

SAÚDE MENTAL E COVID-19: UM OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) DO MUNICÍPIO DE CARUARU¹

Maria Luiza de Aguiar Interaminense Guerra², Michelly Cristina Rozeno³, Maria Daniele da Silva⁴

¹ Pesquisa Institucional desenvolvida no CAPS III pelo Programa de Pós-Graduação Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade ASCES-UNITA.

² Assistente Social do Curso de Pós-Graduação Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade ASCES-UNITA, marialuizaguerra051@gmail.com - Caruaru/PE/Brasil.

³ Assistente Social do Curso de Pós-Graduação Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade ASCES-UNITA, michellycristinarozeno@gmail.com - Caruaru/PE/Brasil.

⁴ Assistente Social do Curso de Pós-Graduação Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade ASCES-UNITA, danys2270@gmail.com - Caruaru/PE/Brasil.

Resumo: Introdução: Realizamos uma breve contextualização sobre a historicidade da saúde mental no Brasil, a influência estrangeira, as reivindicações sociais, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica durante o período ditatorial. Além disso, discorremos como as pessoas com algum tipo de transtorno mental ou sofrimento psíquico eram tratadas de forma desumana por diversos âmbitos sociais. **Objetivo:** Analisar a história da loucura e a atualidade diante a pandemia mundial do Covid-19 no CAPS III, no município de Caruaru em Pernambuco. **Resultado:** Como o SUS se fez ainda mais necessário, no cuidado humanizado e integral a saúde no adoecimento mental como expressão da questão social no contexto da pandemia. **Conclusão:** A comprovação da política de saúde para a garantia dos direitos sociais.

INTRODUÇÃO

A sociedade sempre estigmatizou e excluiu as pessoas que eram tidas como “anormais”, ou seja, quando não correspondiam a um determinado padrão, sendo elas, pessoas tidas como loucas e/ou pessoas com algum tipo de deficiência, isso quer dizer que era muito mais do que um padrão de beleza, era sobre algo que provavelmente essas pessoas “temiam” não conseguir controlar. E, apesar das evoluções advinda do nosso processo histórico, ainda a nos nossos dias atuais um preconceito que exclui muito essas pessoas da sociedade.

E, viemos por intermédio deste trabalho, realizado através de pesquisas bibliográficas, relatos de caso e de experiências vividas na área no período pandêmico, discutir sobre a importância das reivindicações e avanços na saúde mental. Realizamos uma comparação do início dessas lutas com a atual conjuntura perante o contexto da pandemia do covid-19 no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), de Caruaru.

METODOLOGIA

A presente pesquisa busca compreender os desafios e possibilidades da rede de atenção psicossocial em meio a pandemia do Covid-19, as constantes ameaças à política de saúde mental e as condições de trabalho nesse contexto.

Nessa perspectiva optamos por uma pesquisa bibliográfica conciliada com a experiência adquirida no cotidiano do CAPS III, no município de Caruaru.

1) O primeiro é resultado de uma reação contra os estudos macrosociológico que, em tese, reduzem a explicação das microrealidades aos grandes modelos de análise. Nesse primeiro fator também está enquadrada a reação à sociologia de cunho quantitativista. 2) O segundo fator, prosaico mas não menos importante, está aliado à redução do orçamento das pesquisas a partir dos anos 80, o que inviabiliza os grandes projetos que geralmente apresentam alto custo e cronogramas muito extensos (ROESE, 1999. p. 189).

RESULTADOS

Durante essa pesquisa analisamos de forma mais aproximada como a luta antimanicomial se fez importante na garantia de direitos das pessoas com transtorno mental, deficiência e/ou sofrimento mental, de como o tratamento era desumano e hoje, por mais que tenha tido avanços ainda existe muito preconceito por parte da sociedade ao ponto de os usuários não procurarem o serviço. Infelizmente, esse estigma é bastante enraizado pelo fato dos nossos antepassados terem sido tão cruéis, o que dificulta a efetivação do cuidado.

Ao ouvir relatos dos usuários nas rodas de conversa eles falam muito sobre o medo do preconceito, sobre não querer ir ao serviço por receio das falas da sociedade de frequentar um “lugar de doido” como eles dizem, a dificuldade da relação no meio familiar, a falta de empregabilidade por causa do transtorno e até em alguns casos abandono de seus cônjuges.

Durante esse período pandêmico muitos dos usuários passaram a necessitar ainda mais do atendimento da rede de atenção psicossocial, onde também tiveram o adoecimento mental de pessoas que nunca precisaram do serviço e pelo fato do isolamento social potencializar esse adoecimento, isso nos faz lembrar das instituições totais, onde a privação da liberdade era legalizada pela sociedade e Estado para o isolamento e controle.

Desse modo, notamos que o fortalecimento do SUS se faz ainda mais importante atualmente, visto que há um plano em andamento do governo para sucatear a rede de atenção psicossocial em meio a um período pandêmico.

DISCUSSÃO

Durante a trajetória histórica da humanidade, fica nítido como a sociedade não soube lidar com a loucura, qual a melhor forma de tratamento e/ ou acompanhamento, o que poderia possibilitar melhorias para pessoas com algum tipo de transtorno mental ou em estado de sofrimento psíquico e, além disso, a dificuldade extrema de escutar validando e respeitando seu discurso, tratando-os como um problema a ser resolvido, longe da família, colocando-os como uma responsabilidade exclusiva do Estado e que o combo: medicamentos intensos mais internação compulsória, resolveriam essa situação de saúde pública, e que durante tantos anos foram tratados com tanta violência e desrespeito.

Na Idade Média, como exemplo desse desconforto social frente à loucura, fez com que existissem os Naus dos Loucos, que eram barcos que faziam parte da rotina dos loucos, que eram literalmente expulsos de suas cidades e levados para o mais distante possível, assim livrando a sociedade de um constante perigo, evitando que ficassem perambulando pelas ruas das cidades. Posteriormente, surgiu a criação das instituições totais que, segundo Goffman (2008) se caracterizam como os hospitais psiquiátricos, prisões e conventos, sendo lugares fechados que se institucionalizava não apenas pessoas com deficiência ou com algum tipo de transtorno mental, mas também negros, pedintes, mulheres grávidas de relações extraconjugais etc., ou seja, todas àquelas pessoas rejeitadas e que eram marginalizadas na sociedade.

Para Goergen (1985), a definição da “anormalidade” está profundamente condicionada às conveniências da “normalidade”. “Trata-se de um processo ativo, mais ou menos consciente, de segregação de uma parcela da população, portadora de comportamentos dissonantes das expectativas dominantes da sociedade” (GOERGEN, apud JANUZZI, 2004, p.1).

Os hospitais psiquiátricos, isolavam, afastavam e controlavam essas pessoas das relações sociais—que muitas vezes fazia internamentos compulsórios —, já que não havia muitos estudos sobre os transtornos mentais, e seria mais racional isolá-las das que eram tidas como pessoas sãs. A maneira como tratavam os usuários, utilizando tratamentos controversos e muitas vezes ineficazes, agravavam a situação, eram técnicas cruéis, desumanas, onde as famílias abandonavam seus entes sem qualquer responsabilidade.

Existe várias histórias aterrorizantes com relação a esse modo de tratamento no Brasil, o manicômio que apresenta uma das histórias mais conhecidas e chocantes foi o manicômio de Barbacena, inaugurado em 1907, onde morreram mais de 60.000 pessoas, mas não morreram de transtorno mental, o real motivo dessas mortes foi o frio, a pneumonia, a fome, a tortura, a morte para estudo, o abandono, dentre outras doenças oriundas do descaso humano. O manicômio foi projetado para 200 pessoas, mas chegou a ter 5 mil pacientes, dentre adultos e crianças, a superlotação fez com que não houvesse dormitório para todo mundo, eles dormiam ao relento no chão, ao lado de dejetos humanos, ratos e baratas em meio a um esgoto aberto no hospital. Além do que a maioria dos casos que estavam no hospital, não apresentava nenhum transtorno mental, como os mendigos e homossexuais que foram discriminados no período da ditadura militar e foram “condenados” ao manicômio. Esse manicômio foi retratado pela jornalista Daniela Arbex em um livro intitulado o Holocausto Brasileiro, onde mostra as barbaridades e desumanidades que ocorriam naquele espaço.

ma. década de 70, o médico Franco Basaglia, liderou um movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, o que culminou com o fim dos manicômios naquele país. Esse movimento influenciou e inspirou profissionais aqui no Brasil, ainda na década de 70, pela luta antimanicomial e defesa intransigente dos direitos humanos. Sendo assim, nasce o movimento de Reforma Psiquiátrica, denunciando os manicômios como instituições violentas e desumanas, propondo outros caminhos como a construção de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, fundamentadas na Declaração dos Direitos Humanos e em princípios libertários e solidários.

Por muitos anos, no quesito saúde mental, o Brasil seguiu o modelo europeu que consistia nos hospitais psiquiátricos como principal meio de tratamento para pessoas com transtornos mentais, o que provoca exclusão e uma série de abusos e maus tratos que violam os direitos humanos. O movimento da Reforma Psiquiátrica busca a implantação e o funcionamento de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental, ações e equipamentos em cada município para que seja necessário o uso dos recursos intra-hospitalares. Além disso, a reforma visava uma mudança no pensamento social a fim de modificar a visão estereotipada da loucura, nos dando a possibilidade de conhecer o outro em sua originalidade e a partir desta conhecer nossas próprias limitações em relação ao outro e a nós mesmos.

A luta por uma verdadeira reforma psiquiátrica no Brasil foi intensa e longa, mas desencadeou na Lei nº 10.216 em 2001, proposto pelo então Deputado Paulo Delgado em 1989. Com a aprovação dessa lei, 12 anos depois, houve uma grande discussão nacional, principalmente com relação a desinstitucionalização verdadeira e a reinserção social desses pacientes, como um portador de

transtorno mental poderia viver em sociedade sem nenhum risco, como a família iria lidar com essa nova dinâmica e com a relação de sua forte responsabilização sobre o paciente.

Assim, segundo o Ministério da Saúde (2011) existem três possibilidades: a internação voluntária, com o consentimento do paciente; a involuntária, sem consentimento e a pedido de outra pessoa; e a compulsória, que é determinada pela justiça. Sendo assim com essa legislação foram definidos direitos a pessoa com transtorno mental e qual a assistência e ressocialização desses indivíduos, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por outros serviços como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Diária, Hospitais Dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Serviço Residencial Terapêutico e o Programa “De Volta pra Casa”.

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) vem sendo implementado no país desde 1986, o primeiro foi introduzido no município de São Paulo, tendo por principal objetivo a promoção e integração social e cultural, com os indivíduos com transtorno mental, para que eles possam ter uma vida normal, estimulá-los a viver bem com seu diagnóstico e tratamento, além de ter um acompanhamento eventual.

Segundo o Ministério da Saúde (2005) esse serviço de saúde é aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicose, neurose grave e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Existem as modalidades de uma CAPS, isso varia de acordo com o porte dos municípios. CAPS I: abarca cidades com pelo menos 20 mil habitantes; CAPS II: abarca cidades com pelo menos 70 mil habitantes; CAPS III: abarca cidades acima de 200 mil habitantes; CAPS II: abarca cidades com mais de 200 mil habitantes, atendendo especialmente crianças e adolescentes; CAPS ad II: abarca cidades com mais de 700 mil habitantes, que atende dependentes de substâncias psicoativas; CAPS ad III: atende cidades com mais de 200 mil habitantes.

No ano de 2003 foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH) como o intuito de melhorar a efetivação dos princípios do SUS, dessa forma, a PNH é uma política voltada a atenção e cuidado em saúde que se efetiva na atuação profissional através da escuta qualificada e sensibilizada para compreensão além do que está explícito e principalmente afim de articular para

uma resolubilidade mais ágil e prática.

Para a formação de vínculos entre profissionais, usuários e famílias é necessário a superação das concepções de família que passam por mudanças ao longo dos anos e dos padrões de classe, gênero, raça, etnia e orientação sexual. Vale ressaltar que a sociedade brasileira é heterogênea e a grande maioria dos usuários do SUS perpassa por dificuldades em seu cotidiano, dentre eles: a violência, desemprego, alcoolismo, tabagismo, entre outros. O reconhecimento de cada singularidade se faz importante na saúde dos usuários. De tal maneira, os profissionais muitas vezes criam uma relação de respeito e amizade que possibilita a compreensão da importância do atendimento humanizado.

Os CAPS é uma rede de serviços substitutivos de acordo com a população de cada território e de egressos dos hospitais psiquiátricos, instituições destinadas a acolher usuários com transtornos mentais e/ou sofrimento mental, estimular sua integração social e familiar, apoiar-os em suas iniciativas na busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico, atendimento psicológico, participação em grupos terapêuticos que busca integrá-lo a um ambiente social e cultural, sendo a principal estratégia para a consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica.

Atuando na rede de atenção psicossocial na pandemia, mais precisamente no CAPS III- Caruaru, tivemos que nos adaptar a uma nova conjuntura. Com o distanciamento físico, já que se falar em distanciamento social em uma sociedade tão desigual e bipolarizada entre ricos e pobres é algo praticado a tempos e sem nenhuma autorização de ambas as partes desse distanciamento social que tem o teor fortemente econômico, além de que é um trabalho de educação em saúde de fortalecer os meios de prevenção em relação ao COVID-19. No início, todos estavam apavorados sem saber, se as notícias que circulavam nos meios de comunicação eram verdadeiras ou falsas, pois como o COVID era uma doença nova, pouco se sabia sobre ela e muito se pesquisava sobre tal, o volume diário de informações a se absorver era intensa, mas algumas orientações sempre foram seguidas como o distanciamento físico e o uso constante do álcool em gel para higienização das mãos.

O serviço do CAPS III funciona todos os dias atendendo adultos com transtornos mentais e principalmente em crises graves e persistentes, além do que oferta hospitalidade noturna que chamamos de pernoite para os casos que naquele momento precisam de um cuidado contínuo e que provavelmente não conseguem fazer isso sozinhos e/ou não têm suporte familiar para tal, assim, ficam sendo acompanhados por uma equipe multidisciplinar composta por: enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmácia, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional e holística, profissional de educação física entre outros. Ou quando essa

pessoa está em crise, mas consegue ter uma certa independência, mas ainda assim precisa de um cuidado mais de perto, fica na assistida que é quando passa o dia no serviço participando de grupo terapêutico e faz uso da medicação necessária e no fim do dia volta para sua casa.

Apesar das oficinas e grupos serem um dos principais instrumentos de trabalho desse serviço, por conta da pandemia e da proibição nacional de qualquer aglomeração ou atividade em grupo, essas atividades foram suspensas nos primeiros meses e retomando gradualmente agora no mês de outubro respeitando a segurança e saúde dos usuários, acontecendo em ambientes abertos e com número reduzido, esse tipo de atividade é tido como um carro chefe no serviço, pois o grupo terapêutico aproxima o usuário do serviço, dos outros usuários, de seus familiares quando participativos e conseqüentemente possibilitando um melhor desenvolvimento no seu tratamento.

Dessa forma, o que vem acontecendo nesse período de pandemia e com o alto número de mudanças, isolamento, estresse, angústia, ansiedade é o aumento de casos de adoecimento mental. Assim há o aumento da procura por esse serviço por pessoas que nunca tiveram qualquer tipo de transtorno, além do que notamos o agravamento dos usuários que já eram acompanhados pelo serviço, sendo assim, nesses últimos meses o fluxo de pessoas tem sido bem intenso.

A equipe do CAPS III comprova a importância do trabalho multidisciplinar, de como ele é eficaz quando realmente acontece, como todas as profissões podem contribuir na saúde do usuário, o exemplo mais explícito disso é processo de acolhimento, quando o usuário procura o CAPS é preenchido uma ficha de acolhimento pela recepcionista que direciona esse processo a um dos técnicos de referência presentes no dia, esse técnico realiza o acolhimento onde se faz uma escuta do usuário e é registrada todas suas demandas as quais o fizeram procurar o serviço. A partir daí é discutido o caso com toda equipe onde veremos qual é o melhor direcionamento, se é ser admitido ao serviço ou se é ser encaminhado a um outro serviço mais especializado, ou referenciada para atenção básica.

CONCLUSÕES

Sendo assim, a rede de atenção psicossocial, tem sido um lugar de muita luta e resistência, tanto para os profissionais que se viram em meio a uma pandemia, muitas vezes sem estrutura e sem equipamentos de proteção adequados, quanto para o usuário que tiveram seu sofrimento potencializados. O que sabemos hoje é que esse serviço é imprescindível e necessário na nossa sociedade, sem espaço para retrocessos, mas sim para avanços, objetivando sempre a melhoria de qualidade do tratamento das pessoas com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico.

Se faz imprescindível a responsabilidade profissional para efetividade do atendimento humanizado, e que todos que fazem a rede de saúde pública atendam de forma ética às pessoas que recorrem ao SUS, ou mais especificadamente no CAPS III, assim possibilitando um atendimento acolhedor para resolução das queixas e necessidades de acordo com a área de atuação de cada profissional.

Assim, o trabalho multidisciplinar potencializa a qualidade do atendimento de forma positiva, e isso é algo que precisa ser muito ressaltado para que não haja desmonte, os usuários da saúde mental merecem e precisam de respeito, e nós enquanto profissionais de saúde precisamos reforçar inclusive a desconstrução do preconceito que muitas vezes prejudica o serviço, é algo que é bastante nítido no cotidiano dos CAPS III. O respeito entre o processo de trabalho de um serviço para com o outro, o respeito mútuo entre profissionais também é primordial para continuidade do cuidado de forma eficaz.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Humanização; Assistente Social

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>> Acesso em: 12.10.2020

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília, DF: MS; 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 13.10.2020

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2013.

ROESE, M. A metodologia do estudo de caso. Cadernos de sociologia, Porto Alegre, PPGS/ UFRGS, v. 9, p. 189-200, 1999.