

ATENÇÃO À CRISE: UMA PERSPECTIVA DE CUIDADO EM LIBERDADE.

A sustentação do cuidado em liberdade requer um esforço coletivo de construção de práticas cotidianas que levem em conta a complexidade do sofrimento a que se pretende cuidar e que coloque em cena a história de vida e o contexto no qual a pessoa em sofrimento está inserida. Para tal, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupa um lugar estratégico diante dos demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como um agente ordenador do cuidado àqueles com sofrimento grave e persistente. É na assunção desta responsabilidade ético e sanitária diante do Sistema Único de Saúde (SUS) que se constrói a experiência do CAPS III Adulto Brasilândia na resposta à crise.

Entendemos por crise em saúde mental a manifestação de uma ruptura na vida do sujeito que carrega as marcas de suas causas. A crise mostra-se como uma oportunidade inédita que evidencia o que há de insustentável na vida do sujeito, além de abrir espaço dentro da ruptura que cria para atos transformativos desta mesma realidade (DASSOLER, 2020).

A partir disso, temos por objetivo descrever a experiência de trabalho desenvolvida e implementada por trabalhadores do CAPS III Adulto Brasilândia, localizado na zona norte da cidade de São Paulo. Há 5 anos, profissionais de diversas formações e profissões têm composto esse coletivo que se esforça para criar e garantir uma nova forma de cuidado, baseada no cuidado em liberdade, levando em conta as bases teóricas da Reforma Psiquiátrica e da Psicanálise enquanto campos de estudo.

O CAPS III Adulto Brasilândia há muito tem-se debruçado em construir processos de trabalho que sejam capazes de produzir coletivos fortes que promovam ofertas terapêuticas sustentadas nos eixos da Reabilitação Psicossocial, a saber: trabalho, moradia e arte/cultura, compreendendo que as dimensões de cuidado estão inseridas na complexidade da vida e nos lugares ocupados no mundo. Ademais, a partir do conceito de crise como um evidenciador das posições subjetivas e adoecimento do laço no qual está inserido o sujeito, desenha-se o papel fundamental da atenção à crise no cuidado em saúde mental (DASSOLER, 2020).

Com a compreensão sobre a complexidade da temática da crise no contexto do cuidado em liberdade, os trabalhadores do CAPS III Adulto Brasilândia, a partir de sua realidade local, traçaram estratégias para responder a situações de crise em três modalidades de cuidado, a saber: acolhimento integral, acolhimento diurno e cuidado no território (físico e existencial). A tomada de decisão frente ao quadro agudo é construída a partir do usuário, sua rede de apoio e o serviço, deslocando a centralidade desta decisão do poder técnico, produzindo diálogo e compartilhando responsabilidades. O tratamento se inicia com atendimentos do usuário e de sua rede de suporte, por meio de reuniões dialógicas inspiradas no modelo finlandês de Diálogo Aberto (BERGSTRÖM *et al.*, 2017). Para construir esse processo de cuidado descentralizado da figura do saber técnico, criamos a estratégia da equipe de crise que garante intensificar e dar continuidade em um cenário de alta demanda.

A equipe de crise é um dispositivo que está inserido junto ao plantão do serviço, composto por diferentes áreas de saber, como psicólogos, enfermeiros, profissionais de educação física, médicos psiquiatras, que atua em conjunto com os outros atores da estrutura diária de um CAPS III. A sua função é coordenar e promover a intensificação do cuidado e a organização para uma resposta rápida às crises para garantir a não institucionalização e a consequente cronificação dos casos graves do território.

A partir das experimentações cotidianas e do embasamento teórico específico, percebemos que para prescindir da internação psiquiátrica como resposta a situação de crise, fazia-se necessário garantir o acesso ao usuário em tempo oportuno, o que produz o fortalecimento do vínculo com serviço e alarga o campo de possibilidade de construções de saída da situação limite. O modelo implementado pela equipe de crise do CAPS faz um contraponto ao tratamento manicomial tradicionalmente utilizado pela psiquiatria que entende a pessoa enquanto objeto de atuação da medicina, promovendo individualização, objetificação e institucionalização. Nesse contexto, há uma hierarquização do saber no qual o médico é enfatizado e a eficácia do tratamento é medida por meio da química das medicações, diminuindo a importância da subjetividade e dos vínculos de quem sofre (COSTA-ROSA *et al.*, 2003).

Dessa forma, para atuação da equipe em tempo oportuno e que garanta os preceitos descritos, criamos o Fluxograma de Resposta à Crise. O essencial do Fluxograma é pactuar entre os trabalhadores como encontrar o melhor destino diante de uma situação de crise, evitando furos assistenciais. O Fluxograma se estrutura em eixos que

dependem da rede de suporte, do acesso ao cuidado proposto e da gravidade do quadro e que vão nortear a escolha da modalidade de atenção à crise.

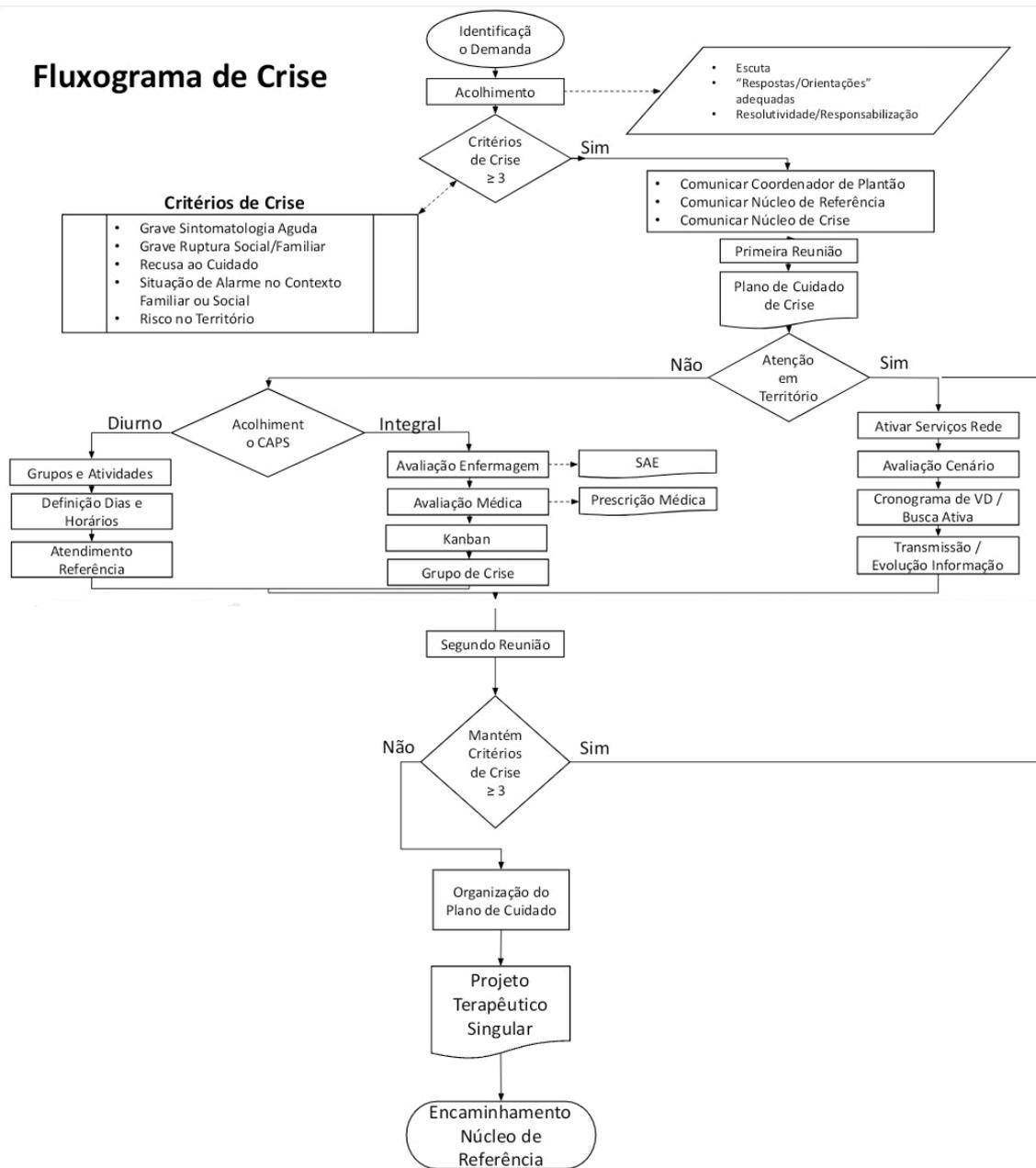


Figura 1: Fluxograma de Atenção à Crise

Outra estratégia adotada para produzir uma linguagem comum e avaliar a situação são os Critérios de Crise, tomado de empréstimo de Dell'Acqua (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005), em que considera-se uma situação de crise o preenchimento de três ou mais itens dos seguintes itens:

1. Grave Sintomatologia psiquiátrica aguda;
2. Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
3. Recusa do tratamento, afirmando a não necessidade do cuidado, mas aceitando o contato;
4. Recusa obstinada do contato propriamente dito;
5. Situação de alarme no contexto familiar e/ou social, sem condições pessoais de enfrentamento;
6. Risco no território.

O item 6 foi acrescentado pela nossa equipe com base na realidade em que o CAPS está inserido. O serviço está localizado em um bairro periférico da capital paulista, local de grave violência urbana e que, portanto, deve ser também um parâmetro avaliado. Os Critérios de Crise demonstram a diferença da perspectiva de cuidado implementada no momento de avaliação de uma situação crítica em relação ao conjunto de sinais e sintomas elencados pela psiquiatria clássica que definiriam uma agudização clínica, ou seja, uma crise do indivíduo, corrigível pelo arsenal farmacológico e que pode devolver a ele o status de “normalidade”. Uma consequência fundamental da retirada do lugar de prioridade do saber médico no cuidado à crise em saúde mental que fazemos uso é o uso de psicofármacos ponderado e crítico, considerando os efeitos psicoativos pertinentes das drogas e não um ideal curativo (MONCRIEF, 2008), além de obedecer aos princípios da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (CAMPOS et al., 2014).

Para transmitir, coletivizar os processos e promover a discussão em equipe dos casos, utilizamos o Kanban que é um dispositivo de monitoramento dos usuários que estão em Acolhimento Integral. Nele contém dados importantes para organização dos processos de resposta à crise, além de ser um disparador para discussões e projeções do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A partir do que emerge durante o momento de agudização, é construído um Plano de Crise pactuado entre trabalhadores, sujeito e rede de apoio, que é parte do PTS e vai fazer parte da construção do caso clínico. Consideramos que o PTS é uma construção processual, elaborado na relação com o sujeito a partir de uma escuta ativa, que reconhece que o sofrimento tem uma história a ser escutada e contada, pois, ao mesmo tempo em que procede com a investigação, também desdobra o próprio tratamento. Será pela via da fala, do espaço dialógico e das trocas simbólicas com o

terapeuta e com sua rede de apoio que a pessoa poderá fazer da crise uma oportunidade de transformação. A partir deste enlace podemos, então, estabelecer projetualidades que vão dar suporte à continuidade após o momento agudo.

Concluimos, portanto, que a equipe de crise garante o não rompimento com o território, não só físico, mas também psíquico, de sua rede de afeto e de conflitos, a partir da intensificação do cuidado, que se mantém em liberdade. A compreensão da crise como possibilidade de ação permite que a função substitutiva do CAPS seja de fato concretizada, a partir da garantia da possibilidade de existência da loucura (AMARANTE, 2007).

Referências:

Referências:

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BERGSTRÖM, T. *et al.*. The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. **Psychosis**. v. 9, n. 4, p. 310-321, Jul 2017.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>.

Acesso em: 26 jul. 2024.

COSTA-ROSA, A., et al. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P.D.C. Amarante (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

DASSOLER, VA. Suporte emergencial à crise como proposta de intervenção clínica no campo da saúde mental: uma contribuição da psicanálise. 2020. Tese (Doutorado –

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2020.

DELL'ÁCQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, vol. 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

MONCRIEF, J. The myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment. New York: Palgrave MacMillan, 2008.