

Análise do Leito – Noite de um CAPS III

Intervenções possíveis

Raquel do Lago Favaro

INTRODUÇÃO

Este texto se refere ao trabalho de conclusão do aprimoramento em Saúde Mental, realizado pela UNICAMP, com a parte prática feita no CAPS Antonio da Costa Santos que se localiza na região Sul de Campinas, e que é gerido pelo Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira.

Me interessei pelo programa do aprimoramento a partir da experiência que tive no último ano de faculdade quando fiz o estágio de clínica dentro da instituição Candido Ferreira e mais especificamente dentro do Núcleo de Atenção a Crise. Mas o que me interessou foi conhecer na prática a rotina de um Caps, pois havia tido contato apenas durante a discussão do projeto terapêutico de pacientes que estavam internados no NAC.

A partir disso comecei a parte prática do meu aprimoramento dentro do Caps Toninho, no começo participando de alguns grupos que já existiam e depois já dentro de uma mini-equipe acompanhei alguns casos atendendo individualmente, como referência.

Dentro do Caps me interessava muito pelos pacientes que estavam internados, conversava com os outros profissionais para entender como funcionava o tratamento dessas pessoas, dentro da correria e da agitação que é um Caps com mais de 200 pacientes inseridos, mas mais do que conversar, observava com um olhar diferenciado, que é o olhar de quem vem de fora e que chega em uma equipe e em um equipamento que já está estruturado, qual era a dinâmica do tratar a crise.

Me interessava pensar como a crise, independente do “tipo da crise”, era cuidada para que não fosse só uma passagem, para que coisas fossem elaboradas e que o sujeito pudesse levar desse momento tão intenso de

sofrimento algo para a sua vida fora do Caps, fora da “proteção” que tem a instituição.

Comecei a realizar um grupo feito semanalmente com os pacientes que estavam em crise para ouvir dos próprios pacientes quais eram os motivos pelos quais os pacientes ficavam internados e como estava sendo o tratamento desses pacientes no CAPS.

O trabalho pretende a partir da experiência que tive com a equipe, a partir da experiência com esse grupo, com o embasamento teórico e com as minhas observações, entender como é feito um atendimento à crise dentro do Caps, quais “tipos de crise” o CAPS esta lidando e algumas sugestões de intervenções que podem ajudar no trabalho do CAPS.

O “ESTAR” NO CAPS TONINHO

Um texto é sempre um relato de um momento, de uma experiência que é única, assim “estar” no CAPS Toninho para mim pode ser muito diferente que para muitas pessoas. Esse momento pode ser eternizado, através do texto como um recorte de muitas outras coisas que vivenciei dentro deste espaço.

Entrar em um ambiente com tantas informações novas, tantos cheiros e sensações, pessoas desconhecidas em um espaço aonde tudo era nova e a única certeza era de que a saúde mental era o que desejava.

No momento em que cheguei tudo me parecia confuso, as pessoas ainda não me conheciam e algumas pessoas da equipe trabalhavam juntas a algum tempo, mas para mim também não se conheciam. Entrar nesse espaço como uma intrusa, mas uma intrusa que veio para ajudar, para ter um olhar diferenciado de quem tem críticas, idéias. Tentando entender o porque das coisas acontecerem daquela maneira, quais eram os objetivos dos grupos, como poderia naquele momento exercer o meu papel.

A principio fiquei imersa na convivência, convivendo com os pacientes que me contavam sobre sua historia de vida, como haviam chegado no CAPS, sobre os seus delírios e alucinações, sobre o sofrimento. Como era difícil estar em contato com esse sofrimento durante todo o tempo que estava no CAPS, havia momentos que precisava me discriminar da loucura, entrar em um outro espaço, então entrava na sala de equipe, espaço importante para reuniões, passagens de plantões, discussões de caso e para a fuga de todos da equipe, aonde você consegue se diferenciar como “não louco”.

Com o passar do tempo comecei a sentir necessidade de ter funções determinadas, me sentia muito solta, saia todos os dias do CAPS muito cansada sem entender muito bem o porque, sentia não estar fazendo muito pelo serviço, pelos pacientes e por mim.

Quando cheguei os projetos terapêuticos eram pensados por um único profissional, ou algumas pessoas que tinham afinidades discutiam sobre os pacientes, mas as referencias eram feitas individualmente.

Foi um momento delicado para a equipe, aconteceram algumas perdas que foram difíceis para os pacientes e por isso também para a equipe e após um tempo alguns ganhos que ajudaram a equipe a se reestruturar, conseguindo se organizar em mini-equipes.

Foi a partir dessa organização que comecei a estar mais inserida na equipe, comecei a atender pacientes individualmente, entrar como co-terapeuta em grupos que já existiam, assumir referências junto com a mini-equipe e agora imersa no trabalho pensar em grupos que surgiriam a partir da demanda dos usuários. Quando isso acontece o “estar” no CAPS começou a ficar diferente, poder exercer o meu trabalho, pensar as ações que pudessem fazer da minha passagem algo que fosse interessante para mim, para a equipe e para os usuários.

PENSANDO A CRISE

Dentre muitas coisas que aconteciam dentro do CAPS, para mim, o cuidado a crise era o que chamava mais a atenção; não porque não existia um cuidado, ou que as coisas aconteciam de forma errada, mas como já dito, era um dos meus interesses durante esse ano. Pois acredito que os pacientes que se tratam no CAPS devem ser internados durante o momento de crise no serviço aonde já fazem tratamento, aonde já tem um vínculo e aonde vão continuar quando saírem deste momento de sofrimento mais intenso, mas com base na experiência que tive em uma unidade de internação não conseguia pensar como alguns daqueles pacientes que precisavam de um cuidado muito mais intenso podiam ficar em um CAPS durante a crise.

Podemos pensar na crise como um *“momento de ruptura, de descontinuidade tanto para o sujeito como para o meio social, os quais demandam cuidados intensivos e intervenções emergenciais. Intervenções estas que visam reconstruir a ‘historia da crise’, como também pontuar situações do cotidiano que possibilitem, ao sujeito, tomar posse dos acontecimentos de sua vida como algo próprio.”* (Zago, Ramos & Oki)

A crise é o espaço para o inesperado, para a ação, as intervenções têm um embasamento teórico, mas precisam ser rápidas e muitas vezes agimos como que por instinto, por reação as situações.

Entendo o Leito- Noite como o coração do CAPS, pois é a única coisa que não para, os plantões são 24 horas, mas com isso vem a dificuldade que existe de passar as informações, principalmente nos plantões noturnos que vêem o paciente em um momento muito pontual e não participam das discussões com a equipe que constrói o projeto terapêutico individual junto ao paciente.

A partir do que fui observando e vivenciando pude identificar algumas intervenções que acompanhavam as internações:

- Os pacientes que estavam internados eram atendidos pelas suas referencias, continuavam os grupos que freqüentavam quando não estavam em crise, se isso fosse possível, tinham um acompanhamento próximo da

enfermagem, pois um dos auxiliares de enfermagem de cada período ficava responsável pelos pacientes internados.

- O plantão do “Acolhimento do dia” onde um profissional fica responsável um período da semana pelas intercorrências que acontecem naquele período com pacientes que estão no Caps, algumas intercorrências junto ao SAMU e triagens urgentes que chegam ao Caps.

- Passagem de plantão, que é o momento do dia onde são discutidos os projetos terapêuticos de pacientes que estão no leito- noite e as intercorrências que acontecem nos plantões (manha, tarde e noite), sentia que as passagens eram empobrecidas e que as discussões não eram realizadas, parecia que era uma passagem meramente burocrática, o paciente esta bem, comeu bem, dormiu a noite, e o que para mim era importante ser discutido como o porque do paciente estar ali, qual eram as condutas que estavam sendo tomadas e intervenções feitas, entender um pouco a historia do paciente, para que os profissionais que estavam no “acolhimento a crise” estivessem um pouco a par do caso, não era discutido.

Começaram a aparecer durante a assembléia muitos assuntos relacionados ao uso que os pacientes que não estavam em crise estavam fazendo do leito-noite; muito usuários dormindo durante o dia nas camas, o som alto embaixo da janela que estava no leito, mostrando a dificuldade que mesmo um CAPS que foi projetado para isso tem em lidar com as duas situações, pacientes que freqüentam o CAPS de forma intensiva, semi intensiva e não intensiva e pacientes que estão de fato internados no serviço.

A partir do que fui percebendo sobre o cuidar da crise dentro de um CAPS comecei a pensar junto a uma TO e com um auxiliar de enfermagem como poderíamos construir um cuidado diferenciados para esses usuários, alem dos que já existiam, através de intervenções que pudessem repensar o espaço e o cuidado a crise pelas opiniões e observações dos próprios usuários.

Assim, em meio ao inesperado que a crise suscita, começamos a realizar um grupo que tinha a freqüência de duas vezes na semana com duração de uma hora, onde reuníamos todos os pacientes que estavam internados a principio

ouvindo as demandas que iam surgindo, para a partir disso entender um pouco quais os critérios que são utilizados para que as pessoas fiquem no leito e como estava sendo o tratamento dessas pessoas no momento de crise.

Pensamos em um grupo com três coordenadores para oito pacientes em media, devido à complexidade dos casos, alguns pacientes não conseguiam ficar no grupo, assim um dos coordenadores realizaria intervenções mais individuais no mesmo horário do grupo. Os coordenadores tinham que ter uma constancia, pois os pacientes tinham bastante rotatividade, com exceção de alguns casos que ficavam um período maior no leito, pois a internação de pacientes no CAPS geralmente é curta.

O grupo começou como reclamação dos problemas que existem pra quem esta no leito noite, que são muitos como: roupas que somem, o radio do Caps que fica ligado alto embaixo da janela do leito, pacientes que deitam nas camas das outras pessoas. Essas questões envolviam o espaço do leito, mas exigiam que os outros pacientes que não estavam naquele momento participassem das discussões, por isso os encaminhamentos para esses pedidos eram feitos durante a assembléia.

Depois de alguns encontros, mesmo com a rotatividade dos pacientes, o grupo foi mudando de formato e passou a ser um grupo terapêutico, aonde os pacientes diziam do porque estavam no leito, quais eram as atividades e atendimentos que estavam ajudando no tratamento, qual era o papel da família no tratamento e na crise, diziam um pouco da historia de sua crise e a todo tempo, nós coordenadores procurávamos, pensar junto com os pacientes como seria voltar para casa depois dessa internação, o que eles haviam conseguido elaborar. As intervenções não se davam de forma simples, pois se tratavam de pacientes psicóticos ou neuróticos graves e em uma situação muito particular da vida.

CONCLUSÕES

É importante ressaltar que esse grupo não teve início no começo do aprimoramento, por isso as conclusões feitas são um recorte de um período do ano, assim algumas coisas podem ter sido mudadas a partir de discussões que eram feitas no CAPS enquanto os grupos eram realizados.

Pude perceber algumas dificuldades e fazer algumas observações a respeito da crise dentro de um CAPS III. CAPS é um equipamento que tem poucos anos desde a sua formação, por isso algumas coisas estão em constante transformação. Esses aspectos dos quais falarei são idéias que tive a partir de discussões, leituras e do que eu acredito que seja cuidar da crise.

- Tipos de crise: através do que foi levantado dos grupos, podemos perceber que muitas vezes o CAPS não atende apenas crises psicóticas, podem ser crises sociais, internações para se prevenir crise, internações que podem prevenir recaídas de usuários de drogas. Essa para mim é a peculiaridade de se ter internação no espaço de tratamento longitudinal do paciente, pois quando se percebe que estão acontecendo algumas mudanças no comportamento do mesmo você pode intensificar os atendimentos ou como uma forma de prevenção, a internação, para tentar evitar a ruptura que a crise suscita.

Com as crises chamadas aqui de sociais (são pacientes que tem na família ou no ambiente aonde moram alguma dificuldade) vem a dificuldade dos profissionais terem que dar conta de algo que não conhecem muito bem, fazendo com que algumas vezes o processo demore mais do que o necessário por não se ter uma assistente social que nos auxilie em tomadas de decisões e caminhos que podem ser seguidos.

- Família: necessidade que existe dos familiares estarem mais envolvidos e implicados para o tratamento, para que a responsabilidade se dilua entre a equipe, paciente e família. Para isso penso em um grupo específico para os familiares de pacientes que estão em crise, ou um horário somente para essas famílias e que a vinda desses familiares seja uma condição para que o paciente esteja internado. Com isso acredito que a equipe pode ter muitos ganhos, pois a família pode dizer mais sobre paciente, e é ela que vai estar junto a ele quando o mesmo voltar para

a casa. Esses grupos podem envolver questões sobre a doença, sobre a dinâmica familiar, possíveis dúvidas dos familiares sobre o momento de crise e qual o papel da família no tratamento. A vinda da família também pode ajudar em questões práticas como levar a roupa suja do paciente e substituir por roupas limpas e trazer produtos de higiene pessoal.

- Um pedido que os pacientes sempre traziam era a instalação de armários individualizados, para que cada paciente tenha a sua chave e possa guardar as suas roupas e os seus pertences. Poder cuidar dos pertences é muito importante nesse momento, para que o usuário possa se apropriar e ter responsabilidades sobre objetos que dizem respeito somente a ele, podem ajudar a fazer a distinção entre o eu e o outro. Sumir uma peça de roupa de um paciente em crise pode fazer com que ele sinta muito invadido e às vezes isso desorganiza muito o paciente.

- Plantões: um complicador percebido durante os grupos é a dificuldade que existe de comunicação entre os plantões, fazendo com que o plantão noturno tome muitas vezes condutas bem diferentes dos plantões do dia. Como fazer com que os plantões noturnos fiquem mais afinados em relação as condutas e projetos terapêuticos de cada paciente? Essa é uma grande questão levando em conta que alguns trabalhadores tem outro emprego ficando difícil para esses estarem durante as reuniões. Acredito que a participação de um dos funcionários do período noturno nesse grupo de leito seria muito interessante, pois o grupo qualificou o atendimento dos pacientes em crise e qualificou as passagens de plantão nos períodos onde os coordenadores estavam. A questão do plantão deve ser um ponto muito importante a ser discutido constantemente, pois a equipe da noite fica menos favorecida em relação as discussões de caso, mas se as passagens de plantão forem bem qualificadas e se os funcionários dos outros turnos estiverem a par do caso podem passar as informações de maneira clara, mas isso não exclui a necessidade deles participarem mais ativamente das discussões em mini-equipe.

Muito assuntos, imagens, discussões foram aparecendo na minha memória quando escrevi esse texto. Acredito que consegui de maneira pessoal, falar

sobre o meu trabalho e a minha vivencia no CAPS Toninho. As conclusões e observações feitas são como um quadro, aonde cada pintor tem uma maneira de pintar e um jeito de ver a mesma imagem, assim esse texto mostra como pude pintar o meu quadro dentro do CAPS.

REFERENCIAS

- Harari, A, Valentini, W (org), 2001, *A reforma psiquiátrica no cotidiano*, São Paulo, Hucitec