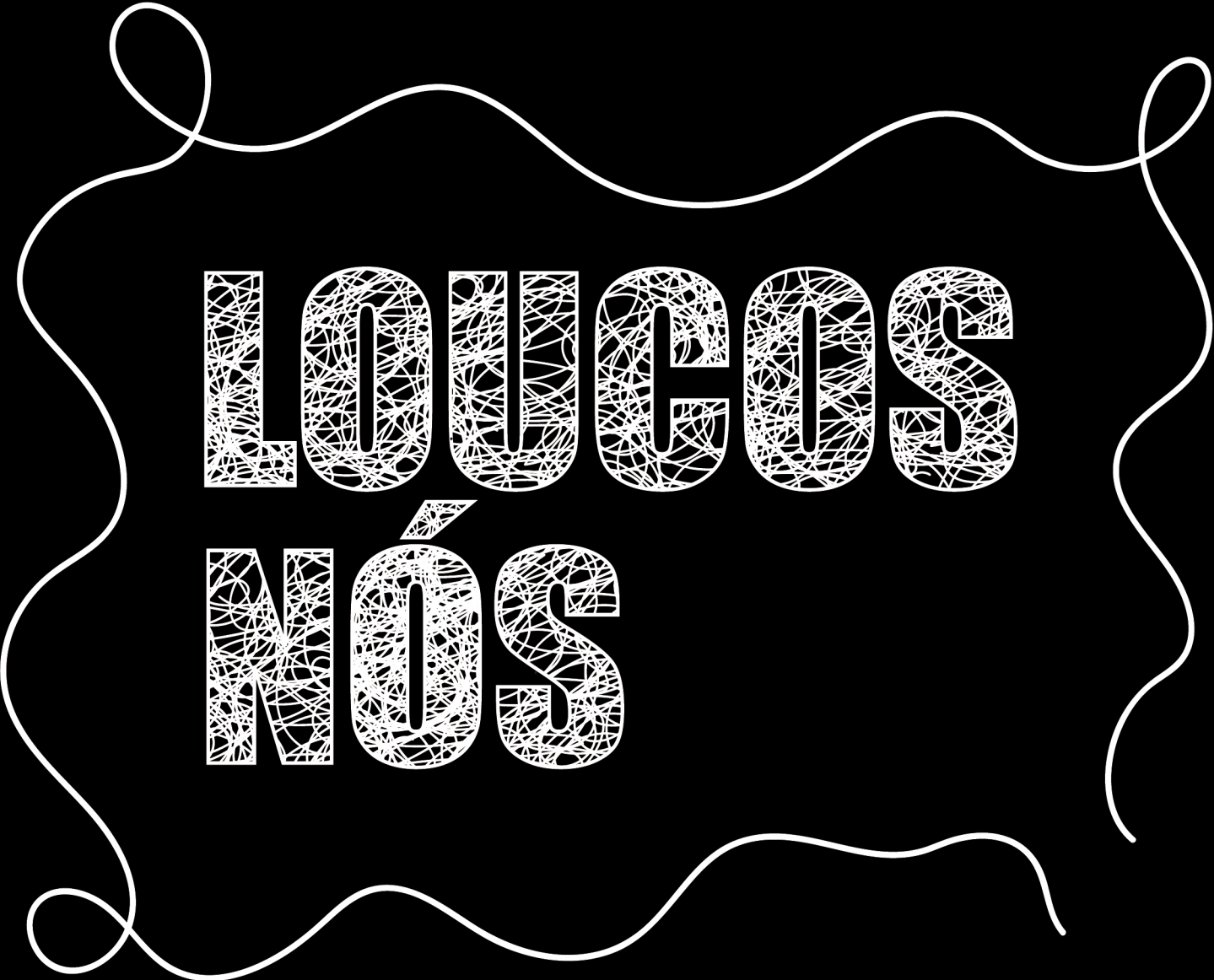


LOUCOS NÓS

**A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO
MUNICÍPIO CATARINENSE DE SÃO JOSÉ**

Samantha Sant'Ana



LOUCOS NÓS

Somos condicionados a subestimar os sintomas que não vemos e a nos preocupar com o que é óbvio, aparente, exposto na carne. Deixamos de lado o bem-estar psicológico até quando o físico puder suportar e ignoramos o fato de que tudo que afeta o corpo, interfere na mente e vice-versa. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada 10 pessoas no planeta possui algum tipo de transtorno mental. As outras nove são aquelas que convivem, conhecem ou já conheceram essas pessoas.

Reportagem: Samantha Sant'Ana

Projeto gráfico: Matheus Laste

Fotos: Luiza Kons e Arquivo IPQ

Na pequena sala de paredes brancas, cinco mulheres e uma menina que acompanha uma delas, sentam em cadeiras dispostas em círculo. Elas aparentam ter entre 35 e 55 anos e apesar de morarem na mesma cidade, talvez nunca conversassem se não fosse o diagnóstico de seus filhos e irmãos. A psicóloga, Cristina Folster, distribui um papel onde são listadas orientações diárias aos familiares de pessoas com transtornos mentais. É o início de mais um encontro de família no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, na cidade de São José, em Santa Catarina. As reuniões ocorrem na primeira semana de cada mês.

Os CAPS são o eixo estratégico da atual política de atenção à saúde mental no Brasil. Eles são formados por equipes multiprofissionais voltadas às pessoas em sofrimento psíquico grave e àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Seu objetivo é evitar ao máximo a internação, como preconiza a lei nº 10.216, conhecida como lei da reforma psiquiátrica. A norma determina que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Elas estão ali para falar de si, mas automaticamente só falam deles. O transtorno afeta diretamente quem é atingido por ele e aqueles que se relacionam com a pessoa em sofrimento. Todas expõem suas dúvidas, as mudanças percebidas, os medos, as expectativas, as aflições e também as alegrias. Pode parecer difícil que haja bons momentos em meio ao tratamento, que por vezes é contínuo, de um transtorno mental, mas eles existem.

Marisa* é quem começa a falar, essa é sua primeira reunião. O irmão, Fernando*, tem 24 anos e foi diagnosticado recentemente com transtorno bipolar. Nem ele e nem os pais aceitam a doença. A adesão ao tratamento no CAPS é conseguida aos poucos.

– *Eu conversei sério com ele. “Você vai ou não? Como é?”*

– *Ele vindo nos grupos ele vai acabar se dando conta do que tem, do que não tem... As pessoas que estão lá vão acabar falando coisas parecidas com o que ele sente. Ele vai começar a se encontrar – afirma a psicóloga.*

A INTERNAÇÃO, EM QUALQUER DE SUAS MODALIDADES, SÓ SERÁ INDICADA QUANDO OS RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES SE MOSTRAREM INSUFICIENTES

-LEI 10.216

Folster questiona os outros familiares como foi com elas, e Sandra* comenta sobre o filho. Tiago* tem esquizofrenia depressiva desde os 18 anos, hoje está com 29.

– *Ele não aceitava não, ele achava que não tava doente.*

– *A Camila até hoje não sabe que tá doente. Ela não se deu conta.*

A psicóloga ressalta que apesar disso, a filha de Ivone* segue o tratamento. Camila* tem 35 anos e também foi diagnosticada, na adolescência, com esquizofrenia hebefrênica.

– *O Tiago fica muito depressivo porque ele pergunta pra mim se tem cura...?*

O filho de Sandra se angustia ao recordar de como era no passado. A expectativa de cura se transforma em queixa de tempos em tempos. Nesses momentos de profundo desânimo, ela relata que precisa supervisionar os cuidados com a higiene dele. Ivone revela ter essa preocupação todos os dias.

– *Então, pra não prejudicar, do jeito que ela já tá prejudicada nesse sentido dela ter sido tão normal... Eu faço. Lógico que é cansativo, mas eu faço, comenta Ivone.*

Sandra fala que o filho já tomou um antidepressivo que o fazia se sentir mais animado, porém, o médico precisou suspender o remédio porque provocava aumento de peso.

– *A gente tem medo de uma hora ele pensar bobagem, porque ele já pensou...*

Folster comenta que a psiquiatra pode reavaliar a situação e, assim, receitar outro antidepressivo. As pessoas podem responder de maneiras diferentes ao tratamento. O resultado que uma medicação gera em um paciente não necessariamente aparecerá em outro. As adaptações para cada caso são comuns.

– O melhor que se tem pra fazer é ouvir. Nunca dizer, “não é nada, isso vai passar”, não fala isso. Porque é uma coisa forte e naquele momento ele não acha que vai passar – aconselha a psicóloga.

– *É o que eu faço, afirma Sandra.*

Em outro momento, uma das mães relata a melhora observada no filho com o tratamento. Da mesma forma, Ivone menciona a surpresa que teve ao perceber algumas atitudes da filha.

– *Eu achava que ela vinha e ficava ali, como uma cadeira, uma mesa.*

– *Não, ela é bem congruente. Responde quando a gente pergunta, nunca sai da realidade. A Camila é objetiva, ela fala poucas palavras.*

– *Sempre foi assim – afirma Ivone.*

– *Mas ela fala, se precisar ela vai falar – garante a psicóloga*

Folster lembrou um exercício desenvolvido pelo grupo que Camila participa. Eles tinham que se descrever usando uma folha de papel, por meio de palavras ou desenhos, a escolha era livre.

– *Ela fez. Depois explicou o que ela havia feito, assim como os outros.*

– *Quando chega alguém lá em casa, ela jamais faria isso antes, a Camila pergunta: “ah, vocês querem tomar um refrigerante?” Ela não fazia isso, é efeito do CAPS – conclui Ivone.*

– *Ela tá mais motivada. Igual ao Tiago. Não é porque ele tem esquizofrenia que ele não pode ter um tempo deprimido, que não tá legal... A Camila já esteve desmotivada, agora tá mais motivada – argumenta a psicóloga.*

A reunião completa durou uma hora e foi finalizada com um apelo de Folster para que elas não deixem de cuidar de si. “Não fiquem focadas só neles, às vezes com uma preocupação excessiva que até faz mal para o paciente”.

NUNCA DIGA, “NÃO É NADA, ISSO VAI PASSAR”, PORQUE NAQUELE MOMENTO ELE NÃO ACHA QUE VAI PASSAR.

- Cristina Folster, psicóloga



LEVANTA, ABRE A JANELA, VAI PRO SOL QUE MELHORA?

Não existe definição oficial para a saúde mental, nem um teste que possa determinar quem teria mais ou menos dela. Sabemos que é influenciada por vários elementos: psicológicos, físicos, sociais, biológicos e culturais.

De acordo com a psiquiatra do CAPS II de São José, Bianca Schwab, de maneira geral, algumas doenças têm um componente genético importante, principalmente a esquizofrenia e o transtorno de humor bipolar. Neste último, “a hereditariedade pode chegar a 70% em parentes de primeiro grau”. O psiquiatra e ex-presidente da Associação Catarinense de Medicina (ACP), Eduardo Pimentel, também destaca os fatores externos. “Tem o meio ambiente, que é o que a pessoa aprende, o que a pessoa passa. Ah, então não passar por estresse é o ideal? Não. Um pouquinho de estresse é bom, o problema é o estresse muito grande, especialmente na infância e adolescência”.

Este ano, no Dia Mundial da Saúde, lembrado em 7 de abril, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a campanha “Depressão: Vamos Conversar”. O objetivo é estimular a discussão do assunto e a busca por ajuda. A doença afeta mais 300 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de habitantes, 5,8% da população. De um modo geral, ela é caracterizada por uma tristeza persistente associada a sentimento de culpa e baixa autoestima, falta de interesse, distúrbios do apetite e do sono. A doença é heterogênea, podem existir casos em que o sujeito come muito e passa o dia inteiro dormindo, outros em que mal se alimenta e não consegue dormir, explica Pimentel.

A CIÊNCIA DA SAÚDE MENTAL IMPLICA NO ENTENDIMENTO DO SER HUMANO, DA SUA VIDA SOCIAL, DAS SUAS RELAÇÕES QUE SÃO DIFERENTES DAQUELAS ENTRE UM OSSO E OUTRO OSSO.

- Walter Oliveira, presidente da Abrasme

Conforme estatísticas divulgadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a taxa de incidência do transtorno bipolar é de 1 a 3%. Percentual semelhante ao da esquizofrenia que é de 1%. Junto aos números estão as histórias de Marisa, irmã de Fernando, Ivone, mãe de Camila, Sandra, mãe de Tiago, Carlos* e Guilherme*, amigos de César*.

O médico e presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Walter Oliveira, destaca que o entendimento desses dados exige a quebra de alguns padrões de pensamento por parte dos gestores. “Quando você se depara com uma ciência humana, de entendimento do ser humano, que implica que a vida social é parte importante e fundamental do funcionamento do ser humano como um todo, que as relações humanas são diferentes das relações entre um osso e outro osso, você precisa ter um aprofundamento desta visão para entender esta parte da saúde”, observa Oliveira.

SEM SABER O QUE FAZER

O sofrimento faz parte da vida de todos nós em contextos e intensidades diversas. A morte de um ente querido, por exemplo, pode desencadear um período de profunda tristeza. Talvez o ponto de separação esteja quando essa fase persiste e impede a realização de tarefas diárias, quando a vida passa a acompanhar o caminho que a dor trilha, quando o organismo assume um modo de ação que nem mesmo a própria pessoa reconhece.

– “Meu Deus o que tu tem?” Era o que Sandra questionava em pensamento. O filho, na época com 18 anos, não dormia, andava de um lado para o outro e reclamava de um aperto no peito. Com medo que fosse algum problema de coração, a mãe marcou uma consulta. O médico disse que era ansiedade, prescreveu um remédio e Tiago voltou para casa. Segundo a OMS,

a ansiedade atinge 18,6 milhões de habitantes no país, o que representa 9,3% da população.

PROBLEMAS SOCIAIS, INSENSIBILIDADE, COMPETIÇÃO E SITUAÇÕES DE AGRESSÃO TAMBÉM INFLUENCIAM O NÚMERO DE SUICÍDIOS.

- Centro de Valorização da Vida (CVV)

Tiago olhava para cima e começava a rir, às vezes, Sandra também ria e se perguntava: “*Tiago, o que é que tá acontecendo contigo, meu Deus?! Olha só!*”. Ele não respondia nada. Em outro momento, Sandra notou que ele levava repetidamente xícaras de café para o quarto. Abriu a porta e viu que todas estavam intocadas. “*Meu filho, tu não tá tomando nada*”. Um dia, Tiago respondeu que eram “*pra eles, pra eles...*”. Sandra não via ninguém além dele e cogitou a possibilidade do filho ter “*coisa com espírito*”. A alternativa depois foi recusada, “*não, eu vou procurar é uma ajuda profissional mesmo. Porque não era normal, né?*” Alguns dos sintomas mais observados na esquizofrenia são a indiferença em relação ao ambiente e aos outros, ideias de perseguição e distorções da realidade.

Sem saber o que fazer, ela pediu ajuda a um político na região. Quando uma psicóloga foi visitá-la, Tiago pulava com um pé só dentro de casa, não dormia e nem comia há três dias. Naquela ocasião, a solução foi a internação. “*Uma dor de cabeça, tu dá um remédio, uma dor de barriga, um problema no coração, tu vai levar correndo no hospital... E da mente, o que a gente faz? Porque tu não sabe, tu não sabe*”, desabafa Sandra.

A ANSIEDADE ATINGE 18,6 MILHÕES DE BRASILEIROS, OU SEJA, 9,3% DA POPULAÇÃO.

- Organização Mundial da Saúde (OMS)

Em 2007, uma pesquisa da ABP em parceria com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), constatou que 17 milhões de pessoas sofrem de transtorno mental grave no Brasil, o que representa 9% da população.

A parcela mais atingida por essas doenças tinha pouca escolaridade e eram moradores das periferias das cidades. Em relação ao atendimento, 64,5% dos indivíduos com transtorno mental grave, ou seja, mais da metade utiliza os serviços públicos de saúde. No entanto, apenas 33% conseguiram ser atendidos em até um mês.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O conjunto de dispositivos necessários à assistência da saúde mental formam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS estabelece os principais locais de atendimento à saúde mental no país. Os CAPS fazem parte dessa política e são distribuídos de acordo com suas particularidades e o número de cidadãos.

Os CAPS I são implantados em municípios que apresentam população acima de 20 mil habitantes. Os CAPS II, acima de 70 mil, assim como o CAPS AD, que é específico para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O CAPS I é voltado ao atendimento de crianças e adolescentes em regiões com mais de 150 mil moradores. Todos funcionam de segunda a sexta, das 08h às 18h. Os CAPS III são serviços de atendimento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana e são implantados em municípios com mais de 200 mil habitantes, assim como os CAPS AD III. Do total de 105 CAPS no estado, há três do tipo 24 horas. Um CAPS III em Criciúma, outro em Joinville e um CAPS AD III em Chapecó.

NÚMERO DE HABITANTES COMO CRITÉRIO PARA IMPLANTAÇÃO:

CAPS I - MAIS DE 20 MIL

CAPS II E CAPS AD - MAIS DE 70 MIL

CAPS III E CAPS AD III - MAIS DE 200 MIL

A RAPS deve funcionar não só com os Centros de Atenção Psicossocial, mas em conjunto com diversos pontos previstos na rede. Ela se estrutura desde a atenção em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultório na Rua, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), até

enfermarias especializadas em hospitais gerais em casos de internação. Apesar de ter sido instituída em 2011, sua origem tem mais de 40 anos.

A doença mental, o transtorno ou a famigerada loucura, já foi livre, ligada ao misticismo e às significações religiosas antes de ser entendida como um problema a ser solucionado pela medicina. No Brasil, o primeiro hospício foi inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. O manicômio Dom Pedro II, assim como tantos outros que foram construídos no país, assumiu a função de excluir e “reeducar” todos que não se encaixavam nos ideais morais vigentes. Não havia medicamentos psiquiátricos, e os “loucos” também eram os epiléticos, os doentes venéreos, as pessoas com deficiência, as prostitutas, as mães solteiras, as mulheres que perdiam a virgindade antes do casamento, as esposas adúlteras, homossexuais, alcoolistas e todos que fugiam às regras da sociedade considerada normal.

“UMA DOR DE CABEÇA, TU DÁ UM REMÉDIO, UMA DOR DE BARRIGA, UM PROBLEMA NO CORAÇÃO, TU VAI LEVAR CORRENDO NO HOSPITAL... E DA MENTE, O QUE A GENTE FAZ? PORQUE TU NÃO SABE, TU NÃO SABE”.

- Sandra

O livro “Holocausto Brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex, traz relatos de sobreviventes do maior hospício do país. O Hospital Colônia de Barbacena (MG) foi criado em 1903. Péssimas condições de higiene, alimentação escassa, maus tratos, superlotação e completo descaso eram comuns no local onde morriam até 16 pessoas por dia e que carrega em torno de 60 mil mortos em sua história. Na atualidade, o complexo que abrange o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e um hospital regional, ainda é a casa de pacientes crônicos remanescentes do Colônia mineiro.

A reforma psiquiátrica que colocou em desuso a figura do manicômio, combate o isolamento e consolida a busca por direitos só ganhou força no século XX. Seu auge ocorreu na década de 1970. O italiano Franco Basaglia foi o grande precursor da ideia que influenciou o movimento brasileiro no mesmo período. A desinstitucionalização proposta na tradição basagliana enxerga

a loucura além da visão patológica e coloca a pessoa antes da doença. No lugar do modelo centrado nos hospitais, a assistência se desenvolveria prioritariamente na comunidade. O que se traduz na participação e circulação das pessoas com transtornos mentais e seus familiares pela cidade e nos serviços oferecidos pela rede, que não se expressam só na área da saúde.

NO PASSADO, OS “LOUCOS” ERAM AQUELES QUE FUGIAM ÀS REGRAS DA SOCIEDADE CONSIDERADA NORMAL.

No CAPS II Ponta do Coral, em Florianópolis, o coordenador Diogo Boccardi menciona que em geral, os familiares têm a expectativa de que o tratamento se baseie nas medicações. Com isso, os membros da equipe tentam orientar sobre a importância de modificar o jeito de lidar com a pessoa em sofrimento e da participação em terapias não farmacológicas. “Mas ainda impera um *ideal* de comportamento vinculado à ausência de *sintomas de transtornos mentais*”, salienta.

A Constituição de 1988 e a consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de outros movimentos sociais e conferências de saúde mental, colaboraram para a reestruturação gradativa da assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), apresentou um projeto que determinava a regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. Após 12 anos de tramitação, a lei nº 10.216 só se tornou realidade em 2001.

A última edição do relatório Saúde Mental em Dados do Ministério da Saúde, divulgado em outubro de 2015, mostra que o número de CAPS em todas as suas especialidades aumentou de forma constante. De 148 no ano de 1998, para 2.209 unidades em 2014. O indicado é que exista um para cada 100 mil habitantes. A taxa de cobertura nacional é de 0,86. Atualmente, o Ministério da Saúde registra 2.341 CAPS habilitados em funcionamento no país. Santa Catarina tem 105 unidades.

A coordenadora de saúde mental do estado, Rosilene Brasil, aponta que um grande obstáculo no atendimento em rede é a falta de conhecimento, já que muitos profissionais começam a atuar na área sem saber o histórico, os princípios que motivaram a criação dos centros de atenção. A percepção é confirmada pelo coordenador do CAPS II Livremente, Valdecir Dias, do município de Palhoça (SC) e também pela coordenadora de saúde mental de São José (SC), Priscila Martins. Esta acredita que essa deficiência vem desde a graduação, “porque o trabalho com o CAPS é um trabalho coletivo, chega lá o profissional tem dificuldade em trabalhar em grupo e com uma demanda bastante específica”.

Boccardi ressalta que esse impedimento vem de uma cultura que precisa ser modificada. “Enquanto a saúde mental for vista como um campo de trabalho ‘de especialistas’, as pessoas continuarão desassistidas e vulneráveis. É preciso investir em mudanças culturais significativas e na garantia de direitos de todos”.

Em 2005, os recursos federais designados à saúde mental apresentaram significativa reversão. Se em 2002, ano seguinte à aprovação da lei da reforma, os hospitais recebiam 75,24% do investimento e a atenção comunitária apenas 24,76%, em 2013 os hospitais ficaram com 20,61% do orçamento e 79,39% foram para os serviços de atenção comunitária.

Ao analisar a série histórica do gasto integral com saúde mental no período de 2001 a 2014, a mestre em Política Social Edineia Figueira, constatou no artigo “O financiamento federal em saúde mental no Brasil pós aprovação da lei de saúde mental” que essa inversão não significou aumento do valor à área e sim num reordenamento das despesas. Do total orçamentário da saúde, mantiveram-se os 2,54% destinados à saúde mental. Ela também expõe o fato de que a maioria das ações hospitalares é direcionada a procedimentos realizados em instituições privadas conveniadas ao SUS.

Em março deste ano, o governo de Santa Catarina anunciou mais uma etapa do Programa Reviver, voltado à recuperação de dependentes

químicos. A ação permite o credenciamento de comunidades terapêuticas e o consequente repasse de R\$ 8,7 milhões pela Secretaria de Estado da Saúde. A RAPS admite tais serviços, no entanto, o presidente da Abrasme questiona esse aporte integral às comunidades em detrimento de outros estabelecimentos da rede que demonstram eficácia consensual. “Eu não sou contra a comunidade terapêutica, acho a ideia boa para umas coisas e para outras não. As CTs (comunidades terapêuticas), ainda têm que limpar muito essa imagem de violadora de direitos que é merecida”, explica Walter Oliveira.

OS PRINCIPAIS CRITÉRIOS PARA O ATENDIMENTO NO CAPS II SÃO O RISCO E O COMPROMETIMENTO.

No Brasil, os recursos públicos direcionados à saúde crescia em acordo com a variação do Produto Interno Bruto (PIB). Com a aprovação da proposta de emenda constitucional (PEC 241), a receita da saúde, a partir de 2018, obedecerá ao mesmo valor que foi gasto no ano anterior corrigido apenas pela inflação, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Ainda que tenha se mantido um percentual mínimo a ser repassado aos governos estaduais e municipais, a PEC promulgada em dezembro de 2016 impactará na distribuição de recursos.

Como já alertavam dois pesquisadores do Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea), Fabiola Supino Vieira e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides, “a proposta de um ajuste fiscal focado exclusivamente nas despesas primárias, por 20 anos, afeta particularmente as políticas sociais e desconsidera o efeito de tal medida para o desenvolvimento econômico e social do país no médio e longo prazos”. Trecho da Nota Técnica, “Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para efetivação do direito à saúde no Brasil”, publicada em setembro do ano passado.

A RAPS EM SÃO JOSÉ

Santa Catarina tem 295 municípios, quatro com mais de 200 mil habitantes. São José está entre eles e ocupa a quarta colocação, com estimativa de 236 mil moradores. A cidade é conurbada à capital, Florianópolis, que tem o segundo maior número, com 477,7 mil residentes. Há 233 cidades com menos de 20 mil habitantes, parâmetro exigido para a implantação de CAPS I, e que teriam na atenção básica, o principal dispositivo de assistência à saúde mental. Conforme Brasil, para suprir a necessidade da atenção estratégica, alguns municípios se unem aos vizinhos para a implantação de CAPS Microrregional.

A estruturação da RAPS em São José teve início em 2012. A data marca a implantação do CAPS II, local da reunião na qual Sandra, Marisa, Ivone e outros familiares estiveram. O CAPS AD e o CAPS i foram inaugurados em 2015. Um levantamento do CAPS II de São José mostrou que foram feitos 157 acolhimentos de maio a agosto de 2016. Destes, 66 iniciaram o tratamento; também foi registrada a alta de 12 destes pacientes.

Desde 2004, a cidade contava apenas com um Centro de Referência em Saúde Mental (CRSM), que era a única opção de todos que necessitavam de atenção especializada na área. A assistência insuficiente gerou uma fila de espera para a psiquiatria de aproximadamente três mil pessoas. Hoje, o CRSM, que funciona como um ambulatório, tem dois psiquiatras e um enfermeiro, está localizado na Policlínica do bairro Campinas e atende só adultos. Martins afirma que após um rematricamento para verificar quem ainda esperava pelo atendimento, a fila foi reduzida para cerca de 1.200. Entretanto, ela alerta que os ambulatórios não são preconizados pela RAPS.

A atenção básica é representada não só pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) presentes nos postos de saúde, mas pelos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), que comportam profissionais de diferentes áreas – fisioterapeutas, pediatras, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e nutricionistas. São José possui quatro equipes NASF, uma para cada região do município, norte, sul, leste e oeste.

“ENQUANTO A SAÚDE MENTAL FOR VISTA COMO UM CAMPO DE TRABALHO ‘DE ESPECIALISTAS’, AS PESSOAS CONTINUARÃO DESASSISTIDAS E VULNERÁVEIS. É PRECISO INVESTIR EM MUDANÇAS CULTURAIS SIGNIFICATIVAS E NA GARANTIA DE DIREITOS DE TODOS”.

- Diogo Boccardi, coordenador do Caps II Ponta do Coral

A lógica da rede é que o paciente entre pela atenção básica, onde são realizados exames clínicos que podem detectar qualquer outro problema de saúde associado. Assim, de acordo com Martins, quando é identificado um caso de transtorno mental leve, o tratamento é feito na atenção básica, quando o transtorno é moderado, ele é encaminhado ao ambulatório e em casos mais graves, direcionado ao CAPS.

A psicóloga do CAPS II de São José, Cristina Folster explica que esse conceito de gravidade não é bem definido entre a atenção básica e a especializada. Além disso, a lotação nos postos de saúde contribui para a sobrecarga nos Centros. O CAPS II de São José tem aproximadamente 230 pessoas em atendimento e uma equipe formada por 12 profissionais – dois psicólogos, dois psiquiatras, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um enfermeiro, um farmacêutico, três técnicos em enfermagem e um técnico administrativo. Os usuários também recebem alimentação enquanto estão na unidade e vale transporte.

Embora alguns transtornos sejam mais frequentes, o diagnóstico não é determinante para o acolhimento. Os principais critérios para o atendimento no CAPS II são o risco e o comprometimento. O risco é a ameaça que a pessoa em sofrimento pode apresentar a si e aos outros. O comprometimento é o grau de dificuldade na realização de tarefas diárias e também o autoisolamento. “Se a pessoa está sofrendo porque aconteceu alguma coisa na vida dela, mas ela não tem chance de ser internada, não está em risco, nem tem comprometimento, não vai ficar conosco”, ressalta Folster.

Os CAPS em São José ainda funcionam em regime de “portas abertas”, ou seja, qualquer um pode ir até o local buscar assistência. O início

do tratamento dependerá da avaliação feita pela equipe. Martins reitera que a pessoa com esquizofrenia, por exemplo, não necessariamente será um caso de CAPS, “o paciente não é do CAPS, ele está no CAPS”. Dessa forma, quando ele estiver em melhores condições poderá retornar aos outros serviços da rede, como o ambulatório ou o NASF. Além das demandas psiquiátricas, os usuários da RAPS continuam a expressar necessidades clínicas como qualquer outra pessoa e precisam de acompanhamento na atenção básica.

Ao contrário dos outros dispositivos, as atividades são coletivas nos CAPS. Folster explica que há atendimento individual, principalmente se o usuário não se sente apto a participar dos grupos, mas a maioria das ações são desempenhadas em conjunto.

O projeto terapêutico singular é elaborado com o paciente, ele é quem deve escolher se deseja participar da oficina de teatro, do plantio na horta ou de qualquer outro grupo que mostrar interesse. A psicóloga revela que no início, alguns não se identificam com as tarefas ou com o grupo que integram. Aos poucos, a resistência é vencida e a evolução vem mesmo sem a pessoa perceber.

O trabalho desenvolvido nos CAPS tem o intuito de evitar a internação. Entretanto, quando a gravidade extrapola os recursos já empregados, a pessoa é encaminhada para o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ). Não só em São José, mas para toda a grande Florianópolis, ele ainda é o único serviço de internação e atendimento de urgência na área e que funciona 24 horas. Não há leitos psiquiátricos nos hospitais gerais da região.

Quando Sandra não sabia o que fazer com o filho que emagrecia cada vez mais por não se alimentar, ele foi internado no IPQ. Depois de 30 dias, quando voltou para casa, ela chegou a pensar que estivesse curado. Tiago arrumou um emprego e deixou de tomar os remédios. Quando foi questionar o filho, ele a agrediu com uma pá. Com o coração apertado, Sandra o expulsou de casa. “*Não meu filho, já que tu fez isso, tu vai viver a tua vida. Tu aqui tu não mora mais*”. Ao recordar a cena, ela conta que não soube compreendê-lo e que Tiago jamais faria nada se estivesse tomando os remédios.

Durante um ano, a mãe acompanhava o filho de longe. No segundo surto, ele a procurou, “mãe, me ajuda, eu preciso de ajuda”. Sandra impôs que ele seguisse o tratamento e Tiago voltou para casa. Ela recorda a pergunta repetida pelo filho a cada médico que encontra: “*Eu nunca vou melhorar, Doutor?*” A resposta é sempre a mesma, “Tiago, tu vais melhorar só com a medicação, tu nunca podes parar”.

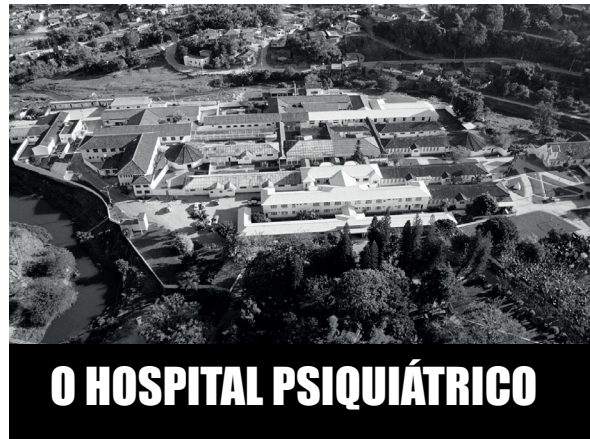
O pai de Tiago morreu quando ele tinha oito anos. Sandra saiu do Sul do estado e veio para São José com o filho. Está casada há 11 anos. Ela sonhava em cursar Direito, mas o diagnóstico de esquizofrenia redirecionou os planos que havia feito. Queria ajudar Tiago. No lugar das leis, cogitou Psicologia..., mas a profissão não corresponderia as suas expectativas. Pensou em Medicina, mas não tinha como largar o emprego e se dedicar aos estudos.

A paixão pela Advocacia permanece. Chegou a tentar uma vaga numa faculdade particular, mas os preços das mensalidades eram altos demais. Aos 46 anos, ela tem medo de perder o emprego devido à crise anunciada na empresa que trabalha. Sandra tem muita fé na capacidade do filho que não se contentava mesmo quando as notas eram altas no colégio. A mãe chegou a procurar um cursinho de informática na comunidade, não conseguiu matriculá-lo porque a renda ultrapassou o limite máximo.

“O PACIENTE NÃO É DO CAPS, ELE ESTÁ NO CAPS”.

- Priscila Martins, coordenadora de saúde mental de São José

Sandra olha para mim na esperança de que as minhas palavras quando forem publicadas, possam gerar efeitos positivos, mas gostaria que algum especialista da área da saúde estivesse ao meu lado. Alguém que pudesse mudar a resposta da pergunta repetida por Tiago. “*Porque eu confio que um dia Deus vai mostrar uma medicação, que vai ter cura essa esquizofrenia. Da onde ela veio, eu não sei. Mas ela vai ter cura, se Deus quiser*”. Tiago começou a frequentar o CAPS II em 2015.



“O momento é outro: passou-se o tempo da missão de guardar. Esta missão a história também vai perdoar. O futuro não perdoará insistir na não superação deste momento. E o desconforto continuará agulhando a consciência. Pois ter consciência gera alguma dor”.

(Reflexões Manicomiais – Resíduos Poéticos de um profissional do IPQ - Lademir Alegre, 2012).

O IPQ ainda é conhecido pelo antigo nome, Hospital Colônia Santana (HCS), mesmo título do bairro em que está localizado, na cidade de São José. O Colônia catarinense não carrega narrativas diferentes de outros manicômios.

Inaugurado no dia 10 de novembro de 1941, a obra fazia parte de uma política higienista impulsionada pelo então Interventor, Nereu Oliveira Ramos (1936-1947). Na mesma década também foi fundado o Hospital Nereu Ramos (1940), destinado ao tratamento de pessoas com tuberculose e outras doenças infectocontagiosas e o Hospital Santa Tereza (1943), voltado aos pacientes com hanseníase e que na época foi chamado de leprosário.

No evento de aniversário dos 75 anos da instituição realizado no ano passado, a enfermeira do IPQ há mais de 35 anos, Elianí Costa, expôs um pouco do histórico do HCS. O hospital projetado para receber 300 pacientes já iniciou as atividades com 311. O excedente que se multiplicaria constantemente, resultou nos chamados “leitos-chão”, no lugar das camas, colchões distribuídos pelo pavimento.

Os primeiros remédios psiquiátricos foram criados na década de 50 e só começaram a ser utilizados no HCS no final da década de 1970. Sem

medicação específica, o tratamento consistia na prescrição de xaropes, aspirinas, rotina de trabalho na própria instituição ou na casa de funcionários do hospital e eletroconvulsoterapia (ECT), mais conhecido como eletrochoque. O ECT ainda é praticado no país e de acordo com a ABP é menos invasivo que algumas medicações. A técnica é indicada em casos específicos e pode causar perda de memória. Em entrevista ao médico Drauzio Varella, a psiquiatra Márcia Macedo Moraes comentou que, no Brasil, o método nem sempre segue os padrões de aplicação indicados, o que amplifica os riscos. Segundo Costa, a última sessão com ECT no HCS foi feita em 1984. Naquele tempo, os choques eram dados indiscriminadamente, às vezes apenas como forma de controle.

NO IPQ, OS “LEITOS-CHÃO” PERMANECEM. A ÚNICA ALA FEMININA COSTUMA ABRIGAR ATÉ 50% ACIMA DA SUA CAPACIDADE, QUE É DE 40 LEITOS.

Sob direção de ordem religiosa, os cuidados com os pacientes eram efetuados pelas freiras ou por vigilantes do hospital. Os primeiros profissionais da área da saúde só começaram a trabalhar no HCS nos anos 70, data que marca o início da reforma psiquiátrica. Na mesma época, a instituição apresentou o auge de sua ocupação, com 2.200 pessoas internadas.

As mudanças no atendimento prestado e a redução no número de pacientes só têm início na década de 1990. Para evitar o descredenciamento do SUS, no ano de 1996 o então Hospital Colônia Santana passou a se chamar Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. O intuito era oferecer um modelo humanizado em detrimento das más condições vividas pelas pessoas internadas. Desde então, o IPQ tenta contrapor esse passado e reafirma em meio ao limbo, sua função dentro da atenção à saúde mental. O IPQ modificou o tratamento ofertado com o passar do tempo e hoje é administrado pelo governo estadual. Atualmente é dividido em duas partes principais.

O Centro de Convivência Santana (CCS) é a herança viva do manicômio, lá estão 150 pacientes moradores. Pessoas que após anos de internação reduziram seu mundo aos muros do IPQ. Perderam o vínculo familiar e/ou não tem

condições de viverem sem assistência. Muitos morrerão no CCS e a cada vez que isso ocorre, o leito é fechado pelo Ministério da Saúde, até que não haja mais moradores no hospital.

Já as unidades provisórias são responsáveis por receber os casos recentes de internação e se dividem em três enfermarias masculinas – entre elas uma de dependência química – e uma feminina. Juntas, disponibilizam 160 leitos. O psiquiatra e diretor do IPQ, Paulo Márcio Souza, revela que a ala feminina costuma abrigar até 50% acima da sua capacidade, que é de 40 leitos. Até a data dessa entrevista, dia 19 de maio, o IPQ possuía um total de 164 pacientes agudos, quatro a mais do que deveria comportar. Os “leitos-chão” permanecem.

Eduardo Pimentel trabalha no ambulatório de esquizofrenia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e no IPQ. O psiquiatra denuncia a desassistência, a falta de investimentos e a retirada do hospital especializado da RAPS como propulsores dessa situação. Para ele, a ausência de cuidados faz com que as pessoas não consigam tratar os casos leves e assim, quando buscam por ajuda, o transtorno já piorou.

CASOS SOCIAIS

Na década de 1990, César e Carlos iam à missa em igrejas diferentes na capital. A celebração de Carlos acabava antes e assim, ele e o grupo de amigos sempre se encontravam em frente à Catedral, no centro da cidade. César era o mais sensível da turma e por causa disso, ganhara o apelido de “César chorão”. O grupo se reunia em datas comemorativas, o aniversário do amigo mais emotivo era regado a café, refrigerante e salgadinhos servidos por sua mãe. César tinha 30 anos, não trabalhava, os amigos até desconfiavam que havia algo errado, mas nada que impedisse o relacionamento. “A gente notava que ele era um tanto depressivo... Fora isso, normal”, conta Carlos.

Durante um tempo, eles perderam o contato. Um dia, Carlos foi surpreendido pela mãe de César em sua porta. Ele não entendia como ela tinha encontrado a casa certa na extensa rua em que

vivia, mas ela tinha. A mãe do amigo lamentava a falta da antiga amizade e o “puxão de orelha” veio com literatura, “*nós somos responsáveis por quem cativamos*”. Carlos nunca mais esqueceu, “*às vezes tu relaxa de ver um parente, ver um amigo, a vida tem disso. Mas aquela flor, aquele perfume tá lá. A gente sabe que quando chegar lá, vai ser bem recebido e a gente não se toca o quanto é importante*”. Talvez ela soubesse do valor que o apoio dos amigos teria na vida do filho mais tarde.

Quando a mãe de César morreu no ano de 2010, o apartamento onde moravam se tornou um lugar quase inabitável, a poeira e o lixo invadiam todos os cômodos. A desordem externa era o reflexo do que também acontecia dentro de César. Os amigos acharam que era só a expressão do luto que cedo ou tarde, seria superado, porém, isso não ocorreu.

“NO QUE TU DIMINUI LEITOS PSIQUIÁTRICOS, TU AUMENTA MORADORES DE RUA, TU AUMENTA AS PESSOAS NAS PRISÕES, PORQUE AS PESSOAS TEM QUE FICAR EM ALGUM LUGAR PORQUE ESTÃO ABANDONADAS”.

- Eduardo Pimentel, psiquiatra

Sem ninguém próximo o suficiente, César comprava fiado na farmácia, na padaria, no mercadinho... Carlos ri ao lembrar que o amigo desviava o caminho para não passar pelos lugares em que sabia que estava com muitas dívidas. Por ser conhecido na região, os vizinhos vendiam na incerteza do pagamento e na crença da solidariedade que podiam oferecer.

Após dois anos, perceberam que César não tinha condições de viver sozinho. Guilherme, outro amigo, precisava de um lugar provisório para ele e o irmão ficarem durante a reforma do apartamento que estavam. As duas necessidades se uniram. A estadia de um mês na casa de César se transformou em anos.

Carlos e Guilherme buscaram contatar parentes do amigo que nunca especificava o problema que tinha e citava nomes de cineastas com a mesma complicação. Ele assegurava que não era nenhum louco e associava suas dificuldades à depressão... César não fazia nenhum tipo de tratamento.

O diagnóstico de esquizofrenia foi descoberto ao vasculharem documentos antigos e registros de internações no Instituto São José – hospital psiquiátrico particular que opera na cidade.

Os amigos procuraram o posto de saúde do bairro e esperaram pelo encaminhamento ao CAPS, que demorou mais de um ano. Enquanto Guilherme e Carlos conversam comigo, o último recebe uma ligação de César. Ele avisa que já saiu do Centro e logo pegará o ônibus para casa. A comunicação entre eles é diária. Aos 51 anos, César frequenta o CAPS II desde 2014.

“A GENTE NOTAVA QUE ELE ERA UM TANTO DEPRESSIVO... FORA ISSO, NORMAL”.

- Carlos

A irmã mais próxima dele tem Alzheimer e vive com o marido, um senhor de quase 80 anos. O cunhado é o responsável legal por César, que recebe aposentadoria e um benefício associado aos pais. Se não fossem os amigos, talvez ele estivesse junto aos pacientes do IPQ que contrariam a média de permanência de 19 dias na ala psiquiátrica e de 17 na ala de dependência química. Esta última só existe para os homens.

De acordo com a enfermeira do IPQ, Eliani Costa, os chamados casos sociais são aqueles em que a pessoa com transtorno mental não tem amparo familiar e nem para onde ir após a internação. Souza não tem um dado oficial sobre a quantidade de indivíduos nessa situação, mas avalia que seja em torno de 10% dos pacientes. Eles ajudam a compor o excedente sempre presente na história da instituição.

Pimentel considera esses casos o maior problema. Ele narra a história de uma mulher abandonada pela família, diagnosticada com esquizofrenia e portadora do vírus HIV. Vítima de estupro e outras agressões, ela foi internada no IPQ e não recebeu mais alta, “se a gente der alta, vai pra rua e aí?”. Sobre a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos ele conclui, “no que tu diminui leitos psiquiátricos, tu aumenta moradores de rua, tu aumenta as pessoas nas prisões, porque as pessoas tem que ficar em algum lugar porque estão abandonadas”.

Nesses casos, o psiquiatra afirma que o hospital tenta encontrar alguém que possa ficar como responsável ou busca vagas em pensões financiadas pelo município. Em outra situação, a paciente só conseguiu um curador após mais de dois anos internada. O médico alerta para a consequência desses eventos, “os problemas estão saindo da psiquiatria e estão caindo no jurídico”. Há vários pedidos judiciais de internação compulsória sem que o paciente tenha passado pelos serviços substitutivos, afirma a coordenadora de saúde mental de Santa Catarina, Rosilene Brasil.

Souza ressalta que mesmo se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) pudessem ser utilizados nesses casos sociais, a medida não resolveria o problema da superlotação. Os SRT's são casas construídas fora do hospital psiquiátrico para que pessoas internadas há mais de dois anos ou egressos de manicômios judiciais possam morar. Os residenciais de tipo I comportam no máximo oito moradores e os de tipo II, 10. Há cinco SRT's em Santa Catarina, dois deles estão em São José pois são vinculados ao IPQ, ou seja, não são administrados pelo município. O que existe na cidade é uma parceria com uma instituição privada, onde moram 17 josefenses.

Segundo Souza, a reforma psiquiátrica é um pouco ingênua e não conseguiu implantar os leitos em hospitais gerais. “Aí o que acabou acontecendo é que a população ficou desassistida. Sobrou só para os CAPS, que é um sistema bom, mas ele é limitado”. Ele também acredita que os hospitais especializados sofrem preconceito, já que a estrutura não seria o problema e sim como ela é organizada. “A questão é o funcionamento. Você pode ter um hospital funcionando inserido, como é o nosso, inserido na comunidade”.

HÁ VÁRIOS PEDIDOS JUDICIAIS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA SEM QUE O PACIENTE TENHA PASSADO PELOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.

Tanto o diretor quanto Pimentel concordam com as diretrizes para a atenção em saúde mental divulgadas pela ABP em 2014. O documento defende a instauração de vários dispositivos previstos na RAPS, porém, com a inclusão dos hospitais psiquiátricos. Apesar de trazer propostas

semelhantes à política atual, a publicação defende a adoção de serviços polêmicos, como a prática do ECT pelo SUS e os leitos de longa permanência, que seriam ocupados por pessoas sem vínculo familiar e sem autonomia para realizar tarefas diárias. Brasil avalia as diretrizes da ABP como um retrocesso e apelo à cultura hospitalar.

A Portaria 3.088 que instituiu a RAPS, admite que o hospital psiquiátrico possa ser acionado nas regiões em que o processo de estruturação da rede ainda não esteja consolidado. Contudo que deem continuidade à substituição desses leitos e à implantação de enfermarias especializadas em hospitais gerais. A coordenadora culpa a ausência de interesse político e de investimentos na RAPS. Ela enfatiza que a existência do IPQ acomoda os governantes e corrobora com a deficiência da rede e a consequente inexistência de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais da grande Florianópolis – região formada pela capital e municípios vizinhos.

“AÍ O QUE ACABOU ACONTECENDO É QUE A POPULAÇÃO FICOU DESASSISTIDA. SOBROU SÓ PARA OS CAPS, QUE É UM SISTEMA BOM, MAS ELE É LIMITADO”.

-Paulo Márcio Souza, diretor do IPQ

Dados do Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial em Santa Catarina 2015 - 2018, recomendam que junto aos CAPS, São José precisa de uma equipe de Consultório na Rua, um CAPS AD III, duas Unidades de Acolhimento (UA) (adulto e infanto-juvenil) e 30 leitos no Hospital Regional de São José. O Ministério da Saúde já efetivou repasse para o início da implantação destes leitos, mas, por enquanto, isso não ocorreu.

Com mais de 20 internações, Tobias não guarda boas lembranças da instituição psiquiátrica. O padeiro e confeitoiro que fazia várias receitas de bolo sem nenhuma receita, comemora 15 anos sem precisar ser internado, a última foi em 2002. Ele frequenta o CAPS II Livremente, do município de Palhoça. Tobias começou com a maconha e foi para o crack. Em suas alucinações, saía pelas ruas e se denominava Jesus Cristo. Um dia, sofreu um acidente na rodovia e acordou no IPQ. De acordo com Tobias, a psiquiatra explicou que o seu diagnóstico de esquizofrenia apareceria de qual-

quer forma, mas foi potencializado pelo consumo das drogas. Transtornos mentais como a esquizofrenia, também podem ser desencadeados pela utilização de substâncias psicoativas, afirma a psiquiatra do CAPS II de São José, Bianca Schwab.

Tobias mora com a mãe, que é portadora do vírus HIV e tem transtorno bipolar. Ela faz tratamento no ambulatório de saúde mental da cidade, “a gente cuida um do outro”, comenta. Tobias tem medo de ficar sozinho na casa onde mora e acredita que apesar de ter irmãs, elas não vão querer sua companhia, “eu fiz minha mãe sofrer muito”. Para ele, além de ajudar a não ser mais internado, o CAPS é o local onde encontra os amigos e pode ter a vida social que não existe no bairro onde mora.

“PRIMEIRO, A GENTE PRECISA FECHAR OS MANICÔMIOS PRA QUE SE CRIE A NECESSIDADE POLÍTICA E QUE SE POSSA DISPONIBILIZAR OS RECURSOS AOS OUTROS SERVIÇOS”.

- Diogo Boccardi, coordenador do CAPS II Ponta do Coral

No caderno de registros do Centro, Tobias é um dos que mais escreve. Ele revela que tem três livros escritos em casa. São declarações pessoais e frases de incentivo aos colegas.

Seja qual for o lugar que estivermos, quando temos amigos ao nosso lado, podemos superar doenças, não que elas sejam curadas, mas são superadas.

Seguindo o tratamento com cuidado, conforme os conselhos que temos em nossos grupos terapêuticos. Podemos levar uma vida tranquila e estável sem os altos e baixos que a doença nos provoca (...).

O presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Walter Oliveira, enfatiza que a defesa do fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos leva em conta a cultura e as práticas de tratamento nesses locais. “Ah, se você fechar os leitos psiquiátricos as pessoas vão ficar na rua sem assistência... Eles não estão entendendo qual é a discussão. A discussão é que o fechamento dos leitos psiquiátricos é necessário porque ele é ineficaz, ele é ineficiente”. Ele cita como exemplo os pacientes moradores que estão lá há décadas e que não retornam à sociedade. Também acusa falta de entendimento dos gestores de saúde.

Em audiência pública realizada no dia 29 de maio, Diogo Boccardi, psiquiatra do CAPS II Ponta do Coral em Florianópolis, fortaleceu essa posição e afirmou que a ideia de que a rede precisa estar completa e bem incrementada para o então fechamento dos hospitais psiquiátricos restantes no país é uma falácia. “Primeiro, a gente precisa fechar os manicômios pra que se crie a necessidade política e que se possa disponibilizar os recursos aos outros serviços”.

A visão é corroborada pela ex-coordenadora de saúde mental da cidade de Joinville (SC). Sandra Vittorino esteve no cargo de 1996 a 2014 e expressa que os desafios sempre existiram e “o maior deles é convencer gestores e sociedade que é possível tratar a doença mental em ambientes abertos, perto da família, sem segregar, sem estigmatizar”. Joinville se situa no norte do estado e é uma das referências em rede com mais suporte.

No mesmo evento, o coordenador do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), Daniel Paz dos Santos, denunciou o abandono do estabelecimento que receberia um CAPS III na capital. A notícia publicada no site do jornal Hora de Santa Catarina em 4 de dezembro de 2015 trouxe informações sobre o caso. A estrutura, idealizada para ser uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no bairro Jardim Atlântico, nunca foi finalizada. As obras começaram em 2010, a data da inauguração foi modificada diversas vezes e até hoje, o local é subutilizado. “Eu choro quando passo por ali, eu tenho vontade de dar uma pedrada, mas vão me prender, afinal, eu sou louco”, ironiza Santos.

COMO AS COISAS SE MISTURAM

O diagnóstico auxilia a prescrição do medicamento para cada enfermidade. Se um paciente tem transtorno bipolar e recebe um remédio para depressão, ele pode desencadear o que os especialistas chamam de “virada maníaca”, comenta Cristina Folster, psicóloga.

O transtorno bipolar é caracterizado pela alternância de estados depressivos e de mania, que é quando a pessoa se sente eufórica, excessivamente disposta e autoconfiante. Marisa é a irmã mais ve-

lha de Fernando e conta que a carteira de trabalho dele possui vários registros de empregos, *“quando ele tá naquele auge, que vai fazer, que vai acontecer, ele quer tudo, faz tudo, aí daqui a pouco, vai lá embaixo e só dorme”*. O caçula de 24 anos foi uma surpresa e é fruto do segundo casamento da mãe. A família, formada essencialmente por pessoas acima dos 50 anos, entrou em choque quando o rapaz passou a se vestir de preto na adolescência e quando aos 17 anos, declarou ser homossexual. Nessa época, Marisa já morava em outro estado e acompanhava os conflitos de longe.

Sem que os familiares soubessem, Fernando começou a usar maconha. Marisa acredita que foi um tipo de fuga pela coação que viveu por sua sexualidade. Com o tempo, ela passou a questionar o comportamento do irmão e desconfiou que suas atitudes fossem causadas exclusivamente pelo uso da droga *“Então eu comecei a pesquisar... Você vai fumar seu baseado hoje, você vai ficar “zen”, mas amanhã você vai trabalhar, você vai tocar sua vida, tem um monte de gente que usa, mas que toca sua vida”*.

As brigas se tornaram frequentes. Fernando iniciou o consumo de cocaína e por pouco não teve uma overdose. Até então, a família acreditava se tratar de um problema concentrado no uso de substâncias psicoativas. Ao contrário de Marisa. Ela sentia que não eram só as drogas. *“Eu tinha isso comigo, por tudo que já tinha lido, por tudo que eu conhecia das pessoas que usavam e até por conta dos problemas emocionais que eu também tinha”*. Há menos de um ano Fernando foi internado pela primeira vez, na ala de dependentes químicos do IPQ. O psiquiatra não fechou um diagnóstico e disse a Marisa que o transtorno era de origem psíquica e que o uso de drogas estava associado a isso. Ela foi aconselhada pelo médico a procurar um CAPS. A primeira conversa ocorreu no CAPS AD, direcionado a pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Marisa relata que após a avaliação, a equipe sugeriu que talvez Fernando pudesse seguir o tratamento no posto de saúde. Ainda acompanhando o processo à distância, Marisa ligou para o CAPS II de São José, onde então, o irmão frequentaria. Antes que isso fosse possível,

mais uma crise aconteceu e Fernando voltou a ser internado, agora na ala psiquiátrica. Como da primeira vez, não ficou por muito tempo.

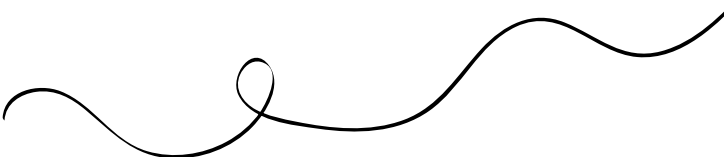
O psiquiatra do IPQ conversou com Marisa e disse que a droga era uma fuga para Fernando. Ele utilizava maconha e outras substâncias que apareciam por causa do emocional, que era a parte mais afetada. Algumas pessoas consomem maconha como quem toma uma cerveja nos fins de semana. O problema estaria no transtorno afetivo que o irmão já possuía. Nesse caso, a droga para ele teria um efeito mais nocivo do que para os outros. *“Então, tu vê como se misturam as coisas?”*, observa Marisa.

Antes de morrer, a avó, que em vários momentos ocupou o papel de *vó-mãe*, pediu que ela cuidasse de Fernando, o neto precisava de atenção e por motivos diversos Marisa acreditava que a mãe não era capaz de dar. Estressada com a rotina no emprego, preocupada com os problemas da filha adolescente e cansada das discussões com o ex-marido, ela decidiu: *“eu tenho que cuidar de mim e das pessoas que querem ser cuidadas”*. Pediu licença do trabalho e veio morar com o irmão mais novo, que se tornou quase um segundo filho. Hoje, os pais de Fernando são separados, o pai mora na mesma cidade que ele, a mãe em outro estado. Ele então vive com a irmã e a sobrinha.

Aos 21 anos, Marisa se casou, no ano seguinte passou em um concurso público, teve a filha aos 29 e fez terapia por muitos anos. Aos 46, considera-se uma pessoa extremamente ansiosa e às vezes, precisa tomar remédios para dormir. *“Tem dias que eu tomo e a TV pode tá ligada que eu durmo. Tem dias que não. Se eu tomar e realmente não desligar tudo, não funciona”*. Talvez Fernando não saiba, mas de certa forma, ele também cuida da irmã.

NÓS LOUCOS

A partir do momento em que o paciente começa a estabilizar, termo usado pelos profissionais quando observam melhora, o projeto terapêutico se modifica.



Sandra conta que Tiago ia ao CAPS uma vez por semana e passava o dia todo na unidade. Após uma reavaliação da equipe, ele passou a ir apenas na parte da tarde. Essa frequência depende da necessidade constatada em cada um. Quanto menor, menos intensivo é o tratamento.

Durante a apuração desta reportagem, César recebeu alta e já não frequenta mais o CAPS que chegou a ir todos os dias. Para Guilherme, as mudanças trazidas com o tratamento foram bastante significativas, *“a diferença que a gente teve em casa foi imenso, foi da água pro vinho”*. César anda sozinho de ônibus, vai à missa e consegue executar atividades do dia a dia, embora tenha supervisão contínua. *“É tudo diferente pro César. ‘Não pensa que um desodorante pra ele dura que nem pra gente, ele fica lá, “tssshhh”*, diz Carlos com uma risada.

Como já foi pré-diabético, teve pressão e colesterol altos, a preocupação com a alimentação é uma constante. César também gosta de assistir televisão e se mantém informado sobre assuntos que para muitos é considerado realmente “coisa de maluco”. Ele acompanha os acontecimentos no Congresso Nacional e cita por nome e partido os membros de cada bancada.

Ele queria ser médico ou advogado, profissões que lhe permitissem ajudar aos outros. Tiago, filho de Sandra, sonhava em estudar Educação Física. A chance de fazer um curso superior, técnico ou arranjar um trabalho fica estagnada na incapacidade da sociedade em acolher quem é diferente da maioria.

Walter Oliveira, psiquiatra e professor, destaca que basta você ter um diagnóstico de depressão, de hiperatividade na criança, para criar a suspeita na sociedade de que a pessoa não tem capacidade de gerir sua própria vida. *“E não é assim, as evidências têm mostrado, muitos lugares onde você tem uma rede de cuidado fornecida pela sociedade que você pode inserir essas pessoas de volta ao trabalho, você pode fazer com que essas pessoas sejam produtivas. Isso melhora a qualidade de vida não só delas, mas das famílias, das comunidades no entorno”*.

Sandra ainda lembra da mulher que um dia chamou o filho de preguiçoso e disse que a esqui-

zofrenia era uma doença como qualquer outra, *“era só tomar remédio e trabalhar”*. Na cidade que tem na indústria e no comércio suas principais atividades econômicas, Tiago conseguiu emprego em um supermercado. A jornada era cansativa e ele fazia o que milhões de brasileiros já tiveram vontade pelo menos uma vez: faltava. Foi demitido depois de três meses. A mãe afirma que o estigma também atrapalha a busca por outros ofícios. *“Tem lugar com preconceito, acha que eles vão fazer algum mal, acha que se falar alguma coisa eles vão agredir a pessoa, o que não é verdade”*.

Iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos solidários e cooperativas sociais estão presentes na RAPS. São José não tem nenhuma tarefa nesse eixo. Folster comenta que é característico não conseguir trabalhar porque é comum a pessoa com esquizofrenia se cansar mais facilmente, ser desorganizado e ter o pensamento lento. Ainda assim, ela garante que muitos teriam condições de tentar. *“Desde que a carga horária fosse menor, que no trabalho eles soubessem e tivessem uma orientação”*.

Boccardi concorda com a ideia de que o trabalho precisaria ser adaptado às condições dos usuários. Ele menciona que o CAPS II Ponta do Coral mantém um grupo de discussão sobre o tema e oficinas com possibilidade de geração de renda. Também estão vinculados a projetos de economia solidária junto a outras instituições.

ALÉM DO CAPS

Ivone criou os dois filhos sozinha, nunca recebeu pensão do ex-marido. *“Na minha família, de nós quatro, eu sempre fui a errada”*. A caçula não fez a primeira comunhão, não casou no papel e se separou. A professora de educação infantil pensava em fazer uma especialização quando a filha teve a primeira crise, *“ela tava fazendo xixi na cama, não penteava o cabelo...”*, lembra.

Camila tinha 16 anos quando Ivone percebeu que algo estava errado, jamais pensou que fosse um transtorno psíquico, *“ela sempre foi muito normal”*. A melhor aluna da turma no colégio passou a questionar o professor sobre o seu registro de presença repetidamente. Não importava

quantas vezes ele confirmasse. A garota procurou a secretária, queria saber se ele falava a verdade e assim, Ivone foi chamada na escola. Em outra ocasião, acompanhou a filha que insistia em ir à padaria comprar pão, mesmo que houvesse em casa. A menina estava com medo do cachorro parado na rua, ela apontava e Ivone não via nada.

“É TUDO DIFERENTE PRO CÉSAR. NÃO PENSA QUE UM DESODORANTE PRA ELE DURA QUE NEM PRA GENTE, ELE FICA LÁ, “TSSSHH”.

- Carlos

Após passar por uma junta médica, no dia 8 setembro de 1998 veio o diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica. Nesse tipo de esquizofrenia, o distúrbio afetivo prevalece e as alucinações são esporádicas. A médica garantiu que era um caso de internação. Ivone perguntou se podia ficar também e a psiquiatra respondeu que não. Ao lado do irmão de Camila, dois anos mais velho, ela veio embora com a filha. Ela recebia conselhos sobre outros locais o que a obrigava a ser mais enfática, *“Não, tu não tá entendendo, eu não vou internar em lugar nenhum”*. Ao todo, foram quatro crises.

Um dia, quando chegou em casa, descobriu que Camila havia sido levada pela tia para um tratamento espiritual. Os remédios receitados estavam na lixeira. Seriam cinco sessões por R\$ 180,00. Em meio às ervas e o vapor, a mãe começou a tossir e tirou a filha dali. Nunca mais voltou. Ela conta que até hoje a irmã não acredita na doença e persiste na ideia do problema sobrenatural. Ivone se irrita e contrapõe: *“Não, mas assim, ela tem isso. Ela tem. Eu tenho que respeitar, ela tá sendo medicada”*.

A dosagem inicial dos remédios fez Camila voltar a evacuar na cama e seu coração ficava acelerado. A medicação foi trocada. Ivone trabalhava com redução de carga horária na prefeitura e procurava tratamentos. O filho se afastou das duas. Camila mudou o jeito de chamá-la. Ivone deixou de ser a mãe que esperava pela filha que fazia questão de estudar até nas férias e começou a ser Ivo, a mulher que ajuda a *menina* de 35 anos a se lavar, vestir e comer. Camila se consultou com o mesmo psiquiatra por 12 anos, até ele se aposentar em 2011. Passou a

ir ao ambulatório de São José e logo depois ao CAPS II, assim que foi inaugurado, em 2012.

“NÃO, TU NÃO TÁ ENTENDENDO, EU NÃO VOU INTERNAR EM LUGAR NENHUM”

- Ivone

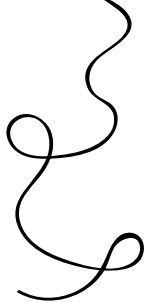
Enquanto eu e Ivone conversamos, Camila entra na cozinha, pega comida e depois volta para colocar o prato e a xícara na pia. A mãe me apresenta e a menina de olhos e postura firmes me cumprimenta de volta, *“oi, tudo bem?”* e sai. A mãe comenta que a filha não fazia isso antes, *“oi, tudo bem? Ela não dizia isso”*. Ivone se aposentou e aos 60 anos, sente muito medo quando pensa no futuro de Camila.

Tiago consegue realizar tarefas diárias, é ele quem busca no CAPS os seis tipos de remédios que toma sem que a mãe precise controlar. No CAPS, a tarefa preferida são os jogos de futebol e também tudo que envolve música. Sandra conta que o filho conversa como qualquer outra pessoa, mas tem hora que o mau humor prevalece. *“Ái eu falo, ‘iih, já tá com ziquezira’, né? Ele começa a dar aquele sorrisinho meio assim e vai saindo”*.

Enquanto Sandra fala comigo, o filho vai caminhar pelo bairro. Ela não esconde o receio de que ele “saia fora da casinha” na rua e se perca, mas como o tratamento está em dia, sabe que logo ele estará de volta. No caso de Tiago, essa movimentação nem sempre ocorre e os sintomas de depressão associados à esquizofrenia quando aparecem, frustram a mãe. *“Ele é muito desanimado, ele tem um desânimo que eu não entendo”*.

Marisa afirma que a questão da doença mental não é levada tão a sério no país. Ela sente o preconceito com Fernando e atribui isso à falta de conhecimento das pessoas. *“- Ser diferente é ser meio ‘vagabundo’, é ser diferente, entendeu? Você foge do padrão, né?”*.

Guilherme, amigo de César, gostaria que houvesse atividades além do CAPS. Sandra, mãe de Tiago, compartilha da mesma ideia. *“Eu acho que o governo devia ter alguma coisa pra gente que tem um filho com esquizofrenia, alguma coisa que eles pudessem se ocupar”*. Ela também comenta que no CAPS os profissionais



são muitos bons, mas acha que a estrutura não é suficiente para comportar todos os atendidos.

A RAPS prevê a criação de Centros de Convivência e Cultura, locais de interação social que para serem implantados, é preciso que o município tenha desenvolvido resposta pública efetiva para os transtornos mentais severos e persistentes.

Por conta disso, de forma voluntária, a psicóloga do CAPS II de São José fundou um grupo de psicoarte fora da unidade e aberto à comunidade. Os encontros ocorrem uma vez por semana no Centro Comunitário de Areias. É lá onde César agora costuma ir. Fols-ter menciona a satisfação dos participantes por ser um local mais amplo que o CAPS.

A reação pela diferença no espaço é a evidência sutil que entrelaçado aos inúmeros fatores que afetam a saúde mental, há pequenas mudanças que importam. Talvez porque viver não caiba no hospital, no CAPS, na família, na rua. Ninguém é um lugar só, somos o conjunto do que vimos e vivemos em cada ponto, incluindo os nós, e é preciso muitos pontos para formar uma vida ou uma rede.

***Todos os nomes foram alterados para resguardar a identidade dos(as) entrevistados(as).**

Universidade Federal de Santa Catarina

**Trabalho de Conclusão de Curso em
Jornalismo**

Reportagem: Samantha Sant'Ana

Fotografia: Luiza Kons e Arquivo IPQ

Orientador: Prof. Samuel Lima

Florianópolis, SC Julho de 2017



