesar das dificuldades reais trazidas por esta nova perspectiva, sem ela os CAPS acabariam por ser serviços “excelentes para poucos” e excludentes e segregadores para a maioria.

O primeiro exemplo toca na conhecida dificuldade dos CAPS de subordinarem seu funcionamento à necessidade de receber a clientela de longa permanência institucional. L.C.G., 28 anos, internado des-

de a adolescência no Hospital Estadual do Carmo-RJ. No âmbito da intervenção que viria a fechar o hospital, a equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental identificou a família do paciente em determinado município e esta se dispôs a recebê-lo, na condição de que o CAPS o recebesse durante os cinco dias da semana. No entanto, a equipe do CAPS resistiu durante muito tempo a recebê-lo, alegando que o diagnóstico principal do paciente era de retardo mental e a clientela do CAPS é de “psicóticos e neuróticos graves”. Alegou ainda que como o paciente saía pela rua a esmo, se perdia etc, não poderia ter saída livre do CAPS. Por isso, o CAPS não poderia recebê-lo, pois é um serviço “aberto”, de entrada e saída livres, pertencente a uma nova psiquiatria que não pode impedir a saída de um paciente, não pode “tutelar”. Perceba-se o paradoxo: porque um CAPS não pode “cercear a liberdade” de um paciente, resulta que esse paciente não é ajudado pelo CAPS a sair de um hospital sabidamente segregador.

Mesmo quando surgiram como pequenos serviços de excelência, os CAPS já eram feitos para atender os pacientes mais graves da psiquiatria. Os CAPS nasceram, justamente, da insuficiência dos velhos ambulatórios em atender os pacientes mais graves e da recusa da idéia de que o hospital seja o único lugar capaz de tratar esses pacientes. Logo, desde a sua origem e por definição, os CAPS existem para tratar os pacientes mais graves da psiquiatria. Quando, no começo desse processo, cunhou-se a expressão “psicóticos e neuróticos graves” para designar a clientela dos CAPS, isso foi a maneira que se encontrou, à época, de indicar qual grupamento de clientela tendia a precisar mais do CAPS e era a prioridade da política pública (política pública é sempre escolher que problema priorizar). Hoje podemos e devemos mudar a designação, ou melhor, dispensá-la: precisa estar escrito em algum lugar que um hospital de cardiologia atende doentes do coração ou que um hospital psiquiátrico atende doentes mentais? O CAPS atende os doentes mentais graves que precisam dele. Mais uma vez, trata-se da questão da inclusão e exclusão.

Segundo exemplo: L., uma senhora de aproximadamente 60 anos, chegou à Emergência Psiquiátrica e foi encaminhada para o CAPS.

Idosa, impressão diagnóstica de esquizofrenia. O CAPS recusou, alegando que se tratava de uma demência – quadro orgânico, ligado à senilidade que, segundo a equipe, caracteriza que ela “não tem perfil para CAPS”. O desdobramento foi o seguinte: foi colocada pela família em um asilo, onde não se oferece a ela qualquer atividade. Uma vez por mês (ou às vezes a intervalo maior) é trazida por um acompanhante ou pela família a um ambulatório de saúde mental para uma consulta. No ambulatório, está diagnosticada como esquizofrênica – mas ainda que este diagnóstico não fosse claro ou conclusivo, a recusa do CAPS, com base em um critério exclusivamente diagnóstico e na idéia de um “perfil” de paciente, não produziu exclusão? No limite, a convocação colocada para os CAPS pela Portaria tem a ver com a opção entre ser um serviço verdadeiramente público ou um serviço privatizado.

Um exemplo de um bom enfrentamento pelo CAPS de seu novo mandato: o Programa de Saúde da Família solicita ao CAPS ajuda para lidar com uma situação onde, após inúmeras visitas do PSE, uma família diz ao médico que tem mais um membro na casa. O CAPS vai à casa e encontra L.L., 30 anos, que não sai do quarto há 18. Entregam-lhe a refeição e suas roupas limpas no quarto, não mantém contato com ninguém, no máximo espreita a televisão pela porta. Não fala e mantém raspados todos os pelos do corpo. A mãe, ao sair para o trabalho, tranca a casa. Nas conversas com o CAPS, a mãe mostra não ver problema na situação. Aceita, porém, que L.L. seja visitado semanalmente pelos profissionais do CAPS. Mesmo com a recusa inicial do paciente em falar com a equipe ou mesmo recebê-la, insiste-se nas visitas. Praticamente não há interação com o profissional: L.L. fica olhando para a parede, repetindo movimentos aleatórios, murmurando palavras incompreensíveis. O profissional acata as recusas de L.L., inclusive quando este o manda embora, mas o faz afirmando que voltará na semana seguinte. Após alguns meses, o paciente passa a convidar, através de gestos, o profissional a entrar no quarto e a mostrar para ele desenhos que fez durante a semana com o material deixado por este profissional. Aos poucos, começa a “falar” sem emitir som, depois a conversar – não sem dificuldade, porém frases articuladas, revelando inclusive uma dimensão delirante: que sua voz é de mulher, raspa os pelos porque mulher

não tem pelos, diz que já morreu. Atualmente circula pela casa e sai ao quintal. Após dois anos aceitou a visita do psiquiatra e a medicação. Não se sabe que rumo o caso tomará, na verdade a equipe não trabalha necessariamente no sentido de que ele vá ao CAPS, mas isso não coloca em questão a decisão do CAPS de acompanhá-lo.

A clínica dos CAPS e sua teorização não estão feitas – estão por serem feitas. Os trabalhadores de CAPS têm o desafio de fazer não só a clínica nos CAPS, mas sua teorização e sua transmissão. Esta clínica não é uma clínica “nova” – é herdeira da tradição da psiquiatria (também, é verdade, de uma certa posição política e de uma certa possibilidade que a psicanálise construiu de estar presente na psiquiatria e na saúde mental). Sobretudo, ela é herdeira de duas coisas: o mandato social outorgado à psiquiatria, de se ocupar de um determinado tipo de pessoas que são reconhecidas como diferentes, dissonantes no laço social, mas num tipo de diferença que não é reconhecido como sendo nem da ordem da religiosidade, nem da ordem da expressão artística, nem também da ordem da criminalidade ou do delíto; e a clínica dos quadros psiquiátricos – em especial a clínica da psicose – que a psiquiatria construiu e formalizou sobre a base deste mandato. Finalmente, para ser efetiva no tratamento dos psicóticos e de outras condições mentais graves, e para ser duradoura, transmissível, esta clínica depende de uma institucionalidade forte. Nenhuma experiência de reforma psiquiátrica – nem a de Basaglia e da psiquiatria democrática italiana – abriu mão da instituição como elemento indispensável ao tratamento da psicose e de outras condições graves que lançam o sujeito na fronteira do laço social.

Neste sentido, a missão institucional dos CAPS tem três pilares, três dimensões solidárias entre si:

1. Cumprir uma função de saúde pública. Quando emerge no social alguma conduta que as pessoas reconhecem vagamente como “loucura”, as pessoas não dirigem este problema à polícia e, de modo geral, também não dirigem à religião. Dirigem à psiquiatria, melhor dizendo, ao hospital psiquiátrico. Uma dimensão da

missão institucional, pública, social dos CAPS, é responder na cultura por este mandato, por esta demanda, por este endereçamento dirigido à psiquiatria.

2. Fazer a clínica da psicose – vale dizer, o tratamento, mas também sua formalização e sua transmissão. Ou seja, responder às exigências de saúde pública mantendo a consideração de que o que faz com que a sociedade dirija à psiquiatria (no horizonte que desejamos, dirija aos CAPS) a demanda de cuidar dessas pessoas é o reconhecimento, pela sociedade, de que há uma especificidade na condição dessas pessoas. Fazer isso, portanto, fazendo permanentemente a clínica e a formalização desta condição específica que leva essas pessoas à psiquiatria.

Estes dois pilares devem ser sustentados por um terceiro:

3. Fazer a transmissão desta clínica – que é fazer a formação dos novos profissionais mas é também transmitir a formalização da psicose como estrutura que deve ser considerada na sua especificidade pelos diversos níveis de abordagem do problema.

Como sabemos, a psiquiatria nasceu do fato de que, num dado momento histórico, a sociedade reconheceu a necessidade de dar uma resposta que não fosse apenas a prisão a um determinado grupo de pessoas cujos atos e cujas falas estavam em ruptura com o discurso comum e com o modo “adequado” de estar em sociedade. Essas pessoas já eram desde antes identificadas como diferentes, inconvenientes, e retiradas do convívio social. No entanto, um contexto histórico específico introduziu a necessidade de se reconhecer a especificidade desse grupo em relação a outros grupos de “desviantes” e de se ter uma abordagem também específica para ele. Portanto, a psiquiatria e suas instituições são, já no seu nascimento e até hoje, uma resposta social ao problema representado pela presença da loucura e dos loucos na sociedade. A clínica é uma resposta social, mas num sentido diferente do que se costuma dar a esta frase. A clínica é uma resposta social porque ela é uma maneira que a sociedade encontrou de responder ao problema social

da loucura; ela é uma resposta que a sociedade inventou para abordar um grupo de sujeitos cujo desvio em relação à norma era reconhecido como específico. Ter formulado e introduzido a especificidade desse desvio no registro do patológico como categoria médica, isso é a clínica psiquiátrica. Hoje nós criticamos a redução completa da questão da loucura à categoria de doença ao propormos a tomada em consideração da dimensão da “existência” (atenção psicossocial), ou da dimensão do sujeito (psicanálise). Porém, essa abordagem da loucura pela medicina psiquiátrica e pela psicopatologia, com os desdobramentos que ela teve na psiquiatria clássica e na psicanálise, situa uma ética de inclusão, e uma ética que deve orientar o trabalho dos CAPS.

A psiquiatria se constituiu forjando uma linguagem própria para apreender seu objeto, que é a loucura – isto é, a psiquiatria, para se constituir, retira a loucura do senso comum e a circunscreve à medicina, passando a explicar os fracassos da razão pelo funcionamento de um aparato próprio, o aparelho psíquico ou mental. Em outras palavras, a discursividade da psiquiatria sempre esteve referida aos fatos que rompem com o discurso comum (fatos de discurso ou atos), seja esta discordância semântica ou sintática. Neste mesmo movimento, o nascimento da psiquiatria representa a possibilidade de inscrição do louco na sua diferença, a inscrição do louco como aquele que não frequenta o discurso comum.

A resposta social que a clínica representou foi sintetizada pelo hospital psiquiátrico e pela psiquiatria como saber e prática médicos: o louco vai ser retirado do convívio social e levado ao hospital (exclusão), mas isso será feito no reconhecimento de que seu problema é mental/psicológico/ subjetivo, e que o hospital e a psiquiatria existem para que essa condição mental/psicológica/subjetiva tenha um lugar onde ela pode aparecer e ser acolhida e registrada em sua lógica própria (inclusão). Como se vê, a questão da exclusão/inclusão está posta desde o início para a psiquiatria. Os CAPS são, até agora, o resultado e o ponto culminante deste processo. Costuma-se enfatizar a relação dos CAPS com a história recente da psiquiatria. Pode ser interessante, para os próprios objetivos dos CAPS, entender sua relação com o mandato social e histórico da psiquiatria.

Notas

*Psicanalista, Coordenador de Saúde Mental de Niterói-RJ no período de 2002 a 2006. Supervisor clínico-institucional da rede ambulatorial de Niterói/RJ e membro do Tempo Freudiano Associação Psicanalítica.

¹Em outro trabalho, escrito conjuntamente com Eduardo Rocha, abordamos alguns elementos clínicos do tratamento da psicose nos serviços de saúde mental: “Considerações sobre a clínica da psicose no campo da saúde mental”, disponível em www.tempo-freudiano.com.br e publicado, em versão modificada e sob o título de “A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial”, em ALBERTI, S. e FIGUEIREDO, A. C. (orgs.), *Psicanálise e Saúde Mental, uma aposta*. Rio de Janeiro, Cia. de Freud, 2006.

²Ver DELGADO PG. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Te Corá: Rio de Janeiro, 1992, p.49-52.

³Em trabalho anterior, abordei com mais detalhe essa periodização e os marcos históricos da reforma: “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos” (em *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 9, nº 1, abril 2002, pp. 25-59. Disponível na edição eletrônica da Revista, em www.scielo.br/hcsm).

Endereço Eletrônico para correspondência:
fernandotenorio@visualnet.com.br

A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental

*Raquel Corrêa de Oliveira**

A partir da constatação de que crianças e adolescentes estão finalmente chegando aos serviços de saúde mental, vale perguntar: estamos conseguindo recebê-los? Como o estamos fazendo?

A proposta deste artigo é partir dos três momentos que configuram a chegada desta clientela para tratamento no serviço público de saúde mental: a) o momento de preparação da chegada, b) o trabalho da recepção propriamente dita, c) e os desdobramentos possíveis. Esse tema será abordado destacando dois aspectos da questão: as balizas da política e o os detalhes da clínica.

O trabalho na rede pública de saúde mental é atravessado tanto pelas balizas da política pública que orientam esse campo, como pelos detalhes que caracterizam a clínica de cada criança e cada adolescente em tratamento. Como articular essas duas marcas, uma que propõe linhas gerais para o trabalho, ou seja, os fundamentos que orientam as ações, e a outra que leva em conta o particular de cada situação, que intervém a partir do detalhe da clínica de cada um? É esse o paradoxo em discussão¹.

O trabalho preparatório à chegada

O momento da chegada ao serviço de saúde mental é fundamental para os desdobramentos futuros. Freud nos fez ver que, assim como no jogo do xadrez, todo o desenrolar do tratamento depende dos primeiros lances.

A possibilidade de crianças e adolescentes efetivamente chegarem aos serviços de saúde mental depende de um tempo de trabalho anterior que terá conseqüências sobre como poderão vir a ser recebidos. Esperar sua chegada não tem sido suficiente. O trabalho de recepção às crianças e adolescentes não é uma tarefa que se possa realizar a partir de uma posição passiva. Há um trabalho preparatório do terreno, necessário para que essa chegada possa acontecer e favorecer uma liga, um laço, se não de tratamento, ao menos de referência para que voltem quando quiserem e precisarem. Esse trabalho a ser realizado é tanto de sensibilização dos profissionais que atuam na linha de frente dos cuidados com crianças e adolescentes (pediatras, neurologistas, professores, conselheiros tutelares e todos os demais), como de orientação sobre a rede de saúde mental (dispositivos disponíveis, fluxo de encaminhamentos, abordagem de situações complexas) para as instituições parceiras (assistência social, justiça, educação, organizações da sociedade civil e outras) e, especialmente, o trabalho de acolhimento aos familiares e responsáveis².

A recepção

A discussão sobre a função da Recepção como um eixo transformador do cuidado tem exigido uma mudança de direção em todo o trabalho da rede pública de saúde mental. Não há mais lugar para a prática de uma triagem que separa, quase sempre de forma burocrática, quem poderá ou não ser acolhido no serviço. Dos dispositivos públicos de saúde mental, espera-se que recebam todos que ali venham buscar atendimento, incluindo aí a população infantil e juvenil, ainda que

isso não signifique a necessidade ou indicação de um tratamento. O trabalho nesse momento é o de acolher e avaliar todas as situações que chegam a um dos serviços de saúde mental e garantir que qualquer um deles (CAPSi, CAPS, ambulatorios, emergência) possa servir como porta de entrada para a rede.

Inicialmente, só se pode esperar que aquele que pede ajuda volte mais uma vez, e mais outra, e assim sucessivamente até que um vínculo de confiança se estabeleça. O trabalho de Recepção deve favorecer que aquele que nos procura tenha a sensação de que chegou a algum lugar que poderá fazer diferença na sua vida, na sua peregrinação por outros serviços. O acolhimento inicial visa a estabelecer um lugar de endereçamento e um laço de trabalho que permitam sustentar a aposta em uma avaliação e talvez no início de um tratamento.

Há uma delicadeza em jogo nessa proposta de acolhimento. A forma como determinada situação chega ao serviço já diz muito sobre o caso. Cabe ao profissional que recebe, realizar uma escuta cuidadosa que identifique e privilegie os elementos que possam favorecer o acolhimento particularizado que cada situação requer.

Como exemplo, destaca-se uma Recepção levada para o dispositivo de supervisão de um ambulatório. Um profissional recebeu a mãe de um menino de 10 anos que relatou uma grave inibição do filho que o impedia de ir à escola, de sair na rua para brincar. O profissional solicitou que retornassem para continuar a avaliação, mas eles não voltaram. Para ele o trabalho havia encerrado aí. Considerou que era uma escolha deles o não retorno. A partir da discussão com a equipe, na qual se resgatou a fala da mãe que dizia da dificuldade do filho em sair de casa, o profissional decidiu ligar e ouvir o que teria acontecido. A mãe fala que seu filho ficara doente e ela desanimara em voltar pois já havia mais de um mês do primeiro contato. O profissional refez o convite para que retornassem. Durante o trabalho de Recepção o menino conseguiu falar que seu “medo da rua” começou quando presenciou o atropelamento da avó. A mãe diz que inicialmente não achou ruim o filho só sair acompanhado, já que moravam numa comunidade muito violenta.

Foi quando ele passou a recusar sair de casa até para ir para a escola – o que normalmente fazia sozinho, já que eram apenas duas quadras de distância – que ela começou a se preocupar e decidiu procurar ajuda para o filho.

Os desdobramentos

O trabalho de Recepção definirá pelo menos três caminhos que terão desdobramentos a serem acompanhados. A partir do tempo de acolhimento inicial, avalia-se se há indicação para tratamento em saúde mental e as possibilidades para esse atendimento acontecer. Considerando que todos os serviços de saúde mental podem servir como porta de entrada para a rede (CAPSi, CAPS, ambulatório, emergência, etc), deve-se construir o encaminhamento mais adequado para conduzir o tratamento de determinado caso. Pode-se encaminhar para tratamento no próprio serviço onde a recepção foi realizada ou tomar a decisão de indicar um outro dispositivo mais adequado aos detalhes clínicos do paciente; por exemplo, uma criança autista com dificuldade na circulação social. Até hoje, os ambulatórios dificilmente conseguem propor outros recursos de atendimento que não as consultas individuais. Numa situação como essa, a criança pode se beneficiar do dispositivo CAPSi que, além de atendimento individual, oferece também dispositivos coletivos, trabalho de inserção social, além de outros recursos assistenciais.

Quando, após o trabalho de recepção, avalia-se que não há indicação de tratamento em saúde mental, nem por isso o profissional e o serviço que acolheram a situação inicialmente deverão se desresponsabilizar pelo caso. Ainda que uma situação não tenha indicação de atendimento em saúde mental, poderá haver uma demanda outra que precisa ser agenciada.

Inicialmente, as ações da saúde mental para crianças e adolescentes estiveram concentradas na tomada de responsabilidade pela clientela

com grave sofrimento psíquico, em especial os casos de autismo e psicose, justamente pela complexidade que esses quadros apresentam: sofrimento psíquico intenso, exclusão escolar, isolamento social, passando, muitas vezes, pela precariedade de um suporte familiar. Após esse primeiro tempo, várias outras situações começam a se impor ao campo da saúde mental, como é o caso das situações de crianças e adolescentes envolvidos em situação de risco ou vulnerabilidade social, como o tráfico, a prostituição, o uso abusivo de álcool e drogas. Para enfrentá-las, mais do que nunca é necessário que a saúde mental faça a articulação do trabalho com os outros campos de atuação como assistência social, justiça, educação, conselhos tutelares. Esses novos desafios convocam a saúde mental para o trabalho intersetorial no qual a inclusão ou a construção do encaminhamento para algum parceiro da rede de cuidados é a articulação que se tem a fazer.

Um terceiro desfecho pode ser a resolução da demanda durante o próprio trabalho na Recepção. A resolutividade não implica responder a uma demanda rapidamente. Muito pelo contrário, pode significar deixar em suspenso exigências de soluções imediatas a fim de dar tempo e lugar para que uma escuta atenta possa acontecer. É comum aparecerem nos serviços algumas situações que precisam apenas de intervenções pontuais, que não deixam de ser extremamente clínicas.

Uma situação recebida em um ambulatório de saúde mental em que a mãe busca atendimento para a filha psicótica, é bastante eloqüente quanto à efetividade do trabalho de recepção. A mãe havia decidido mudar de estado e não queria levar a filha. Pedia ajuda não só para convencê-la a se conformar com o fato, como também pedia a indicação de um hospital ou abrigo para deixar a filha. Elas retornaram algumas vezes para as entrevistas de recepção nas quais a filha dizia de sua vontade de ir com a mãe, e a mãe dizia de sua impossibilidade de levá-la, já que não sabia onde iria morar, bem como se iria se adaptar ao trabalho. As conversas durante o trabalho de recepção duraram mais ou menos dois meses quando as duas chegaram com uma proposta para encaminhar o impasse. A mãe iria primeiro e a filha ficaria com a tia, irmã da mãe. Assim que a mãe se organizasse voltaria para buscá-la. Tivemos notícia

que após alguns meses a mãe voltou para buscar a filha para morar na mesma cidade que ela, só que em casas diferentes, com o quê a filha concordou.

As balizas da Política Pública

A construção de uma política pública voltada para a população de crianças e adolescentes continua sendo um dos maiores desafios para o campo da saúde mental. A partir da inclusão dessa população na pauta das discussões político-assistenciais e da urgência indicada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) na proposição de ações de cuidado e tratamento para a população infantil e juvenil, o Ministério da Saúde vem propondo e promovendo iniciativas para a organização da rede pública de cuidados para crianças e adolescentes. Atualmente existem mais de 80 CAPSi em funcionamento no Brasil³. Mesmo atestando o grande passo dado em tão pouco tempo, é fato, até nos estados do Brasil em que a política está mais organizada, que ainda assim a rede é insuficiente. E sempre será insuficiente, já que não existe a rede ideal, o que torna ainda mais necessário uma articulação intersetorial que garanta o funcionamento e a operacionalização da rede de saúde mental.

Há muito no que avançar, não só no que diz respeito à abertura de novos CAPSi, mas também na sensibilização dos outros dispositivos, como os ambulatoriais e a rede de atenção básica, para os problemas que concernem à população infantil e juvenil. Também os outros parceiros como a assistência social, os conselhos tutelares, as instâncias jurídicas e a educação devem ser capacitados para o trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. A forma como um município de grande porte vai realizar a assistência será diferente daquela realizada por um município de pequeno porte. Nas grandes cidades, será necessária uma rede mais complexa. Nos municípios pequenos, às vezes um único serviço pode responder por toda a rede de saúde mental.

As diretrizes para a construção desse caminho já foram postas⁴ e, considerando as diferenças que particularizam cada estado do Brasil, e dentro deles cada município, é fundamental que os profissionais e gestores do campo da saúde mental possam apropriar-se dessas balizas e construir propostas diferenciadas para sua implantação.

A política nacional vem promovendo a organização da rede pública de cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes a partir de dois princípios: a intersetorialidade e a co-responsabilidade, ou seja, a articulação entre os diferentes campos de atuação que prestam assistência a essa população e a responsabilização compartilhada com os outros parceiros da rede. Operar de forma compartilhada não é uma tarefa fácil. Pode-se cair em dois pólos extremados. Por um lado, há o risco da acomodação numa posição “deixa que eu deixo”, pois como essa população faz fronteira com vários campos de atuação, pode acontecer que nenhum deles tome para si a responsabilidade por articular as intervenções. De outro lado, como a questão da atenção em saúde mental com crianças e adolescentes é marcada por uma concepção ampliada de cuidados, também há o perigo dos serviços assumirem de forma centralizadora todo o agenciamento das ações para determinado caso, desresponsabilizando os outros parceiros e, muitas vezes, destituindo a própria família de seu papel.

Tal questão pode ser elucidada pelo caso de uma adolescente psíquica acompanhada por um CAPSi. Ela estava abrigada numa casa de passagem da assistência social. Este abrigo começou então a endereçar ao CAPSi a inviabilidade de sua permanência, dado seu caráter de instituição para abrigamento temporário. Num primeiro tempo, a equipe do CAPSi se angustiou por achar que teria que dar uma solução para o problema de moradia da adolescente. Num segundo tempo, convocou a família para que pudesse também se responsabilizar pela situação. A família não tinha condição de recebê-la e o abrigo não tinha possibilidade de continuar se oferecendo como lugar de moradia para ela. Após algumas conversas entre os profissionais do CAPSi, a equipe do abrigo e a irmã, construiu-se a possibilidade da adolescente passar a residir numa instituição religiosa que abrigava moças. O CAPSi funcionou

nessa situação como o elo a partir do qual a rede foi sendo articulada.

Os princípios que vêm direcionando e responsabilizando os serviços de saúde mental para o acolhimento de crianças e adolescentes se efetivam cotidianamente a partir de algumas diretrizes que devem ser tomadas como balizadoras para a prática clínica e não como regras que ensurdecem a escuta e, como conseqüência, engessam as ações. A escuta burocrática se paralisa nas reduções e generalizações. O olhar fixado nos fatos, descontextualizados da história de vida do sujeito, do momento atual, perde o detalhe e lança mão de condutas já previstas. Como no caso de uma menina que foi avaliada como “sem demanda de atendimento” quando na verdade, após discussão sobre o trabalho de recepção realizado com a família, percebeu-se que o que prevaleceu foi o fato de não residir na região adscrita àquele determinado serviço.

Esses princípios são: o acolhimento universal, a construção da rede, a intersetorialidade, a noção de território e o encaminhamento implicado.

O acolhimento universal

Diz respeito à necessidade de viabilizar o acesso aos cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes do país. Isso quer dizer que não apenas as portas dos serviços devem estar abertas para recebê-los, como também há necessidade de um trabalho de construção dessa chegada e, às vezes, de uma busca ativa. Há uma parcela desta clientela que não vai chegar espontaneamente para tratamento. É uma população invisível para os serviços de saúde porque fica isolada em casa, sem contato com o mundo. São situações que exigem uma busca ativa.

Certa ocasião, uma enfermeira do Programa Médico da Família ouviu de uma senhora, por ela atendida em função de hipertensão, que a sobrinha de 16 anos era obesa e passava os dias trancada no quarto, comendo e vendo televisão, sem freqüentar escola, com graves dificul-

dades no relacionamento com os pais idosos. Como se recusava a ir ao serviço de saúde mental, a enfermeira articulou com a equipe do ambulatório de referência o início de uma aproximação através de visitas domiciliares⁵.

A questão da equidade é sempre polêmica quando estamos falando da saúde mental. Se é fato que o respeito à igualdade deve ser levado em conta – o que não depende da lei positiva, e sim de um julgamento do que se considera justo a cada vez –, no caso da saúde mental o que se quer preservar é o direito à diferença de cada um. Assim, todas as crianças e adolescentes devem ter acesso aos serviços de saúde mental, mas não se pode esquecer que há ocasiões em que é necessário eleger prioridades; por exemplo, os casos de autismo e psicose na infância. A preocupação em não negligenciar as outras situações que aparentemente poderiam parecer menos graves, como a depressão, agressividade, fobia, inibição, somatização, deve ser sustentada. Na verdade, toda demanda em saúde mental deveria ser considerada como urgente e é preciso trabalhar tendo em mente que a intervenção precoce pode vir a fazer muita diferença para a situação.

Várias situações graves só puderam se tornar visíveis para a rede de saúde mental a partir do olhar e da posição dos profissionais que estão na linha de frente, no contato cotidiano com a comunidade. Daí a necessidade da articulação com a atenção básica nos cuidados com crianças e adolescentes.

Certa vez, a assistente social do Programa Médico de Família (PMF) entrou em contato com a equipe de um ambulatório de saúde mental, pois soube que a escola dos filhos de uma paciente iria notificá-la ao Conselho Tutelar por negligência. Seus 3 filhos matriculados naquela escola faltavam frequentemente às aulas, não cumpriam os horários e provavelmente seriam reprovados. A denúncia era respaldada no fato dos vizinhos alegarem que as crianças eram frequentemente vistas até tarde da noite vagando pelas ruas, sujas, de pés descalços. Uma reunião entre a psicóloga da paciente, a assistente social do PMF e a acompanhante domiciliar do ambulatório foi marcada. Tratava-se de uma

paciente psicótica, cujo marido também tinha um importante comprometimento psíquico e pouco participava da vida dos filhos. A avó materna, que já cuidava de uma outra filha psicótica, sugeria que ela abandonasse o marido com os 4 filhos maiores e fosse embora cuidar só do menor que tinha 1 ano. Além da dificuldade com filhos, e sem respaldo de outros familiares, o casal não conseguia agenciar sua vida cotidiana como, por exemplo, a situação da moradia. O filho mais velho era adolescente e passava cada vez mais tempo fora, chegando a levar uma arma para casa. Essa reunião encaminhou como direção para o caso naquele momento: a) que a assistente social do PMF faria uma visita a fim de avaliar a situação da casa, b) a psicóloga iria reforçar um encaminhamento do filho adolescente para o CAPSi e c) a acompanhante domiciliar iria à escola conversar sobre a situação familiar e sobre a importância da permanência das crianças. A equipe do CAPSi avaliou que não havia indicação de tratamento em saúde mental para nenhum dos filhos. No entanto, continuou a exercer uma função de referência para a situação, tanto para essa família como para os outros parceiros da rede envolvidos no caso: a Educação, o Conselho Tutelar e o Programa Médico de Família.

A construção da rede é um trabalho permanente

No campo da atenção em saúde mental e talvez mais especificamente na assistência à população infantil e juvenil, o cuidar em rede precisa levar em consideração pelos menos duas dimensões de trabalho: a articulação com os outros serviços de saúde mental e com os outros campos que oferecem assistência a crianças e adolescentes. Trabalhar em rede é uma necessidade estratégica para a consolidação de uma política pública para este segmento. O cuidado em rede potencializa as ações e viabiliza que o trabalho clínico possa ser realizado pelos serviços de saúde mental.

Operar na lógica de rede é mais do que reunir um conjunto de serviços. Uma rede de cuidados não constrói um 'cuidado em rede' de

uma vez por todas. O ‘cuidado em rede’ indica uma lógica de funcionamento. Ou seja, deve funcionar com responsabilidade compartilhada e não ser atravessada por ações paralelas e/ou sobrepostas. A rede de cuidados não é algo abstrato. Ela só será operatória se puder articular, a partir de cada nova situação, os serviços e as ações dos diversos campos de intervenção que constituem a assistência à infância e adolescência. Não basta haver serviços direcionados para esta população.

Será que para além de conhecer os serviços tem sido possível trabalhar na lógica de rede, ou seja, partilhando com as outras instituições e com os outros campos de intervenção, a partir do lugar particular de cada um, as responsabilidades no cuidado com crianças e adolescentes⁶?

O encaminhamento implicado

O encaminhamento é efetivo quando o profissional e o serviço que estão agenciando determinada situação estão implicados no trabalho até o seu destino final. Depende justamente da possibilidade de compartilhar responsabilidades com os parceiros. Encaminhar não é despachar, o que exige do profissional e da instituição o acompanhamento do caso até que tenha sido recebido e estabelecido um laço com a outra equipe e com a outra instituição. Para isso, será fundamental um trabalho cuidadoso ao transmitir o caso e acompanhar seu engajamento no tratamento.

É emblemático o caso de um menino abrigado que estava sendo atendido por um CAPSi e, após o fechamento desse abrigo, foi transferido para outra instituição, localizada em município vizinho. O CAPSi, que era a instância de tratamento do menino, não foi consultado sobre sua transferência para outro abrigo nem sobre as consequências disso na manutenção de seu atendimento. Diante da impossibilidade de continuar seu tratamento, a equipe deste CAPSi iniciou um trabalho com ele e com os profissionais do novo abrigo, visando

a construção de um encaminhamento conseqüente para o CAPSi do município no qual ele passou a residir.

O trabalho de encaminhamento, quando necessário, deve ser realizado sem culpa, mas com responsabilidade. Além disso, é preciso cuidado para não se deixar identificar com as situações, a fim de manter um lugar diferenciado para que a intervenção profissional não se confunda com os atos ordinários de qualquer cidadão.

Pode-se ilustrar esse ponto com a experiência de uma conselheira tutelar que frente a seis adolescentes que roubavam, demonstrando toda a sua preocupação e tentativa de objetivar alguma intervenção nos casos, procurou um serviço de saúde mental a fim de encaminhá-los todos para tratamento. A equipe convidou-a para falar dos casos e a partir desse trabalho foi possível diferenciar as situações e avaliar que nem todos tinham indicação para tratamento. Apenas um dos casos foi encaminhado ao CAPSi. Apesar de não haver indicação para tratamento, isso não quis dizer que em relação às outras cinco situações não haveria nada a fazer. E quanto a essa dimensão, o CAPSi continuou se disponibilizando para a interlocução com a conselheira.

A noção de território

O trabalho no território não diz respeito apenas à tomada de responsabilidade por crianças e adolescentes de determinada região nem tampouco ao conhecimento dos serviços e iniciativas existentes. Trabalhar no território significa ocupá-lo, fazer-se presente, seja em passeios com as crianças, seja na articulação de atividades nas comunidades. O campo da saúde mental tem reconhecido a necessidade em avançar no trabalho de território, articulando ações de cultura e lazer com a sociedade civil, promovendo projetos de inclusão no mercado de trabalho e iniciativas nas comunidades. Com crianças e adolescentes temos muito no que avançar pois, justamente, não se quer tirá-las de casa para emparedá-las nos serviços de saúde mental. A idéia é que cada uma a sua

maneira possa circular pelo mundo, freqüentando a escola, participando de atividades comunitárias, indo à praia, ao teatro⁷.

A intersetorialidade e a lógica do trabalho em rede

A proposição de que a construção do cuidado em rede deve ser realizada na perspectiva da intersetorialidade reatualiza a questão de que talvez ainda seja o tempo de aprofundar a reflexão sobre o que é atuar a partir da intersetorialidade.

Esta não parece ser uma homogeneização dos campos que prestam cuidados à população infantil e juvenil nem uma convocação indiscriminada para que todos os parceiros participem de qualquer situação. Por isso, é fundamental que cada campo possa se interrogar sobre o lugar a partir do qual está autorizado a intervir. O fato de que cada representante da rede intersetorial parta de um lugar diferente é necessário para que se possa preservar a diferença das intervenções. Diferença que não é hierárquica nem de mais ou menos poder, nem de mais ou menos saber sobre cada situação. São campos diferentes, saberes diferentes. E, por isso, torna-se fundamental que a rede de saúde mental apresente e divulgue sua proposta de trabalho tanto para o território e para as comunidades, como para os outros campos de intervenção e para as instituições parceiras.

Quando, por exemplo, o campo da assistência social encaminha um caso para avaliação numa emergência psiquiátrica, precisará estar avisado de que internação psiquiátrica não é uma alternativa ao abrigo. Isso depende de uma transmissão que cabe ao campo da saúde mental construir.

A intersetorialidade nos cuidados em saúde mental é necessária porque a população infantil e juvenil faz fronteira com vários campos de atuação. Se a proposta intersetorial parte de um objetivo

comum – a oferta de cuidados para essa população –, o mesmo não se pode dizer sobre os lugares a ocupar. Estes são diferentes e, por isso mesmo, a articulação entre os parceiros é necessária. Trata-se antes de mais nada de uma articulação na palavra, chamando para conversar sobre cada caso, sobre o que cada um pode dizer, o que cada um pensa em fazer, a fim de construir uma direção compartilhada para uma dada situação.

O fato da política pública propor diretrizes para orientar o trabalho da rede de saúde mental não quer dizer que na prática o funcionamento se faz por protocolos. É um equívoco pensar que a clínica da saúde mental se faz por protocolos. Essa visada empobrece o que há de mais particular na clínica defendida pela reforma psiquiátrica, que é uma clínica que propõe levar em conta cada sujeito a partir de seu quadro clínico, de sua fala, de seu contexto social, de seus laços familiares.

A responsabilidade em garantir certo funcionamento institucional nos serviços de saúde mental, e certa institucionalidade nas políticas públicas para a criança e o adolescente, não está em oposição ao fato de que é a clínica realizada junto aos pacientes – muito próximo de sua fala, considerando e incluindo o que se ouve deles no próprio manejo do tratamento – a marca principal da assistência em saúde mental. Esta é uma dimensão que precisa ser transmitida aos profissionais que atuam e que estão se formando para atuar na saúde mental: a direção para o trabalho é clínica. A política propõe caminhos, dá balizas, mas é a clínica que dá a direção a seguir em cada caso. As diretrizes que estão postas para o trabalho, a partir de noções como território, intersetorialidade, acolhimento universal, se não estiverem atravessadas pela visada da clínica correm o risco de virar meros operadores de uma política pública burocratizada. Não se podem menosprezar em que condições e em que tempo cada tratamento pode acontecer.

Os detalhes da Clínica

O mandato do trabalho no campo público estabelece o acolhimento para todos que procuram os serviços de saúde mental: adultos, idosos, usuários de álcool e drogas e, mais recentemente, também as crianças e adolescentes. Não está franqueado aos profissionais da saúde mental que aceitam o compromisso com a causa pública sobrepôr questões como habilidade ou interesse particular por determinado segmento da população ao necessário trabalho de recepção a todos aqueles que se dirigem aos serviços de saúde mental. No entanto, receber as crianças, os adolescentes e seus responsáveis não é o mesmo que receber adultos.

O atendimento de crianças e adolescentes suscita algumas questões que merecem destaque: o que é específico no atendimento a essa clientela, quais os limites para o tratamento e qual a direção clínica a ser sustentada?

Especialidade, especificidades ou limites intrínsecos ao trabalho

O encontro dos profissionais que atuam na assistência em saúde mental com a clientela infanto-juvenil os coloca frente a uma clínica que, apesar de apresentar especificidades, resiste em ser considerada uma especialidade. É importante que a assistência em saúde mental não se fragmente em especialidades. Se é fato que há algo de específico nesta clínica, a aposta é que ações de qualificação para os profissionais da rede, como cursos e supervisão clínica, possam instrumentalizá-los, aguçando seu olhar e afinando sua escuta mas, ao mesmo tempo, desmistificando a idéia do especialismo. Esse fator é fundamental para que possam se autorizar no trabalho com esta clientela.

A aproximação com essa clínica deixa ver que, mais do que aprender a manejar as particularidades do atendimento em saúde mental com

crianças e adolescentes, a questão passa a ser da ordem dos limites e das possibilidades do tratamento com o sujeito em suas condições.

Um aspecto específico dessa clientela é o fato de que crianças e adolescentes raramente chegam sozinhos para o tratamento. Geralmente não são eles que sentem a necessidade de se tratar. Chegam a partir de problemas identificados por aqueles que se ocupam de seus cuidados: família, escola, médico, justiça. Isso indica que também não é comum que possam se responsabilizar em nome próprio, pelo menos num momento inicial, pelo tratamento. Essa demanda terceirizada precisa ser decantada. Quem pede e o quê pede?

Os sintomas que levam os responsáveis a pedir tratamento em saúde mental para a criança ou o adolescente podem variar desde as dificuldades escolares, os comportamentos agressivos, passando pela chamada hiperatividade, a auto-mutilação, até situações de risco, como drogas, tráfico e prostituição.

Quando um profissional acolhe uma demanda que lhe é endereçada isso não significa que irá responder exatamente de acordo com o que lhe foi pedido, seja ela vinda dos pais ou de outros profissionais; por exemplo, medicar uma criança numa primeira entrevista ou internar automaticamente um adolescente que apresenta comportamento agressivo.

Muito investimento tem sido feito para que os casos de grave sofrimento psíquico, como o autismo e quadros que remetem à interrogação sobre traços de psicose já na infância, cheguem o quanto antes para avaliação e tratamento na saúde mental.

O encontro com essas crianças causa muita comoção e, frequentemente, muita aversão. Há algo de estranho na apresentação de uma criança que bate a cabeça na parede sem parar, que usa a linguagem de forma esquisita (emitindo sons estranhos, repetindo palavras), que não suporta o olhar ou o toque do outro. E também há algo de muito familiar, mesmo quando eles não utilizam a linguagem verbal para se

expressar, como no caso do autismo. Está em questão uma clientela que é ao mesmo tempo estranha e familiar⁸ e frente a ela não podemos recuar.

A criança utiliza outros recursos para se comunicar para além ou em substituição à palavra. Os comportamentos bizarros, como as repetições de gestos e sons, as manias de catar pequenos objetos podem vir a ter um sentido. A questão é como o profissional pode se posicionar para receber essas manifestações como possibilidades de comunicação para aquele sujeito, ou seja, como uma mensagem que possa vir a fazer laço. É importante sustentar uma interrogação, no sentido de um enigma que não necessariamente terá uma resposta, sobre o que estará representando um comportamento agressivo, uma dificuldade em ser alfabetizado ou um choro aparentemente imotivado.

Mais do que nunca está em jogo a “clínica dos detalhes”. Para que se possa tratar desses quadros é necessário abandonar pré-conceitos, deixar em suspenso os saberes teóricos e escutar o que as palavras nem sempre expressam.

Como ocorreu na passagem de um estagiário por um CAPSi. Ele vinha trabalhando no acompanhamento de um adolescente que pouco falava. A equipe já tinha observado o interesse do rapaz pelo jogo dominó que parecia se restringir a embaralhar as peças e espalhá-las aleatoriamente pelos diversos cômodos da casa. Esse estagiário começou a observar que esse movimento do menino era um trabalho muito bem organizado. Ele elegia sempre as mesmas peças, peças com determinados números, para escondê-las sempre nos mesmos lugares e depois voltava para recolhê-las sem esquecer nem se descuidar de nenhuma delas. Naquele momento, não se podia dizer o que esse movimento representava para o paciente. Observar e registrar que se tratava de uma ação ordenada, que se repetia quando ele estava no espaço do CAPSi, dava pistas de que um trabalho subjetivo estava em andamento. E o melhor que esse estagiário podia fazer era manter seu interesse naquilo que poderá vir a ser a manifestação de um sujeito.

Laço de confiança

A criança e o adolescente têm o que dizer para além do que seus pais e responsáveis, professores, e mesmo os médicos, dizem. É fundamental que o acolhimento inicial estabeleça um lugar de endereçamento e, para isso, além de escutar a criança e o adolescente, é necessário falar com eles, endereçar-se a eles e não apenas falar deles, ou aceitar que sejam falados por outros. É preciso construir também com eles a possibilidade para o início do tratamento e isso depende da aposta que ali onde crianças e adolescentes se encontram cristalizadas num funcionamento tão automatizado um sujeito, ou talvez manifestações de sujeito, possam advir.

O fato de se sentir acolhido por um profissional ou por um serviço, num mundo muitas vezes ameaçador e persecutório, pode em si mesmo viabilizar que a criança ou o adolescente experimentem ou voltem a experimentar situações corriqueiras como ir à escola, à praça, ao supermercado, andar de ônibus. Ou seja, a aposta do tratamento é favorecer o não isolamento social e a não exclusão do campo palavra, aos quais as crianças que não se adaptam bem às exigências do social são, em geral, submetidas. Isso não quer dizer que o tratamento tenha como função ocupar o tempo da criança, entretê-la ou se deixar reduzir pelo trabalho de reinserção social. Trata-se de oferecer oportunidades para que possam fazer experiências de subjetivação e talvez assim abrir algumas portas para que avancem no enfrentamento do mundo.

Acolher o que um paciente tem a dizer sobre si, sobre os percalços de sua existência visa a construir laços de confiança, a fim de que pela fala algo da singularidade de sua história possa emergir. As intervenções dos profissionais, que precisam estar autorizadas pelo vínculo que se estabelece no próprio trabalho, não têm como finalidade dar respostas ao sujeito. Aliás, esse é um cuidado importante para não atropelar o tempo e as vicissitudes do sujeito com um ritmo e com expectativas que não são as dele.

Nesse sentido, *receber* adultos, crianças ou adolescentes para tratamento é, antes de tudo, acolher aquele que está chegando, ouvir seu pedido e avaliar a cada tempo qual a conduta a ser tomada. Isso vale também para os familiares e responsáveis que com frequência chegam encaminhados pela escola ou pelo pediatra sem nem saber o porquê.

Trabalho com os pais e/ou responsáveis

Os profissionais dos serviços de saúde mental que recebem crianças e adolescentes para avaliação e/ou tratamento rapidamente se confrontam com o fato de que, além do trabalho com a criança propriamente dita, haverá um trabalho com os pais, familiares ou responsáveis.

Um dos grandes desafios na recepção a essa clientela é realizar um trabalho que inclua a fala dos familiares e das pessoas envolvidas em cada situação. Cabe ao profissional acolhê-los em suas dificuldades e a partir delas trabalhar para que possam assumir sua responsabilidade sem se sentirem julgados, culpados nem recriminados. O trabalho a ser realizado com os responsáveis deve proporcionar não apenas um pedido de tratamento para o filho, como também deve permitir que autorizem o trabalho com a criança ou o adolescente.

Aproximar os familiares do trabalho é outro grande desafio e, muitas vezes, o profissional se posiciona de uma forma que estabelece um cabo de guerra, exigindo o que eles não podem dar. Não se pode esperar, por exemplo, que um pai deixe de beber para chamá-lo a participar do tratamento de seu filho. Nem podemos esperar que uma mãe consiga se desobrigar de outras responsabilidades como, por exemplo, do trabalho, para dedicar-se exclusivamente aos cuidados com sua criança. É necessário aceitar e incluir as dificuldades dos pais e parceiros na construção de uma terceira via.

Inserção social

O trabalho de inserção social deve ser considerado como parte da clínica em saúde mental com crianças e adolescentes. A questão é como operá-lo a partir da clínica de cada caso e por que se deve fazê-lo. A experiência de trabalho com crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico ou com algum comprometimento psiquiátrico tem demonstrado que, na maior parte das vezes, a vida deles é muito empobrecida quanto ao convívio social, quando não marcadas por um isolamento radical do mundo.

O pai de um adolescente durante uma assembléia de pais no CAPSi disse sobre como esse tratamento modificou a vida do filho autista que agora não precisava mais ficar restrita às paredes de sua casa. Ele dizia não querer mais escondê-lo do mundo e que estava sentindo como se estivesse tirando o filho de dentro do armário.

A possibilidade de circulação social será diferente para cada um. Para uns, será levantar da cama a cada dia, para alguns será conseguir chegar até o serviço, para outros será ir à escola, participar de atividades coletivas ou de atividades de geração de renda.

A direção é clínica

Para tirar conseqüências da afirmação de que a direção do trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes é clínica, temos que, de partida, reconhecer neles a condição de sujeito e, a um só tempo, fazer a aposta de que há um sujeito a ser reconhecido. Isso só pode ser feito um a um. Para alguns, a linguagem, a palavra falada e articulada, será o ponto de partida. Para outros, sons aparentemente sem sentido, palavras soltas, comportamentos bizarros serão o ponto de partida.

O fato de que a direção é clínica marca uma descontinuidade tanto com a pedagogia como com o assistencialismo. O pior que se pode fazer com o sintoma de uma criança é oferecer uma resposta que proponha a reeducação. Tratar a criança e o adolescente como deficitários em relação ao comportamento, ao rendimento escolar ou em relação ao ideal parental e social, leva ao desconhecimento da verdade subjetiva que o sintoma porta.

Da mesma forma, o trabalho em saúde mental com as crianças, os adolescentes e seus responsáveis não pode se confundir com o mero agenciamento das demandas por remédio, internação, benefícios. A assistência em saúde mental é outra. A partir da oferta de uma escuta e de um acolhimento, a aposta é que um sujeito possa encontrar um lugar para onde se endereçar. Que isso tenha consequências na sua melhora de vida, virá por acréscimo.

As características intrínsecas a esses pacientes, o nível de disponibilidade que o trabalho com eles exige e as condições em que ele precisa ser realizado dificilmente podem ser sustentados por um profissional que não esteja atravessado tanto pelo interesse na causa da saúde pública, como pela possibilidade de enfrentar a angústia que a clínica com crianças e adolescentes o confronta. É importante destacar que a angústia não está referida a certa quantidade de trabalho mas é inerente ao próprio do trabalho clínico com esses pacientes.

O trabalho com essa clientela exige um luto: não se pode tudo o que é projetado, não se realiza tudo o que foi planejado e não se controlam todos os efeitos que o trabalho produz. Tanto no que diz respeito aos casos de autismo e psicose, para os quais há tratamento mas não há cura, como nos casos de uso de álcool e outras drogas e das situações de risco social, não há garantia prévia de resultados. A oferta de um acolhimento na saúde mental é uma aposta, pois o desenrolar dos acontecimentos e a possibilidade de um tratamento dependem também do envolvimento e da responsabilização de cada um pela situação na qual se encontram.

Os impasses de cada dia

Como não recuar diante dos fracassos? Como não tomar os furos da rede como ponto de acusação mútua entre os parceiros? A idéia é apostar que tais questões possam ser um reenvio ao trabalho.

Não é fácil escutar e, igualmente, não é fácil suspender a urgência em responder imediatamente a uma demanda. Por isso, o trabalho de recepção é um ato difícil. Não apenas porque ao se oferecer para acolher alguém o profissional assume responsabilidades, mas também porque ao assumir a responsabilidade pelo que ouve, o profissional estará chamado a responder sobre o que fazer com o que ouviu. E muitas vezes será uma responsabilidade a longo prazo. A recepção à criança e ao adolescente é um ato clínico que, como qualquer outro, produz efeitos. O profissional que se decidir por trabalhar com essa clientela com grave sofrimento psíquico estará confrontado com o caráter estranho/familiar que o encontro com ela causa.

O paradoxo discutido neste artigo versa sobre a tensão entre, de um lado as diretrizes da Política Pública que propõem uma ação voltada para todos e, do outro, a visada clínica que lida com o um a um. Essa tensão é necessária para o campo da saúde mental e precisa ser sustentada e não diluída ou ultrapassada. A possibilidade de uma nova resposta social para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, incluindo o acesso ao tratamento em saúde mental, só poderá ocorrer pela aposta de que é a clínica do sujeito que orienta a formulação da política pública.

Bibliografia

BALBO G., BERGÈS J. **A Criança e a Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

FREUD S. O Estranho (1919) In: **Obras Completas de Sigmund Freud** - Edição Standard Brasileira, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

LACAN J. **Seminário 15** - O ato psicanalítico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,1997.

LACAN J. **Seminário 7** - A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,1997.

MELMAN C. **Sobre a Infância do Sintoma**. Salvador: Álgama, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Brasília/DF: Editora MS, 2005.

Notas

*Assessora para a Infância e Adolescência da Coordenação de Saúde Mental de Niterói/RJ.

¹As situações clínicas e os exemplos apresentados foram atendidos na rede de saúde mental para crianças e adolescentes no município de Niterói.

²A importância do trabalho preparatório para a chegada dessa população à rede de saúde mental foi evidenciado quando a Coordenação de Saúde Mental de Niterói recebeu, no final do ano de 2003, a partir de uma parceria com a Secretaria Municipal de Educação, a indicação de 323 crianças e adolescentes para tratamento. A Equipe de Referência Infanto-juvenil (ERIJ), instituída em março de 2004, teve como primeira tarefa avaliar essa demanda de atendimento em saúde mental para alunos da rede municipal de educação. Após conversa com os diretores e coordenadores pedagógicos, o número inicial diminuiu para 33 alunos, que foram recebidos e avaliados pela ERIJ. Destes, apenas 10 foram encaminhados para tratamento.

³Dados informados por ocasião da VII Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil (MS), realizado na cidade do Rio de Janeiro em junho de 2007.

⁴Ver: Caminhos para uma Política Pública de Saúde Mental Infanto-juvenil. Editora MS; Brasília/DF, 2005.

⁵Outra iniciativa importante de busca ativa que vem sendo realizado pelo CAPSi Monteiro Lobato (Niterói) é o trabalho de identificação de crianças e adolescentes abrigadas que possam se beneficiar do atendimento em saúde mental.

⁶O Fórum Municipal de Atenção Intersetorial em Saúde Mental da Criança e do Ado-

lescente (Niterói) foi implantado em setembro de 2004, com o objetivo de articular e consolidar parcerias com os outros serviços e Secretarias, mas também para refletir sobre o trabalho que está sendo feito e sobre as dificuldades encontradas. A proposta é que seja um espaço de discussão mensal dos impasses e dificuldades intrínsecos à prática cotidiana com essa clientela, que leva em conta que o trabalho em rede não se constrói de uma vez por todas.

⁷Em Niterói, antes mesmo da organização da rede de cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes, um mapeamento das ações existentes no município foi realizado, contemplando serviços de saúde, escolas, programas da assistência social e ONGs. A intenção era conhecer o território e ao mesmo tempo apresentar ao território a direção que estava sendo proposta para o atendimento na rede de saúde mental para crianças e adolescentes.

⁸No texto *Unheimlich*, de 1919, traduzido para o português como 'O Estranho', Freud fala daquilo ou daquelas situações que têm a categoria de assustadoras, que geram estranheza, mas que remetem sempre ao que é conhecido de velho e há muito familiar. Freud descobre a ambigüidade da palavra *Heimlich*/Familiar. O primeiro significado seria o que pertence à casa, não- estranho, familiar. Desse primeiro sentido se desenvolvem vários outros na direção da ambivalência, até que finalmente coincidiria com o seu oposto *Unheimlich*, aquilo que não é doméstico, aquilo que é misterioso, fantástico, sinistro. Então, termo *Heimlich* por um lado significa o que é familiar e agradável e, por outro, o que está oculto e se mantém fora da vista. Se por um lado aquilo que de tão familiar se revela como estranho, por outro poderíamos dizer que reconhecemos como estranho, aquilo que conserva algo de familiar.

⁹A expressão 'Clínica dos Detalhes' foi proposta pela equipe do CAPSi Monteiro Lobato para se referir ao olhar cuidadoso, necessário no tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos.

Endereço eletrônico para correspondência:
raquel.correa@terra.com.br

A cerebralização do autismo: notas preliminares¹

Rossano Cabral Lima*

O que está em jogo

Em torno do autismo e suas causas, joga-se uma das principais partidas no debate intelectual e científico contemporâneo sobre as origens da subjetividade. Não é acidental que o tema, nesta virada de séculos, encontre-se na mira de diversas correntes da psicanálise, da psicologia cognitiva, da filosofia da mente, da psicologia do desenvolvimento, da genética e da pesquisa neurológica básica. Ao eleger o autismo como um dos temas privilegiados – algumas vezes, como *o tema* privilegiado – em suas pesquisas, essas disciplinas parecem reconhecer que desvendar o enigma do autismo pode resultar em decifrar o próprio enigma do que nos faz ser o que somos.

O que faz um bebê tomar para si a linguagem e inscrever-se ativamente na relação social? Começar pelo oposto dessa questão, perguntando o que ocorre quando isso não se instala, pode ser o modo mais desafiador e preciso de acessar o problema.

Tal problema é um capítulo da querela, recentemente revigorada pela ascensão das neurociências no campo psi e na cultura em geral, sobre o lugar do mental *versus* o do cerebral em nossas origens, sejamos autistas ou não. Mais do que uma disputa acadêmica, esse debate repercute diretamente nos campos da clínica e da política, e merece a atenção de todos que militam na saúde mental pública infantil e juvenil.

Como é possível perceber, tal debate é amplo, com dimensões epistemológicas e ontológicas, dentre outras. Para abordá-lo, este artigo se propõe a realizar um recorte histórico que toma como eixo os movimentos internos ao campo psiquiátrico e suas relações com áreas afins, como a psicanálise e a psicologia cognitiva. Assim, nosso objetivo será descrever de que modos a categoria de “autismo infantil precoce” ou “autismo de Kanner” transformou-se no que poderíamos denominar de um “autismo cerebral”.

Desde a sua primeira descrição nos anos 1940 até a época atual, essa entidade passou por modificações substanciais, menos em sua caracterização fenomênica e mais na concepção de sua “natureza”. No artigo que é considerado seu marco inaugural, Leo Kanner apontava ao mesmo tempo para seu caráter inato e para a articulação do transtorno dessas crianças com a personalidade “fria”, “distante” e “intelectualizada” de seus pais. Por cerca de trinta anos, será em torno dos desdobramentos e variações dessa última hipótese, a “psicogênica”, que o campo psiquiátrico se organizará ao abordar o fenômeno autista. Seu poder de convencimento no interior da medicina superava o das hipóteses mais biológicas, como a de Asperger, num momento em que o saber psicanalítico era forte ou mesmo hegemônico na psiquiatria ocidental. Autores como Margareth Mahler, Francis Tustin, Bruno Bettelheim e Donald Meltzer² ajudaram a construir a noção de que o autismo era um transtorno localizado nas fundações psíquicas do indivíduo, causado por anomalias no estabelecimento de suas relações objetais precoces, especialmente com as figuras parentais.

Hoje, porém, o quadro é bastante diferente. Apesar da presença de concepções e novas produções psicanalíticas sobre o tema³, estas estão longe de darem as cartas na psiquiatria infantil. A noção de que o autismo é um transtorno de origem orgânica, causado pela genética e caracterizado por alterações cerebrais transformou-se progressivamente, a partir do fim dos anos 70, em uma versão científica quase incontestável. Essa mudança foi apoiada – e em boa parte, patrocinada – por pais e familiares de autistas, que se mostravam descontentes com a “culpabilização” que o saber psicanalítico e sua popularização teriam lhes im-

putado. Em consonância, o autismo, nas classificações internacionais, deixa de ser considerado uma “psicose da infância” (como ocorria na 9ª edição da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, a CID- 9, de 1977⁴) e passa a ser tratado como um “Transtorno Global do Desenvolvimento”. Tentaremos acompanhar agora, com mais detalhes, os principais movimentos na construção do autismo e em seu processo de cerebralização. Ao final, apontaremos algumas conseqüências desse fenômeno para o campo da saúde mental pública brasileira.

A construção do autismo como distúrbio da relação pais-bebê

Nos anos 40, dois médicos e pesquisadores apresentaram as primeiras descrições modernas daquilo que hoje é nomeado de autismo infantil ou transtorno autista. Leo Kanner, médico nascido no antigo Império Austro-Húngaro e que emigrou para os Estados Unidos em 1924, tornando-se chefe do serviço de psiquiatria infantil do Johns Hopkins Hospital de Baltimore, publicou em 1943 o artigo “Os distúrbios autísticos do contato afetivo”. Utilizando-se da noção de “autismo” consagrada por Eugen Bleuler como um dos principais sintomas da esquizofrenia⁵, Kanner descreveu 11 crianças cujo distúrbio patognomônico seria “a incapacidade (...) de estabelecer relações de maneira normal com pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas” (KANNER, 1997, p. 156). Num esforço de distingui-las daquelas “retardadas” (ou “fracas de espírito”, no vocabulário da época) e das esquizofrênicas, Kanner apontava para seu bom potencial cognitivo, por um lado, e para o início muito precoce de um prejuízo no contato interpessoal, por outro. Essas crianças apresentavam uma resistência a mudanças, prejuízos na aquisição da fala e no uso de pronomes (principalmente o ‘eu’), ecolalia e dificuldades na generalização de conceitos. Aquelas que falavam, entretanto, podiam mostrar uma ótima capacidade de memorização decorada. Apesar dos problemas na relação com pessoas e da preferência por permanecerem isoladas,

costumavam apresentar boa relação com objetos (às vezes com grande apego a alguns deles).

No decorrer de seu artigo, Kanner dava pistas algo contraditórias sobre as origens de tal quadro. Defendia uma “incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com as pessoas, biologicamente previsto, exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais” (ibid, p. 170), mas também sugeria que os problemas dos filhos teriam alguma articulação com a personalidade dos pais que, segundo suas observações, eram em sua maioria intelectualizados, obsessivos, preocupados com abstrações e com pouco interesse nas pessoas, estabelecendo relações frias e formais.

Apenas um ano após a publicação do texto de Kanner, Hans Asperger, médico de Viena, escreveu o artigo “Psicopatia autística na infância”⁶, descrevendo 4 crianças que apresentavam várias características semelhantes às descritas pelo primeiro, apesar de terem prejuízos menores na linguagem. Sua fala geralmente era pedante, com inflexão de adulto, invenção de palavras e com pouquíssimo senso de humor. Costumavam colecionar objetos de modo obsessivo, apresentavam um apego exagerado a pessoas selecionadas e eram mais ineptos que desinteressados quanto aos contatos sociais. Asperger atribuiu tais problemas a uma deficiência biológica, especialmente genética, não especulando sobre uma psicogênese ou uma ligação desse estado com traços de caráter dos pais (ASPERGER, 1991).

Enquanto o artigo de Asperger vai permanecer praticamente desconhecido até os anos 80⁷, o de Kanner, por sua vez, se populariza progressivamente, dando origem, mais tarde, à expressão “autismo de Kanner”. Esse autor virá, até o final da década de 50, enfatizar os fatores de ordem psicológica ou ambiental, em detrimento dos orgânicos, aos quais retornará nos anos 60. E, apesar da diversidade de influências teóricas, descrições clínicas e denominações existentes naquela época, será a concepção psicogênica que tomará conta do campo psiquiátrico, pelo menos até parte dos anos 70, respaldada pela pregnância do saber psicanalítico no campo naquela época. O autismo, geralmente incluído no

grupo das “psicoses infantis”, é tratado como um transtorno das fundações do psiquismo infantil, e as características dos pais dos autistas (por vezes banalizadas em metáforas como a das “mães geladeiras”) são associadas com a gênese do quadro de seus filhos, os quais não teriam sido alvo de um certo tipo de investimento por parte deles.

Existem, porém, *nuances* ou diferenças importantes entre os trabalhos dos psicanalistas que marcaram o pensamento psiquiátrico sobre o autismo entre os anos 40 e 60, as quais não podemos ignorar. Discutiremos brevemente as idéias de dois deles, de certa forma pioneiros que influenciaram outros psicanalistas de língua inglesa: Bruno Bettelheim e Margareth Mahler.

Nascido em Viena em 1903 e tendo passado pela experiência de ser prisioneiro em campos de concentração nazista entre 1938 e 1939, Bettelheim emigrou para os Estados Unidos após o fim da 2ª Guerra e, em 1944, assumiu a direção da Sonia Shankman Orthogenic School, em Chicago. Nela, acolheu crianças gravemente perturbadas, autistas ou não. Sua concepção do autismo era a de que o isolamento era o único recurso à disposição dessas crianças, em resposta a uma experiência negativa em relação ao ambiente, resultante de um investimento insuficiente que teriam recebido das figuras parentais. Mesmo admitindo que fatores orgânicos pudessem ser predisponentes, Bettelheim (1987) contestava fortemente a natureza inata do quadro e afirmava que “(...) em autismo infantil, o agente precipitador é o desejo de um dos pais de que o filho não existisse” (ibid, p.137). Em decorrência de idéias como essa, na Escola Ortogênica as crianças autistas eram obrigatoriamente separadas de seus pais, não podendo receber visitas deles. Bettelheim sustentava que era preciso manter as crianças longe do olhar dos pais para lhes criar um ambiente protetor, pois só assim lhes seria possível ter um sentimento de um mundo próprio, livre da intrusão das figuras parentais.

O trabalho de Bruno Bettelheim influenciou os escritos de Donald Meltzer, psicanalista de matriz kleiniana, sobre o fenômeno

autista (BETTELHEIM, 1987; CAVALCANTI e ROCHA, 2002; AMY, 2001).

Uma outra psicanalista de origem europeia e radicada nos Estados Unidos marcará os estudos sobre o autismo no mesmo período. Margaret Mahler, nascida na Hungria, vai para a Grã-Bretanha em 1938 e dois anos depois está nos EUA. A partir de 1949 dedica-se ao estudo da etiologia das psicoses e do autismo; sua principal produção concentra-se do final dos anos 50 até o final dos 60 (principalmente entre 1965 e 1969). Pesquisadora dos processos de individualização e separação e marcada pelos trabalhos de Melanie Klein, René Spitz e Winnicott, Mahler defende a existência de uma fase autística normal caracterizada pela indiferenciação entre o bebê e o ambiente, pela ausência de relações objetais e pela concentração da libido no próprio corpo. Seria seguida de uma fase simbiótica, havendo gradual percepção do mundo exterior, ainda que se experimente um estado de fusão com a mãe, percebida como uma extensão de si. Essa fase prepararia as bases para o processo de diferenciação e individualização, com a estruturação de um ego autônomo.

Para Mahler, o autismo patológico corresponderia a uma regressão ao primeiro período, tendo havido uma retirada da libido do mundo exterior, como resultado de uma falha na capacidade perceptual integradora do ego. Essa autora utiliza, assim, a metáfora do “ovo” para descrever o autismo, caracterizado como fechamento, auto-suficiência, impermeabilidade e transformação dos objetos em autômatos. Mahler exerceu importante influência na obra de Francis Tustin, outra referência nos trabalhos sobre o autismo, que por sua vez foi supervisionada por Donald Meltzer (CAVALCANTI e ROCHA, 2002).

A ascensão do autismo cerebral

As teses psicanalíticas sobre o autismo já eram alvo de questionamentos desde a década de 60. O próprio Kanner, nesse período, passou a valorizar fatores orgânicos na gênese do quadro e em 1968 declarou:

“É reconhecido pelos observadores, exceto por um pequeno número que está atrasado por um distanciamento doutrinário, que o autismo não é, em sua origem, algo adquirido ou uma doença criada pelo homem” (KANNER *apud* AMY, 2001).

Em 1964, no livro *Infantile Autism*, Bernard Rimland criticava a psicogênese e apontava evidências de organicidade (CAMPBELL e SHAY, 1995). Entretanto, é apenas a partir do fim dos anos 70 e início dos 80 que se assistirá, a partir dos EUA, a quebra da hegemonia das correntes psicodinâmicas na psiquiatria do autismo. A partir dos trabalhos de Michael Rutter e Israel Kolvin começa-se a diferenciar o autismo da esquizofrenia infantil, o que faz com que a 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III), de 1980, incluísse definitivamente o autismo na categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, separando-o do grupo das psicoses infantis com o qual se identificava até então (WING, 2005).

Desde então, as referências feitas à psicanálise na literatura psiquiátrica sobre o autismo, especialmente em língua inglesa, são escassas, quando não inexistentes. Em geral, os comentários fazem referência ao equívoco da atribuição da *causa do quadro aos pais*, mostrando o quanto essa idéia tornou-se quase sinônimo de *descrição psicodinâmica do autismo* – ainda que tal noção só tivesse sido desenvolvida de forma explícita pelo *primeiro* Kanner e por Bettelheim.

Nessa linha, Campbell e Shay (1995) comentam, a respeito das “teorias psicossociais”: “Aquelas teorias, prevalentes no campo da saúde mental nos anos 1950 e 1960, levaram a relações antagônicas entre os clínicos e os pais e criaram confusão e culpa em pais já sobrecarregados com os cuidados de uma criança autista” (ibid, p. 2280)⁸. Moore e Jefferson (1996) deixam ainda mais claro o deslocamento nas concepções sobre a origem do autismo, ocorrido nas últimas décadas:

As teorias etiológicas sobre o autismo mudaram radicalmente nas últimas décadas. Este transtorno era antes concebido como

o resultado de uma criação falha, de pais frios e distantes, e sob sua influência a criança desenvolvia os sintomas típicos de autismo. Essa teoria foi completamente desacreditada (...) Pesquisas atuais sugerem estar presentes no autismo certas modificações neuroanatômicas e neurofisiológicas determinadas geneticamente. (ibid, p. 44)

A literatura de divulgação científica reforça tais idéias. Vejamos o que diz Sacks (2003), que tem como personagem-título de seu livro “Um antropólogo em Marte” a autista americana Temple Grandin:

Naquela época [a de Kanner], o autismo era freqüentemente visto como de natureza ‘defensiva’, ou confundido com esquizofrenia infantil. Toda uma geração de pais – particularmente as mães – foi levada a se sentir culpada pelo autismo dos filhos. Apenas nos anos 60 é que essa tendência começou a ser revertida e a natureza orgânica do autismo a ser totalmente aceita. (...) Que a disposição para o autismo seja biológica é algo que não está mais em questão nem as provas cada vez maiores de que ele seja, em alguns casos, genético. (ibid, p. 256)

No campo psicológico, as ciências cognitivas passam a gradualmente substituir a psicanálise como principal influência na seara psiquiátrica. Em meados dos anos 80, ao indagarem se as crianças autistas possuíam uma *teoria da mente* e concluírem que a *resposta era não*, Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985) estabeleceram os fundamentos da mais fértil tese cognitiva sobre o funcionamento do psiquismo autista. Assim como Kanner havia defendido ter encontrado na incapacidade precoce em relacionar-se o ponto distintivo da psicopatologia do autismo, esses autores descreveram o que lhes pareceu ser o prejuízo fundamental da cognição dessas crianças: sua impossibilidade de atribuir crenças aos outros e, em conseqüência, prever os comportamentos alheios. Desde 1985, os três, em sucessivos trabalhos conjuntos ou isolados, vêm propondo que sintomas como as dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais, da comunicação e nos jogos de “faz-de-conta” são resultantes de falhas nas capacidades de “leitura da mente” (*mindreading*), levando a uma situação que Baron-Cohen (1997) nomeou de

“cegueira mental” (*mindblindness*). Nas crianças autistas, haveria uma grave dificuldade nas capacidades de metarepresentação e metacognição, ou seja, de imaginar e interpretar os estados mentais de terceiros e também os próprios. Assim, atribuir uma “teoria da mente” às demais pessoas, colocar-se “no lugar do outro” e interagir socialmente a partir da decodificação dos sinais verbais e não-verbais que o parceiro emite seria tarefa quase impossível para um autista⁹.

Referindo-se ao artigo ‘What is it like to be a bat?’, de 1974, no qual Thomas Nagel defende ser impossível imaginar a experiência de ser um morcego, pois isso implica numa noção de objetos construída a partir de um sistema sensorio-perceptivo (baseado na localização por emissão de ondas sonoras e eco) radicalmente diferente do nosso (baseado especialmente na visão), Baron-Cohen afirma que é também quase impossível para um autista compreender o mundo dos “leitores de mente” e vice-versa, pois a atribuição de estados mentais seria nosso modo natural de entender o ambiente social.

Essas teses cognitivas, ao mesmo tempo que inauguram um campo próprio de pesquisas e práticas, servem como mais um ponto de sustentação para as hipóteses cerebrais do autismo. Sendo sua racionalidade baseada em noções como as de fluxo, processamento e representação de informações, seus proponentes precisam “pensar como a descrição cognitiva do sistema de leitura de mentes é materializada no sistema neural humano” (*ibid*, p. 86). Para se obter reconhecimento e recursos para pesquisa dentro do campo que apresenta como “neurociência”, não basta edificar um construto teórico coerente – é preciso haver um cérebro por trás lhe proporcionando validade.

Mais recentemente, Baron-Cohen (2004) vem propondo que o autismo, e especialmente a síndrome de Asperger, é consequência de uma “hipermasculinização cerebral”. Segundo ele, por motivos de seleção natural, os cérebros masculinos apresentam uma maior capacidade de *sistematização*, enquanto os cérebros femininos são dotados de um grande poder de *empatia*. A sistematização dotaria os homens da capacidade de analisar e extrair as regras de causa e efeito que subjazem a

um sistema, especialmente aqueles do mundo físico, mas é a empatia que se mostra mais relevante para a compreensão de outras pessoas, a avaliação de seus sentimentos e a troca social. O cérebro autista, assim, seria aquele caracterizado por um alto potencial para a sistematização e relação com o mundo dos objetos, mas também por uma baixíssima capacidade de empatia – manifestada pela precariedade do contato visual, pelo pouco uso da linguagem com finalidade comunicativa, entre outros. Ontogeneticamente, isso se deveria a um excesso de produção de testosterona entre a sexta e oitava semanas de gestação, com efeitos definitivos na formação do tecido cerebral. Essa teoria explicaria, entre outros fenômenos, a maior frequência dos transtornos globais do desenvolvimento no sexo masculino.

Embora a teoria do autismo como uma forma extrema do cérebro masculino ainda não tenha conquistado o prestígio da teoria da mente, a postulação de uma hipótese claramente cerebral por um dos principais teóricos cognitivos da atualidade novamente revela a estreita articulação entre as duas perspectivas na atual compreensão do transtorno.

Nos últimos anos, é no tecido neural que se tem buscado as origens do autismo e a maioria das pesquisas se concentra em sua neuroanatomia (com o achado de que o cérebro de autistas entre 2 a 3 anos de idade tende a ser maior do que o de crianças normais e com evidências de que até 25% dos autistas apresentam anormalidades estruturais em cerebelo e/ou lobo temporal medial) e em sua neuroquímica (entre 1/3 e metade dos autistas apresenta aumento das taxas sanguíneas de serotonina) (CAMPBELL e SHAY, 1995; SCHWARTZMAN, 2003; ANDERSON e HOSHINO, 2005; MINSHEW ET AL., 2005).

Mais recentemente, uma nova linha de pesquisas vem se organizando em torno de disfunções nos “neurônios-espelho”, tipo de célula cerebral ativada mais intensamente durante a observação de cenas sociais dotadas de intencionalidade e conteúdo emocional (RAMACHANDRAN e OBERMAN, 2006). Apesar da inconsistência de parte dos achados e das dificuldades em sua generalização, é possível afirmar

que, para os principais pesquisadores do campo na atualidade, o autismo contemporâneo é um autismo cerebral.

O que isso nos diz respeito?

O processo de cerebralização observado no autismo não se restringe, no campo psiquiátrico, a essa patologia nem independe de um contexto social mais amplo a lhe dar sustentação¹⁰. Na psiquiatria, o período que começa no fim dos anos 1970 marca a chamada “re-medicalização” da disciplina¹¹, reaproximando esse campo da lógica das demais especialidades médicas. Em consonância, autores como Ehremberg (2004) chamam a atenção para a hegemonia cultural da figura do “sujeito cerebral”, onde um órgão corporal (o cérebro) é encarado como a morada da subjetividade humana, condição necessária e quase suficiente para que a mente e a personalidade se estabeleçam. Segundo Ehremberg, os discursos das disciplinas reagrupadas sobre o rótulo “neurociências” passaram a contaminar o imaginário leigo, especialmente no que tange a pesquisas “científicas” sobre as sedes neurais do amor, da fé religiosa, das diferenças entre os sexos, do impulso de comprar, entre outras características humanas.

A disseminação das intervenções psicofarmacológicas nas últimas duas décadas e o aparecimento de sofisticadas técnicas de visualização da estrutura e funcionamento cerebral reforçaram o poder de convencimento das correntes que equiparam o cérebro à vida psíquica, transformando o órgão num ator social e fazendo com que o indivíduo passe a “pensar a si próprio como um cérebro são ou enfermo” (ibid, p.3).

No Brasil, o campo da clínica infantil e juvenil pública, especialmente aquele que se insere no registro da Reforma Psiquiátrica, tem passado ao largo desse debate. Não pode mais. No mínimo, para não ser surpreendido de tempos em tempos por matérias na imprensa que desconhecem os esforços dos CAPSi no tratamento de crianças autis-

tas e veiculam apenas as concepções neuro-cognitivo-comportamentais do transtorno¹². Porém, seria melhor ir além do mínimo.

Uma de nossas tarefas seria refletir se a ética que defendemos ao tratar de crianças e adolescentes graves em seu território deveria ser elástica o bastante para abarcar o “autismo cerebral”. Se nossa ética, como indica Couto (2004), tem como princípio “reconhecemos na criança sua condição de *sujeito* psíquico e a dimensão subjetiva que lhe concerne” (ibid, p.71, grifo nosso), poderia ela também se dirigir a um *sujeito* cerebral? A polissemia da noção de sujeito no campo psiquiátrico já foi assinalada por Russo (1997) ao apontar três “linhas de tensão” na discussão sobre o livre-arbítrio, envolvendo um sujeito cidadão, um sujeito da singularidade e um sujeito biológico¹³. O avanço da cerebralização, em seu programa forte¹⁴, pretende reduzir os dois primeiros ao último, o que sem dúvida resultaria num empobrecimento da clínica (que se resumiria a uma série de técnicas e tecnologias diagnósticas e terapêuticas dirigidas ao tecido neural) e da esfera pública (onde as categorias sociais seriam redescritas com o vocabulário da neurociência). Se preservarmos, porém, a autonomia e a irredutibilidade de cada um desses registros subjetivos a qualquer outro, não é impossível incluir a noção de ‘autismo cerebral’ em nosso universo de interesses, pois isso não significará adesão acrítica a seus pressupostos. Dito de outra maneira, é possível dar acolhida ao *cérebro no autismo* sem fazer concessões ao reducionismo presente na figura do *autismo cerebral*.

Na verdade, em nossa clínica cotidiana, já fazemos isso com uma série de quadros semelhantes. Nenhum de nós, nem os serviços públicos nos quais trabalhamos, sejam ou não CAPSi, se recusaria a tratar de uma criança mentalmente enferma por ser ela portadora de uma doença sabidamente orgânica com potenciais repercussões comportamentais (esclerose tuberosa, síndrome de Rett, doença de Huntington etc., geralmente associadas a retardo mental importante), a não ser que usássemos como argumento uma cartesiana divisão entre o psíquico, alvo de nossos cuidados, e o cerebral, que não nos diria respeito. Por outro lado, ao acolhê-la, não enxergaríamos um cerebrazinho andando pelas nossas salas, convivências e oficinas, mas um sujeito com nome,

história e uma forma particular de manifestar seu sofrimento. Por que então faríamos diferente com um autista, mesmo que um dia viéssemos a saber ser ele portador de uma anomalia neurológica ?

Não há escolha. Nos próximos anos, as concepções psicanalíticas e as cognitivo-cerebrais sobre o autismo, dentre outras, não poderão mais se desconhecer nem se tratarem com desprezo, sob o custo de uma delas (ontem as primeiras, hoje as últimas, amanhã qual?) se auto proclamar hegemônica, totalizante e verdadeira, eliminando a pluralidade de descrições e de possibilidades de vida para essas crianças. Sabemos que a vida psíquica não cabe no cérebro, mas tampouco cabe em qualquer outro construto, discurso ou matéria tomados isoladamente. Nesse jogo em busca das origens do autismo e de tudo que nos faz humanos, nem todas as abordagens são compatíveis ou partilham da mesma ética, mas não estamos em condições de dispensar nenhuma das peças do tabuleiro. Resta saber se o campo da saúde mental suportará e sustentará a tensão instalada, em cada lance, pelo diálogo entre posições muitas vezes tão distintas.

Bibliografia

AMY, M. D. **Enfrentando o autismo**: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

ASPERGER, H. 'Autistic psychopathy' in childhood. In: FRITH, U. (ed.) **Autism and asperger syndrome**. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

ANDERSON, G. M.; HOSHINO, Y. Neurochemical studies of autism. In: VOLKMAR, F. et al. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2005.

BARON-COHEN, S. **Mindblindness**: an essay on autism and theory of mind. Massachusetts: MIT Press, 1997.

_____. **Diferença essencial**: a verdade sobre o cérebro de homens e

mulheres. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

_____. LESLIE, A. M.; FRITH, U. **Does the autistic child have a 'theory of mind'?** Cognition, 1985, n. 21, p. 37-46.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BETTLEHEIM, B. **A fortaleza vazia.** São Paulo: Martins Fontes, 1987.

CAMPBELL, M.; SHAY, J. Pervasive developmental disorders. In: KAPLAN, H. I.; SADDOCK, B. J. **Comprehensive textbook of psychiatry.** Sixth edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.

CAVALCANTI, A. E.; ROCHA, P. S. **Autismo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: Russo, J; Silva Filho, J. F. (orgs.) **Duzentos anos de psiquiatria.** Rio de Janeiro: Relume Dumará/Editora da UFRJ, 1993.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (org.). **A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política.** Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

EHRENBERG, A. **Le sujet cerebral,** Esprit, 309, Novembre 2004, p. 130-155 (O sujeito cerebral, versão traduzida por Marianna T. de Oliveira e Monah Winograd).

ELIA, L. **O conceito de sujeito.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

FRITH, U. Asperger and his syndrome. In: FRITH, U. (ed.) **Autism and asperger syndrome.** Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

KANNER, L. Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In: Rocha, P. S. **Autismos.** São Paulo: Escuta, 1997.

LIMA, R. C. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MINSHEW, N. J. et al. Neurological aspects of autism. In: VOLKMAR, F. et al. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2005.

MOORE, D. P.; JEFFERSON, J. W. **Handbook of medical psychiatry**. St. Louis: Mosby, 1996.

RIBEIRO, J. M. L. **A criança autista em trabalho**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005.

ORTEGA, F. Da ascese a bio-ascese, ou do corpo submetido à submissão do corpo. In RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PINTO, R. F. **CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. Rio de Janeiro, Museu da República, 2007.

RAMACHANDRAN, V. S., OBERMAN, L. M. **Broken mirrors: a theory of autism**. Scientific American, Vol. 295, n. 5, p. 39-45, november 2006.

RUSSO, J. As três éticas da psiquiatria. In: **Cadernos do IPUB** n° 8: noção de pessoa e institucionalização dos saberes psicológicos no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

SACKS, O. **Um antropólogo em Marte: seis histórias paradoxais**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SERPA JR., O. D. **Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.

SCHWARTZMAN, J. S. **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon, 2003.

WING, L. Problems of categorial classification systems: In: VOLKMAR, F. et al. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2005.

Notas

* Psiquiatra infanto-juvenil, mestre e doutorando pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, psiquiatra (licenciado) do CAPSi Eliza Santa Roza (Rio) e supervisor clínico-institucional do CAPSij Duque de Caxias (RJ).

¹Os tópicos abordados neste artigo fazem parte de uma pesquisa de doutorado ainda em andamento no Instituto de Medicina Social da UERJ.

²Aqui um novo recorte se apresenta. Escolhemos os psicanalistas de língua inglesa, deixando de fora os franceses e outros, pois nos parece que foram os primeiros os que mais influenciaram o campo psiquiátrico, suas classificações e a literatura científica, produzida principalmente em inglês e com forte predominância norte-americana.

³Como exemplos da contínua produção psicanalítica sobre o autismo no Brasil, destacamos os livros de RIBEIRO (2005) e PINTO (2007), no registro laciano, além do de CAVALCANTI e ROCHA (2002), no winnicottiano.

⁴Edição brasileira: Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças: nona revisão. São Paulo: Centro Brasileiro para Classificação de Doenças em Português, 1979.

⁵No contexto das polêmicas entre Freud e Jung sobre a sexualidade como fator determinante na constituição da vida psíquica, Bleuler se aproxima deste último e constrói o conceito de ‘autismo’ como um equivalente dessexualizado do ‘auto-erotismo’ freudiano. O autismo, para Bleuler, corresponderia assim “(...) ao afastamento da realidade aliado ao predomínio relativo ou absoluto de uma vida interior” (BLEULER apud CAVALCANTI e ROCHA, 2002).

⁶Acredita-se que o uso da expressão ‘autismo’ tanto por Kanner quanto por Asperger, assim como as semelhanças nas descrições de seus pacientes e a proximidade nas datas de seus artigos, tenham sido coincidências, já que, apesar de terem nascido no mesmo país, eles nunca se conheceram nem fizeram referências um ao outro (FRITH, 1991).

⁷O artigo de Lorna Wing “Asperger syndrome: a clinical account”, de 1981, foi fundamental para que o tema se tornasse acessível nos países de língua inglesa, já que até então o texto estava disponível apenas em alemão (FRITH, 1991).

⁸As traduções dos trechos originalmente em inglês são de nossa autoria.

⁹Baron-Cohen e colegas derivaram sua indagação fundamental e tomaram emprestada a expressão “teoria da mente” dos etólogos Premack e Woodruff. Em 1978, ambos já tinham perguntado se os chimpanzés possuíam tal teoria, e sua conclusão havia sido que

sim. Num de seus experimentos, o chimpanzé Sarah assistia a um filme cuja imagem era congelada antes que uma pessoa finalizasse uma determinada ação; o animal devia então escolher uma figura que representava a conclusão da cena. Sarah saiu-se bem no teste e os autores concluíram que seu sucesso deveu-se à habilidade em atribuir estados volitivos, como desejos e intenções, ao ator em cena (BARON-COHEN, 1997).

¹⁰Referimo-nos aqui às teses que discorrem sobre o desenraizamento e a desfiliação dos sujeitos contemporâneos, associando a fragmentação do campo social, o enfraquecimento dos referenciais da tradição e o esgarçamento das relações de pertencimento com a tendência a buscar na biologia, nos referenciais corporais e nas categorias médicas as âncoras subjetivas e as fontes de identificação que lhes faltam. Sobre esse tema, recomendamos a leitura de BAUMAN (1998), ORTEGA (2002) e LIMA (2005).

¹¹Sobre a ascensão da chamada “psiquiatria biológica” no final do século XX, ver SERPA JR. (1998)

¹²Referimo-nos aqui à matéria da Revista Época “Um novo olhar sobre o autismo”, de 11/06/2007, escrita por Tânia Nogueira.

¹³Na articulação entre noções de sujeito e noções de ética, esses conceitos de sujeito corresponderiam, respectivamente e grosso modo, ao que COSTA (1993) nomeia de ética da ação social, ética da interlocução e ética da tutela, referendo-se às 3 éticas presentes na prática psiquiátrica. Portanto, não só o termo sujeito comporta sentidos distintos, mas também a ética. Sobre o estudo do conceito de sujeito para a psicanálise lacaniana, remeto os leitores a ELIA (2004).

¹⁴Ehremberg (2004) distingue um programa “fraco” das neurociências, ligado especialmente ao progresso no tratamento dos quadros neurológicos e a pesquisa dos correlatos neurais dos transtornos psiquiátricos, e um programa “forte”, que teria como objetivo construir uma “biologia do espírito”, onde conhecimento de si equivale a conhecimento do cérebro e onde neurologia e psiquiatria se fundiriam.

Endereço eletrônico para correspondência:
rossanolima@ig.com.br

A Clínica da “Disfunção Social”: contribuições da psicopatologia do senso comum

*Erotildes Maria Leal**, *Octavio Domont de Serpa Jr.***,
*Nuria Malajovich Muñoz****

Introdução

Na atualidade, o estudo da psicopatologia tem se concentrado, sobretudo, em sua dimensão descritiva. Fundamento da semiologia psiquiátrica, esse campo de conhecimento tem sido marcado por diferentes abordagens e referências teóricas em pouco mais de 200 anos de história. Apesar disso, especialmente nas últimas décadas, esta diversidade do campo, bem como a complexidade do seu objeto de estudos, esteve pouco evidente.

Em artigo que levanta as contribuições da fenomenologia à compreensão da esquizofrenia entre 1980 e 2000, Rulf¹ ressalta a diversidade de perspectivas presentes na psicopatologia¹, seguindo o exemplo de Parnas e Bovet (3). A partir do mapa oferecido por esta autora e associando ao seu trabalho outros que desenvolvem análise sobre a diversidade do campo da psicopatologia, apresentaremos, brevemente, as perspectivas psicopatológicas que embasam a clínica psiquiátrica contemporânea, seus alcances e limites. Consideraremos em especial a vertente da psicopatologia nomeada como *psicopatologia do senso comum*. Esta revisão pretende resgatar instrumentos teóricos que auxiliem no exame de um fenômeno particular e central nos transtornos mentais graves, o fenômeno da *disfunção social*.

É importante ressaltar que não consideramos que toda e qualquer experiência anômala de conexão com o mundo possa ser caracterizada como *disfunção social*. Esta classificação só será adequada quando a dimensão patológica dessa conexão se impuser, ou seja, quando, de alguma maneira, o desempenho normativo do organismo em sua relação com o meio estiver comprometido, tornando mais restritivos os limites de sua autonomia². Este fenômeno, que ocorre no âmbito da vida social, se expressa por uma experiência anômala de conexão com o mundo e com o outro, com contornos particulares para a pessoa esquizofrênica e melancólica.

Se assim consideramos a *disfunção social* – experiência anômala de conexão com o mundo e com o outro e, por isso, marca central do modo de ser destes sujeitos –, se a definimos como um conjunto de formas particulares de constituição do laço social, cabe nos interrogar qual deve ser, numa clínica da atenção psicossocial, o caráter de nossas intervenções para auxiliar tais pessoas a lidarem com esta experiência que lhes é constitutiva. É este o debate que introduziremos na última parte deste artigo, tomando como exemplo a esquizofrenia.

Caracterização das Psiquiatrias atuais a partir do sentido atribuído ao termo fenomenologia

A fenomenologia – vigorosa tradição filosófica do século XX, representada por filósofos como Husserl, Scheler, Hartman e tantos outros – tem sido considerada a corrente filosófica que emprestou à psicopatologia o seu método de conhecimento sobre os fenômenos psicopatológicos (4,5,6). Na psiquiatria dos últimos 20 anos, entretanto, o uso do termo fenomenologia não tem preservado a complexidade e riqueza que caracterizaram essa tradição filosófica.

Pelo menos três diferentes usos para o vocábulo “fenomenologia” foram identificados neste período (1,7,8,9), sinalizando o quanto as tradições psicopatológicas exprimem compreensões diversas, atuais e

correntes da filosofia fenomenológica.

O primeiro, muito corrente e amplamente conhecido, presente na psiquiatria anglo-saxã, toma o termo fenomenologia como equivalente à *psicopatologia descritiva*. Sua utilização limita-se à descrição dos diversos sinais e sintomas das doenças psiquiátricas de modo objetivo e imparcial. Sob essa perspectiva, interessa conhecer a forma e estrutura das alterações psíquicas. Observar, identificar e descrever os elementos que compõem os quadros psiquiátricos, buscando a máxima neutralidade e abandonando qualquer pretensão de compreendê-los ou explicá-los, é posto como seu principal e único propósito. Não há qualquer tematização sobre o sujeito que experiencia os fenômenos patológicos ou sobre o caráter dessa experiência.

O segundo uso, calcado numa leitura jaspersiana do termo, amplia o sentido anteriormente atribuído ao vocábulo fenomenologia. Se, por um lado, confere um significado de procedimento empírico, em continuidade com a psicopatologia descritiva dos estados da consciência, por outro, ao contrário da Psicopatologia Descritiva, a *fenomenologia* de Jaspers (10,11) traz a subjetividade para o centro dos interesses da psicopatologia.

Em sua *Psicopatologia Geral*, Jaspers (11) define o que chama de *fenomenologia*, e sua aplicação no estudo das “manifestações subjetivas da vida psíquica enferma”, como a parte de sua psicopatologia que tem por tarefa:

apresentar-nos intuitivamente os estados psíquicos que experimentam realmente os enfermos, de considerá-los segundo suas condições de afinidade, de limitá-los e distingui-los o mais estritamente possível e de aplicar-lhes termos precisos. (p.75, grifos do autor)

A tarefa da fenomenologia, indicada por Jaspers, se sustenta em:

auto-descrições ou confidências dos enfermos, que provoca-

mos e examinamos na conversação pessoal. (...) Aquele que experimentou por si mesmo encontra com facilidade a descrição adequada. O psiquiatra, que somente observa, se esforçará para formular o que pode dizer o enfermo de suas vivências. (op.cit., p.75, grifo do autor).

Em artigo publicado um ano antes de sua *Psicopatologia Geral – The Phenomenological Approach in Psychopathology* (10), Jaspers desenvolve mais extensamente esta forma de abordagem. A metodologia preconizada para “*determinar e analisar o que os pacientes realmente vivem*” (idem, p.1317) devia incluir o “mergulho” no comportamento e movimentos expressivos dos pacientes; devia questioná-los diretamente, a fim de obter relatos diretos de suas vivências; e considerar a leitura de suas auto-descrições escritas, quando porventura existentes.

Jaspers tomou a fenomenologia como uma espécie de psicologia descritiva, o que não deve ser considerado contraditório com os desenvolvimentos iniciais de Husserl, conhecido por sua vigorosa crítica ao psicologismo. Entretanto, distanciou-se dele na medida em que, para Husserl, tal empreitada serve apenas para um propósito lógico, não corporificado em qualquer individualidade empírica:

(...) descrições fenomenológicas não se referem a experiências ou classes de experiências de indivíduos empíricos; a fenomenologia nada sabe e nada assume sobre experiências individualizadas³.

Jaspers, ao contrário, considerou que fenomenologia tem aplicação empírica, vivida, corporificada na experiência individual, em uma perspectiva intersubjetiva empática. A sua proposta de investigação dos fenômenos psíquicos mórbidos é fiel ao espírito da fenomenologia de “volta às coisas mesmas”, de “suspensão da atitude natural”, substanciada nas variadas teorias psicopatológicas *prêt-à-porter* que impedem o acesso ao fenômeno psicopatológico vivido em sua pureza (13,14,15).

Stanghellini (16) aponta algumas limitações da perspectiva fe-

nomenológica de Jaspers. Além de criticar sua discussão sobre a (in)compreensibilidade do delírio, resultado de um entendimento da intersubjetividade restrita à dimensão empática, considera o método jaspersiano *despersonalizado* e *claustrofílico*. Desta forma, indica que Jaspers não leva em conta a personalidade, o modo-de-ser do paciente nem as circunstâncias ambientais (sociais, familiares, institucionais) de apresentação das manifestações clínicas. Segundo este autor, o resultado é uma psicopatologia que traz a experiência subjetiva para o primeiro plano, mas esquece de seu contexto.

O terceiro uso para o termo “fenomenologia” em psicopatologia pode ser identificado em alguns autores da Europa Continental (dentre eles: Alemanha, Dinamarca, Itália e Holanda), América do Norte, América do Sul e Japão. Baseado em filósofos como Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty, autores como Parnas, Stanghellini, Sass, Davidson, Kimura e outros, atribuem à fenomenologia um sentido que está para além do método empírico que favorece o acesso ao fenômeno psicopatológico. Descrever e compreender o fenômeno conhecendo sua forma e conteúdo é apenas uma das aspirações expressas pela utilização do termo fenomenologia, mas não o seu eixo. O vocábulo fenomenologia retoma um significado claramente filosófico. Uma preocupação epistemológica está evidente: conhecer como o sujeito constitui o seu mundo. Esta é a finalidade principal da descrição da consciência humana e do ser-no-mundo. Para dar conseqüência a estes estudos, os autores retomaram, dentre outras, as obras de Minkowski (17,18), Binswanger (19) e Wyrsh (20).

Herdeiros desta tradição do início do século XX, estes autores utilizam abordagens psicopatológicas preocupadas em oferecer mais do que a descrição dos elementos do adoecimento mental. O exame da experiência vivida pelo sujeito doente justifica-se pelo propósito de conhecer como esta experiência se constitui. Tais preocupações permitem que as abordagens psicopatológicas tomem a questão da subjetividade de modo particular.

A fenomenologia e as psicopatologias do ser-no-mundo

Para garantir uma melhor compreensão da perspectiva fenomenológica subjacente à terceira tradição psiquiátrica acima referida, alguns comentários se fazem necessários. Tomaremos brevemente certos sentidos atribuídos ao vocábulo *fenômeno*, idéia central nessa filosofia.

O *fenômeno* foi freqüentemente descrito como correlato ao mundo, ou seja, aquilo que se pode conhecer sobre os fatos, eventos e objetos que constituem a realidade. Tomado como fruto da intencionalidade da consciência, o *fenômeno*, entretanto, nunca foi definido como idêntico ao mundo em si. Nenhum destes filósofos achava possível conhecer a verdadeira natureza da realidade. Defendiam, entretanto, que se não era possível conhecer o mundo em si, não significaria que estaria vedada ao homem qualquer possibilidade de conhecer os universais do pensamento. Se a consciência é sempre consciência de alguma coisa, esta pesquisa acerca dos universais poderia ocorrer a partir de estudos da própria consciência. E porque a consciência é intencionalidade, é possível utilizar o método da redução fenomenológica sem perder o que é reduzido. Ou seja, ao transformar-se dado em fenômeno, ascendia-se à essência do fenômeno. Assim, surge uma questão fundamental para nos auxiliar na definição das psicopatologias que se ocupam da relação do ser com o mundo. O mundo, “espaço” social de onde se destacam os fenômenos e suas essências, pode ser definido integralmente como produto da mente individual?

Até muito recentemente, entre as tradições psicopatológicas mais comuns, era corrente encontrar uma compreensão fenomenológica que tomava a dimensão social com algo que jazia completamente na mente de cada indivíduo (16,21). De modo geral, todo fato social era considerado realidade integralmente dependente da atividade mental individual, fruto da intencionalidade da mente. Como sugeriram Stanghellini e Ballerini (21), nesta perspectiva, a fenomenologia defendeu a “*inescapável peculiaridade subjetiva da sociabilidade*”. Fez deste espec-

to o marco da dimensão subjetiva da ação social, forma de mediação simbólica operada pela mente, durante o processo de interação entre os indivíduos. Esses autores afirmaram ainda que, sob esse ponto de vista, o mundo social aparecia sempre como um mundo feito de sentidos implícitos e dividido por todos os indivíduos. Mas como pode a fenomenologia conhecer o mundo (seus fatos, objetos e eventos), a experiência do sujeito no mundo e com o mundo, se em seu modelo de compreensão toda a análise se dá sobre o sujeito isolado do mundo?

Recentemente, esta leitura da fenomenologia, caracterizada por Stanghellini e Ballerini (21) como solipsista (porque tomava o indivíduo como única realidade no mundo), perdeu sua hegemonia. Foram ganhando força as abordagens fenomenológicas que puseram tal verdade sob suspeita. Releituras dos principais pensadores desta importante tradição filosófica indicavam que em suas obras este tema já se encontrava sob questão. No último Husserl (6), por exemplo, a relação humano-social, descrita pela categoria intersubjetividade, foi considerada o evento primordial e impescindível na produção do próprio sujeito. Se a intersubjetividade era caracterizada como o evento primordial, ficava difícil manter para a categoria subjetividade o sentido de pura individualidade ou mera singularidade. Sua resignificação se impôs. Foi necessário tomá-la enquanto efeito especial da relação humano-social, constituída de modo complexo e processual.

O conhecimento natural – sentidos e explicações que cada um atribui à sua experiência – tornou-se, deste modo, necessariamente derivado da vida social. A possibilidade de dividir significados com os outros foi descrita como a condição capaz de nos fazer experienciar objetos e eventos como “reais”. A dimensão social deixou de ser descrita como algo que jazia integralmente dentro da mente de cada um. O mundo social foi definido como o mundo de sentidos partilhado pelos indivíduos, sendo estes (os indivíduos) também parte desse mundo social.

Esta perspectiva fenomenológica considerou equivocado não só separar a mente individual do fenômeno social, como também da análise do processo através do qual atribuímos sentido aos objetos e eventos.

Avaliou ainda como erro adotar um modelo de interação social que ignorasse a análise da subjetividade durante o processo de constituição dos significados atribuídos aos fenômenos do mundo.

Uma das mais significativas conseqüências do abandono da perspectiva solipsista da fenomenologia foi oferecer à psicopatologia a possibilidade de repensar as experiências anormais do eu, desde Jaspers interesse primário da psicopatologia fenomenológica. As crises do eu exigiam ser avaliadas enquanto expressão do comprometimento da relação humano-social, solo primeiro das alterações psicopatológicas e não apenas como efeito de alterações oriundas do sujeito:

As crises do eu e as crises de sua relação com o mundo não podiam mais ser analisadas apenas como resultado da despersonalização e desrealização de um sujeito monádico que olha o mundo. (16, p.111)

De uma fenomenologia pautada no *ser-no-mundo*, originou-se a tradição psicopatológica nomeada de *psicopatologia do ser social*. O foco de sua investigação psicopatológica, como sugeriu Stanghellini (16), deslocou-se “dos sintomas psicóticos que tem lugar no indivíduo isolado e concentrou-se nas estruturas vulneráveis de sua consciência, estudada no contexto do seu mundo-vida” (p.11). Este exercício vem sendo feito para cada quadro psicopatológico em particular. Um dos ramos desta psicopatologia do ser social foi identificada como *psicopatologia do senso comum*.

Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser-no-mundo

A *psicopatologia do ser social* reconheceu a sua origem em alguns autores clássicos. Stanghellini (16) afirma que Kahlbaum, Hecker e especialmente Kretschmer foram seus precursores, pois trouxeram para o primeiro plano do estudo da loucura a idéia de colapso do ser social.

O germe do entendimento de que a esquizofrenia é uma patologia do desenvolvimento, ou seja, uma patologia do processo dialético que envolve as relações entre sua própria individualidade, a dos outros e instituições da sociedade a qual se pertence, pode ser atribuída a eles.

Minkowski (17), com o seu trabalho sobre a esquizofrenia, publicado originalmente em 1927, vai mais longe e elabora de forma mais consistente este entendimento. “A perda do contato vital com a realidade”, descrita por ele como evento primário da esquizofrenia, foi tomada pelos autores da *psicopatologia do ser social* como uma indicação clara de que o fenômeno psicopatológico de base não estava no sujeito isolado. Dois outros elementos de sua obra corroboraram a idéia, cara para esses autores, de que o foco da análise dos fenômenos psicopatológicos estaria impreterivelmente sobre a experiência do *ser-no-mundo*: as noções de *sintonia* e *subjetividade*. A primeira, descrita por Minkowski como “sintonia com o mundo” e uma das qualidades básicas do humano, é por ele considerada o único elemento necessariamente ausente na esquizofrenia. Em relação à subjetividade, Minkowski a definiu como constituída a partir da relação do sujeito corporal, do organismo, com o mundo. Indicou, assim, a redefinição do fenômeno de base da esquizofrenia e a mudança de seu substrato. Essa revisão sugeriu ainda para os psicopatólogos do ser social uma nova concepção de adoecer mental, de sujeito e de mundo social, sobre as quais nos debruçaremos a seguir.

Dos autores mais recentes identificados com a psicopatologia do ser social, Blankenburg (22) foi o primeiro a discorrer sobre a importância do *senso comum* para a compreensão das experiências anormais do eu. Em seu trabalho, publicado originalmente em 1971, o autor retomou a idéia de “perda do contato vital com a realidade”, de Minkowski, e propôs, a partir da frase de um paciente, sua revisão. A “perda da evidência natural do eu”, afirmava Blankenburg⁴, aproximava à experiência da pessoa esquizofrênica a experiência do fenomenólogo no ato mesmo da realização da *epoché*, ou redução. A *epoché* consiste no método de investigação fenomenológica que propõe “pôr entre parênteses” todos os dados e certezas, superando uma resistência que nos faz “naturalmente” ligados ao mundo, com o objetivo de

acessar a essência dos fenômenos observados.

O autor descreveu a crise esquizofrênica como uma perda de familiaridade com o mundo. Neste momento a pessoa seria empurrada para uma confrontação infundável com a dúvida. Estaria sem condições de superar essa amplificação e aceder a qualquer nova tematização ou equilíbrio. Segundo Blankenburg, essa dúvida envolveria a perda de um senso de familiaridade, o rompimento de um senso básico de pertencimento ao mundo, uma “crise global do senso comum”. Como consequência, produzir-se-ia:

um penetrante senso de alienação e desligamento (“perda do contato vital”) acompanhado por um agudo senso de ameaça existencial e fragilidade de estar exposto, de certa forma, nu frente ao mundo e aos outros, condição que Laing chamou de “insegurança ontológica”. (1, p.19).

Não foi apenas Blankenburg que retomou Minkowski para entender a “perda do contato vital com a realidade” – sintoma nomeado de autismo⁵ - enquanto elemento principal da esquizofrenia. Outros o fizeram. Mais recentemente podemos destacar o trabalho de Parnas e Bovet (3,23). Estes autores traçaram a história do conceito de autismo e o reinvestiram no lugar de pedra fundamental de todo fenômeno esquizóide e esquizotípico. Com isto, reforçaram a aproximação já feita por Blankenburg entre “perda do contato vital com a realidade”, “perda da evidencia natural do eu” e “crise global do senso comum”.

Embora considerassem a “perda do contato vital com a realidade” e seus correlatos como núcleo da experiência esquizofrênica, tais autores destacaram dois outros aspectos para melhor caracterizar a experiência do autismo: a perplexidade e a hiperreflexividade esquizofrênica⁶. Eles o fizeram, entretanto, para sublinhar que apesar de sua importância, só havia entre eles uma diferença aparente. Ambos, afirmavam, referiam-se a uma dimensão tácita, a um arcabouço pré-predicativo da experiência natural, característica do próprio fenômeno do autismo. Em certo sentido, Minkowski (17), o próprio Blankenburg (22) e alguns

outros autores da psicopatologia do ser social, já haviam declarado isso. Minkowski (17) o havia feito ao dizer que a subjetividade se constitui na relação com o mundo, a partir do corpo vivido; Blankenburg (22) o fazia ao afirmar que a dúvida que assola o sujeito esquizofrênico envolve uma perda pré-conceitual do senso de familiaridade.

Dando continuidade a esta perspectiva fenomenológica em psicopatologia, na linha do que Parnas & Bovet (3) chamaram de *autismo revisitado*, alguns autores contemporâneos têm proposto uma compreensão unificada da esquizofrenia em termos de um *transtorno do senso comum* (16,25,26) ou de um *transtorno da ipseidade/hiperreflexividade* (3,8,9,26,28,29,30). Não se trata aqui de entendimentos antagônicos, mas apenas de vias de acesso distintas aos modos de constituição das experiências de eu, do outro e do mundo; o primeiro acederia a isto pelos aspectos intersubjetivos/intencionais (alteridade/mundo) e o segundo, pelos aspectos subjetivos/ experienciais (*self*). Como sugere Zahavi (31):

...uma abordagem da intersubjetividade requer simultaneamente uma análise da relação entre subjetividade e mundo.(...)
As três regiões self, outros e mundo (...) se iluminam reciprocamente e só podem ser entendidas na sua interconexão. (...)
Não importa qual das três é tomada como ponto de partida, ela levará inevitavelmente às outras duas. (p.166)

Esta discussão sobre o autismo foi fundamental para promover o abandono de sua definição, enquanto traço puramente individual. Sob essa perspectiva, estava garantida sua concepção enquanto um processo relacional, defeito na sintonia pré-reflexiva e não racional com o mundo e tornava o indivíduo esquizóide vulnerável para as demandas desse mundo.

No final da década de 90, outro conjunto de pesquisadores franceses e americanos – Naudin, Azorin, Mishara, Wiggins e Schwartz⁷ – reafirmou a íntima relação entre o autismo, o senso comum e a constituição do eu. Fizeram isso a partir de uma investigação em que examinaram

a descrição do eu de três esquizofrênicos residuais à luz da definição de esquizofrenia enquanto crise total do senso comum, apresentada por Blankenburg. Estes autores sustentaram que a perda do senso comum, como descrita por estes pacientes, constituía-se numa alteração específica da esquizofrenia, envolvendo um prejuízo meta-cognitivo. Postularam uma interdependência estrutural entre senso comum, identidade pessoal, e realidade social.

O *ser-no-mundo*, concepção de sujeito sugerida pela *psicopatologia do ser social*, não dizia apenas de um sujeito reflexivo, da narrativa, produto da relação intersubjetiva mediada pela linguagem, mas antes e também do ser que subjaz e antecede este sujeito narrativo. Ou seja, esta psicopatologia tratou também da experiência do ser em sua dimensão corporal, pré-reflexiva, que poderíamos chamar com Zahavi (33) de *sujeito experiencial*; um sujeito que mesmo assim é fruto de uma relação intersubjetiva, ainda que ante-predicativa. As alterações da consciência, sustentaram os autores da *psicopatologia do ser social*, acontecem nestas duas dimensões da relação do sujeito com o mundo: uma predicativa e uma ante-predicativa. Logo, o mundo social também exigiu uma nova concepção:

O mundo social não é estabelecido por uma ordem prescritiva, que é um conjunto de regras aceitas por todos. Antes, o mundo social é estabelecido por uma ordem interpretativa válida para todo indivíduo pertencente a um específico contexto cultural. Cada pessoa recebe e participa dessa ordem interpretativa espontaneamente, intuitivamente e de uma maneira ante-predicativa (i.e, irreflexiva). Esta ordem interpretativa, na vida diária, não é matéria de reflexão porque é dada e pressuposta por toda pessoa. Esta ordem interpretativa válida para cada um é chamada de senso comum. O senso comum não é apenas o conjunto de fatos conhecíveis disponível para cada um; é o conjunto de condutas interpretativas ou práticas narrativas divididas, de um modo tácito e não discutido (de modo implícito) por cada um que pertence a um mesmo contexto cultural. O mundo social apresenta-se ele mesmo como um edifício feito de significados arbitrários e convencionais, construído na borda

do grande abismo da dúvida se a realidade não é como usualmente é representada. O senso comum, ele mesmo, cobre, oculta e previne o acesso a esse abismo da dúvida. (21, p.104).

Senso comum como conceito: duas dimensões

Fazer de expressão da linguagem diária um conceito exigiu, obviamente, um esforço de teorização. Stanghellini (16,21,25) não foi o primeiro a enfrentar esse desafio em relação à expressão *senso comum*, mas foi quem a tomou para qualificar uma das tendências presentes no campo das psicopatologias antropológico-fenomenológicas. Para isto, recorreu à filosofia de Aristóteles, que oferecia um profundo relato sobre a consciência, a partir de uma teoria baseada na noção do *senso comum* (*koiné aisthesis*).

É interessante perceber que o que levou Stanghellini (op.cit.) a este esforço de conceituação foi uma dúvida decorrente de uma observação clínica. Sua questão era: a experiência de desconexão que as pessoas esquizofrênicas vivem – desconexão do mundo e do outro, que acontece no domínio da vida social – tem a mesma raiz que a experiência de desconexão do eu de si mesmo, que acontece no domínio da consciência do eu?

A psicopatologia construiu, originalmente, seu saber sobre a esquizofrenia a partir da observação de dois importantes grupos de sintomas: anomalias da experiência do eu e autismo. A questão de Stanghellini (op.cit.) era saber se havia relação entre eles. Na qualidade de anomalias da experiência do eu são elencados distúrbios que fazem com que fenômenos habitualmente tomados, de forma implícita, como parte do eu passem a ser considerados objetos de foco da atenção; ou seja, a consciência que se tem deles os objetifica. Por autismo é entendido o enfraquecimento do sentimento de existir como sujeito da consciência e como presença de si mesmo ante o mundo (28). Stanghellini (16) considera que a perspectiva hegemônica da psicopatologia atual havia perdido uma visão panorâmica desses dois grupos de sintomas e supõe

que a teoria da mente de Aristóteles, baseada na noção de *koiné aisthesis*, pode ser útil para auxiliar a retomada dessa visão.

Em Aristóteles o senso comum tinha duas funções. A primeira função era garantir ao sujeito a experiência de unidade perceptiva, ou seja, garantir ao indivíduo a percepção das sensações comuns a todas as modalidades sensoriais. A segunda proporcionava, a cada indivíduo, a experiência de ser sujeito de sua própria experiência perceptiva, fenômeno do domínio da consciência de si, embora uma consciência de si também sensorial. Para Aristóteles, tanto a percepção do mundo físico quanto a percepção do comportamento do outro no mundo dependiam da *koiné aisthesis*, “verdadeiro pilar da vida mental”. Estas eram as duas dimensões do senso comum. Sua base experiencial era uma só: o corpo.

Ao reler Aristóteles, Staghellini (op.cit) preserva a descrição das duas dimensões do senso comum e mantém o corpo como base experiencial. Classifica de dimensão social do senso comum – *sensus communis*⁸ – o conjunto de conhecimento e dados que constituem as regras do jogo de cada contexto cultural, ao qual temos acesso de modo reflexivo. O conjunto de condutas interpretadas de forma tácita e não racional, classifica como pertencente ao domínio da realidade corporal propriamente dita – *Koiné aisthesis*.

A definição que Stanghellini (op.cit.) atribui à dimensão tácita e não racional do senso comum identifica-se com as funções que Aristóteles atribui à *koiné aisthesis*: a capacidade que cada ser possui de unificar sua experiência perceptual, articulando as sensações não específicas, comuns a todas as modalidades sensoriais; e a capacidade de tomá-las como objeto de sua própria experiência perceptiva, origem da consciência de si. O eu presente nesta dimensão do senso comum é um eu corporal, pré-reflexivo, baseado integralmente na consciência das sensações proprioceptivas e cenestésicas.

O *sensus communis* vai além do que Aristóteles nomeou de *koiné aisthesis*. Proporciona ao indivíduo a experiência de ser sujeito de sua

experiência, mas o faz indo além do que é postulado por Aristóteles. A capacidade de o indivíduo tornar-se consciente de sua própria experiência perceptiva, em Aristóteles, se dá numa dimensão tácita, pré-reflexiva. O *sensus communis* ancora-se na dimensão intercorporal da intersubjetividade para, indo, além disto, incluir a capacidade reflexiva do eu. O sujeito torna-se capaz de narrar sua experiência, porque toma seu próprio corpo e experiências como imagem. Difere, deste modo, do eu corporal da *koiné aisthesis* aristotélica.

De modo semelhante à perspectiva aristotélica, Stanghellini (op.cit.) fez do corpo vivido a base experiencial tanto da consciência reflexiva do eu quanto da dimensão do eu pré-reflexiva. Ao preservar o corpo como base experiencial das duas dimensões do eu, fez delas faces de uma mesma moeda. A novidade em relação à definição aristotélica, entretanto, foi ressaltar, desde sua origem, a dimensão social do eu corporal. A ferramenta que o ajudou a tematizar a relação do corpo com o mundo, ainda neste tempo pré-reflexivo e tácito, foi a noção de sintonia social: realidade intercorporal (*intercorporeality*).

O senso comum é baseado no fenômeno primordial chamado sintonia social, isto é, a habilidade para fazer contatos emocionais e estabelecer relações mútuas, perceber a existência dos outros e suas estruturas mentais como similar a nossa própria, entender intuitivamente as manifestações mentais das outras pessoas, comunicar com os outros usando estruturas de sentido partilhadas. (16, p.13).

Para Stanghellini (op.cit.), a afirmação de que também para o eu pré-reflexivo haveria uma dimensão social, sustenta-se no argumento de que mesmo a consciência corporal pré-reflexiva está na dependência do outro. Sem a relação com o outro, baseada na sua percepção ainda intuitiva, não há possibilidade de constituição do nosso esquema corporal. Haveria, entretanto, uma outra dimensão da consciência do eu com estrutura lingüística de base cognitiva: a dimensão reflexiva do eu.

Seguindo este desenvolvimento, o senso comum poderia ser representado como rede de crenças, isto é o conhecimento social, e também como modo intuitivo de sintonia básica do indivíduo com o mundo. Se a primeira dimensão define o pano de fundo para organização da experiência cotidiana, o segundo reflete a capacidade afetiva-conativa de estabelecer relação com o outro. Ambas sustentam o processo da intersubjetividade.

O que pretende Stanghellini (op.cit.) ao definir o senso comum um conceito complexo marcado pelas duas dimensões acima referidas? Acreditamos que a resposta a esta questão segue pelo menos quatro linhas de força:

- a) afirmar que não é possível separar a mente individual do fenômeno social, quando o objetivo é analisar o processo através do qual atribuímos sentido aos objetos e eventos do mundo.
- b) indicar que o mundo social não é puro produto da mente individual; isto é, que o entendimento do outro não decorre apenas de inferência do estado mental, mas da relação inter-corporal.
- c) indicar que o mundo social não se constitui exclusivamente de uma dimensão narrativa – dimensão cognitiva e reflexiva – mas também da experiência pré-reflexiva, intuitiva, “percepção direta” da vida emocional do outro.
- d) indicar que a perturbação da percepção intuitiva da realidade inter-corporal promove desordens tanto da percepção de si quanto dos limites existentes entre o eu e os outros.

Os efeitos desta perspectiva psicopatológica na clínica serão investigados a seguir, a partir de um ponto particular. Discutiremos a possibilidade desta psicopatologia fornecer instrumentos teóricos que sirvam para o exame de um fenômeno particular e central nos transtornos mentais graves, o fenômeno da *disfunção social*.

Psicopatologia do senso comum: uma ferramenta para lidar com a disfunção social na clínica da atenção psicossocial?

Em trabalho anterior (32), os autores desse artigo discutiram o uso do conhecimento psicopatológico nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços comunitários, estratégicos para a reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil, que pretendem a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos e oferecem tratamento para pacientes com transtornos mentais graves, persistentes, em quadros agudos ou não (34). A observação de duas situações clínicas, ocorridas em serviços deste tipo, indicou a hipótese investigada: a psicopatologia adotada nestes serviços é principalmente descritiva, baseada em uma *perspectiva da terceira pessoa* (35).

Afirmamos isso porque não encontramos lugar para a experiência, para o vivido; apenas para o comportamento tomado em sua objetividade. Não há, na perspectiva da 3ª pessoa, nada o que se considerar quanto à existência ou pertinência de estados fenomênicos ou qualitativos. Subjetividade e intersubjetividade estão completamente fora de questão. Ambiciona-se certeza factual e renuncia-se a qualquer certeza fenomênica. Os fatos trabalhados nesta perspectiva são, em certo sentido, atemporais, na medida em que as contingências da história não são consideradas como relevantes para o seu esclarecimento. Por isto, estes fatos podem ser tomados um a um, destacados de suas condições de surgimento e do conjunto de outros fatos que lhes são simultâneos. Produz-se assim uma fragmentação, uma atomização do objeto de conhecimento. O tipo de corporeidade que está em questão nesta perspectiva é a do corpo objetivo, aquilo que Husserl identificou como *Körper*.

A análise daquelas situações clínicas sustentou a confirmação da hipótese inicial:

1. A idéia de adoecimento mental adotada não considerou o modo do *sujeito* operar no *mundo*.

2. A idéia de adoecimento mental foi tomada como evento que acomete, *do exterior*, o sujeito, sem implicá-lo, demandando correção imediata e rápida. Nada diz sobre o seu *modo de ser e estar no mundo*.
3. A avaliação psicopatológica ficou restrita à indicação da presença ou não de *sintomas*.
4. Como *indicador do adoecimento mental*, foi privilegiado apenas a observação da *presença/ausência* de alterações tipo *delírios e alucinações*.
5. A *crise* foi entendida apenas como irrupção de *sintomatologia produtiva*, avaliada sempre como prejudicial e tomada, na maioria das vezes, com alvo de correção imediata e rápida porque nada dizia do sujeito.
6. A conseqüência do uso desta ferramenta psicopatológica foi a captura da prática assistencial no seu viés puramente disciplinar com a realização de avaliações que desconsideraram a dimensão subjetiva dos acontecimentos em questão.
7. Produziu-se uma *dissociação fundamental entre reabilitação e crise*, com conseqüente *fragmentação do projeto terapêutico*.
8. Reabilitar e tratar a crise pautavam-se em intervenções padronizadas e normalizantes.
9. O *campo da reabilitação* foi considerado diverso do *campo de cuidado psiquiátrico estrito senso*.

As conseqüências do uso desta ferramenta psicopatológica, para o desenho do cuidado clínico, são preocupantes. Uma psicopatologia que se restringe à identificação e descrição de sintomas e se pretende atórica não oferece ferramentas para o entendimento da experiência do sujeito que sofre. A tematização da relação do sintoma com o sujeito

também fica inviável. Faltam instrumentos que permitam este exercício. Reflexões sobre o manejo das dificuldades com o laço social, para cada uma das formas específicas de adoecimento mental, ficam igualmente limitadas quando o interesse pelas alterações psíquicas decorre de uma compreensão do sujeito isolado do mundo. Isto certamente favorece que as ações de tratamento e reabilitação sejam mantidas em campos diferentes.

A compreensão dos motivos que contribuíram para o desenho de um cuidado com as características acima referidas, entretanto, não deixa claro quais outros efeitos recairiam sobre a clínica, caso uma perspectiva psicopatológica diferente – a do *ser-no-mundo* – fosse adotada. Refletir sobre quais vicissitudes estariam abertas para a clínica exige investigação. Um dos caminhos seria analisar os impasses destes serviços à luz de uma nova lente. Certamente, esta é uma tarefa extensa demais para ser desenvolvida aqui. Todavia, talvez fosse útil ao menos iniciar esta empreitada. Esboçar o alcance clínico da *psicopatologia do senso comum* pode enriquecer a sua contribuição para o estudo da *disfunção social*, nosso objetivo principal no presente estudo.

Os serviços de atenção psicossocial tipo CAPS – dispositivos de tratamento para pacientes com transtornos mentais severos – devem ter seu cuidado clínico organizado a partir da seguinte premissa: a evolução dos transtornos mentais graves não depende exclusivamente de variáveis classicamente relacionadas ao modelo biomédico, tais como etiologia presumida, diagnóstico e prognóstico, agudeza e cronicidade, idade de início, curso da enfermidade etc. Fatores relacionados ao meio ambiente influem no desenvolvimento da maioria dos quadros psiquiátricos. Estudos de *follow-up* de pacientes esquizofrênicos, por exemplo, demonstram que não há evolução impreterível para a cronificação (36). Uma vida social comprometida, no entanto, não é apenas fator de risco, mas também aspecto presente em vários quadros psiquiátricos (20). Reinsere socialmente o paciente ou reabilitá-lo para a vida social – um dos principais desafios desses serviços – torna-se tarefa de alta complexidade. Como enfrentar a questão da disfunção social desses pacientes graves? Isto seria ou não uma ação do campo do cuidado clínico? Seria a

reabilitação uma intervenção do campo da assistência social (37)? Esse é um dos impasses vividos por esses serviços, aqui objeto de análise sob a lente da *psicopatologia do senso comum*.

A questão da *disfunção social* é um tema de grande relevância para muitas tradições psiquiátricas. As suas definições, contudo, variam. Algumas tradições tomaram esses fenômenos como elemento próprio ao processo de adoecimento, outros como efeito dele. Dependendo ainda da forma como o processo de adoecimento é concebido, a subjetividade pode ser considerada de modos diversos, ou mesmo ignorada.

A partir de um mapa extremamente esclarecedor sobre as formas de enfrentamento da *disfunção social*, Stanghellini (16,21) observa que:

- a) é especialmente freqüente a concepção de que este fenômeno é conseqüência do processo de doença e não um dos seus elementos;
- b) em geral, as várias modalidades de *disfunção social* são tratadas de forma indistinta, sem que a particularidade desse fenômeno em cada quadro psicopatológico seja considerada.
- c) freqüentemente, a forma de manejo do fenômeno tem um caráter adaptativo e não permite atingir a experiência subjetiva dos pacientes;

O autor alcança tais conclusões após observar, nas diferentes escolas que freqüentam o campo da clínica (behaviorismo, funcionalismo, cognitivismo, interacionismo simbólico e psicanálise), o que é definido como competência social e como é compreendida a habilidade primeira, básica, que faz a vida social possível.

Se o *senso comum* passa a ser o conceito capaz de sustentar a definição do fenômeno da *disfunção social*, seu manejo muda completamente. Em primeiro lugar, fica impossível mantê-la como conseqüência da doença. Afinal, sob esta perspectiva, a construção do eu depende, desde

sua origem, da relação do sujeito com o mundo. Se a *disfunção social* é então um dos elementos característicos da doença, torna-se necessário saber melhor sobre seus modos de produção.

Ganha força a idéia de que a *disfunção social* não é um fenômeno indistinto para todos os quadros psicopatológicos. A observação pode apresentá-los como semelhantes, mas é diferente o modo de experimentá-los. As formas particulares de relação com mundo social serão fruto de alterações nas diferentes dimensões do senso comum e as mudanças ocorrerão de modo diferente em cada uma destas dimensões. A sintonia social desordenada, dirá Stanghellini (16), alterará igualmente a percepção do outro (que aparecerá enigmático), do meio social (que aparecerá estranho), da consciência de si e dos limites entre o eu e o outro. Essa ligação inseparável entre a consciência de si e a sintonia social, permitirá a Stanghellini afirmar que uma sintonia anormal pode desestruturar a percepção do eu e do mundo. Ao passo que uma melhor sintonia social pode ajudar a reestruturar a experiência do eu na esquizofrenia e em outros transtornos mentais severos.

A observação do fenômeno da *disfunção social* pela lente da *psicopatologia do senso comum* desautoriza, por causa do modo como a sua produção é compreendida, qualquer separação entre ações de tratamento e reabilitação. Neste contexto, as estratégias de treinamento de habilidades sociais perdem relevância, assim como as estratégias que buscam ajustamento social pelo treinamento da capacidade de internalizar regras e comportamentos sociais. Ganha importância o desafio de construção de atividades e ações de reabilitação que possam dialogar com a experiência vivida desses sujeitos e com os modos de produção das dificuldades de relação com o mundo presente em cada quadro psicopatológico.

É por isso que a partir da observação do caso particular da esquizofrenia, Stanghellini e Ballerini (21) propõem o termo *dis-sociabilidade* no lugar de *disfunção social*. Com esta substituição, querem não só evitar o puro caráter valorativo do termo *disfunção*, que suprime totalmente a dimensão descritiva do fenômeno, como fugir do sentido fortemente

behaviorista e funcionalista a ele associado. O termo *dis-sociabilidade* – perturbação qualitativa da participação intuitiva e espontânea na vida social – tem não só um caráter mais descritivo, dado por seu prefixo de origem latina que significa separação, dispersão (ao contrário do prefixo *dys* – de origem grega - presente na palavra *dysfunction*, que indica dificuldade, privação), como evidencia que uma sociabilidade separada, dispersa, não deixa de ser uma forma de sociabilidade, embora tomada como fenômeno patológico quando valorado negativamente.

É importante ainda ressaltar que alguns estudos empíricos sobre a experiência esquizofrênica (38,39,40,41,42) realizados a partir do fim da década de 1980, acabaram, indiretamente, indicando a necessidade de revisão do termo *disfunção social*. Citaremos, como exemplo, duas grandes pesquisas coordenadas por Ellen Corin, em Montreal no Canadá: a) um estudo com pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, que buscou entender as formas específicas de estar no mundo destas pessoas, além de identificar as estratégias que utilizam para permanecer na comunidade e b) uma pesquisa que examinou a estabilidade e a validade da abordagem de “integração social” com um grupo de 115 pacientes, acompanhados durante 01 ano e expostos às mais variadas abordagens e instrumentos, tendo o objetivo de explorar os vários fatores que influenciaram os estilos específicos de integração social e sua relação com as recaídas.

Estas duas investigações demonstraram que a reabilitação psicossocial frequentemente permanece enredada numa definição restritiva (fato indicado em outros estudos do período e também no nosso estudo sobre o conhecimento psicopatológico nos CAPS [32]). A orientação normativa predetermina os objetivos a alcançar, enfatiza os aspectos funcionais da reabilitação, caracterizando o que nomeamos anteriormente como uma abordagem na perspectiva da 3ª pessoa. Neste contexto, a *dis-sociabilidade* – sociabilidade separada, afastada – para utilizarmos a definição proposta por Stanghellini (21), é sempre compreendida como *disfunção social*, ou seja, algo valorado negativamente pelos profissionais de saúde: falta de envolvimento, inatividade, sinais de passividade, sintoma residual negativo e frequentemente associado

com o prognóstico negativo. Elide-se, quase que por completo, a possibilidade de compreender este fenômeno como uma experiência básica das pessoas com esquizofrenia, suscetível de sofrer rearticulação em seu próprio ritmo e de acordo com suas próprias formas.

Estas investigações evidenciaram, a partir dos seus dados empíricos, que a grande maioria dos pacientes que não tem recaídas e não se reinternam, não são aqueles que, como poderíamos imaginar, “retornam à normalidade”. Os que conseguem permanecer na comunidade, surpreendentemente, são aqueles que, mantendo uma posição de fora do campo social, o fazem transformando esta postura em algo positivamente valorado por eles e não em efeito de uma dinâmica de exclusão. Isto corresponde ao que Corin (38,39,40) nomeou de “afastamento positivo” (38, p. 268):

uma forma de estar com e à distância...um modo de se conectar ao mundo paradoxalmente submetido à capacidade de manter-se separado dele.

Esta posição indica uma orientação ao contrário em direção ao campo social, expressando um “duplo movimento assimétrico”, onde a articulação se dá pela via do distanciamento. É Corin quem afirma:

o afastamento não é apenas experienciado como resposta a vários constrangimentos e déficits, mas é também a reconstrução de uma postura pessoal em relação ao mundo. (1992, pág.276)

A *disfunção social* pode assim ser considerada uma experiência anômala de conexão com o mundo e com o outro, marca central do modo de ser destes sujeitos, e não resultado direto do processo de doença, de reações negativas ou hostis ao meio ou, ainda, efeito de estratégias defensivas de afastamento. Se a definimos como formas particulares de constituição do laço social, cabe retomar a pergunta inicial: qual deve ser, numa clínica da atenção psicossocial, o caráter de nossas intervenções para auxiliar tais pessoas a lidarem com esta experiência que lhes é constitutiva?

Não temos ainda elementos suficientes para responder de uma vez por todas a esta pergunta. Ainda precisamos caminhar bastante em estudos desta natureza, reinserindo-os no campo do conhecimento e da prática científica. Como um primeiro passo, entretanto, podemos indicar que será preciso examinar as estratégias básicas utilizadas pelos pacientes para reorganizar suas experiências de si e do mundo e entender a dinâmica e fundamento dessas estratégias descritas como constitutivas de um “afastamento positivo”. Neste sentido, Corin (42) assina-la que nos caberia auxiliá-los não só na elaboração desta posição através das palavras, mas também na sustentação do exercício cotidiano destes modos particulares de ser no mundo.

As pesquisas citadas mostraram ainda que têm menos recaídas e reinternam-se menos aqueles que ficam menos referidos ao cotidiano das instituições psiquiátricas. Esses pacientes relatam como positiva a frequência a espaços públicos onde experimentam a sensação de fazer parte de um coletivo sem que lhes seja exigido uma participação mais ativa, tais como cafés, bares, praças, shopping etc. ou ainda a frequência a grupos que, embora socialmente marginais, lhes oferecem a possibilidade de ressignificar a sua experiência, tais como grupos de práticas religiosas alternativas, práticas como yoga, meditação etc...

Esses dados, dirigindo o nosso segundo passo, indicam que as intervenções nos serviços comunitários devem se abrir para o território. Não podemos esquecer, entretanto, que os espaços que foram, nas pesquisas referidas, capazes de auxiliar os pacientes a valorarem positivamente a sua experiência de afastamento no mundo, eram eles próprios espaços marginais. Em relação a isso, a autora faz uma observação sobre a diferença entre as sociedades ocidentais individualistas e as não ocidentais, mais próximas de um modelo hierárquico. A capacidade de integração desta experiência de afastamento nas sociedades não-ocidentais se dá por práticas que são reconhecidas e valorizadas socialmente. Estudos antropológicos certamente nos ajudariam a responder, considerando as características de nossa sociedade, o que seria nos abrir para a comunidade.

Uma última observação sobre a compreensão da *disfunção social*. Se tomarmos este fenômeno particular como central nos transtornos mentais graves, minimizaremos significativamente o risco de nos tornarmos reféns de sintomas tais como alucinações e delírios, muito frequentemente tomados como indicadores privilegiados do adoecimento mental. Pelo menos no que diz respeito à esquizofrenia – que, em tempos de eficácia dos tratamentos psicofarmacológicos, cada vez mais tem nas dificuldades da relação com o mundo e não na presença dos sintomas positivos a sua marca mais visível – estaremos menos propensos a tratar moralmente tais sujeitos empurrando-os para fora da prática psiquiátrica.

Bibliografia

RULF, SYBILLE. Phenomenological Contributions on Schizophrenia: A Critical Review and Commentary on the Literature between 1980-2000. **Journal of Phenomenological Psychology**. 34(1): 1-46, 2003.

CANGUILHEM, GEORGES. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982 [1966].

PARNAS, JOSEF & BOVET, PIERRE. Autism in Schizophrenia Revisited. **Comprehensive Psychiatry**. 32(1): 7-21, 1991.

STEGMÜLLER, WOLFGANG. **A Filosofia Contemporânea** (vol.1), São Paulo: EPU/EDUSP, 1977.

SCHÉRER, RENÉ. Husserl, a fenomenologia e os seus desenvolvimentos. In Châtelet, F. (ed.), **História da Filosofia – A filosofia de Kant a Husserl**. 3ºvol., Lisboa: Edições Dom Quixote, 1981, p.271-297.

ZAHAVI, DAN. **Husserl's Phenomenology**. Stanford: Stanford University Press, 2003.

MONTI, MARIO ROSSI & STANGHELLINI, GIOVANNI. Psychopathology: An Edgeless Razor? **Comprehensive Psychiatry**.

37(3):196-204, 1996.

BOVET, PIERRE & PARNAS, JOSEF. Schizophrenic Delusions: A Phenomenological Approach. **Schizophrenia Bulletin**. 19(3):579-597, 1993.

SASS, LOUIS A. & PARNAS, JOSEF. Schizophrenia, Consciousness and the Self. **Schizophrenia Bulletin**. 29(3): 427-444, 2003.

JASPERS, KARL. The Phenomenological Approach in Psychopathology. **British Journal of Psychiatry**. 114:1313-1323, 1968 (originalmente publicado no Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 9:391-408, 1912).

JASPERS, KARL. **Psicopatologia Geral**. Buenos Aires: Editorial Beta, 1966 [1913].

BERRIOS, GERMAN E.. Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history. **History of Psychiatry**. 3(3): 303-327, 1992.

DEPRAZ, NATALIE. The Phenomenological Reduction as Praxis. In Varela, F.J. & Shear, J. (eds.) **The View from Within**. First-person approaches to the study of consciousness. Thorverton: Imprint Academic, 1999, p.95-110.

DEPRAZ, NATALIE. Putting the *epoché* into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consciousness. In Fulford, B., Morris, K., Dadler, J. & Stanghellini, G. (ed.) **Nature and Narrative**. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2003, pp.187-198.

NAUDIN, JEAN, GROS-AZORIN, CAROLINE, MISHARA, AARON, WIGGINS, OSBORNE P., SCHWARTZ, MICHAEL A. & AZORIN, JEAN-MICHEL. The Use of the Husserlian Reduction as a Method of Investigation in Psychiatry, In Varela, F.J. & Shear, J. (ed.) **The View from Within**. First-person approaches to the study of consciousness. Thorverton: Imprint Academic, 1999, p.155-171.

STANGHELLINI, GIOVANNI. **Disembodied spirits and deanimated bodies**. The psychopathology of common sense. Oxford: Oxford University

Press, 2004.

MINKOWSKI, EUGÈNE. **La Schizophrénie**. Paris: Éditions Payot & Rivages, 1997 [1927].

MINKOWSKI, EUGÈNE. **Le temps vécu**. Paris: Presses Universitaires de France, 1995 [1933].

BINSWANGER, LUDWIG. Sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie [1945]. In Binswanger, L. **Analyse Existentielle et Psychanalyse Freudienne**. Discours, Parcours, et Freud. Paris: Gallimard, 1970, p.51-84.

WYRSCH, JAKOB. **La Persona del Esquizofrenico**. Estudios sobre a clinica, psicologia y modalidad existencial. Madrid: Morata, 1952.

STANGHELLINI, GIOVANNI & BALLERINI, M Dis-sociality: The Phenomenological approach to social dysfunction in Schizophrenia. **Word Psychiatry**. 1(2): 102 -106, 2002.

BLANKENBURG, WOLFGANG. **La Perte de l'Évidence Naturelle**. Une contribution à la psychopathologie des schizophrénies paucisymptomatiques. Paris: P.U.F., 1991[1971].

PARNAS, JOSEF & BOVET, PIERRE. Research in Psychopathology: Epistemological Issues. **Comprehensive Psychiatry**. 36(3): 167-181, 1995.

SASS, LOUIS A. & Parnas, JOSEF – Explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology. In Chung, M.C., Fulford, K.W.M. & Graham, G. (eds.) **Reconceiving schizophrenia** Oxford, Oxford University Press, 2006, p.63-95.

STANGHELLINI, GIOVANNI. At Issue: Vulnerability to Schizophrenia and Lack of Common Sense. **Schizophrenia Bulletin**. 26(4): 775-787, 2000.

STANGHELLINI G, CUTTING J. **Auditory Verbal Hallucinations** – Breaking the Silence of Inner Dialogue. *Psychopathology*. 2003; 36: 120-128.

PARNAS, JOSEF, BOVET, PIERRE & ZAHAVI, DAN. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. **World Psychiatry**. 1(3): 131-136, 2002.

SASS, LOUIS A. Self-disturbance in schizophrenia: hyperreflexivity and diminished self-affection. In Kircher, T. & David, A.S. (ed.) **The Self in Neuroscience and Psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, pp. 242-271.

GALLAGHER, SHAUN. Agency, ownership, and alien control in schizophrenia. In ZAHAVI, D., GRÜNBAUM, T. & PARNAS, J. **The Structure and Development of Self-Consciousness**. Interdisciplinary perspectives. Amsterdam: John Benjamins, 2004, pp.89-104.

PARNAS, JOSEF. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In Kircher, T. & David, A.S. (ed.) **The Self in Neuroscience and Psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, pp.217-241.

ZAHAVI, DAN. Beyond Empathy: Phenomenological Approaches to Intersubjectivity. In Thompson, E. (ed.) **Between Ourselves**. Second-person issues in the study of consciousness. Thorverton: Imprint Academic, 2001, pp.151-167.

LEAL, E. et alli. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano 9 no. 3, set/2006.

ZAHAVI, DAN. Phenomenology of self. In Kircher, T. & David, A.S. (ed.) **The Self in Neuroscience and Psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, p.56-75.

BRASIL, MS. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS, 2004. Disponível em [www.saude.gov.br/saude mental](http://www.saude.gov.br/saude%20mental).

NORTHOFF, GEORG & HEINZEL, ALEXANDER. The self in philosophy, neuroscience and psychiatry: an epistemic approach. In Kircher, T. & David, A.S. (ed.) **The Self in Neuroscience and Psychiatry**.

Cambridge: Cambridge University Press, 2003, p.40-55.

GOLDENSTEIN, N. Sobre o Abandono de Si Mesmo. Um estudo psicopatológico sobre a deterioração esquizofrênica. Tese de doutorado. Instituto de Psiquiatria. IPUB/UFRJ, 2002, mimeo.

LEAL, E. “Trabalho e Reabilitação Psiquiátrica fora do Contexto Hospitalar”. In: Costa, M. C. e Figueiredo, A. C. **Oficina Terapêutica em Saúde Mental**. Sujeito, Produção e Cidadania. Contra Capa Livraria, Rio de Janeiro, 2004.

CORIN, ELLEN e LAUZON, GILLES. Réalités et mirages: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. In : **Santé mentale au Québec**, 1988, XIII, 1, p.69-86.

CORIN, ELLEN e LAUZON, GILLES, 1992. “Positive Withdrawal and the Quest for meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics” In: **Psychiatry**. Vol.55. August 1992, p. 266-278.

CORIN, ELLEN .2002. Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix?. In **Revue Santé mentale au Québec**. Vol. XXVII, no.1, p.65-82.

CORIN, ELLEN 2003. L’Ombre de la Psychose...Des tracés en creux aux marges de la culture. In **Cahiers de Psychologie Clinique**. No 21, p.197-218.

Williams, Collins, 2002. Social Construction of Disability. In **Qualitative Health Research**, Vol. 12 No. 3, March 2002, 297-309

Notas

*Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental (IPUB/UFRJ), professora visitante do IPUB/UFRJ, pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Subjetividade - IPUB/UFRJ.

**Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental (IPUB/UFRJ); Professor-Adjunto do IPUB/UFRJ; coordenador do Laboratório de Psicopatologia e Subjetividade - IPUB/UFRJ.

***Doutora em Teoria Psicanalítica (UFRJ); Coordenadora do Programa de Residência em Saúde Mental do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira; Pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Subjetividade.

¹Neste artigo, Rulf concentrou a sua investigação num campo particular: o da tradição psiquiátrica que fez da fenomenologia base para o estudo psicopatológico da anormalidade presente na relação humano-social. As contribuições da fenomenologia ao estudo da esquizofrenia foram analisadas exclusivamente nesse grupo. Para descrevê-lo, entretanto, a autora precisou identificar as outras tradições psiquiátricas presentes no período estudado. A construção desse mapa guiou-se pelo sentido atribuído à fenomenologia nos artigos levantados em bases eletrônicas de pesquisa e livros publicados no período sobre o tema.

²Para maiores detalhes desta discussão, ver CANGUILHEM (2).

³Husserl, Prólogo à 2ª edição das Investigações Lógicas, apud Berrios, 12, p.318

⁴Conferir comentários sobre essa aproximação feita por Blankenburg em Stanghellini (16) e Rulf (1).

⁵O autismo é um conceito central na obra de Minkowski. Influenciado pela fenomenologia e pela filosofia vitalista de Bergson, Minkowski fez “da perda do contato vital com a realidade” a principal característica do processo esquizofrênico. Minkowski considerava que havia um autismo positivo e um negativo. O autismo negativo, esse que se manifestava por uma face estéril, uma perda do contato com a realidade que não passa pela produção do que hoje reconhecemos como sintomatologia produtiva; era, para Minkowski, o mais característico da esquizofrenia. Ele considerava que essa relação dinâmica com o mundo, perdida na esquizofrenia e sua marca fundamental, era de natureza irracional e afetiva.

⁶Sass & Parnas (24) desenvolvem o entendimento da esquizofrenia como um transtorno da ipseidade que apresenta: a) alterações noéticas (ou do ato constitutivo de consciência), caracterizadas pela associação da hiperreflexividade/diminuição da afecção de si, e b) alterações noemáticas, ou seja, alteração dos objetos constituídos (perplexidade). Em outras palavras, na esquizofrenia haveria uma profunda alteração da relação do sujeito com a sua própria experiência de si, com alteridade, com objetos mundanos, de modo que a experiência subjetiva, a familiaridade íntima, ao se esvanecerem, se objetivam e são apreendidos de uma perspectiva de terceira pessoa.

⁷Apud Rulf (op.cit.): Naudin, J., Azorin, J.M., Mishara, A. L. , Wiggins, O. P. e Schwartz, M. A. Schizofrenia and common sense: Study of 3 Single cases. *Psychopathology*, 258, 1-13, 1999.

⁸Stanghellini (16) nomeou a dimensão social do senso comum de *sensus communis*. Em latim, esse era o vocábulo que correspondia à expressão grega de *koiné aisthesias*. Seu sentido, entretanto, era um pouco diferente. Designava hábito, gosto, julgamento. Stanghellini (op.cit.) trabalhou com o pressuposto de que essa descontinuidade entre os dois conceitos era aparente e que eram dimensões de um mesmo fenômeno.

Endereço eletrônico para correspondência:
erotildesleal@cremerj.com.br

Desinstitucionalização: os processos de trabalho

*Maria Tavares Cavalcanti¹, Catarina Magalhães Dahl²,
Louise França³.*

No ano de 2005, a FAPERJ em parceria com o CNPq e o Ministério da Saúde, lançou um edital para financiamento de pesquisas ligadas a áreas de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro⁴. Nós nos propusemos então a pesquisar a integração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município do Rio de Janeiro com a rede de assistência à saúde e de apoio social, compreendendo que o trabalho dos CAPS não poderia se fazer de forma isolada, sob o risco de tornar-se inviabilizado. O que apresentaremos a seguir são algumas reflexões que surgiram a partir desse projeto de pesquisa. Inicialmente faz-se necessário comentarmos de forma breve a metodologia empregada e alguns de seus resultados.

A pesquisa

O nosso objetivo principal era estudarmos, como dissemos acima, a integração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município do Rio de Janeiro com a rede de assistência à saúde e de apoio social de suas regiões de adscrição. Rapidamente nos demos conta, no entanto, que havia questões anteriores a essa e que diziam respeito ao próprio objetivo de funcionamento dos CAPS e o perfil de sua clientela. Para investigar essas questões, resolvemos então acompanhar trinta pacientes, de três dos treze CAPS da rede de serviços de saúde mental do município do RJ em funcionamento naquela ocasião. A decisão de quais CAPS tomar para serem nossos objetos de pesquisa de campo se deu: a) a partir do desejo das equipes desses três CAPS de que seus serviços fossem estudados, b) do fato de serem serviços localizados em área não

muito próxima a serviços hospitalares⁵ e c) por terem mais de dois anos de funcionamento. A idéia foi escolher aleatoriamente, através de sorteio, dez pacientes de cada um desses CAPS, cinco que tivessem sido matriculados para tratamento no CAPS nos últimos seis meses e cinco que tivessem sido encaminhados para outros serviços que não o CAPS, também nos últimos seis meses.

A nossa hipótese era de que estudando, através do relato da própria equipe e dos prontuários, os motivos que fizeram as equipes absorverem ou encaminharem os pacientes, teríamos algumas indicações do que as equipes consideram ser um paciente de CAPS, ou seja, um paciente “perfil CAPS” e o que elas consideram não ser um paciente para ser tratado no CAPS. A partir daí, talvez pudéssemos também inferir como as equipes estavam traduzindo no dia-a-dia da prática os objetivos traçados pela política de saúde mental para os CAPS.

Resultados

Dos 30 casos sorteados nos 3 CAPS (10 em cada serviço, sendo 5 encaminhados e 5 matriculados), 3 não foram analisados por não terem encaminhamento final. Dos 27 restantes, 13 foram encaminhados para a rede de saúde e 14 matriculados nos CAPS.

Pacientes Matriculados em CAPS⁶:

1 - Marcos é um “psicótico grave” (esquizofrenia) com história de inúmeras internações, vivendo sozinho com sua mãe idosa, sendo ela a única familiar com quem pode contar.

2 - Maria é uma paciente psicótica, com quadro de sofrimento agudo, que não tem melhorado com as tentativas de abordagem terapêutica: resiste ao tratamento ambulatorial e não adere a tratamento medicamentoso. Tem bom suporte familiar.

3 - Mario é um paciente esquizofrênico que apresenta pragmatismo prejudicado e empobrecimento. Vivia sozinho e a família está retomando o contato com ele após longo tempo de afastamento.

4 - Miranda vem encaminhada pelo CAPS de São João de Meriti⁷ onde fazia tratamento. É psicótica, com história de oito internações psiquiátricas, apresenta dificuldade de interação social, comportamento heteroagressivo com a família, solicitação excessiva de cuidados dirigida a sua mãe e isolamento social.

5 - Mateus é um paciente egresso do sistema penitenciário que, apesar do quadro clínico controlado e da boa autonomia, vem mantendo um delicado equilíbrio na sociedade, com perda de laços familiares, necessitando de um acolhimento bem flexível.

6 - Mauro é um paciente esquizofrênico com comprometimento do desempenho social e laborativo, que melhora com início do tratamento medicamentoso. Tem bom suporte familiar.

7 - Márcia é uma paciente egressa de instituição psiquiátrica após uma longa internação (desinstitucionalização).

8 - Melissa mudou seu comportamento, se recusa a sair de casa e seus familiares procuram o CAPS solicitando atendimento para ela. A equipe passa a fazer visitas domiciliares para estabelecimento de vínculo terapêutico e orienta a família a comparecer ao grupo de familiares no CAPS. A estrutura do CAPS foi capaz de prover atendimento territorial buscando estabelecer vínculo com Melissa para trazê-la ao tratamento.

9 - Miriam tem retardo mental moderado/ profundo e teve alta de instituição psiquiátrica após 13 anos de internação, configurando um caso de “Desinstitucionalização”. Tem bom suporte familiar e sua irmã integrou-se fortemente ao serviço. Ressalte-se que não existe na rede de saúde um dispositivo exclusivo para acompanhamento externo de paciente com suas características.

10 - Marta tem retardo mental e fez tratamento na Pestalozzi (instituição especializada em atendimento a crianças e adolescentes com quadro de deficiência mental) até os 18 anos, quando foi desligada. Está em tratamento ambulatorial na rede de saúde e vem ao CAPS duas vezes por semana para participar das oficinas de música e pedagógica.

11 - Marina veio encaminhada de outro CAPS e, apesar da história de várias internações psiquiátricas, apresenta-se estabilizada há muito tempo. Tem bom suporte social e familiar e frequenta o CAPS apenas uma vez por semana.

12 - Mirthes não parece uma paciente tão grave a partir das observações feitas pela equipe: “sequer nos pareceu psicose, mas sua insistência em comparecer ao CAPS influenciou sua permanência. Tem dificuldade em ir ao ambulatório e talvez a gente tenha que ir com ela ao CMS (Centro Municipal de Saúde) e fazer a passagem...”

13 - Marcela permanece em tratamento no CAPS porque “não conseguiu atendimento no CMS”... “a contratação é precária e, por outro lado, a paciente não dá trabalho, insiste no tratamento, vem sempre nos dias certos”.

14 - Múcio é um paciente com esquizofrenia, inicialmente grave, mas melhora com medicação, vindo ao CAPS para consultas médicas quinzenais. Segundo o médico, tem uma psicose instável podendo ter problemas com a descontinuidade e por isto ele não se sente bem em fazer um encaminhamento que “pode ter problemas, ser pior para o paciente”.

Nos casos 12, 13 e 14, portanto, os profissionais entenderam que a capacidade de absorção do sistema ambulatorial poderia não ser suficiente à necessidade de atenção dos pacientes e optaram por mantê-los em tratamento no CAPS.

Encaminhados para rede ambulatorial:

1 - Emir é motorista de ônibus, mudou o comportamento há um ano após acidente durante seu turno de trabalho, iniciando “quadro dissociativo” e afastamento social. Tem contato prévio com a rede ambulatorial, já tendo feito psicoterapia. Conta ainda com bom suporte familiar.

2 - Elvia passou a ter medo de sair à rua após falecimento da mãe há cerca de um ano. Recentemente, foi afastada do trabalho por quarenta dias e procurou ambulatório de psiquiatria, onde foi medicada. Atualmente mora com o irmão e planeja voltar ao trabalho.

3 - Eloísa procura serviço médico queixando-se de irritabilidade, intolerância com a família, sem repercussões mais sérias em sua rotina.

4 - Elvira tem epilepsia e está em tratamento psiquiátrico e neurológico na rede de saúde. Procura o CAPS com demanda de inserção para realização de oficinas terapêuticas.

5 - Elaine tem história de depressão de longa data, mas é “bem estruturada psiquicamente” e já fez tratamento ambulatorial previamente. Tem bom suporte familiar.

6 - Eulália tem “Transtorno de Humor”, um quadro de aparecimento tardio, apresenta boa adesão ao tratamento ambulatorial, bom suporte familiar e boa inserção social.

7 - Eduardo é um paciente psicótico com tratamento prévio na rede ambulatorial. Aguardou quarenta dias pelo atendimento no CAPS e seu quadro clínico não demanda tratamento intensivo. Tem bom suporte familiar.

8 - Elói é ex-usuário de drogas e seu diagnóstico de psicose é interrogado. Chega ao CAPS com queixa de perda de interesse pela vida, é medicado e retorna para duas consultas de avaliação, apresentando boa melhora após 15 dias.

9 - Eliezer é psicótico e responde bem ao tratamento ambulatorial, tendo sido encaminhado ao CAPS para ser atendido em local mais próximo de sua casa.

10 - Eliane é uma paciente psicótica com passado de muitas internações psiquiátricas, porém adere bem ao tratamento ambulatorial e tem boa autonomia: trabalha como diarista e mora sozinha.

11 - Eufrázia permaneceu no CAPS por dois anos. Agora com a abertura de vagas, foi encaminhada para tratamento ambulatorial.

12 - Etiene procura o CAPS para solicitar repetição de sua receita. Havia sido atendida no posto de emergência, apresentando agitação e quadro depressivo. Na ocasião, não havia vaga na rede ambulatorial e a paciente manteve atendimento no CAPS. Com abertura do ambulatório na área, a paciente foi encaminhada, mas o estabelecimento do vínculo com seu médico no CAPS tem dificultado a passagem.

13 - Eulina tem demência decorrente do uso crônico de álcool e histórico de internações psiquiátricas. Foi encaminhada para tratamento no CDA do IPUB⁸, configurando um encaminhamento para um dispositivo de tratamento mais adequado para a paciente que o CAPS.

Discussão

Ao consolidarmos os motivos arrolados pelas equipes para a seleção dos pacientes, visamos aprofundar a discussão sobre critérios de elegibilidade para CAPS, por entendermos que este tema foi abordado apenas de forma genérica nos documentos oficiais e nos discursos de equipes clínicas.

Vejamus então o que pudemos reunir de comum entre os pacientes que foram matriculados para tratamento nos CAPS e aqueles que foram encaminhados para tratamento em outros serviços.

Pacientes Matriculados

Podemos inferir alguns elementos comuns aos pacientes que foram matriculados. Metade deles foi classificada como “esquizofrênico” e/ou “psicótico grave”; dois tinham “retardo mental de moderado a grave”; vários tinham história de inúmeras internações psiquiátricas; outros tantos não tinham uma rede social, mantendo-se isolados e com dificuldade de interação social. Havia ainda duas menções a “empobrecimento” e a falta de instituições apropriadas na rede, bem como a “resistência ao tratamento ambulatorial” e “não adesão ao tratamento medicamentoso”.

Verificamos, portanto, que um diagnóstico de “psicose grave”, em geral “esquizofrenia”, foi um fator relevante para a absorção de um paciente para tratamento nos CAPS. Ou seja, levando-se em conta a nossa amostra, ainda que não representativa, pode-se dizer que os CAPS estão absorvendo uma clientela considerada “grave”, o que corresponde à clientela preconizada pela política de saúde mental para tratamento nos CAPS. O fato do paciente ter história de internações psiquiátricas prévias, dificuldade de adesão a tratamento ambulatorial e/ou medicamentoso e uma rede social restrita também predispõe a absorção para tratamento no CAPS.

Pacientes encaminhados

Em relação aos pacientes encaminhados, observamos que diagnósticos de “quadro dissociativo”, “medo”, “irritabilidade”, “depressão”, “epilepsia”, “transtorno do humor”, bem como uma boa adesão a tratamento ambulatorial prévio e bom suporte familiar, predis põem a equipe ao encaminhamento para tratamento em outros serviços de saúde mental da rede, em geral ambulatoriais em centros de saúde.

Verificamos, portanto, que o paciente considerado “paciente de CAPS” pelas equipes é, em princípio, um paciente psicótico, em geral esquizofrênico, com quadro de empobrecimento, pequena rede afetiva e de suporte social, com história de internações psiquiátricas e com dificuldade de adesão a tratamento ambulatorial. O paciente encaminhado, por sua vez, é um paciente que tem diagnóstico mais compatível com um quadro de ansiedade, medo, irritação, dissociação ou depressão. Além disso, é alguém que demonstrou ter boa adesão ao tratamento ambulatorial e tem bom suporte social.

Assim, podemos afirmar a partir dos nossos achados que os CAPS que pesquisamos estão matriculando os pacientes considerados mais graves e encaminhando aqueles que têm um quadro aparentemente menos grave, o que está de acordo com aquilo que é definido pelas portarias do Ministério da Saúde como pacientes para tratamento em serviços tipo CAPS. Mas será que os pacientes que são matriculados permanecem em tratamento nos CAPS?

Em relação ao destino dos pacientes matriculados, pesquisamos, em dois dos três serviços estudados, o que tinha acontecido com esses pacientes seis meses após a nossa primeira avaliação, quando tínhamos verificado a sua matrícula para tratamento no serviço. Em um dos serviços, apenas um dos cinco pacientes permanecia em tratamento no CAPS; dos outros quatro, um tinha sido encaminhado para tratamento em um outro CAPS; um outro tinha sido encaminhado para tratamento ambulatorial; um terceiro tinha “abandonado” o tratamento e o úl-

timo estava “sumido”, ou seja, embora permanecesse em “tratamento” no CAPS, fazia tempo que não era visto no serviço. No segundo CAPS, o resultado não foi mais favorável – apenas um dos pacientes continuava em tratamento no CAPS com frequência semanal; dos outros, um havia sido encaminhado ao ambulatório; outro, apesar de matriculado não comparecia ao serviço; uma última era portadora de retardo mental profundo e quem comparecia ao serviço era a sua irmã. O quinto paciente não consideramos que tenha havido um encaminhamento final e, portanto, não o contabilizamos. Portanto, a julgar pela nossa amostra, a maior parte dos pacientes, apesar da matrícula no serviço, não continuou o seu tratamento no mesmo. O que estaria por trás dessa aparente dificuldade?

Em primeiro lugar, é importante contextualizar os nossos achados. Estamos estudando uma rede de CAPS e de serviços de saúde mental ainda em implantação, em um município de grande porte e com uma série de peculiaridades. Em primeiro lugar, ressaltamos o fato de ser um município com um histórico de muitos serviços hospitalares para internação psiquiátrica, públicos e privados e que, portanto, tinha, e ainda mantém em grande parte, uma tradição de tratamento psiquiátrico restrito aos momentos de “crise” dos pacientes, no qual os pacientes e/ou seus familiares, procuravam (e ainda procuram) as emergências psiquiátricas buscando a internação, após a qual, muitas vezes, não há seguimento de tratamento ambulatorial (em CAPS e/ou ambulatórios tradicionais). Em segundo lugar, o fato de ser um município com inúmeros problemas ligados a violência, áreas de risco etc. É importante levarmos isso em conta para não generalizarmos os nossos achados para outros municípios brasileiros e mesmo do Estado do Rio de Janeiro, de menor porte, com uma rede de saúde mental melhor instalada etc. Na verdade, seria interessante que pesquisas futuras pudessem avançar na direção desta comparação.

Voltando aos nossos resultados, vimos que os CAPS tendem a matricular os pacientes psicóticos, esquizofrênicos, considerados graves, com história de internações psiquiátricas prévias e dificuldade de adesão a tratamento ambulatorial. No entanto, estes pacientes tiveram di-

ficuldade para aderir ao tratamento no CAPS. Por quê?

Vejam a fala de alguns profissionais ao longo das reuniões que acompanhamos, gravamos e transcrevemos como material fundamental de nossa pesquisa e que talvez possam esclarecer em parte o motivo da não adesão dos pacientes matriculados ao tratamento no CAPS:

“Não estavam conseguindo dar conta do acompanhamento mais individualizado em virtude da grande demanda.” “O paciente era de todo mundo e não era de ninguém.”

“Eu acho que os ambulatórios não funcionam e a gente acaba abraçando todos os pacientes.”

“O que devia ser pensado é criar [ambulatórios] fora do CAPS, porque a gente acaba ocupando o tempo de pacientes mais graves.”

“A diferença básica que eu observo, nessa questão do ambulatório ou não, eu acho que é o cotidiano também do paciente, o empobrecimento. Porque assim, por exemplo, essa paciente, vindo aqui toda semana, ela de alguma forma está modificando o seu cotidiano. Porque ela sai de casa, ela não fica trancada. E nesse caminho, nesse percurso, nessa tentativa de convívio, acontecem coisas que a gente observa melhor, não é?. Então eu acho que é uma conquista também pra tentar trazer esse paciente mais próximo. Ou não, ou até pra conhecer melhor mesmo. Será que ele vai melhorar a ponto de conseguir ter essa autonomia maior e conseguir ficar só no ambulatório?”

“Agora só pra encerrar. Eu tenho pensado... [?] ... pra que a gente tenha uma coisa que seja otimizada, é que a gente consiga lutar por um ambulatório, porque também não pode ser uma decisão exclusiva do CAPS, ‘esse paciente é nosso, aquele é do ambulatório’ isso também tem é do ambulatório, tem que ver como é que está o ambulatório pra saber também... eu acho que é uma coisa também importante de a gente pensar. Como aqui a gente não consegue sequer conversar com o ambulatório, então acaba que a gente se sobrecarrega desses pacientes. E

abandona outros graves.”

“Deixa só eu falar uma coisa que eu estava me lembrando que eu acho que é uma fala importante dos trabalhadores do CAPS. Que a gente não está conseguindo tratar dos pacientes matriculados. Eu acho que a questão tem a ver com isso aí.”

“É... antigamente o grupo de recepção funcionava como uma entrada do paciente no serviço. Mas agora, o nosso grupo de recepção funciona assim: se eu faço um acolhimento, e esse acolhimento é a primeira recepção de quando ele chega aqui ou por demanda espontânea ou vindo de algum outro local através de um encaminhamento e eu tenho alguma dúvida se ele é perfil do CAPS ou não, eu encaminho pro grupo de recepção. E aí ele vai... E às vezes o paciente fica algum tempo nesse grupo de recepção até conseguir a vaga no ambulatório.”

“Porque as pessoas vêm, é perfil pra ambulatório e as pessoas estão encaminhando pro grupo de recepção. O grupo de recepção seria aquela dúvida. Não é? E a gente tem que ver o que está havendo porque não dá pra gente ficar segurando quem é de ambulatório no serviço.”

A julgar pela fala dos profissionais, um dos motivos pelos quais os pacientes graves matriculados nos CAPS não permanecem em tratamento é pelo fato dos serviços estarem sobrecarregados com pacientes que não seriam pacientes “perfil CAPS”, mas sim pacientes “perfil ambulatório”. Por que essa sensação de sobrecarga, de estar cuidando no CAPS de pacientes que poderiam se beneficiar de tratamentos ambulatoriais ditos tradicionais?

Logo na primeira fala selecionada, o profissional aponta que “não estavam conseguindo dar conta do acompanhamento mais individualizado em virtude da grande demanda.” Em seguida, surge toda a discussão a respeito da insuficiência dos ambulatórios, sendo esta uma das causadoras da grande sobrecarga dos CAPS. A implantação de novos CAPS em uma determinada região está vinculada a sua densidade populacional e a gestão de saúde mental do Município do Rio de Janeiro

leva em conta também, quando da escolha das áreas prioritárias para a implantação dos CAPS na cidade, a capacidade instalada de serviços de saúde mental naquela área. Logo, foram primeiramente instalados CAPS, como os três que estudamos - Irajá, Campo Grande e Santa Cruz -, em regiões com densidade populacional importante e grande carência de recursos assistenciais em saúde mental⁹. No entanto, é evidente que, mesmo levando em conta a rede ambulatorial já existente no Rio de Janeiro, existe a necessidade de expandir consideravelmente a rede de CAPS no município, além do incremento da rede ambulatorial. A carência de recursos da rede ambulatorial afeta diretamente o funcionamento dos CAPS.

A necessidade de acolher para tratamento nos CAPS pacientes que poderiam ser tratados no ambulatório acaba por conferir aos CAPS um caráter por vezes diversificado demais. Lá estão pacientes com quadros crônicos estabilizados que utilizam o serviço como espaço de convivência, pacientes não intensivos com características ambulatoriais, além de chegarem diariamente pacientes necessitando de orientação e encaminhamento para a rede ambulatorial do território do CAPS. Além disso, estão nos CAPS pacientes muito graves, muitas vezes em situação de crise, que demandam grande atenção da equipe clínica. Essa multiplicidade de perfis dos usuários é um fator complicador quando se pensa na organização do serviço. Pode-se argumentar que esta característica - a multiplicidade de perfis dos inscritos - é inerente à condição de serviço de base territorial, uma vez que o CAPS é o centro de referência para os problemas de saúde mental daquela região. Mas devemos nos perguntar se, apesar dos esforços das equipes, esta multiplicidade de perfis e funções não está comprometendo a qualidade do serviço e a continuidade dos tratamentos.

Nossa pesquisa nos leva, portanto, a refletir sobre o acompanhamento dos pacientes graves no território, na comunidade e sobre a própria forma de funcionamento dos CAPS.

Algumas propostas para o acompanhamento de pacientes graves no território: o Case Management e o PACT

Na tentativa de encontrar subsídios para o aprofundamento dessa questão, fizemos uma revisão da literatura a respeito de dois tipos de tratamento comunitário realizados nos Estados Unidos da América, o *case management*, que traduzimos como “gerenciamento de caso” e o PACT – *Program for Assertive Community Treatment* ou Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade. Estes dois programas surgiram e foram sistematizados nos EUA não por acaso. Todos sabemos das conseqüências desastrosas que a desospitalização maciça ocorrida nos EUA, sem a necessária implantação de uma rede de serviços comunitários, trouxe para os doentes mentais graves daquele país. Além do aumento de doentes mentais nas ruas, o fenômeno das reinternações freqüentes, conhecido como porta giratória ou revolving door (Bandeira et al., 1998), ficou muito evidenciado. E o que são esses programas?

No Case Management, um profissional é o agente responsável pelo gerenciamento do cuidado de determinado paciente na comunidade. Tal agente (case manager) deve promover o acesso aos serviços (psiquiátricos, clínicos, sociais) por ações de coordenação e integração da rede de saúde comunitária (Bandeira et al, 1998).

As abordagens terapêuticas do Case Management podem agrupar-se em dois pólos: de um lado está o Case Management de agenciamento (Broker Case Management), no qual a equipe é responsável pela inserção do paciente no meio extra-hospitalar, favorecendo a adaptação deste às necessidades do paciente - ou vice-versa - por meio de ações de abordagem e monitoramento da evolução do cliente, articulações entre os serviços a serem freqüentados por ele e representação de seus interesses na comunidade. No outro pólo, encontra-se o Case Management clínico (Clinical Case Management), no qual os profissionais possuem maior qualificação e colocam-se como terapeutas primários pois, além das ações de agenciamento, realizam intervenções clínico-terapêuticas (Bachrach, 1992).

Já o PACT surge nos Estados Unidos a partir da idéia de que a assistência predominantemente hospitalar não estava mais sendo efetiva em se tratando de pacientes com funcionamento sócio-familiar precário, limitações na realização de atividades da vida diária e na resolução de problemas, alto grau de dependência e quadro clínico grave e instável (Dixon, 2000-a). A solução deveria ser, então, a mudança de foco de um modelo hospitalocêntrico para uma abordagem voltada para os recursos comunitários (idem), uma vez que “a comunidade tende mais a cobrar um comportamento adequado, a possuir modelos de funcionamento saudável e a permitir que o treinamento de habilidades seja especificamente orientado para as dificuldades do dia-a-dia” (Thompson et al., 1990, p.626).

Assim, foi criado um programa cujo objetivo era fornecer suporte intensivo e orientado pelas necessidades de cada paciente (Tibbo et al., 1999), favorecendo a retomada de uma vida normal na comunidade e evitando internações. Nesta época, o programa foi batizado de *community treatment group* (grupo de tratamento comunitário) e, para demonstrar sua eficácia, foi feito um estudo controlado randomizado comparando este tratamento com a assistência no contexto hospitalar (Dixon, 2000-a). Observou-se, além da diminuição das reinternações, que “os pacientes do grupo de tratamento na comunidade não foram simplesmente transferidos para instituições na comunidade; eles viviam e trabalhavam em situações de autonomia. Eles também não foram simplesmente trazidos de volta às suas famílias. Os sintomas não pioraram.” (idem, p.760)

Diante destes resultados positivos, o Instituto Nacional de Saúde Mental passou a financiar, no Instituto de Saúde Mental de Mendota, em Madison, o *training in community living program* (programa de treinamento para a vida em comunidade) que, posteriormente, passou a chamar-se PACT. (Dixon, 2000-a)

Apresentamos ao lado a tabela retirada e adaptada de Taube et al., 1990, com as características do PACT e dos Centros Comunitários de Saúde Mental, estruturas ambulatoriais semelhantes em alguns aspectos aos nossos CAPS, implantadas nos EUA dentro do programa de desinstitucionalização dos doentes mentais e da assistência psiquiátrica daquele país:

Característica	PACT	Centro Comunitário de SM (CMHC)
Base do tratamento	Predominantemente na comunidade.	Na comunidade, mas predominantemente no serviço.
Equipe	Taxa terapeuta:cliente cerca de 1:10	Taxa terapeuta:cliente cerca de 1:30 a 1:50
Frequência do contato	Diariamente, na maioria dos casos.	Usualmente a cada uma ou duas semanas.
Frequência do contato com família	Média de uma vez/semana.	Ocasional.
Medicação	Responsabilidade da equipe; pode ser administrado diariamente pela equipe, caso necessário.	Responsabilidade do paciente ou da família.
Saúde física	Monitorada pela equipe do programa.	O terapeuta e o case manager encorajam um estilo de vida saudável.
Serviço após o expediente	Monitorado pela equipe do programa; equipe disponível.	Oferecido pelo terapeuta ou case manager durante o dia; emergência ou equipe móvel em outros casos.
Reabilitação ocupacional	Inserção em trabalho ou em serviços voluntários.	Programas psicossociais.
Questões habitacionais	Responsabilidade da equipe.	Variável, mas usualmente é responsabilidade do cliente e da família.
Continuidade do cuidado	A equipe acompanha o caso durante a internação; mantém sistema legal, de saúde, e outros contatos.	Responsabilidade do terapeuta e do case manager.
Estrutura da equipe	Integração dos papéis clínico e de agenciamento do caso.	Modelo de terapeuta individual: o terapeuta e o case manager são indivíduos diferentes.

Se pensarmos nos CAPS que estudamos, inseridos no município do Rio de Janeiro, encontramos características dos CMHC e também algumas características do PACT, dependendo do cliente atendido pois, como vimos, os CAPS têm clientes intensivos, que poderiam ser potencialmente pacientes que se beneficiariam de um sistema tipo PACT e clientes não intensivos, para os quais por vezes uma consulta mensal é suficiente. Como, portanto, dar conta dessa diversidade? Teríamos que ter uma rede muito mais completa e complexa que a disponível atualmente e, além disso, a comunicação entre os serviços atualmente existentes teria que melhorar muito.

Vejam mais duas tabelas extremamente interessantes adaptadas de Schaedle et al., 2002. Elas nos falam da importância para o funcionamento ideal e do potencial benéfico das práticas terapêuticas das equipes de PACT que podem nos ajudar a pensar no funcionamento dos CAPS, em se tratando de acompanhar efetivamente pacientes graves na comunidade.

Importância para o funcionamento ideal das equipes de PACT (do maior para o menor):

- Enfermeiro em tempo integral
- Envolvimento da equipe nas internações
- Envolvimento da equipe na alta
- Plano terapêutico feito por toda equipe
- Menos de 100 pacientes inscritos
- Reuniões de equipe diárias
- Taxa cliente:terapeuta < 12:1
- Maioria dos serviços oferecida em casa ou na comunidade
- Compartilhamento dos casos
- Equipe como terapeuta primária
- Assistente social em tempo integral
- Psiquiatra por mais de 8h/sem.
- Critérios de admissão objetivos
- Abordagem assertiva
- Sistema de apoio

- Mais de 2 contatos semanais com os pacientes
- Baixo turn-over da equipe
- Provisão direta de serviços
- Líder da equipe clínica
- Acompanhamento assertivo ao longo do tempo
- Cuidados diretamente oferecidos pelo líder da equipe
- Total responsabilidade pelo paciente
- Especialista em uso de substâncias em tempo integral
- Especialista vocacional em tempo integral
- Especialista em assuntos de moradia em tempo integral
- Política de “não-alta”

Pensando nessa primeira tabela, que lista o que as equipes de PACT consideram fundamental para o seu funcionamento do item mais importante para o menos importante, vemos que o primeiro aspecto levantado é o “enfermeiro em tempo integral”. Em termos de CAPS, não cremos que o mais importante seja o enfermeiro em tempo integral, mas a necessidade de termos alguns profissionais de nível superior, sejam eles enfermeiros ou outros, em tempo integral; profissionais que permaneçam integralmente no serviço, que façam a ponte entre um dia e outro, a fim de que as condutas, as decisões, as relações não se percam ou tenham que recomeçar a cada dia. Outros itens que chamam a atenção são “menos de 100 pacientes inscritos” e uma “taxa de relação cliente:terapeuta < 12:1”. É claro que o número de pacientes inscritos dependerá do tamanho da equipe, mas a taxa de menos de 12 pacientes para cada terapeuta, à exceção do médico, nos parece muito importante se quisermos dar um cuidado adequado a pacientes graves na comunidade. Como acompanhar o paciente adequadamente em caso de internação, alta, relações familiares, profissionais, habitacionais etc, se cada técnico de referência tem a seu encargo mais de 20 pacientes e os médicos têm entre 100 e 200 pacientes sob sua responsabilidade, na melhor das hipóteses? Como elaborar o plano terapêutico de mais de 400 pacientes e ter noção se estão ou não sendo seguidos e quais as razões em causa? É claro que os CAPS não têm apenas os pacientes graves e entre todos os pacientes inscritos no serviço apenas uma parcela

demanda um cuidado mais intensivo. No entanto, observamos que é impossível haver uma separação clara entre eles e, como os intensivos acabam demandando uma maior atenção, há sempre a impressão por parte da equipe de que muitos pacientes “não estão sendo cuidados”, além de ocorrerem, como vimos, problemas de continuidade do cuidado.

Mais uma vez, chamamos a atenção para a importância da ampliação da rede de cuidados de saúde mental no município e da integração dessa rede, pois poderíamos ter ambulatórios que absorvessem parte dos pacientes não intensivos dos CAPS e até mesmo equipes, provavelmente ligadas aos CAPS, com perfil mais próximo de equipes de PACTs, que pudessem se responsabilizar por um número limitado de pacientes extremamente graves.

Potencial benéfico das práticas terapêuticas (do maior para o menor):

- Manejo da medicação
- Abordagem contínua
- Visitas domiciliares regulares
- Apoio para a resolução de problemas
- Compartilhamento dos casos
- Acesso a cuidados clínicos
- Acesso à moradia adequada
- Suporte social
- Manejo do dinheiro
- Aumento dos contatos sociais
- Transporte
- Contatos com as famílias
- Apoio nas atividades da vida diária
- Assistência vocacional
- Atividades recreativas e assistência educacional

Em relação às práticas terapêuticas, a nossa pesquisa indicou que os CAPS estudados têm como práticas ideais todas estas listadas acima.

No dia-a-dia, no entanto, reencontramos o mesmo problema de uma enorme sobrecarga e uma dificuldade muito grande de acompanhar de perto todos os casos adscritos ao serviço. Que a prática de atendimento no território implica em uma abordagem assertiva contínua, todos os trabalhadores de CAPS têm plena consciência; que são necessárias visitas domiciliares regulares, apoio em todas as parcelas da vida do sujeito etc, todos o sabem, mas o difícil é conseguir implementar essas práticas.

A impressão que tivemos após dois anos de pesquisa e acompanhamento de algumas reuniões de equipe, bem como alguns dias de permanência nos serviços, é que os profissionais estão na maioria das vezes “a reboque dos acontecimentos”, ou seja, trabalhando sempre em regime de urgência, acorrendo para os casos mais urgentes ou mais visíveis naquele momento, sem muito tempo e/ou tranqüilidade para planejar minimamente o cotidiano do serviço para o acompanhamento dos casos de forma mais global, para efetivamente acompanhar os sujeitos em seu percurso de tratamento. É claro que estamos falando de CAPS de um grande centro, de uma cidade com mais de 5 milhões de habitantes. É possível e mesmo provável que a experiência de implantação de CAPS em cidades menores se faça de uma forma mais adequada, sem tantos sobressaltos e com a possibilidade real de acompanhamento dos casos vinculados ao serviço. Mas precisamos pensar como funcionar no território em cidades como o Rio de Janeiro, com todas as suas particularidades, inclusive de violência.

Enquanto estudávamos três CAPS do Rio de Janeiro, Moema Schmidt¹⁰ aplicou uma metodologia semelhante para estudar um quarto CAPS do Rio e os resultados encontrados por ela foram bastante próximos aos nossos. Preocupada em como avaliar serviços do tipo CAPS, Schmidt chegou à noção de ‘Acompanhamento’, como um aspecto central a ser levado em conta na avaliação dos serviços, no que diz respeito aos pacientes matriculados. Diz ela em suas considerações finais:

Tínhamos a expectativa de que o próprio cotidiano do serviço poderia oferecer indicações de critérios para a avaliação da

qualidade. Pois bem, o único indicador que surgiu nas discussões de equipe não é nenhuma novidade: o acompanhamento, já apontado como princípio do campo da atenção psicossocial por Goldberg (1996). Os profissionais colocaram o acompanhamento dos pacientes como aquilo que imprime qualidade ao trabalho do CAPS, seja em relação ao seguimento dos encaminhados, seja no acompanhamento dos pacientes matriculados, que inclui a trajetória de vida do usuário, em várias situações inclusive durante a internação. (Schmidt, 2007, p.409)

Ora, como efetivamente acompanhar os pacientes matriculados nos CAPS do município do Rio de Janeiro?

Ao longo de nossas discussões nestes dois anos de pesquisa de avaliação da integração dos CAPS do município do Rio de Janeiro com a rede de saúde e de apoio social, a nossa angústia foi aos poucos dando lugar a algumas sugestões que nos parecem interessantes e pertinentes para fazer face ao imenso problema que encontramos.

Os pacientes chegam ao CAPS, os mais graves são matriculados, mesmo que depois de um longo tempo de frequência. E quanto ao acompanhamento? Seis meses depois da matrícula, apenas dois dos dez pacientes matriculados permaneciam em tratamento nos dois CAPS em que fizemos o seguimento. Muitos pacientes “somem”, desaparecem do serviço e as equipes “não têm pernas” para correr atrás e saber o porquê desse desaparecimento. Por isso, pensamos que seria muito útil e pertinente a introdução de um outro tipo de profissional nas equipes de CAPS, um profissional que pudesse fazer a ponte entre a equipe e o paciente no seu território. Chamamos esse profissional de “agente comunitário de saúde mental” (ACSM). O agente comunitário de saúde mental poderia ser, a exemplo do agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família, um profissional de nível médio, que habitasse no território e que acompanhasse alguns pacientes e suas famílias, fazendo a ponte entre eles e o CAPS. Assim, o ACSM saberia quando o paciente deixou de ir ao CAPS, o porquê, tentaria ajudar na

administração da medicação, teria acesso à família do paciente etc.

Pensamos que a idéia de que os profissionais de nível superior, com a carga de trabalho que têm dentro do CAPS e a quantidade de pacientes que têm sob a sua responsabilidade, irão também ter como fazer esse trabalho de uma presença constante no território é bastante utópica e a nossa pesquisa demonstrou sobejamente esse aspecto. Por outro lado, acreditar que os Agentes Comunitários de Saúde do PSF poderão fazer esse papel, com todas as obrigações que eles já têm no programa de saúde da família, é apostar em algo que dificilmente será possível em grandes centros como o Rio de Janeiro, uma vez que o paciente psiquiátrico tem uma série de especificidades e particularidades que têm de ser levadas em conta em seu acompanhamento. A idéia é que a equipe do CAPS trabalharia em estreita união com o ACSM, um pouco aos moldes de como funcionou o Projeto Qualis/PSF, coordenado por Antonio Lancetti em uma região muito pobre de São Paulo no final dos anos noventa¹¹.

No Município de Niterói, vizinho ao Rio de Janeiro, também há uma experiência bastante interessante de acompanhantes terapêuticos de nível médio que fazem exatamente esse papel de agentes de território em contato e parceria com os serviços de saúde mental existentes no município.

Outro aspecto fundamental é a ampliação da rede de saúde mental, com expansão ou o melhor funcionamento dos ambulatórios já existentes e a implantação junto a alguns CAPS e/ou ambulatórios de experiências mais próximas de equipes tipo PACT, que se encarregariam da continuidade de cuidado dos pacientes extremamente graves.

É importante lembrar sempre de que nada adianta criarmos ou ampliarmos serviços se não desenvolvermos estratégias efetivas de integração dessa rede. Nesse sentido, a estratégia implementada pela Coordenação de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro da criação dos Fóruns de Área, nos quais se reúnem todos os participantes envolvidos com a assistência à saúde mental, incluindo estruturas fora da saúde

(como as da área social e/ou da educação) tem sido bastante promissora no sentido de promover e facilitar a integração da rede.

Ficou claro a partir dos resultados de nossa pesquisa que precisamos pensar em algumas mudanças no funcionamento dos CAPS. Em primeiro lugar, ampliar a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, criar parcerias mais estreitas com ambulatórios de saúde mental, criar mais ambulatórios, flexibilizar atendimento nesses ambulatórios, criar mais CAPS etc. Mas não só. Será preciso rever também o modo de funcionamento dos CAPS já existentes, a fim de que um acompanhamento no território dos pacientes graves possa realmente acontecer e uma nova lógica de atenção e tratamento possa enfim se consolidar em nosso município.

Bibliografia

BACHRACH LL. Case Management Revisited. **Hosp Community Psychiatry**. 43(3): 209-210, 1992.

BANDEIRA M, GELINAS D, LESAGE A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **J Bras Psiq**. 47(12): 627-640, 1998.

DIXON L. Assertive Community Treatment: twenty-five years of gold. **Psychiatric Services**. 51(6): 759 – 765, 2000(a).

GOLDBERG J. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA A.M.F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ed: Hucitec, São Paulo, 1996.

LANCETTI A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: **Saúde e Loucura** – saúde mental e saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec, segunda edição aumentada.

SCHAEDLE R, MCGREW JH, BOND GR, EPSTEIN I. A Comparison of Experts Perspectives on Assertive Community Treatment and Intensive Case

Management. **Psychiatric Services**. 53(2): 207 – 210, 2002.

TAUBE CA, MORLOCK L, BURNS BJ, SANTOS AB. New Directions in Research on Assertive Community Treatment. **Hosp Community Psychiatry**. 41(6): 642-647, Jun, 1990.

THOMPSON KS, GRIFFITH E, LEAF PJ. A Historical Review of the Madison Model of Community Care. **Hosp Community Psychiatry**. 41(6): 625-634, 1990.

TIBBO P, CHUE P, WRIGHT E. Hospital outcome measures following assertive community treatment in Edmonton, Alberta. **Can J Psychiatry**. 44: 276-279, 1999.

SCHMIDT MB. Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social da UERJ, 2007.

Notas

¹Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRJ, chefe do serviço assistencial do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, coordenadora do Laboratório de Avaliação de Serviços de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (LAPSO), coordenadora da pesquisa de Avaliação dos CAPS do Município do Rio de Janeiro (edital SUS 2005/FAPERJ/CNPq/MS)

²Psicóloga, assistente da pesquisa de Avaliação dos CAPS do Município do Rio de Janeiro (edital SUS 2005/FAPERJ/CNPq/MS)

³Psiquiatra, assistente da pesquisa de Avaliação dos CAPS do Município do Rio de Janeiro (edital SUS 2005/FAPERJ/CNPq/MS)

⁴Edital MS/CNPq/FAPERJ (2004/2005) – seleção pública de projetos de pesquisa e desenvolvimento prioritários para o Sistema Único de Saúde (SUS)

⁵No Município do Rio de Janeiro temos alguns CAPS que, embora tenham entrada e funcionamento distintos das instituições de internação psiquiátrica, localizam-se próximos a estas como, por exemplo, o CAPS Arthur Bispo do Rosário, situado próximo ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, e o CAPS Clarice Lispector

tor que, no início da pesquisa, situava-se junto ao IMAS Nise da Silveira.

⁶Todos os nomes são fictícios.

⁷São João de Meriti é um município da baixada fluminense, no Estado do Rio de Janeiro, vizinho ao município do Rio de Janeiro.

⁸Centro de Tratamento de Doença de Alzheimer e outras demências do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

⁹Cabe ressaltar aqui, que não por acaso, estes três serviços desdobraram-se em outros três serviços servindo as mesmas áreas programáticas e com possibilidade então de encaminhamento de parte da sua clientela. O CAPS Rubens Correa, de Irará, deu origem ao CAPS de Guadalupe, o CAPS Pedro Pelegrino, de Campo Grande, deu origem ao CAPS Profeta Gentileza de Inhoaíba e o CAPS Simão Bacamarte, de Santa Cruz, deu origem à reestruturação do serviço ambulatorial do CMS Lincoln de Freitas.

¹⁰Moema Belloni Schmidt – Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social da UERJ, março de 2007.

¹¹Lancetti, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In Saúde e Loucura – saúde mental e saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec, segunda edição aumentada, pp.11-52.

Endereço eletrônico para correspondência:
mtavares@ipub.ufrj.br

Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento - uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS

*Moema Belloni Schmidt**
*Ana Cristina Figueiredo***

Introdução

O campo da avaliação da qualidade de serviços de saúde traz uma série de contribuições para a análise do processo de trabalho dos novos serviços de saúde mental, em particular os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Trata-se de tomar a avaliação como um exercício permanente de reflexão sobre a clínica em realização nesses serviços, isto é, para além de um projeto de avaliação *a priori* feito externamente aos serviços, podem-se buscar ferramentas do campo da avaliação para qualificar internamente e de modo constante o trabalho da atenção psicossocial, a partir daquilo que aparece durante ou *a posteriori*. Assim, deve-se exercer a atitude de pensar sistematicamente a assistência prestada pelos profissionais da saúde mental e acompanhar seus resultados junto à clientela atendida.

Dessa forma, este artigo aponta eixos do campo da avaliação que podem ser aplicados tanto na análise quanto na organização do cotidiano da clínica na atenção psicossocial. Propomos os eixos *acesso, acolhimento e acompanhamento* como norteadores do trabalho ao mesmo tempo em que são elementos fundamentais para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços. Esses eixos estão presen-

tes tanto nos níveis macro, médio e micro da avaliação da qualidade em saúde, como na abordagem da tríade estrutura, processo e resultado sistematizados por Donabedian (1973, 1982). Nosso recorte pressupõe a utilização dessas categorias nos níveis médio e micro, com enfoque no processo e no resultado¹.

O que apresentamos a seguir é parte de um estudo de caso de teor avaliativo realizado no CAPS Profeta Gentileza² no ano de 2006, para tese de doutoramento de uma das autoras, que obteve material dos casos através de relato gravado em reunião de supervisão de equipe no serviço. A supervisão foi escolhida como lócus privilegiado da pesquisa por ser considerada um dispositivo fundamental para o funcionamento do serviço, a organização e a dinâmica do trabalho em equipe, e funcionar como um avaliador permanente do cotidiano do CAPS³. Retomaremos este ponto adiante.

Os casos aqui descritos foram escolhidos em função da articulação com os três eixos (3As), acesso, acolhimento e acompanhamento, para discutir os desafios e impasses no cotidiano da clínica. Trabalharemos um caso encaminhado e dois casos admitidos no serviço de modo a problematizar seu percurso dentro e fora do CAPS.

Desenvolveremos brevemente cada eixo para em seguida abordarmos os casos nessa perspectiva e, finalmente destacaremos a importância da supervisão como dispositivo central de sustentação do trabalho e avaliação permanente.

Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento

1. Acesso

Em trabalho de revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviço, Travassos & Martins (2004) afirmam que ambos os termos

estão interligados e são definidos por uma interação entre aquele que busca o serviço (o paciente) e aqueles que oferecem a atenção em saúde (os profissionais e o serviço); sendo que a diferenciação entre acesso e utilização de serviço nem sempre é clara e muitas vezes eles se sobrepõem. Na literatura, é utilizado tanto o termo acesso (ato de ingressar, entrada) como o de acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível) para indicar o grau de facilidade com que as pessoas recebem cuidados de saúde. Alguns autores se centram mais nas características dos indivíduos, outros nas características da oferta e outros ainda focalizam a relação entre ambos, não havendo consenso entre os pesquisadores sobre se, na avaliação, o acesso faria parte dos resultados ou dos elementos do sistema para atingir os objetivos.

Donabedian (1973) optou pelo uso do termo acessibilidade, definindo-o como um dos aspectos da oferta do serviço em relação à capacidade de responder às demandas, portanto, sendo mais abrangente do que a simples oferta de serviços de saúde, mas referindo-se às características do serviço e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Este autor distingue duas dimensões da acessibilidade: sócio-organizacional (características de oferta do serviço que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de uso do serviço – por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam pacientes em função de condição social, econômica ou diagnóstica) e geográfica (distância, tempo e custo).

Andersen (1995), por outro lado, priorizou o termo acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligado à organização do serviço, se referindo à entrada no serviço e aos cuidados subseqüentes. Para este autor o acesso é uma característica da oferta que é importante na explicação da utilização do serviço. Diferente de Donabedian, este autor inclui a mediação de fatores individuais no acesso como fatores predisponentes (existentes antes do problema de saúde que afetam a predisposição das pessoas em usar o serviço) e fatores capacitantes (meios disponíveis para obter cuidados em saúde e necessidades de saúde - condição percebida ou diagnosticada). Este autor, ao incorporar a etapa de utilização de serviço, diferencia o acesso potencial (presença,

nos indivíduos de fatores capacitantes para o uso do serviço) do acesso realizado (utilização de fato, influenciada também por fatores contextuais: política de saúde e serviços).

Um dos pontos comuns na bibliografia revisada por estes autores em relação ao acesso é de que se trata de uma dimensão do desempenho do sistema de saúde associada à oferta e que há uma tendência geral à ampliação da perspectiva do acesso para além da entrada no serviço, abrangendo os resultados dos cuidados em saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004:191-192). O acesso pode ser abordado a partir de fatores geográficos, econômicos, organizacionais e sócio-culturais, além dos fatores individuais dos usuários de serviços de saúde.

Para fins deste artigo, interessa abordar os fatores *organizacionais* que têm relação com o acesso, considerando os fatores contextuais da organização do serviço – o desenho do serviço – que se colocam como facilitadores ou obstáculos do cuidado em saúde mental⁴.

É preciso considerar na abordagem do acesso ao cuidado em saúde mental as *variáveis-soft* apontadas por Saraceno (1997), que ficam implícitas nos tratamentos tradicionais, mas têm forte influência no decorrer das ações na assistência. Assim, o número de internações de pacientes ou a formação dos técnicos (as *variáveis-hard*, comumente utilizadas pela epidemiologia e no campo da avaliação de qualidade) somam-se a outros itens relevantes, como a motivação dos profissionais e os recursos dos serviços e dos pacientes, assim como de seus contextos (as *variáveis-soft*). Estas variáveis referem-se aos sujeitos, aos contextos e aos serviços, todos envolvidos na configuração do acesso ao tratamento.

Os recursos do serviço incluem tanto materiais (espaço, medicamentos, quantidade de pessoal) como aqueles relacionados à organização do serviço e ao estilo de trabalho (flexibilidade, hierarquia). Os itens referentes à organização do serviço dizem respeito, por exemplo, à distribuição do tempo de trabalho entre atividades burocráticas, administrativas, médicas, reabilitativas, sociais, assim como à integração do

serviço com outras instituições de saúde.

A partir da consideração da importância das *variáveis-soft*, vamos descrever brevemente o contexto em que se insere o serviço aqui estudado, apontando aspectos que influenciam no acesso.

A população sobre a qual o serviço tem responsabilidade territorial é, na sua maioria, marcada pela precariedade de condições de vida decorrentes do baixo poder aquisitivo, apresentando os mais baixos índices de desenvolvimento humano do município do Rio de Janeiro. O território no qual o serviço se insere apresenta fatores de obstáculo ao acesso, como questões relacionadas à violência (regiões ‘dominadas’ por facções do tráfico de drogas) que limitam a livre circulação dos moradores; a existência de uma linha de trem sem passagem adequada, que separa uma parte da população adscrita ao serviço; e o pouco transporte público disponível. Estes seriam fatores dos contextos da clientela e do serviço que marcam de maneira negativa o acesso ao cuidado em saúde mental, tanto na procura inicial do tratamento como em relação à sua continuidade.

Quanto aos recursos do serviço, em termos de organização da porta de entrada que se refere diretamente ao acesso, podemos apontar características do desenho do serviço que são facilitadoras do acesso como, por exemplo, oferecer acolhimento todos os dias da semana, sem fila de espera nem agendamento ou hora marcada; de modo a atender prontamente no momento da procura pelo serviço. São condições facilitadoras do acesso, mas não determinantes, de modo que pode-se dizer que também são insuficientes para equalizar oferta e demanda de atenção em saúde mental.

Uma vez que vamos destacar o aspecto organizacional do acesso, que remete ao desenho do serviço, o acesso está diretamente atrelado ao acolhimento. Neste caso, ambos são inseparáveis. O acolhimento é o primeiro contato com quem nos procura, a partir do qual será definida toda a seqüência de atendimentos, é ‘a abertura do jogo de xadrez’, é o momento em que todos os recursos do serviço são postos à prova: quem

atende, o que pode oferecer, como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda.

2. Acolhimento

Para Merhy et al (1994) o acolhimento, assim como o acesso, oportuniza a discussão sobre os modelos assistenciais, na medida em que diz respeito ao que o serviço produz enquanto ações de saúde, considerando os saberes da área e o programa político; portanto, o acolhimento é um conceito entre o técnico e o político, pois é a ação que concretiza o programa político na ação técnica em saúde.

Para Camargo Júnior et al (2006) o conceito de acolhimento é complementado pelo de acessibilidade organizacional, com o poder de descrever a maneira como as pessoas iniciam o cuidado em saúde, sendo a acessibilidade concebida como um conjunto de situações que viabiliza a entrada do usuário no serviço, com dificuldades e facilidades de conseguir o atendimento, portanto, interligada com as características da oferta e da disponibilidade de recursos. Os autores apontam a importância de observar o momento da recepção do usuário no serviço e quais os problemas de acesso que acontecem nesta situação, como por exemplo, a burocratização, os agendamentos e os fluxos normatizados.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) destacam três dimensões do acolhimento: postura, técnica e princípio de reorientação do serviço. A primeira dimensão implica a atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários; implicando em relação de interesse mútuo, confiança e apoio. Esta dimensão abrange tanto as relações entre os profissionais e usuários como também as relações intra-equipe, como relações democráticas, que estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva. O acolhimento como técnica é a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário. Quando se trata da equipe multiprofissional, há a articulação dos diferentes saberes, buscando superar a fragmentação na busca de construção de novas respostas às necessidades em saúde. Já o acolhimento na organização do serviço, está no centro da proposta do projeto

organizacional, que é a base que orienta o trabalho dos profissionais, os processos em equipe, a busca de capacitação. A supervisão é destacada, neste último item, como importante modo de organização do serviço e de acompanhamento do cotidiano de trabalho.

Desta maneira, o acolhimento pode ser abordado em quatro dimensões: 1) acesso (geográfico, organizacional); 2) postura (escuta, atitude profissional-usuário, relação intra-equipe); 3) técnica (trabalho em equipe, capacitação dos profissionais, aquisição de tecnologias, saberes e práticas); e 4) reorientação do serviço (projeto institucional, supervisão, processo de trabalho). A partir desta consideração, o acolhimento faz parte da análise do acesso ao serviço.

Os trabalhos reunidos nos Cadernos IPUB nº17 (2000), sobre o que se convencionou chamar “clínica da recepção” preconizam algumas direções, tais como: decantar a demanda no sentido de não atender rapidamente ao pedido inicial; relativizar o pedido de medicação, oferecendo também outras possibilidades; priorizar o diagnóstico da situação sem abandonar o diagnóstico psicopatológico, entendendo que o primeiro de algum modo inclui o segundo. Essa idéia remete à possibilidade de convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, deixando de ser tomado apenas como um depósito de sintomas a serem extirpados pelos profissionais (e pela medicação) e tornando-se um agente na compreensão desse processo, adquirindo poder de conduzi-lo através dos profissionais.

O acolhimento no CAPS é um dispositivo da porta de entrada do serviço. Este primeiro atendimento tem como função principal a avaliação do caso e a definição da direção do tratamento. A partir desse início, o paciente pode ter indicação de continuar o tratamento no serviço, de realizar os atendimentos em outra unidade de saúde – neste caso é feito o encaminhamento – ou, ainda, o acolhimento pode ser resolutivo em poucos atendimentos.

A proposta normativa para a realização do acolhimento no serviço estudado é que deve ser feito por dois técnicos de categorias profissio-

nais diferentes, sendo que para tal existe uma escala de uma dupla de profissionais por turno que fica com a função de acolher os pacientes novos que procuram o serviço naquele período. Não deve haver marcação de dia e horário para o acolhimento e nem fila de espera; todo paciente deve ser acolhido ao chegar no serviço, em todos os turnos de funcionamento da unidade.

O profissional que acolhe o paciente deve ocupar o papel de técnico de referência. Ou seja, o profissional que acolhe tem a prerrogativa de acompanhá-lo. Se o paciente for encaminhado a outra unidade de saúde, o técnico de referência deve realizar o seguimento. Para o paciente que permanece em tratamento no serviço (matriculado), a função de técnico de referência pode passar para outro profissional, na medida em que o paciente tem participação ativa na escolha do técnico de referência, a partir das relações terapêuticas e vínculos (transferências) que vão se criando ao longo do tratamento: uma modulação entre preferências, referências e transferências na relação entre usuários e técnicos.

3. Acompanhamento

O acompanhamento da clientela é um dos maiores desafios do trabalho na saúde mental. Junto com os eixos acesso e acolhimento, o acompanhamento é visto como um analisador da qualidade da assistência. Goldberg (1996) afirma que, dada a reabilitação psicossocial como um processo, o serviço tem que prestar a *continuidade do cuidado* para que seus objetivos sejam possíveis. Não se trata de uma novidade no campo, e sim de um princípio fundamental do cuidado.

Para a avaliação, o acompanhamento é identificado à continuidade do cuidado. Embora esse eixo seja considerado como item importante para a avaliação, ainda é um tema pouco abordado, dada a dificuldade de objetivação e delimitação de parâmetros: seria a adesão ao serviço, por parte tanto de usuários quanto de familiares, um indicador desse eixo, ou seria melhor pensá-lo em termos da frequência e regularidade dos contatos entre profissionais e comunidade? Donabedian (1982) já afirmava que esse ponto é pouco abordado quando se fala da avaliação

da qualidade da atenção, em contraposição aos requisitos técnicos do tratamento que são amplamente reconhecidos e mais normatizados. Na saúde mental, o monitoramento dos serviços a partir da gestão tem sugerido o indicador de adesão (e abandono) ao tratamento, como relacionado à idéia de continuidade do cuidado⁵.

Silva Jr. et al (2006) designam por longitudinalidade a relação pessoal que se estabelece em longo prazo entre profissionais e pacientes e apontam alguns deslizamentos semânticos possíveis para o eixo acompanhamento, como vínculo e continuidade, todos remetendo a essa possibilidade de estar com os usuários em diferentes momentos de sua trajetória de vida, sem interromper o cuidado.

O que se coloca como questão de fundo é como o CAPS acompanha a trajetória de vida dos usuários, através de quais práticas assistenciais o acompanhamento do tratamento é realizado, e como se efetiva algum vínculo entre a clientela e a equipe. Para tentar responder algumas destas questões, inicialmente é importante distinguir que tipo de acompanhamento é requerido no percurso dos usuários em diferentes situações, e com que recursos.

Destacaremos duas modalidades mais comuns. No caso de haver encaminhamento após o(s) primeiro(s) atendimento(s), vamos denominar o acompanhamento de ‘seguimento’. No caso do paciente ser absorvido no serviço e, portanto, matriculado, vamos manter o termo ‘acompanhamento’. Há um sentido para essa diferença, uma vez que no primeiro caso, a idéia é seguir a trajetória do paciente para saber se o encaminhamento foi ou não bem sucedido, portanto há um tempo para isso e o seguimento tem um caráter provisório. No segundo caso, há a necessidade de dar continuidade de modo constante ao cuidado, envolvendo outros equipamentos e dispositivos do serviço, nesse sentido, o acompanhamento é permanente.

De um modo geral, o ‘seguimento’ dos encaminhamentos é valorizado pelas equipes e considerado como parte do trabalho do CAPS, mas dificilmente efetivado. Isto se deve às limitações da comunicação

entre os profissionais dos diferentes serviços (ambulatorio e hospital, por exemplo) e à dificuldade em restabelecer o contato com os próprios pacientes e/ou familiares, uma vez que raramente retornam para informar sobre os desdobramentos do encaminhamento. O seguimento dos pacientes encaminhados implicaria em acompanhar e apoiar essa passagem, em suma: ‘saber’ do ‘destino do paciente’, se este conseguiu realizar o que havia sido proposto no encaminhamento do serviço. Vale dizer que esse ‘saber’ não se confunde com monitoramento, pelo contrário, trata-se de um compromisso em garantir a efetividade da atenção prestada.

Assim, vale dizer que o seguimento do encaminhamento busca ir além do procedimento normativo de referência e contra-referência, no qual a responsabilidade de buscar atendimento é exclusiva do paciente. Com o seguimento do encaminhamento o CAPS atua juntamente com o paciente na passagem de um serviço a outro, enquanto parcerias com outros setores – educação, justiça, seguridade social – também vão sendo construídas ao longo do tempo. A rede de assistência à saúde, assim como a de suporte social, vai se construindo no desenrolar desse seguimento.

Quanto aos pacientes absorvidos pelo CAPS, aqueles matriculados, o ‘acompanhamento’ implica na continuidade do cuidado visando seguir a trajetória do paciente e buscar a ampliação de suas possibilidades de vida. Para isso é importante que haja recursos internos do serviço e parcerias diversas. Os recursos do serviço dizem respeito à existência de projeto terapêutico individual, ter mais de um profissional envolvido em cada caso, realização de discussão do caso em supervisão de equipe, apoio de instrumentos organizacionais (registros atualizados, como prontuários e planilhas de atividades) e veículo disponível para a realização de visitas domiciliares e hospitalares (na situação de eventual internação). Já as parcerias propiciadoras do acompanhamento são a participação de familiares como co-responsáveis pelo tratamento, articulação com outros serviços de saúde e instituições de ensino, jurídicas e culturais, por exemplo. No acompanhamento de internação, além desses recursos, é fundamental a parceria com a equipe do hospital, no

sentido de ter uma conduta em comum para o caso.

A seguir, a partir da descrição e análise de três casos atendidos no CAPS Profeta Gentileza, poderemos analisar em que grau e de que maneira esse acompanhamento acontece. Não seguiremos passo-a-passo as discussões em reunião de equipe, tal como as narrativas foram encadeadas, mas procuraremos, na medida do possível, contemplar o contexto de enunciação das falas dos profissionais⁶. Antes disso, é importante frisar que esse eixo aparece como um indicador durante as reuniões de equipe, ou seja, os próprios profissionais apontaram o acompanhamento como aquilo que imprime qualidade à assistência. Mais do que procurar no cotidiano do trabalho em equipe novos indicadores (satisfação ou autonomia), ou ainda verificar os indicadores epidemiológicos clássicos (número e período de internação), essa pesquisa aponta a possibilidade de fazer valer aquilo que a própria equipe afirma como indicador apropriado de qualidade: nesse caso, o acompanhamento.

Acesso, acolhimento e acompanhamento: questões a partir dos casos

1. Como realizar o seguimento do encaminhamento no CAPS?

Uma senhora de 60 anos, com segundo grau incompleto, nascida no Rio de Janeiro, diz que sua profissão é “do lar” e que tem feito bordados para vender. Procura o CAPS em fevereiro de 2006, a partir da indicação de uma pessoa que faz tratamento no serviço. Sem histórico de internações psiquiátricas, ela se trata no ambulatório da Santa Casa de Misericórdia, no centro da cidade. Já teve vários médicos psiquiatras e tomou diferentes medicações, sendo que esteve algumas vezes em serviço de emergência clínica, no qual foi submetida a uma série de exames. Mora com o marido e dois dos três filhos.

O profissional que realizou o acolhimento diz que a paciente atribui seus sintomas ao ‘nervoso’, afirmando que quando era criança chorava

muito, gritava, e depois passou a ter sensações corporais como falta de ar, se sentindo sempre ofegante. Essa paciente também fala de várias situações difíceis envolvendo assalto, perdas de pessoas queridas, que provocavam essas sensações.

No acolhimento, o profissional considera que não é caso para o CAPS, mas sim para o ambulatório. A novidade em relação aos tratamentos anteriores é que o profissional do CAPS encaminha também para um psicólogo, não só para o psiquiatra, identificando a necessidade de outro tipo de abordagem para o caso. O profissional conta que a paciente aceitou bem a indicação.

Ao realizar o encaminhamento, o profissional considerou a situação da rede, afirmando que naquele momento não era possível encaminhar para uma única unidade de saúde que tivesse as especialidades psiquiatria e psicologia. Relata os contatos telefônicos que realizou com os postos de saúde para obter informações sobre o agendamento de atendimentos, orientando a paciente nesse sentido.

Uma semana após o acolhimento, a paciente retorna ao CAPS, como indicado, e informa que já havia iniciado os atendimentos com o psicólogo, enquanto a consulta com o psiquiatra estava agendada para dali a três meses.

O profissional chama a atenção para o fato de não saber se a paciente conseguiu a medicação necessária até a data da consulta agendada, enquanto a equipe discute qual é o papel do CAPS no sentido de acompanhar o encaminhamento, portanto, realizar o seguimento.

Nesse caso, o seguimento envolveu vários telefonemas a outras unidades da rede, informações sobre marcação de atendimentos, orientação à paciente, incluindo o atendimento de retorno da mesma ao serviço. Assim, foi possível um contato com a paciente posterior ao encaminhamento, proporcionando o apoio necessário a esse percurso.

Uma outra questão que surgiu foi a seguinte: o CAPS disponibiliza-

ria a medicação até que ela fosse atendida no ambulatório de psiquiatria indicado, uma vez que a paciente não pretendia continuar em seu atendimento anterior? Seria essa uma tarefa do CAPS, já que a paciente fora encaminhada? A equipe aponta que o desejável seria oferecer algum tipo de suporte para o paciente até o momento em que iniciasse o tratamento em outra unidade de saúde, porém isso significaria fornecer medicação e monitorar seu uso, o que naquele momento, por falta de psiquiatra no serviço, seria impossível.

A fala do profissional que realizou o acolhimento vai mais adiante e apresenta um questionamento sobre o caso, no sentido de entender melhor porque afinal a paciente passara por uma série de serviços de saúde e não se “sentia atendida”. Essa questão deveria ser remetida ao psicólogo do ambulatório que faria o atendimento, porém, esse contato não foi possível por alguma razão contingente.

Nota-se em relação ao caso discutido que em nenhum momento foi feita qualquer referência ao diagnóstico psicopatológico, sendo que para o encaminhamento foi contemplada a história de tratamento psiquiátrico ambulatorial, assim como identificada a possibilidade de que o tratamento psicológico seria adequado em função do que chamamos de diagnóstico da situação, no qual a observação destacada acima foi decisiva para um encaminhamento diferenciado.

A partir desse caso, vários profissionais falam sobre a questão de não conseguir acompanhar os encaminhamentos, isto é, fazer o seguimento, e que isto é parte do trabalho do CAPS, mas que a equipe “não tem pernas” para fazê-lo. Há o comentário de que saber o que aconteceu após o encaminhamento é algo que dá “qualidade ao encaminhamento”.

Há uma discussão sobre como o serviço deve fazer este seguimento. Chega-se à conclusão de que o seguimento deve ser pontual. Após o encaminhamento, deve-se procurar saber “como estão as coisas” com o paciente e se ele conseguiu concretizar o que havia sido proposto pelo serviço. Um profissional comenta que muitas vezes os pacientes têm dificuldades com os encaminhamentos, “nem chegam a ir aos serviços”,

sendo que não conseguir se tratar muitas vezes faz parte da “situação” do paciente. Nesse sentido, o seguimento pode ajudar o paciente a dar continuidade ao que foi proposto. Um outro profissional comenta que “demanda de tratamento não é desejo de cura” e que, por isso, deve-se ter cuidado nesse seguimento do encaminhamento, deixando lugar para o paciente “fazer a sua parte”.

Em relação às situações nas quais os pacientes não buscam concretizar o encaminhamento que o CAPS ofereceu, há comentários no sentido de que algumas vezes as pessoas vêm “sondar” o serviço, estando em busca de benefícios sociais, “às vezes não é nem querer se tratar. Sabem que muita gente aqui tem benefício, passe não-sei-das-quantas, remédio-grátis... a pessoa vem um pouco querendo alguma coisa, às vezes ela nem sabe direito o que quer”. Mas a equipe chega à conclusão de que os técnicos percebem isso logo no primeiro atendimento, devendo ter o cuidado de identificar e diferenciar essas demandas como parte importante no acolhimento.

Em seguida, é destacado por um profissional que os “dois momentos mais difíceis da clínica do CAPS são encaminhar e internar”. Diz que encaminhar é difícil porque “é no escuro”, não se sabe o que vai acontecer. Outros acrescentam que com a rede precária que se tem, não é possível saber se o paciente vai conseguir o atendimento e menos ainda sobre a qualidade desse atendimento. Portanto, o maior desafio do seguimento para os pacientes encaminhados é investir nos recursos próprios da equipe e do serviço, assim como apostar no funcionamento da rede.

2. O CAPS entre acolhimento, acompanhamento e seguimento: como fazer a referência?

Uma jovem de 21 anos, acometida de uma paralisia que a impossibilitava de andar e não permitia manter seu pescoço ereto, fazia uma série de exames ambulatoriais com neurologista e cardiologista, não encontrando nenhuma causa orgânica. A diretora daquela unidade comenta o caso com a psicóloga, pois não se encontrava razão para essa

paralisia. Esta psicóloga, que mantinha parceria com o CAPS, telefona para o serviço solicitando uma avaliação do caso, relatando a situação da paciente e seu percurso por serviços de saúde em busca de diagnóstico e sucessivo tratamento. Por conta do estado físico da paciente, foi considerado que não haveria condições de frequentar regularmente o ambulatório, daí a indicação para o CAPS.

A jovem chega ao serviço de táxi, trazida por suas três irmãs que relatam a peregrinação por diversos serviços de saúde e especialidades. A família apresenta um certo desespero em relação à situação da paciente, afirma que não sabia mais o que fazer e nem a quem (ou qual serviço) recorrer. Nesse primeiro dia, a paciente é atendida dentro do carro, recebe a receita do seu esquema medicamentoso anterior e é marcado o retorno ao CAPS, já apontando a responsabilização do serviço pelo caso e iniciando o processo de referenciamento também para a família. Assim começa uma série de atendimentos, que ocorrerão semanalmente ao longo de um ano e meio.

Ela sempre vinha de táxi e, como não conseguia andar, era colocada pelas irmãs numa cadeira, sendo atendida no jardim. Num primeiro momento a equipe não se preocupou com o diagnóstico e tomou o caso como um “caso de CAPS” pela situação em que se encontrava. Ao longo do trabalho com a paciente, e de discussões sucessivas em supervisão, ficou definido o diagnóstico psicopatológico (transtorno conversivo/histeria) e as condutas foram sendo construídas, inclusive com envolvimento de outros profissionais no caso.

Foi necessário um trabalho com as irmãs, que ficavam sempre a seu lado, insistindo em permanecer no atendimento, relutantes em deixar a paciente sozinha com o técnico, e muito reticentes quanto à proposta de modificação ou mesmo retirada de medicações. Após um tempo, os atendimentos puderam ser feitos separadamente e a família se tornou parceira do serviço no tratamento da paciente.

Passado um ano em atendimento com uma psicóloga e um psiquiatra do CAPS, a paciente passou a caminhar (mesmo que pouco) e a

ser atendida em salas dentro do serviço. Nesse período, ela contava sua história, seus sonhos, falava de sua vida cotidiana e seus projetos. Sabia que seu problema não era orgânico, mostrando-se disponível a continuar seu atendimento psicoterápico fora do CAPS, uma vez que não havia indicação e nem interesse em participar de qualquer outra atividade do serviço. Foi avaliado em equipe que este poderia ser um bom momento para encaminhá-la a um ambulatório próximo para atendimento, com uma psicóloga que havia se interessado pelo caso e era conhecida pelos técnicos que acompanhavam a paciente no serviço.

A passagem para o ambulatório foi trabalhada com a paciente, sendo que hoje o CAPS é referência para o atendimento com o psiquiatra e apoio para a família. No decorrer do encaminhamento, o contato da equipe com a psicóloga do ambulatório foi intenso, com discussão do caso e da conduta em supervisão no CAPS.

Este caso foi considerado pela equipe como um exemplo de trabalho em rede (ambulatório de especialidades clínicas, CAPS, ambulatório de psicologia), com o CAPS atendendo a paciente no período mais agudo e podendo encaminhar para o ambulatório, sem perder a referência ao serviço. Portanto, sintetiza as propostas de acesso ao serviço, através do acolhimento de um caso em situação aguda, independente do diagnóstico psicopatológico, mas mantendo o diagnóstico da situação; abordando também a família; através do acompanhamento (permanência no CAPS), uma vez que o serviço toma para si a responsabilidade inicial do tratamento; e finalmente, o seguimento (encaminhamento acompanhado), permanecendo como referência para ambos, a paciente e a família.

3. Como efetivar o acompanhamento no CAPS?

Um rapaz de 23 anos chega ao CAPS com um encaminhamento do Hospital de Custódia.

Esse rapaz passou a maior parte de sua vida entre instituições e a casa da mãe, esteve inclusive na antiga FEBEM⁸, chegou a morar com

mais de uma família diferente e viveu em abrigos. Já trabalhou como pescador, ganhou dinheiro em sinal de trânsito e vendeu doces pela cidade. Teve uma irmã que faleceu ainda bem criança, quando ele e esta irmã moravam na “casa de uma senhora”. Há um outro irmão que faleceu adulto, depois de passar anos vivendo na rua. O irmão que lhe resta é mais novo que ele, sendo que já ficou responsável por este irmão em situações de trabalho nas ruas.

Seu pai passou muitos anos internado em um hospital psiquiátrico no estado de Minas Gerais, com poucos momentos fora do hospital. Há alguns anos, provavelmente por conta do processo de fechamento de instituições manicomiais em Minas Gerais, “teve alta” e foi colocado por sua irmã em um asilo para idosos, pago com dinheiro de um benefício social. O paciente já fez várias viagens a Minas Gerais. Chegou a se internar no mesmo hospital do pai, tentou morar com a tia, conseguiu trabalho na colheita de café, enfim, fez várias tentativas de ficar perto do pai.

Sua mãe, segundo a equipe, “não ajuda muito”, havendo dificuldade em conversar com ela. A equipe afirma que ela aparece raramente no serviço, mesmo tendo sido convocada várias vezes a participar do tratamento em situações de visitas domiciliares, atendimentos individuais, visitas conjuntas em situação de internação do paciente, até convocações mais enfáticas para participar da reunião de familiares no serviço, e vir ao CAPS pelo menos uma vez por semana. Inúteis convites, tentativas frustradas de sua inserção no serviço. A participação que os profissionais esperam da mãe no tratamento vai além de idas ao serviço, inclui tarefas que poderiam melhorar a situação do paciente e também dela própria como, por exemplo, a obtenção de documentação pessoal para dar início ao processo de solicitação de benefícios sociais.

Um profissional narra o percurso do paciente no CAPS, insiste em dizer que é de “difícil adesão”, pois já lhe foram feitas várias propostas com mudanças em seu projeto terapêutico, e ele “não cumpre nenhuma”. Quando consegue participar de alguma atividade, “dura pouco tempo”. Ele diz que quer “pintar quadros” e que “tem de ser em tela”,

não aceitando os papéis e as tintas comuns. O serviço faz tentativas de conseguir esse material, sem sucesso. Sua presença no serviço é bastante irregular, assim como o uso da medicação. Ele nem sempre fica na casa de sua mãe, às vezes é abrigado em igrejas, eventualmente fica também na casa da avó. Sua casa não tem telefone e o contato com a mãe é feito através de seu trabalho como faxineira em casas diferentes. Os profissionais relatam que realizam visitas sempre que possível.

Nesse período de um ano e meio, já houve duas internações que envolveram o CAPS e mais duas em Minas Gerais, estas últimas em situações nas quais o paciente consegue dinheiro com um pastor de igreja evangélica para viajar e é internado por algum membro da família.

Na primeira internação, o paciente pedia para não ficar em casa e afirmava que queria ser internado. A equipe avaliou que ele poderia prescindir da internação e tentou soluções alternativas, como contato com alguns abrigos que não puderam recebê-lo. Nesse caso, a internação tornou-se a única alternativa. Durante a internação, os profissionais do CAPS o acompanharam em visitas, trabalhando com mãe e filho em acordos diversos para o tratamento. O paciente teve alta e não foi ao serviço no dia seguinte conforme combinado. Então, a equipe fez uma visita domiciliar e descobriu que ele conseguira dinheiro com um pastor e havia ido para Minas Gerais. Nessa viagem fora internado pela tia e pela avó paterna. Ambas já deixaram claro que não podem recebê-lo. Voltou para o Rio de Janeiro e chegou ao CAPS com prescrição medicamentosa de um médico do PSF, da cidade de Bom Jesus de Itabapoana⁹.

A segunda internação ocorreu na seguinte situação: o paciente estava num quadro mais agudo e precisava ser medicado, mas não havia psiquiatria no serviço naquele período. Ele então foi levado a um hospital geral de ambulância por um profissional do CAPS para ser medicado. O psiquiatra dessa unidade avaliou que seria melhor encaminhá-lo para uma internação, visando a uma estabilização do quadro para que o tratamento no CAPS pudesse ter continuidade.

Desde a chegada do paciente ao serviço, a questão de um “lugar para ficar” e de “pedidos de cuidado” são constantes, segundo o relato da equipe. No começo, estava vivendo com a mãe, o padrasto e o irmão, em uma casa de apenas um cômodo, em situação bastante precária. Nessa casa, ele tinha brigas constantes com o padrasto, já tendo saído de casa várias vezes. Em algumas situações, ameaçou vizinhos e jogou pedras sobre os telhados. Ele faz pedidos constantes à equipe de morar num abrigo, para sair de casa.

A questão do “lugar” deste paciente é discutida na reunião de supervisão e é considerada como parte de sua história de vida. Seus pedidos de internação são interpretados pela equipe como constantes “pedidos de cuidado” e de abrigo. A supervisora vai além, apontando a questão do “lugar” como sendo algo que diz respeito a sua própria condição, a partir do diagnóstico de esquizofrenia, como alguém “sem lugar”: sua errância reafirma isso.

O paciente diz que “aqui não tem tratamento” e que “tratamento é remédio”, mas isso lhe é fornecido e seu uso é irregular. A equipe ressalta que ele já tem o esquema medicamentoso de seu agrado e que ele afirma que a “medicação diminui as vozes”, que o atormentam, xingam e dizem que vão matá-lo.

A equipe discute sobre como conduzir o caso, considerando que ele vem ao serviço e usa medicação de maneira irregular, pede constantemente internação e muitas vezes não aceita as propostas feitas no CAPS. Ao longo da discussão vai se traçando uma maneira de ir “ampliando” o que pode ser entendido como tratamento pelo paciente, como, por exemplo, tomar a medicação no serviço todos os dias, já que ele considera que a medicação é tratamento, tentar criar mais vínculos com outros profissionais de modo a ampliar a referência e produzir um ‘lugar simbólico’ mais do que físico no CAPS.

É apontado ainda pela supervisora que um esquizofrênico com sua história de institucionalização não vai necessariamente “cumprir o projeto”, nem dias nem horários, nem atividades pré-determinadas e que,

portanto, a equipe tem que trabalhar com ele sempre que for ao serviço, independente do agendamento. É apontado também que nem tudo que o serviço lhe oferece está sendo reconhecido por ele como tratamento, então deve-se trabalhar nesta linha, “próximo ao paciente”, para delinear uma maneira de tratá-lo.

Um dia, mostrou para uma profissional uma faca na bermuda, dentro da sala em que estava sendo atendido. Ela lhe pediu a faca, pois “não poderia ficar com ela”, e ele a entregou tranquilamente. Ele identificou esse ato como estar sendo tratado. Portanto, ser tratado é também ter um ‘lugar’ frente ao outro que intervém no sentido de acolhê-lo e protegê-lo de seus próprios atos, deixando a internação como uma alternativa em situações extremas.

No mesmo dia, insistiu no pedido de internação enquanto a equipe buscava uma maneira de medicá-lo, já que ele não estava medicado. Enquanto isso, ele segurou um técnico e levantou-o do chão. A mesma profissional que lhe pediu a faca, sua técnica de referência, interveio e ele se acalmou. A equipe discute como manejar essas situações e conclui que ele próprio anuncia seus rompantes e que os profissionais sabem reconhecer esse momento, não sendo necessário “segurá-lo” fisicamente.

A discussão segue, ressaltando que é importante “estar atento” e que a equipe tem “recursos” para lidar com ele, a partir de uma “relação de confiança”, conforme apontou a supervisora. Foi também observado que muitos profissionais falaram sobre o paciente de modo a contribuir para uma melhor abordagem do caso e para a definição de diferentes estratégias e táticas no tratamento. De todos os casos discutidos, este foi o que mais suscitou a participação das diferentes categorias profissionais. Isso demonstra uma real apropriação do caso pelo conjunto da equipe.

Um ponto importante a se destacar desse exemplo é a questão de quando e como internar um paciente. A equipe fala do “mal-estar” de ter que decidir pela internação, principalmente quando é um paciente que já se trata no serviço. Alguns comentam que o encaminhamento pode ser mais difícil para o profissional do que a internação, no senti-

do de não conseguir realizar o seguimento para saber se o paciente foi atendido, e que o inevitável da internação faz parte da clínica do CAPS. O problema seria não poder acompanhar o paciente nesse período. É diferenciada a situação em que se utiliza a internação como um último recurso para lidar com a crise, da situação em que se realiza internação “por que o serviço não está disposto a lidar com a crise”. Esta segunda situação é apontada como um fracasso do trabalho de CAPS.

Nesse momento, a fala da supervisora esclarece que internar, no limite, às vezes é necessário. O importante é saber decidir o momento da internação e acompanhá-la, para que seja mais breve e bem sucedida. O que é uma internação bem sucedida? É poder ter acesso a esse sujeito justamente durante a internação, quando ele pode aceitar melhor nossa presença, de modo que o caso não se perca e o contato seja mantido com o CAPS. Portanto, a internação é acompanhada justamente para poder trabalhar o retorno.

Esse caso demonstra de modo contundente que o acompanhamento é crucial para manter o vínculo do paciente com o serviço, incluindo aí o período de internação que deve ser o mais curto possível, de modo a assegurar a continuidade do cuidado e abrir outras possibilidades para o tratamento.

Considerações finais

Para finalizar, retomamos os princípios que regem a proposta dos CAPS. É sabido que, *a priori*, sua missão é ter responsabilidade pelo território, por uma dada população adscrita, o que é apontado como um fator do acesso, no nível macro de abordagem. Como dissemos anteriormente, privilegiamos os níveis médio (desenho do serviço) e micro (a clínica no cotidiano). O que nos interessa analisar é a articulação dos três eixos (acesso, acolhimento e acompanhamento) nesses dois níveis. A partir dos casos apresentados podemos extrair algumas conseqüências.

O acesso e o acolhimento estão imbricados, pois é o desenho do serviço que potencializa ou não esse acesso, e o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento. Em outras palavras, acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas. O acolhimento exige por um lado, uma ação imediata (urgência) e, por outro, um intervalo de tempo para a resposta (traçar a conduta). Este é o momento de um diagnóstico da situação, de uma primeira abordagem do que se apresenta.

Do acolhimento ao acompanhamento se põe em marcha de fato a tomada de responsabilidade do serviço, que se realiza a cada vez por cada profissional num trabalho partilhado. O acolhimento se desdobra no encaminhamento ou na inclusão do paciente no serviço, sendo que a tomada de responsabilidade é decisiva para o seguimento ou o acompanhamento.

Articulando esses aspectos recortados com os casos que apresentamos, podemos resumir os principais pontos.

O primeiro caso aborda a questão do encaminhamento, onde o seguimento foi decisivo para a continuidade do cuidado, apesar de não ter sido realizado em todas as suas etapas. Foram feitos contatos telefônicos com os outros serviços, realizando o encaminhamento para dois atendimentos em serviços distintos, tendo sido feito um trabalho preliminar com a paciente para que ela aceitasse essa proposta e pudesse retornar ao CAPS informando que o encaminhamento para o psicólogo fora bem sucedido e o agendamento para o psiquiatra. O que teria sido parte do seguimento, mas não foi possível se concretizar, foi o fato de não se poder suprir a medicação até a data agendada para o psiquiatra e não ter sido feito um contato direto com o psicólogo para transmitir a particularidade desse caso e o motivo do encaminhamento.

O segundo caso é um exemplo de responsabilidade compartilhada entre o CAPS e os ambulatórios, assim como de acompanhamento

e seguimento. O acesso foi sem obstáculos, pois o serviço aceitou de pronto a indicação do ambulatório. O acolhimento é feito a partir do diagnóstico da situação, que resulta em acompanhamento no serviço ao longo de um ano e meio. O encaminhamento posterior ao ambulatório de psicologia é realizado de maneira cuidadosa, sendo que o CAPS continua referência para paciente e familiares, além do atendimento com o psiquiatra.

O terceiro caso destaca o acompanhamento, com ênfase nos períodos de internação, que se revela fundamental para uma possível mudança de estratégia no caso. O CAPS sustenta todas as idas e vindas inconstantes do paciente, e o caso é partilhado envolvendo uma parceria de profissionais na referência e também na busca de alternativas para a internação.

Todas essas situações descritas acima parecem ter soluções óbvias para a clínica do CAPS. Entretanto, são de difícil consecução e envolvem vários atores e dispositivos que nem sempre operam da forma como se espera, e dependem de variáveis não previstas na proposta inicial.

Para concluir, o que ficou evidente ao longo de todo o estudo, e foi apontado pela própria equipe, é que o acompanhamento é o principal indicador de qualidade da assistência no CAPS. Mas para praticá-lo e mantê-lo operante, é preciso desenvolver um trabalho constante com a equipe para sustentar essa continuidade.

Convém observar que o acompanhamento é um recurso de continuidade do cuidado que também se dá de forma descontínua e intermitente, e depende do ritmo de trabalho da equipe, das condições materiais do serviço e da rede e, sobretudo, do manejo de situações e acontecimentos inesperados. É nesse ponto crucial que a supervisão vem cumprir sua função de suporte do trabalho como um dispositivo 'a mais', que enlaça a equipe, convoca a sua responsabilidade no cotidiano, e através do qual é possível manter a troca de experiências e informações, para elaborar estratégias de ação em cada caso, e a cada

passo do acompanhamento.

A supervisão funciona como disparador de questionamentos e aglutinador de propostas e soluções que só podem ser provisórias, contingentes, de acordo com os acontecimentos, mas imprimindo uma direção ao trabalho. Essa direção se dá a partir do que o paciente apresenta, seus movimentos e recursos subjetivos para enfrentar sua condição. Esses são os elementos com os quais podemos proceder à construção do caso¹⁰, etapa fundamental do processo para reorientar a clínica imprimindo qualidade ao acompanhamento. Acompanhar e construir o caso são ações intercambiáveis, e uma dá suporte à outra. Desse modo, o acompanhamento se reafirma como um importante indicador da avaliação da qualidade para os CAPS ao mesmo tempo em que é um balizador no cotidiano do trabalho em equipe.

Bibliografia

ANDERSEN. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, 1995; 36:1-10.

BRASIL. Tribunal da Contas da União. **Relatório de Avaliação de Programa**: ações de atenção à saúde mental – programa de atenção à saúde de populações estratégicas e em situações de agravo, Brasília, 2005.

CADERNOS IPUB. **A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental**. Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, abril de 2000, vol.VI, nº 17.

CAMARGO JR. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. (p. 223- 244) In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (org). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CAVALCANTI, M.T. Desafios e Importância Estratégica da Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental para a Assistência Psiquiátrica Brasileira Contemporânea. **Cadernos do IPUB**, Número Especial 60 anos, 1998.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

_____. The criteria and standards of quality. In: **Explorations in quality assesment and monitoring**. Vol II, Michigan, Health Administration Press, 1982.

FIDELIS, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Côrrea, RJ. (p:89 a 117) In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Moacyr Scliar et al.; coordenação Paulo Amarante. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol.VII, nº 1, mar 2004, p.75-86.

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial”. In: **MENTAL** – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC/MG, ano III, nº 5, nov.2005, p.43-55.

GOLDBERG, J. Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A.M.F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

HARTZ, Z. (org). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MERHY, E. et al (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

SARACENO, B. et al. **Manual de Saúde Mental: guia básico para a atenção primária**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

SCHMIDT, M.B. Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

SILVA JR. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. (p.61- 89). In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (org). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

SILVA JR, A.G. & MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. P. 241-257, 2004.

TRAVASSOS & MARTINS, Uma revisão sobre o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20, S190-S198, 2004.

Notas

* Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ. Profissional de CAPS SMS/RJ.

** Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ. Professora adjunta do Instituto de Psiquiatria – IPUB/UF RJ. Supervisora de CAPS.

¹No campo da avaliação da qualidade de serviços de saúde há três níveis de abordagem: macro (referente, por exemplo, à política e/ou programa, rede, perfis de utilização), nível médio (com foco no serviço) e o nível micro (relações entre profissional e paciente, a clínica). Para esta questão ver HARTZ (1997) para a saúde de maneira geral, e CAVALCANTI (1998) especificamente para a saúde mental.

²O CAPS Profeta Gentileza (CAPS II) fica situado no bairro de Inhoaíba, entre os bairros de Campo Grande e Santa Cruz, na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

³Já na pesquisa de FIDELIS (2003), sobre um outro CAPS do município do Rio de Janeiro, um dos resultados foi a afirmação da equipe de que a supervisão é o espaço privilegiado para construir uma cultura avaliativa nesses serviços, algo como uma elaboração crítica acerca das próprias práticas de atenção psicossocial.

⁴Não sendo foco deste trabalho, é preciso apenas apontar que o programa de saúde mental normatiza fatores contextuais de acesso. A política de saúde mental, engendrada dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), coloca o serviço CAPS no centro de uma proposta estratégica de transformação assistencial ao portador de sofrimento psíquico. A função do serviço CAPS como ordenador da demanda de saúde

mental em seu território e sua premissa da responsabilidade por uma população adscrita são fatores de acesso apontados pelo programa. Ou seja, o CAPS, pelo próprio princípio de formulação da política, está aberto à população sobre a qual tem responsabilidade de se tornar referência, e deve ser o serviço que avalia as pessoas que procuram cuidado em saúde mental e, a partir disso, dispara estratégias de assistência na rede de saúde. Portanto, a formulação do programa político da saúde mental tem elementos que favorecem o acesso (potencial), como estar aberto para as pessoas com demandas em saúde mental e se responsabilizar por uma população adscrita.

⁵As gestões nacional e municipal têm propostas no sentido de utilizar taxas de adesão de usuários e familiares ao tratamento como algo que indique a continuidade do cuidado. Essas propostas estão colocadas em Relatório do Tribunal de Contas da União (2005) sobre a assistência em saúde mental e no projeto de pactuação de metas da coordenação de saúde mental do município do Rio de Janeiro, apresentado em encontro no serviço. Para mais detalhes sobre estes indicadores ver SCHMIDT (2007).

⁶Para os detalhes dos relatos de caso em equipe, ver Schmidt (2007) cap.VI.

⁷O Hospital de Custódia equivale ao Manicômio Judiciário e recebe pacientes com transtorno mental que infringiram a lei.

⁸FEBEM – Fundação Estadual do Bem Estar do Menor, foi absorvida pelo complexo de instituições para o atendimento de jovens em regime de privação de liberdade, hoje ligado ao DEGASE.

⁹Município do Estado do Rio de Janeiro, na divisa com Minas Gerais.

¹⁰A construção do caso se dá em etapas, de modo parcial, no cotidiano do trabalho, recolhendo os elementos advindos das falas e ações do sujeito, e deve ser um exercício coletivo permanente que se realiza através do dispositivo da supervisão. Para detalhes da construção do caso em equipe, ver FIGUEIREDO (2004 e 2005).

**Endereço eletrônico para correspondência:
moemabschmidt@gmail.com**

A composição deste livro empregou
a tipologia Garamond em corpo 11/9.
Para títulos e entretítulos foi utilizada
a tipologia Bodoni BT em corpo 18/14.
O papel usado é offset 75 g/m².
Foram impressos 1000 exemplares
em novembro de 2007.