

Faria, D. L.



O atendimento em saúde mental no Brasil pós reforma psiquiátrica na perspectiva de primeira pessoa de um usuário

The mental health care in Brazil after the psychiatric reform in the first person perspective of a user

La atención de salud mental en Brasil después de la reforma psiquiátrica en la perspectiva en primera persona de un usuario

Daniel Luporini de Faria

RESUMO

O artigo que se segue tenciona discutir e problematizar as práticas clínicas e terapêuticas do atendimento (aberto e fechado) em saúde mental no Brasil, no contexto pós reforma psiquiátrica. Trata-se da “visão do louco”, numa perspectiva de primeira pessoa, onde se discutirá desde a pertinência da arte-terapia, à viabilidade teórica e prática da multidisciplinaridade no cuidado em saúde mental (dentre outras questões menores). Este trabalho coloca-se em escrita de primeira pessoa, podendo ser útil e relevante tanto para usuários dos serviços em saúde mental, quanto para profissionais da área. **Descritores:** Saúde Mental; Arte-Terapia; Multidisciplinaridade; Cuidado.

ABSTRACT

The article that follows intends to discuss the clinical and therapeutic practices of care (open and closed) in mental health in Brazil, after psychiatric reform context. This is the “crazy vision” a first-person perspective, which will be discussed from the relevance of art therapy, the theoretical and practical feasibility of a multidisciplinary approach in mental health care (among other minor issues). This work puts in writing first person, and can be useful and relevant for both users of mental health services and for professionals. **Descriptors:** Mental Health; Art Therapy; Multidisciplinary; Care.

RESUMEN

El artículo que sigue tiene la intención de discutir y analizar las prácticas clínicas y terapéuticas de la atención (abierto y cerrado) en la salud mental en Brasil, después de contexto de la reforma psiquiátrica. Esta es una "visión del loco", una perspectiva en primera persona, que será discutido en la relevancia de la terapia del arte, la viabilidad teórica y práctica de un enfoque multidisciplinario en la atención de la salud mental (entre otras cuestiones de menor importancia). Este trabajo pone por escrito en primera persona, y puede ser útil y relevante para los usuarios de los servicios de salud mental y para los profesionales de salud. **Descriptores:** Salud Mental; Arteterapia; Multidisciplinario; Cuidado.

¹ Mestre em Filosofia da Mente, Lógica e Epistemologia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP-Marília. Jaguariúna-SP-Brasil. E-mail: luporinifaria@yahoo.com.br

Faria, D. L.

INTRODUÇÃO

Há mais ou menos 13 anos faço tratamento ambulatorial psicológico e psiquiátrico no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo desse relativo extenso tratamento, tive de ser internado em 27 ocasiões, e durante todo esse tempo, tive cinco diagnósticos médicos, alguns isolados, outros associados. Foram eles: esquizofrenia do tipo paranoide (F20.0), transtorno afetivo bipolar (F31.0), transtorno de personalidade borderline (F60.31) e transtorno esquizoafetivo (F25.0), bem como alcoolismo (F10). Os que perduraram e perduram por mais tempo, até a atualidade, são os diagnósticos (provisórios) de esquizofrenia paranoide e alcoolismo. Convém ressaltar que desde que comecei a me tratar, nunca interrompi o tratamento ou deixei de tomar as medicações, mesmo que, no início do tratamento, eu me recusasse a assumir que tinha um problema psíquico, não me enxergando como um “louco”, como um doente que precise de certos cuidados.

Convivo com questões relativas à saúde mental desde a mais tenra infância, pois minha mãe é diagnosticada como bipolar e faz tratamento há mais de 40 anos, contando com mais internações que eu. Assim, possuo algum conhecimento do “antes” e do “depois” da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ou no Estado de São Paulo, para ser mais exato. O “antes”, por meio dos relatos de minha mãe e de pessoas mais velhas que conheci, e o “depois”, com base em minhas próprias experiências.

Escusado dizer que o “antes” da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que aprendi e aprendo com as confissões de minha mãe que, em termos de “humanidade” no tratamento, as práticas médicas antigas ficam anos luz de distância do que se praticam nos ambulatórios e sanatórios do Brasil

hoje em dia. Dito isso, me concentrarei, por aqui, apenas em expressar minhas intuições em relação às práticas médicas de 13 anos para cá, tanto sobre o que se faz hoje em dia nos sanatórios do SUS, quanto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que frequentei e frequento atualmente.

Primeiras manifestações psicóticas

É sempre muito difícil dizer com precisão quando começa um distúrbio psíquico. Desde a mais tenra infância, fui uma criança “difícil”. Sempre muito calado, tímido e avesso à interação social. Na escola, repeti de ano, por faltas, 2 anos seguidos quando era criança. Eu não ia à escola porque tinha medo de meus colegas de classe, sendo avesso ao convívio social, bem como tendia a ser reticente à aceitação da autoridade por parte do corpo docente e inspetores de alunos. Contudo, mesmo não gostando de ir à escola, sempre gostei de ler e aprender coisas novas, arte, ciências, história, etc., sempre gostei e ainda gosto de me instruir, de conversar sobre diversos assuntos com quem quer que seja. Talvez Aristóteles esteja correto ao dizer que o homem possui uma tendência inata à instrução, à aquisição de conhecimentos.

Por volta dos 7 ou 8 anos, angustiado com uma repreensão de minha mãe por um motivo fútil qualquer, cortei meus pulsos com uma gilete, coisa que fez com que meus pais me encaminhassem ao psicólogo. Não me lembro ao certo das coisas que dizia e ouvia do psicólogo infantil, mas essa experiência não me ajudou em muita coisa, pois continuei extremamente tímido e arredoio ao convívio social.

Depois que me mudei de São Paulo para o interior, quando eu tinha cerca de 10 anos, melhorei muito. Comecei a praticar basquetebol e fiz meus primeiros amigos, amizades que

Faria, D. L.

perduram até a atualidade. Ouso dizer que o esporte mudou minha vida, me tornando um adolescente mais interativo e por que não dizer “normal”? Essa “normalidade”, a rigor, perdurou até a época da universidade, onde cursei filosofia. Não sei ao certo por que prestei vestibular em filosofia, imagino que isso se deu devido ao impacto positivo que “O Julgamento de Sócrates”, de Platão, causou em minha pessoa. Viver e morrer por uma causa justa me afeta profundamente, proporcionando-me imensa admiração e respeito não só pela figura de Sócrates, mas todo tipo de mártires, em especial, Che Guevara e São Sebastião, só para citar 2 exemplos.

Na universidade, desandei no álcool e na maconha (se bem que já usava essas drogas desde os 17 anos sem maiores problemas). Eu tinha disposição, a despeito de beber quase todas as noites após as aulas com meus amigos de universidade e professores. Acordava meio de ressaca, mas era só tomar um copo de leite com café que tudo voltava ao normal. Eu era muito estudioso, disciplinado e bem visto pelos professores e colegas. Eu estudava para valer mesmo, tinha muita noção do que é uma universidade pública e procurava honrar os investimentos do Estado, bem como era muito participativo no que tange à vivência política universitária, sempre efervescente e combativa, das universidades públicas.

No terceiro ano de graduação, percebi que meu humor oscilava demais, com períodos de extrema insônia e agitação psicomotora, intercalados com períodos de extrema tristeza. Ainda nessa época, sombras ou vultos agitavam-se em minha visão periférica (o que me deixava nervoso e confuso) e, às vezes, meus amigos me repreendiam por eu dizer coisas sobre as quais ninguém havia dito nada. Eram “vozes” que eu ouvia, vozes agressivas, que me humilhavam, R. Interd. v. 9, n. 3, p. 153-162, jul. ago. set. 2016

zombavam de mim, me desafiavam. Cheguei, em certa ocasião, a ser preso por agredir na rua uma pessoa que eu julguei, erroneamente, dizer coisas ofensivas contra mim. Fiquei 2 anos assinando “carteirinha” no fórum devido a esse “mal entendido”, além de pagar fiança para sair da cadeia, onde fiquei por 3 dias.

Ainda no terceiro ano de graduação, acho que tive o que se pode chamar de primeiro surto psicótico. Eu estava ouvindo música (Nina Simone, lembro bem disso) com minha namorada na moradia estudantil, quando, de repente, a música que eu ouvia começou a me denegrir, levando-me a insultar minha namorada e desferir um soco muito forte na janela do quarto. Tive de ser contido por meus amigos e fui amarrado, na ambulância, até o hospital, onde permaneci amarrado e fui medicado, tendo de ser costurado, com 23 pontos na mão direita.

Ainda no hospital, fui aconselhado a procurar ajuda psicológica e psiquiátrica, mas resisti e nada fiz por mais aproximadamente 3 meses, pois considerei absurda a ideia de ter de me tratar, afinal, pensava que psiquiatras e psicólogos prestavam serviços unicamente aos “loucos”, e eu, em hipótese alguma, me considerava como tal. Nesses 3 meses pós primeiro surto, tive inúmeros surtos, despertava medo e piedade por parte do corpo discente e docente da universidade. Como é de se imaginar, a coisa ficou insustentável, de modo que meus pais me internaram pela primeira vez (eram férias, estava na casa de meus pais), sendo internado devido a uma tentativa de suicídio, ocasião em que ingeri todos os medicamentos de minha mãe e quase morri, ficando em coma, na U.T.I. do Hospital Municipal de minha cidade por 2 dias antes de ser conduzido ao sanatório.

Nessa primeira internação, mesmo extremamente medicado e “impregnado” de haloperidol, eu não parava de surtar. Lembro que,

Faria, D. L.

em consulta, o psiquiatra disse que eu teria de fazer uso de antipsicóticos e estabilizadores de humor pelo resto da vida, o que me deixou muito mal e reticente quanto ao papel da psiquiatria, pois eu ainda não aceitava que tinha um problema. Lembro de ter lido Foucault no meu segundo ano de graduação, leitura que, à época, me influenciou demais, fazendo-me duvidar de psiquiatras e formas de “controle” da diferença, mesmo que esses “diferentes” precisem de algum tipo de ajuda ou respaldo de instituições e pessoas especializadas.

Foram 16 dias de loucura nessa minha primeira internação, pois no décimo sexto dia fugi, com a ajuda de minha irmã, que me levou para casa de motocicleta após eu pular o muro da clínica. Minha impressão desse meu primeiro contato com sanatórios foi terrível, eu não via sentido naquilo, não suportava observar pessoas completamente “impregnadas” jogadas pelo chão, urinando e defecando nas roupas e fazendo porquices que não convém mencionar. Tudo o que sei é que desde essa primeira internação, desenvolvi extremo carinho e apreço por pessoas que sofrem psiquicamente, coisa que guardo em meu coração até hoje.

Aqui e adiante, prefiro não mencionar o nome das clínicas pelas quais passei por puro respeito aos profissionais de saúde que trabalham nesses lugares, mas o fato é que, após essa minha primeira internação, seguiram-se mais 26, algumas em sanatórios de excelência, outras, em verdadeiros “depósitos” de seres humanos, lugares onde não existe a presença de Deus, caso exista uma inteligência intercessora, perfeita e sumamente boa e veraz. Sou ateu, entretanto, quando entro em crise, manifesto delírios místico-religiosos, apenas às vezes, raramente.

Não vou expor minhas experiências em sanatórios precários, onde não há salas de terapia ocupacional, tampouco tratamento humanizado

em todos os níveis. Acredito que isso seja caso de polícia, e não o tema de um relato ensaístico. Ademais, prefiro não me fragilizar mentalmente rememorando e descrevendo as práticas torpes desses tipos de lugares. Por hora, posso dizer que fiz uso de inúmeros medicamentos, sendo refratário a inúmeros deles. Atualmente, faço uso diário de 20 miligramas de Olanzapina, três ampolas mensais de Haldol Decanoato (ambos antipsicóticos), 900 miligramas diárias de Carbonato de Lítio (estabilizador de humor), 4 miligramas de Cloridrato de Sertralina (antidepressivo), 100 miligramas de Clopromazina (calmante sedativo) e Clonazepan (ansiolítico, que tomo só quando estou muito ansioso).

Ademais, posso dizer que, em 3 ocasiões (uma muito recente), fiz sessões de ECT (eletroconvulsoterapia). Quando tive de fazer ECT pela primeira vez, a cerca de 4 anos atrás, fiquei muito perturbado, pois achava que, hoje em dia, não se fazia mais tratamento de choque no Brasil, mas o resultado foi surpreendente, fiquei super bem após 9 sessões, com 1 ano sem ser internado. Para dizer a verdade, não tenho mais aquela impressão negativa anterior ao meu primeiro tratamento de choque. Hoje, vejo até com bons olhos tal recurso terapêutico, pois a despeito dos efeitos colaterais (dores de cabeça terríveis, confusão mental e problemas mnemônicos), reajo muitíssimo bem ao ECT.

Adiante (próxima seção), relatarei meu pensamento e experiências sobre um lugar comum amplamente aceito por profissionais em saúde coletiva, psicologia clínica e terapia ocupacional, que é a importância da arte-terapia na reabilitação de pessoas com sofrimento psíquico. Talvez o que eu venha a expor adiante gere controvérsias, até mesmo entre usuários dos serviços públicos de saúde mental, mas é *meu* ponto de vista que está em questão.

Faria, D. L.

O papel da arte no processo de reabilitação psíquica

Uma ideia amplamente aceita por profissionais em saúde mental é que fornecendo lápis, tinta e papel ou tecido para seus pacientes se expressarem lúdica e artisticamente, salutar seria essa técnica para a harmonização psíquica desses pacientes (ou clientes, como gostava de se referir aos seus pacientes a grande Nise da Silveira, eterna fonte de inspiração para os que trabalham em saúde mental e para os que usufruem de tais serviços).

Tal incentivo à expressão lúdica e artística de pacientes psiquiátricos disseminou-se enormemente no círculo de profissionais em saúde mental, especialmente, no atual contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, de modo que em praticamente todos os sanatórios pelos quais passei, existem salas e oficinas de terapia ocupacional, com profissionais formados nessa disciplina acadêmica ou técnicos de enfermagem incentivando e orientando as produções lúdicas, artísticas e artesanais dos pacientes.

Práticas laborais como marcenaria, carpintaria, corte e costura, artesanato com miçangas, desenhos em papel e pinturas em telas constituem-se na ocupação diária de pacientes não apenas em sanatórios, mas também em CAPS e Hospitais Dia razoavelmente bem estruturados, o que é muito positivo.

Não tenho dúvidas de que tais práticas auxiliam demais na reabilitação dos pacientes. Aprender a focalizar a atenção, a cooperação coletiva, a paciência, as habilidades psicomotoras, a organização do pensamento, o lúdico, o artístico, enfim, uma série de habilidades vem à tona quando um paciente está entretido com uma ocupação desse tipo. Contudo, devo salientar que, infelizmente, existem casos refratários, casos que, como direi adiante, resistem terminantemente a

R. Interd. v. 9, n. 3, p. 153-162, jul. ago. set. 2016

esse tipo de terapia, por mais positiva que seja a arte-terapia.

Como disse na introdução, tenho 27 internações. O que não disse é que além dessas internações e tratamento ambulatorial, eu venho frequentando Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) há pelo menos 5 anos. Adoro os CAPS que frequentei e ainda frequento. Ter a oportunidade de tomar um café e fumar um cigarro com o psiquiatra que cuida de meu caso é sempre gratificante. As explicações, nessas conversas, sobre o porquê de eu tomar este ou aquele medicamento, bem como papear sobre a vida são muito frutíferas, sem falar da horizontalidade das relações estabelecidas entre clientes e profissionais de saúde, enfim, gosto muito disso e da própria ideia de CAPS.

Como nos sanatórios, existem nos CAPS pelos quais passei as mesmas práticas lúdicas e artísticas encontradas em instituições de regime fechado. Nos CAPS que frequentei e ainda frequento, essas práticas são apenas sugeridas, incentivadas docemente por terapeutas ocupacionais, entretanto, ousar dizer (o que talvez gere controvérsias) que em *alguns* sanatórios pelos quais passei, as práticas ocupacionais *não* são apenas sugeridas, mas *obrigatórias*, sob pena e ameaças de prolongamento da internação ou adiamento das altas médicas, caso o paciente se recuse a frequentar as salas de terapia ocupacional (T.O.).

Em lugares assim, cujos nomes não mencionarei por mero respeito, já vi inúmeros pacientes surtarem e regredirem terrivelmente em seus tratamentos ao se expressarem artisticamente. Alguns, pelo simples fato de não estarem “afim” de participar da T.O., mas serem obrigados a tanto, sob ameaças e punições; outros, mais sensíveis, imagino, ao entrarem em confronto com seus demônios ao pintarem uma tela, por exemplo, surtam, ficam ansiosos, se

Faria, D. L.

exaltam, quebram coisas, são amarrados e medicados com haloperidol. São raros esses últimos casos, refratários, mas existem, eu afirmo categoricamente isso! É um verdadeiro terror esse fato de ser obrigado a participar da T.O., sob pena de ter o “tratamento” prolongado (mesmo que essas ameaças de prolongamento sejam de mentirinha).

Ademais, em todos os sanatórios por onde passei, há lojinhas onde se vendem as produções dos pacientes, e o que é péssimo é que os próprios pacientes que quiserem levar para casa alguma de suas produções têm de pagar por isso em dinheiro, senão nada feito. Não preciso, por aqui, citar Marx e sua noção de trabalho alienado, mas não tem jeito, pois não há identificação ou comunhão entre o fruto do trabalho dos pacientes e a fruição desses bens que eles mesmos produzem. Sei perfeitamente que o dinheiro das produções é revertido para o próprio tratamento dos pacientes, como para com o cafezinho, as tintas, as telas e miçangas, por exemplo, mas acho que o que um paciente produz, impregnando as produções com sua rica subjetividade deveria ser levado por ele para casa sem ter de pagar absolutamente nada. Não sei, posso estar equivocado e sendo um pouco radical, mas essa é *minha* impressão.

Quanto ao que eu disse que há uma espécie de “terrorismo” no que se refere à participação em atividades laborais, artísticas e lúdicas, pode até ser que na realidade não se “segure” por mais tempo o paciente, mas o simples fato dos profissionais em saúde mencionarem isso, já se cria um clima de “terror” e/ou enfado entre alguns pacientes (geralmente os mais preservados, com um mínimo de senso crítico).

Não desejo, aqui, afirmar que sou contra a arte-terapia, pelo contrário, vejo com muito bons olhos tal proposta terapêutica, entretanto, quando há o “terror” envolvido nessa relação

R. Interd. v. 9, n. 3, p. 153-162, jul. ago. set. 2016

(brevemente descrita acima), imposta por alguns profissionais de saúde, o resultado me parece desastroso.

O que disse acima foi uma visão geral do processo, uma visão geral baseada em coisas que vi e ainda vejo acontecerem. Quanto a mim, em minha experiência, só posso dizer que as únicas coisas que despertam meu interesse quando estou internado ou no CAPS que frequento são a leitura e a escrita, o que também é uma espécie de terapia. Coisas como pintar e tecer não me atraem em absolutamente nada, me deixando nervoso, impaciente e agitado, essa é *minha* experiência. Possuo alguns artigos publicados em periódicos, sendo que muitos deles foram produzidos seja em regime fechado (internado, sendo que me foram oferecidos lápis e papel e livros que levo de casa), seja no CAPS que frequento, onde tenho a liberdade de levar meu computador e livros para me entreter e produzir.

Seria a multidisciplinaridade uma falácia?

Um lugar comum amplamente aceito por pesquisadores da área de saúde coletiva, terapia ocupacional e psicologia clínica, que nunca trabalharam em hospitais psiquiátricos é a ideia de que o tratamento de um paciente qualquer, seu processo evolutivo e consequente reinserção na sociedade mediante alta médica obedecem a uma lógica de trabalho multidisciplinar, ou seja, é a ideia de que haveria uma comunhão de informações ou troca de pareceres de cada profissional de saúde acerca da evolução (ou regressão) dos pacientes. Isso é um lugar comum.

Na prática, ou melhor, em minha experiência como paciente, pude constatar que *não* há multidisciplinaridade plena (pelo menos em regime fechado), ou seja, cada profissional realiza seu trabalho de forma isolada e, de fato, quem dá as cartas e decide se o paciente está

Faria, D. L.

apto para receber alta ou um “puxão de orelha” é a figura do *psiquiatra* que acompanha o caso.

Em alguns sanatórios precários ou até mesmo em “bons” lugares, mesmo se um paciente não participa da T.O., se apresenta em crise aos olhos do psicólogo e não colabora com a enfermagem e técnicos, o psiquiatra pode passar por cima dos demais pareceres e liberar o sujeito. E isso acontece demais, comigo mesmo já aconteceu algumas vezes, como numa ocasião (recente) em que “avacalhei” meu tratamento, sendo agressivo com a enfermagem e técnicos, bem como com o próprio psiquiatra que cuidou do meu caso. Tive alta em apenas 21 dias, sendo que o tempo médio de internação naquele lugar é de 45 dias. No mesmo dia em que cheguei em casa, ateei fogo em meu corpo e tive de ser internado novamente, só que em outro lugar.

Meu pai cogitou processar o psiquiatra que me deu alta, mas minha mãe o dissuadiu dessa ideia. Enfim, entrei em crise no hospital e saí de lá mais em crise e fragilizado ainda. Talvez, eu disse *talvez*, o psiquiatra tivesse quisto se livrar de mim, dada minha agressividade e nenhuma colaboração. Isso é só um “achismo” meu, uma ideia que não me sai da cabeça.

Nos sanatórios por onde passei, observo que todas as atividades desenvolvidas pelos pacientes e seus comportamentos diários são anotados no prontuário, de modo que o psiquiatra, em dia de consulta, dá uma olhadela no que há no prontuário antes de entabular uma conversa com o paciente. Disso, presume-se certa multidisciplinaridade, mas a coisa para por aí, não havendo, pelo menos em minha experiência, algo mais profundo, como, por exemplo, um psicólogo alertando o psiquiatra que determinado paciente está dopado demais ou um terapeuta ocupacional informando sistematicamente o psicólogo que determinado paciente está se exaltando demais na sala de T.O., de modo que se dê uma reuniãozinha

R. Interd. v. 9, n. 3, p. 153-162, jul. ago. set. 2016

entre diversos profissionais e o paciente. Nunca participei de uma conversa com um psiquiatra e um psicólogo ao mesmo tempo em regime fechado.

No CAPS que frequento atualmente, isso é corriqueiro, ou seja, a multidisciplinaridade é coisa do dia a dia, o que me deixa extremamente feliz e esperançoso com a saúde mental pública brasileira. Reuniões entre eu com a coordenadora, o psicólogo, a enfermeira, etc. ao mesmo tempo, todos na mesma sala, discutindo questões pertinentes ao meu tratamento, e com os meus pais também presentes, é lugar comum no CAPS que frequento. Praticamente toda alteração mental que eu apresento, sejam elas confessadas por mim, observadas por meus pais ou pelos profissionais que cuidam de mim, suscita uma reunião do tipo que descrevi acima. Agrada-me demais esse tipo de tratamento.

Entendo perfeitamente que os sanatórios do Brasil (ou pelo menos os do Estado de São Paulo) estão superlotados, de modo que um acompanhamento multidisciplinar apropriado e rigoroso é sempre muito difícil, quiçá impossível. Enfim, essa é uma lacuna que só poderia ser resolvida, imagino, com a ampliação do número de profissionais da rede, entendo isso perfeitamente, mas acredito que esta é uma questão relevante, que para ser contemplada, necessita de políticas públicas mais condizentes com a realidade sanatorial brasileira.

Tratamento em regime aberto: constatação pessoal (subjativa)

No meu caso, posso dizer que conheço os serviços prestados por dois Centros de Atenção Psicossocial. Um muito bom, sendo um dos melhores do Brasil, e outro ainda recente e não muito bem estruturado (onde me trato atualmente). Nesses espaços de convívio e

Faria, D. L.
reabilitação, o que mais me chama a atenção é a pouca ou nenhuma estratégia terapêutica para pacientes mais preservados (como eu, por exemplo). Nesses espaços, muito pouco se oferece a pacientes instruídos e com boa sociabilidade, preservados psiquicamente mesmo.

Jornalinhos do CAPS, esporte, aulas de informática, teatro, terapia em grupo (só com pacientes preservados), arte-terapia mais elaborada, com algum grau de complexidade, são as únicas “diversões” que eu e pessoas como eu dispõem (isso tudo, claro, no CAPS bem estruturado que frequentei em 2012, na cidade de São Paulo). Já no atual CAPS que frequento de 2012 para cá, absolutamente nenhuma das atividades arroladas acima são disponibilizadas, a não ser uma única sessão de terapia em grupo por semana, o que é muito pouco, acho.

O ponto a que desejo chegar com tais constatações e comparações é que há uma carência muito grande de atividades para pacientes preservados psiquicamente nos CAPS menos estruturados. Faltam, a meu ver, atividades cognitivas mais bem elaboradas e complexas no CAPS que hoje em dia frequento e que, até onde sei, seriam comuns na maioria dos CAPS do estado de São Paulo, pelo menos.

Mesmo entendendo haver certas carências (como foi dito acima), eu gosto de ir ao CAPS. O convívio com amigos, a troca de experiências, o contato sempre saudável e horizontalizado com os profissionais de saúde, etc., tudo isso me alegra demais. Contudo, como disse na seção anterior, se eu não levar meu computador e meus livros ao CAPS, fico ocioso, pois como disse também, não me agrada a elaboração de pinturas e artesanato, mas enfim, isso é um problema ou limitação exclusivamente minha, e talvez não do CAPS que hoje em dia frequento. Atualmente, me encontro na posição, no CAPS que frequento, de paciente e colaborador, pois às sextas feiras apresento uma

R. Interd. v. 9, n. 3, p. 153-162, jul. ago. set. 2016

comunicação, com slides, sobre temas relativos à saúde mental e psicopatologias para os funcionários e pacientes, além de, nos outros dias da semana em que vou ao CAPS, coordeno dinâmicas em grupo referentes à autonomia e salutar convívio familiar (dentre outras temáticas), além, devo dizer, converso longamente com os parentes dos meus amigos pacientes (com incentivo da coordenadora do CAPS, que me dá essa liberdade).

Uma ressalva que devo fazer é que, em hipótese alguma, concordo com certas atitudes que são praticadas no CAPS que frequento. A leitura que faço da Reforma Psiquiátrica e da razão de ser dos CAPS é a de que a internação deve ser utilizada como último recurso, coisa que observo nem sempre acontecer.

Dessas 27 internações pelas quais passei, acho que pelo menos umas 10 delas foram absolutamente desnecessárias. Penso que se um psicólogo tivesse tido uma boa conversa comigo, se o psiquiatra tivesse me dado uma injeção de haloperidol, enfim, se se tentasse utilizar uma gama maior de recursos para me tirar da crise ou evitar que ela se instalasse, creio que eu não teria tido tantas intervenções hospitalares. Conversas, dicas e instruções ao meu pai em como lidar comigo, mudança de rotina, enfim, uma gama enorme de recursos poderia ter sido usada em meu caso (e de companheiros).

Algumas questões menores

Uma questão que me incomoda demais versa sobre as próprias instalações sanatoriais. Na maioria dos sanatórios por onde passei, não há uma separação por psicopatologias. Ficando, no mesmo pavilhão, psicóticos, dementes, alcoólatras, dependentes químicos, etc. Muitos problemas emergem dessa mistura, sendo os principais deles, brigas desnecessárias, com os

Faria, D. L.
mais preservados batendo, se “aproveitando” (mediante roubos de cigarros e produtos de higiene) e ridicularizando os psicóticos mais regredidos. Comigo mesmo já aconteceu muito isso. Aconteceu de eu chegar completamente louco no sanatório e ser espancado por pacientes preservados, ridicularizado por adictos e alcoólatras, etc. Em toda a minha experiência, conheci um único lugar onde há uma rigorosa separação por psicopatologias, e este sanatório, não à toa, tem a fama de ser excelência em psiquiatria. Por sorte, 16 das minhas 27 internações foram lá.

Outro ponto que poderia ser discriminado seria o de que serviços mentais públicos poderiam adotar estratégias orientais ou alternativas (como a aroma-terapia e fitoterapia) de saúde, tais como yoga e acupuntura, por exemplo. É notória a importância dessas práticas orientais, tanto é assim, que, atualmente, venho fazendo sessões semanais de acupuntura no hospital de minha cidade, sendo a acupunturista a própria psiquiatra de minha mãe, sendo que minha mãe também faz sessões dessa salutar técnica chinesa, e os resultados, em meu caso e no de minha mãe, são excelentes, muito positivo mesmo.

CONCLUSÃO

Como comentários finais, gostaria apenas de enfatizar que, a despeito de haver, ainda, problemas sérios no Sistema Único de Saúde, em especial, no atendimento e cuidado em saúde mental no Brasil, ouvindo os relatos de minha mãe, bem como de pessoas mais velhas que conheço e conheci em minhas internações, creio que estamos no caminho certo, ou seja, a própria ideia de CAPS (surgida, no Brasil, em 1986) se me apresenta como a melhor, senão a única

R. Interd. v. 9, n. 3, p. 153-162, jul. ago. set. 2016

alternativa para que haja um tratamento humanizado e propício no sentido de que todo o potencial de todos os seus usuários sejam contemplados e otimizados.

Não sou contra internações involuntárias, porém, parto do princípio de que esta deva ser uma medida a ser utilizada apenas em último caso, quando o paciente está colocando a própria vida e/ou de terceiros em risco, mas essa noção de “último caso”, entendo perfeitamente, é um critério por demais subjetivo. Ademais, penso que, numa consulta psiquiátrica, deva-se ter um esclarecimento prolongado do psiquiatra para com o paciente, uma explicação sistemática acerca do princípio ativo de cada medicamento e possíveis efeitos colaterais (dentre outros esclarecimentos). Entretanto, isso quase nunca acontece, sendo as consultas quase sempre muito rápidas e superficiais.

Em toda a minha trajetória psiquiátrica, só tive um único psiquiatra que conversou longa e profundamente comigo, o que é muito pouco, imagino. As consultas com esse grande psiquiatra duravam cerca de 40 minutos, onde ele não apenas me esclarecia sobre as medicações que eu tomava, como me aconselhava sobre modos alternativos de se viver, modos mais saudáveis de vida, mais produtores, ou seja, além do tratamento psiquiátrico, esse profissional de saúde agia como uma espécie de psicólogo, orientando-me psicológica e existencialmente. Especulo, por aqui, que tal fato (o curto período das consultas psiquiátricas) se deva ao grande número de pacientes para cada profissional atender e auxiliar, o que demandaria um maior número de profissionais de saúde trabalhando e dividindo as responsabilidades e demandas.

Quanto ao antes, durante e depois de cada internação, devo destacar que, na maioria das vezes, chego completamente desestruturado psiquicamente aos sanatórios. Eu percebo e sinto

Faria, D. L.

tal desestruturação mental, pedindo ajuda a meu pai quando me sinto mal. Em geral, vou ao Hospital Municipal daqui e tomo uma injeção de haloperidol, às vezes melhora, não precisando ser internado, contudo, às vezes, a crise se instala, deixando meus pais apavorados, sendo internado por eles, pois eles não sabem mais o que fazer comigo. Não critico meus pais, pois parto do princípio de que tenho toda uma família doente, uma família completamente desestruturada e perturbada psiquicamente. Essa é minha impressão e dos profissionais que cuidam de mim no CAPS que frequento, que vivem dando “puxões de orelha” em meu pai e em minha irmã.

Como foi dito antes, tive várias internações que julgo “desnecessárias”, onde uma boa conversa com um psicólogo, associada a uma injeção de antipsicótico talvez ajudasse a evitar a internação, mas enfim, como quase sempre sou internado, devo relatar que, em geral, minhas internações são curtas, pois reajo bem ao tratamento em regime fechado (mesmo não gostando de ficar “preso”). Sociabilizo-me relativamente bem com todos os pacientes, ajudo os técnicos a dar banho nos pacientes mais regredidos, bem como ajudo os técnicos a separar brigas e dar a medicação.

Depois das internações, em geral, fico por 2 ou 3 semanas com pânico, medo de sair de casa e ver outras pessoas. Essa coisa de pós-internação, para mim, é absolutamente terrível. A única resposta que encontro para esse “pânico”, talvez seja minha inabilidade para me adaptar a novas rotinas. Já cheguei a pensar que me transformei num monstro Kafkiano institucionalizado, mas sei lá, evito pensar muito sobre isso, temendo ter novo acesso de pânico. Deixo essa questão aos funcionários do CAPS que frequento, que são pessoas que talvez me conheçam melhor que eu mesmo, quem sabe.

Pelo simples fato desse relato ser apenas e tão somente um relato subjetivo de minhas experiências com os serviços públicos de saúde mental no Estado de São Paulo, passei ao largo de problemas extremamente sérios, como os de internação compulsória (já tive 3) e sinergia entre sociedade civil e governos no que tange à saúde mental. Contudo, fica aqui minha experiência e que ela sirva para algo de útil.

Submissão: 20/10/2015

Aprovação: 11/03/2016