

Divulgando Projetos e Experiências

"CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A METAMORFOSE COMO ESTRATÉGIA"

Vista
ao CAPS

Jonas Melman*

MELMAN, J. Centro de Atenção Psicossocial: a metamorfose como estratégia. Rev. Ter. Ocup. USP, 3(1/2): 54-59, jan/dez., 1992.

RESUMO

Este trabalho se propõe a refletir criticamente a cerca do percurso institucional do Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, unidade da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo voltada ao atendimento de usuários com graves distúrbios psíquicos, em geral, quadros psicóticos. São discutidos alguns elementos importantes no que se refere ao debate atual sobre os paradigmas e os modelos de atenção em psiquiatria.

DESCRIPTORIOS

Psiquiatria Comunitária, tendências. Saúde Mental. Serviços Comunitários de Saúde Mental, tendências.

"Num mundo onde importam a especialização e a produtividade; que nada ve senão ápices, almejados pelos homens em uma espécie de limitação linear; que emprega todas as suas energias na solidão gélida desses ápices, despresando tudo o que está no plano mais próximo - o múltiplo, o autêntico -, que não se presta a servir ao ápice: num mundo que proíbe mais e mais a metamorfose, porque esta atua em um sentido contrário à meta da produção - ...num tal mundo, que se poderia caracterizar como o mais cego de todos os mundos - parece de fundamental importância a existência de alguns que, apesar dele, continuam a exercitar o dom da metamorfose".

(Elias Canetti)

Maio de 1991. Chovia muito em São Paulo. Estava me preparando para ir embora quando Márcio, um jovem usuário me intercepta na varanda do Centro de Atenção.

Primeiro, estende a mão. A pergunta imediata esquenta o encontro casual.

— O Centro de Atenção é um hospital-dia, uma clínica psiquiátrica, uma empresa ou um clube ?

Márcio esbanja um sorriso maroto. Eu me calo, reflexivo.

Questão polêmica. A equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desde a sua criação, vem debatendo exaustivamente sua identidade. É surpreendente como o jo-

* Médico psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial
Endereço: Rua Itapeva, 700 - CEP 01332-000 - São Paulo, SP.

vem rapaz coloca o problema, introduzindo novos elementos na discussão.

Inicialmente tive um impulso de responder simplificarmente que o CAPS era uma espécie de hospital-dia. Espécie rara, ainda em fase de desenvolvimento.

Resisti à tentação.

O termo clínica psiquiátrica é vago e não diz muita coisa. A referência à noção de empresa era provocativa e provavelmente estava ligada aos projetos de cooperativas de trabalho que introduziram a questão da produção e do dinheiro na vida institucional. Restava a alternativa do clube, talvez a mais simpática.

Pensei um pouco mais e gaguejei:

- Acho que o CAPS é uma mistura disso tudo.

Fui para casa insatisfeito com a resposta. Procurei no "Aurélio". Clube - do inglês "club": local que, em geral, conta com edificações para a realização de esportes, danças, encontros sociais, atividades recreativas, etc. Lembrei das festas, das apresentações do grupo de teatro, do laboratório de música, da cerâmica, das brigas e das brincadeiras no corredor, das conversas engraçadas na mesa do refeitório, dos passeios ao Ibirapuera, ao Guarujá.

Aceitei a provocação do Márcio e resolvi discutir mais profundamente o processo de organização de uma instituição pública voltada para o atendimento à uma clientela que apresenta sofrimento mental grave, classificados em geral, como portadores de quadros psicóticos pela psiquiatria clássica.

O nascimento do Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira em março de 1987 está diretamente relacionado a uma reforma administrativa promovida pela Secretaria de Saúde do Estado, que resultou na extinção da coordenadoria de Saúde Mental, abrindo a possibilidade de utilizar a antiga sede Divisão de Ambulatórios para uma atividade assistencial.

Um pequeno grupo de profissionais formulou um projeto que, em linhas gerais, propunha-se a atender a uma parcela dos usuários dos serviços de Saúde Mental que apresentavam graves distúrbios psíquicos, e não encontravam pelos mais diferentes motivos, um tratamento intensivo e satisfatório, em regime aberto, na rede pública. Na maioria das situações de crise, em função da falta de alternativas concretas, o hospital psiquiátrico se constitui no único recurso disponível.

A expressão Centro de Atenção Psicossocial era uma novidade em solo brasileiro, recém chegada da distante Nicarágua pós-revolucionária. A princípio, como tudo que é inédito e desconhecido, a utilização da expressão gerou muitas dúvidas, confusões e resistências. Muitas pessoas usavam o termo de hospital-dia no lugar de Centro de Atenção, inclusive dentro da própria equipe.

Inicialmente a unidade atendia aos usuários em regime de meio período, das 8 às 12 horas. Nesta época o atendimento se organizou basicamente através de várias oficinas abertas que possibilitavam aos usuários um contato mais livre com os diferentes materiais disponíveis: papel, tinta, tecido, lã, argila, madeira, entre outros. É muito provável que na concepção desses espaços abertos de expressão da subjetividade dos participantes era forte a influência da experiência de Nise da Silveira, na Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro. Além disso, a equipe ainda reduzida, oferecia à clientela atendimentos individuais e grupais, acompanhamento medicamentoso, atividades recreativas e de expressão corporal.

Somente em agosto de 1988, após várias crises e mudanças dentro da equipe ampliou-se o horário de atendimento, incluindo o período da tarde. O CAPS passou, então, a funcionar das 8 às 17 horas, de 2ª à 6ª feira.

Diferenças individuais quanto à formação técnica, disponibilidade para o trabalho

e experiências anteriores somaram-se às dificuldades administrativas, financeiras, salariais e políticas do serviço público.

Houve muita discussão, muito conflito. Muitas horas foram ocupadas no confronto das idéias e das propostas. Buscávamos o melhor caminho, o melhor modelo.

Descobrimos que a vontade de mudar e o esforço no trabalho não são suficientes para reformar a psiquiatria.

Percebemos que as práticas e as teorias científicas que fundamentam o manicômio podiam invadir sorrateiramente os ambulatórios, os centros de saúde, as enfermarias em hospitais gerais.

Na maioria destes espaços alternativos ao hospital psiquiátrico, as práticas das equipes multiprofissionais acabam se organizando numa estanque divisão de tarefas, constituindo uma espécie de "taylorização" do trabalho em saúde mental, uma linha de produção onde cada especialista ocupa o seu lugar. A soma de diferentes especificidades profissionais não significa a transformação do modo de funcionamento institucional, que pode acabar reforçando a codificação de um sofrimento em doença mental.

Até o século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era vista como pertencendo as quimeras do mundo. Podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas e perigosas.

É a partir do século XIX que a loucura, transformada em doença mental pela psiquiatria, passa a ser reconhecida como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Nasce o hospital psiquiátrico:

"lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doença são divididas em compartimentos que lembram uma vasta horta. Mas também es-

paço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão" FOUCAULT(1988)⁵.

A medida que o trabalho no CAPS foi ganhando corpo, espessura, foi se tornando evidente a necessidade de se opor ao processo de constituição da loucura como doença mental. Era preciso produzir uma crítica epistemológica tanto das abstrações teóricas como dos instrumentos terapêuticos. Era fundamental reconhecer e enfrentar os elementos que constituem o chamado modelo médico em psiquiatria - a separação entre corpo e mente, a objetivação do homem doente, a separação entre homem doente e a globalidade de suas necessidades, o isolamento social e cultural, a desapropriação dos direitos do doente, a delegação aos técnicos de toda competência sobre a doença e o corpo doente.

Obviamente quando se critica o modelo médico não se está negando a validade da intervenção médica. Nos últimos anos inúmeras pesquisas científicas relativas ao tratamento dos psicóticos apontam para a necessidade de cuidar do episódio agudo, assegurar uma monitoração apropriada da medicação, oferecer espaços de elaboração psicológica e ainda ajudar na reconstrução das possibilidades de convívio social.

O que parece fundamental em relação à prática dos psiquiatras é estimular no interior da sua cultura médica um novo equilíbrio entre objetividade e subjetividade, entre atenção ao evento patológico individual e necessidade de colocá-lo na justa perspectiva histórica, cultural e social.

Quando o intuito é a apreensão do homem que sofre em todas as suas dimensões, sem reduzir sua complexidade, parece que o convívio íntimo e cotidiano com este homem é uma atitude sensata. Creio que optamos em construir um saber a partir desta intimidade. Não se tratava de afirmar a neu-

tralidade, mas a possibilidade de deixar aparecer livremente as demandas desse sujeito.

As atividades do dia a dia com os usuários assumiram um papel estratégico, revelador, guiando a instituição em seus passos, garantindo a desmontagem de inúmeras idéias pré-concebidas de lidar com a loucura.

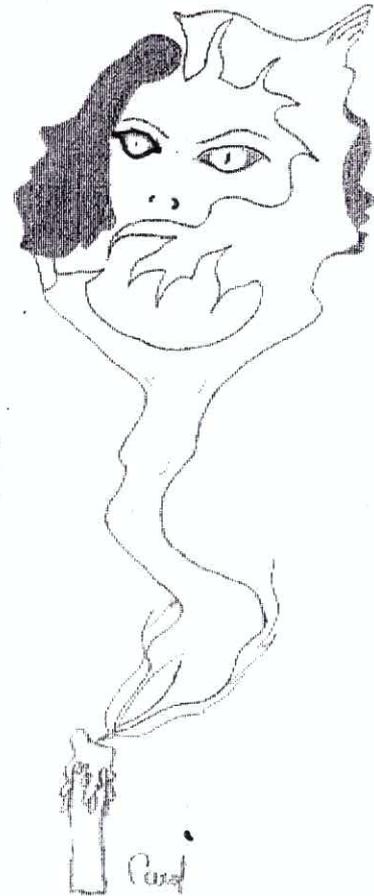
O cotidiano, os pequenos gestos, os encontros, os esbarrões no corredor, aquilo que sobra no final do dia, passam a ter um sentido e valor.

Aos poucos questões como alimentação, jogos, dinheiro, conflitos interpessoais, moradia, trabalho, lazer, problemas jurídicos, regras institucionais, família; foram adquirindo o status de instrumento terapêutico.

Nesse sentido, a "Reunião Geral dos Pacientes e dos trabalhadores do CAPS" pode ocupar um lugar privilegiado onde todas estas questões podiam emergir. Espaço de troca, de participação, de elaboração das contradições do real. Lugar onde é possível experimentar novos arranjos nas relações de poder entre os atores institucionais.

O problema da "porta" talvez represente um dos exemplos mais ilustrativos do processo coletivo vivenciado nesta Reunião Geral. Aproximadamente durante dois anos a porta do CAPS era trancada. A chave era o símbolo do poder. Justificavamos o procedimento alegando o risco de fugas ou de furtos. A porta fechada delimitava o perigo, o inusitado, o incontrolável, o imprevisível. Foram muitas as reuniões de equipe, mas partiu dos usuários a proposta que modificou radicalmente aquela situação. A porta permaneceria aberta a livre circulação e caso um paciente não estivesse bem, apresentando risco, a porta seria fechada até que seu estado de saúde melhorasse.

Curiosamente a abertura da porta mudou a imagem da instituição. Os usuários ganharam as ruas, os parques, as lanchone-



tes, o MASP (Museu de Arte de São Paulo, fica na Av. Paulista, próximo ao CAPS).

Um senso de responsabilidade e confiança foi gradativamente substituindo o poder da chave.

Com o fortalecimento do trabalho fomos entendendo que o usuário e sua família deveriam ser o centro da nossa atenção. Dentro da equipe foi se consolidando a idéia que o que está em discussão na demanda daquele que nos procura não é uma doença, mas uma pessoa em desequilíbrio, uma subjetividade, uma singularidade.

Nesta perspectiva a tarefa da equipe seria conhecer esse homem no campo da com-

plexidade, facilitando seu processo de descoberta de um modo menos doloroso de auto-expressão para ele e sua família, e acompanhando a transformação de sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.

A singularização do tratamento, isto é, a construção invenção de um projeto terapêutico singular e específico para cada pessoa, implica numa maneira de compreender de que modo cada uma das várias dimensões envolvidas no fenômeno da loucura e do sofrimento se articulam.

Cada projeto marca uma autoria, uma forma peculiar de manipular os recursos disponíveis.

Um grande salto qualitativo no trabalho foi experimentado pelos operadores do Centro quando se percebeu que as diferenças poderiam se tornar valiosos instrumentos de produção e reprodução da diversidade. Abandonou-se a idéia do melhor modelo. Abriu-se a possibilidade para a multiplicação dos modelos e dos projetos.

O núcleo terapêutico do CAPS desenvolve na atualidade os seguintes procedimentos: atendimentos psicológicos individuais e grupais, grupos terapêuticos que utilizam atividade expressiva, atendimentos nucleares à familiares, acompanhamento medicamentoso, laboratórios de teatro, música, argila e marcenaria (coordenados por especialistas nas respectivas atividades), passeios coletivos e atividades ligadas ao lazer, além de visitas e atendimentos domiciliares.

Há aproximadamente um ano introduzimos o acompanhamento terapêutico como mais um recurso, através da contratação de cinco estagiários. As intervenções terapêuticas no espaço extra-institucional tornam-se cada vez mais importantes. O lugar onde se dá uma ação terapêutica pode ser na casa da pessoa, no bar da esquina, no MASP, no Parque Trianon, no Fórum, todos os espaços

onde os sujeitos exprimem e exercitam sua subjetividade.

Este movimento de ampliação da complexidade da clínica tem estimulado a plasticidade dos operadores.

Elias Canetti no ensaio

"O ofício do poeta", caracteriza os poetas como os guardiões de metamorfose: "o poeta não é guiado por nenhuma regra consciente, e sim por uma fome inexplicável. Uma vez que se abre para seres humanos os mais distintos, e os compreende da maneira mais antiga, pré-científica, ou seja, através da metamorfose...- pois não coleciona seres humanos, não os coloca ordenadamente de lado, mas depara com eles e, vivos, os acolhe". CANETTI, 1990

"Graças a um dom que foi universal e hoje está condenado à atrofia, e que precisariam por todos os meios preservar para si, os poetas deveriam manter abertas as vias de acesso entre os homens. Deveriam ser capazes de se transformar em qualquer um, mesmo no mais ínfimo, no mais ingênuo, no mais importante". (CANETTI, 1990)²

O conceito de metamorfose pode ser entendido como um processo de identificação singular: não se é o outro para se renunciar a si mesmo, não se abandona a própria pele para se entrar na pele do outro. A identidade pessoal permanece afirmada na metamorfose.

O CAPS vem se tornando cada vez mais um laboratório de experiências, lugar de construção de um saber a partir daqueles que foram rejeitados, daqueles que não fazem sentido, a sobra, o lixo.

Trabalho de "bricolage". Colagem dos pedacinhos. Remontagem de sentido e de valor. A busca meticulosa do tesouro contido na desordem, no caos.

ua
n-
is-

Esta "arquitetura da atenção", esta "clínica sem imagem de clínica" pode e deve estar a serviço do processo de emancipação e reprodução social dos sujeitos envolvidos. Falo de uma clínica no plural, hostil à massificação, à redução do objeto.

Neste poli-contexto, nesta ampliação geográfica e espacial, vários mitos se desmancham, e começa a nascer uma nova cultura. Cultura da diversidade, da produção do desejo, da qualidade de vida.

MELMAN, J. Psychosocial Attention Center: Metamorphosis as a strategy. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):54-59, jan/dez, 1992

ABSTRACT

This service proposes to critically reflect the institutional course of "O Centro de Atenção Luiz da Rocha Cerqueira" (The Luiz da Rocha Cerqueira Psychosocial Attention Center), a branch of the São Paulo State Health Department aimed at treating patients with serious psychological disturbances in general psychotic cases. Some important aspects regarding the current debate on paradigms and examples of assistance in psychiatry are discussed.

KEY WORDS

Community Psychiatry, trends; Mental Health; Community Mental Health Service, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASAGLIA, F. Análise cultural dell modello médico. In: *La prática terapêutica tra modello clinico e riproduzione sociale*. Pistoia (Itália), Cooperativa Centro Documentazione, 1987. 1ª parte - 2º capítulo, p.13-20.
2. CANETTI, E. A consciência das palavras. São Paulo. In: CANETTI, E. "*O Ofício dos Poetas*" São Paulo, Companhia das Letras, p.275-286).
3. CAVALCANTI, M.T. O tratamento do paciente esquizofrênico crônico. *J. Bras. Psiquiatr.*, 40(2):53-63, 1991.
4. FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva, 1989.
5. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 7. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
6. LIN MU, et al. Day treatment and psychotropic drues in the aftercare of schizofrenic patients.
7. MECHANIC, D. The challange of chronic mental illness: a retrospective and prospective view. *Hosp. Commun. Psychiatr.*, 37:91-901, 1986.
8. MEYERSON, A.T. et al. What's a new in aftercare? A review of Recent Literature - *Hosp. Commun. Psychiatr.*, 34:333-41, 1983.
9. SANTOS, L.G. dos. *Tempo de ensaio*. São Paulo, Companhia de Letras, 1989.
10. ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.

Recebida para publicação em: 04/05/92
Aceita para publicação em: 07/07/92

er
a-
1-
ia
A
ia
is
le
s
1-
s
le
i-