

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E SAÚDE COLETIVA
Supervisão: Rosana Onocko Campos e Lilian Miranda

**DA INCLUSÃO SOCIAL AO LAÇO SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DAS
PRÁTICAS REALIZADAS NO TERRITÓRIO PARA A CLÍNICA DOS CAPS**

DANIEL MONDONI

Fevereiro de 2008
Campinas – SP

INTRODUÇÃO

Sendo o CAPS um serviço criado a partir dos processos da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária brasileiras, ele tem, portanto, entre seus pressupostos não somente a adscrição de clientela referente a um determinado território, mas também a utilização do mesmo como instrumento de trabalho visando entre outras coisas reabilitar e inserir socialmente o usuário com sofrimento psíquico intenso. Podemos dizer então que, de modo contrário ao modelo psiquiátrico tradicional, este equipamento procura também na contextualização social e familiar os determinantes para o adoecimento de seus usuários, tentando também intervir sobre os mesmos, para além do usuário propriamente dito.

Faz-se presente nestes serviços uma dicotomia entre os CAPS clínico e social, entre indivíduo e sociedade. Sendo clínicos aqueles que realizam muitos atendimentos – individuais ou grupais – e variadas atividades no interior da unidade, tentando trazer para a cena desejo do sujeito, mas deixando a cargo dele a tarefa de inscrevê-lo no território e na cultura, como se a possibilidade de inscrição institucional bastasse. Sociais são aqueles que se voltam para trabalhar e buscar parcerias o território em seu entorno, entendendo a inserção social como o melhor tratamento, mas sem considerar que pode ser puramente mecânica se não existir um sentido para o usuário, se algum laço simbólico que sustente-o não for criado, e que não pode ser dado por nós. Parece existir uma correlação entre os processos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, no sentido de que há em ambas o projeto de desindividualização das práticas, da valorização dos métodos coletivos e grupais de trabalho em relação aos individuais, e de que isto provocou uma aversão a tudo que se relaciona com a clínica em sua forma tradicional, historicamente definida como uma forma de olhar sobre o indivíduo, e mais especificamente sobre sua doença ou órgão enfermo. Se pensava necessário olhar os coletivos. Porém tornou-se praticamente impossível enxergar o sujeito tanto na epidemiologia como na inclusão social. Esta forma de trabalho facilmente incorre em práticas tutelares e moralizantes. A medicina e a psiquiatria social colocando-se como as guardiãs dos únicos modos de vida saudáveis e corretos, e dos desejos legítimos e possíveis.

Mas, dentro desta conjuntura, de um serviço que se organiza para atuar diretamente sobre o território, como serão pensadas as questões da clínica da neurose e da psicose, do sujeito? Como os CAPS podem atuar sem que o pragmatismo os leve a ações excessivamente tutelares e totalizantes?

PRÁTICAS TUTELARES E O LAÇO SOCIAL

Tentarei ilustrar o que estou dizendo a partir de situações de casos que pude acompanhar em um CAPS.

Situação 1

Jorge, 23 anos, usuário do CAPS há cerca de 3 anos sob a hipótese diagnóstica de F20.0 (Esquizofrenia Paranóide). Este usuário esteve por diversos períodos seqüenciais no leito-noite do CAPS, totalizando cerca de 40 dias de uso do leito em 3 meses. Neste período, mostrou-se muito delirante, persecutório e agressivo com seus familiares e com a equipe do CAPS; tinha também dificuldades para dormir. Não gostava de ir ao CAPS. Em seu último período de internação fugiu no início da noite – para surpresa geral da equipe – e foi refugiar-se na casa de um tio, já próximo a Hortolândia; fez o trajeto até lá a pé. Eu e um auxiliar de enfermagem fizemos a *busca-ativa* e após muito diálogo concordou em tomar sua medicação da manhã e voltar ao CAPS, mas somente na condição de que seu tio passaria no serviço após o trabalho para vê-lo, o que conseguimos combinar após um contato telefônico para o mesmo. De volta ao CAPS, ficou a maior parte do tempo isolado. Ao final da tarde seu tio veio vê-lo e Jorge queria voltar à casa do mesmo, mas isto não era possível. Expus minha preocupação com a situação, dizendo que achava que ele não estava bem para ir para outro lugar, mas que a decisão entre ficar no CAPS ou ir para casa de seus pais – as opções que ele tinha naquele momento – era dele. Jorge optou por passar a noite na casa dos pais e combinamos seu retorno para o CAPS no dia seguinte no período da tarde. Ele veio ao para o serviço como combinado e desde então passei a atendê-lo semanalmente.

Situação 2

Henrique, 32 anos, em tratamento no CAPS há 2 anos, com a hipótese diagnóstica de F 20.0. Usuário com boa frequência no CAPS, com o qual mantém boa relação. Vem ao serviço semanalmente para grupo de referência, oficina de futebol e atendimento individual de Terapia Ocupacional. Reside com a mãe, com a qual tem uma relação bastante complexa, às vezes conflituosa. Também tem histórico de consumo de drogas. Nos atendimentos individuais, expressa o desejo de sair de casa e morar sozinho, desejo inicialmente sustentado pela instituição. Repentinamente, para surpresa geral da equipe, Henrique desaparece. Sua mãe vem ao serviço desesperada dizendo que o filho mudou-se de sua casa; Henrique também deixa de vir ao CAPS. Perdemos o contato com ele por cerca de 2 meses. Neste período, a mãe relata que Henrique vai até sua casa às vezes, principalmente para se alimentar e pedir dinheiro, chegando a levar objetos para vender; suspeita-se que retomou o uso de drogas. Após este período ele é encontrado residindo em uma pensão, fora do território adscrito ao CAPS. Inicia-se a discussão acerca da conduta a ser tomada, se o melhor é trazê-lo para ao leito-noite, colocá-lo em alguma das residências terapêuticas, ou ainda levá-lo para a casa da mãe. Henrique acaba por ser internado no leito-noite do CAPS por alguns dias, sob pretexto de mudança de medicação, e em seguida volta a morar com sua mãe e retoma suas atividades no CAPS.

É interessante notar como, diferentemente do desvio do neurótico – geralmente mais previsível devido ao melhor conhecimento das razões de suas dificuldades e sofrimentos – o desvio do psicótico quase sempre traz junto consigo a surpresa daqueles que estão próximos. Isto é, marca por sua imprevisibilidade, pois dificilmente desvia para sustentar nossos valores, como o neurótico o faria. Fator que tem grande ligação com a ansiedade da equipe que, se não cuidada atentamente, pode levar a ações e práticas tutelares e moralizantes. Intenciona-se produzir autonomia, mas ao mesmo tempo procura-se controlar sua forma aparecimento frente a um receio quanto a imprevisibilidade da criação da existência do psicótico.

Tais questões relativas a autonomia do usuário em relação ao direcionamento de seu tratamento e de sua vida costumam ser um assunto dos

mais delicados para as equipes dos CAPS. Vemos isso no processo de decisão acerca de condutas nos processos terapêuticos dos usuários deste serviço. Esta delimitação surge como algo muito tênue, difuso quando nos deparamos com situações críticas, em que a decisão do sujeito em tratamento ou não é muito clara, ou então quando conflita com a opinião da equipe. E se torna ainda mais delicada por se tratar de sujeitos cujo processo de subjetivação os marcou com objeto do desejo do outro, trazendo grandes restrições em sua própria capacidade desejante. Dentro de tal quadro nos cabe questionar: o que fazer com o desejo da instituição, da equipe em relação à vida de seus usuários? Cabe-nos a função de desejar por eles?

Acho relevante retomar este assunto pois marca um ponto importante nas transformações promovidas pela Reforma Psiquiátrica, na medida em que se opõe a um modo de cuidado que totaliza o usuário na instituição, e ao mesmo tempo abre a possibilidade de reconhecer o desejo e a autonomia do mesmo sobre sua própria vida e seu tratamento. Portanto, é preciso atentar para o que produzimos com as práticas de cuidado do CAPS, para que o resultado não se distancie daquilo que defendemos em termos éticos e políticos na Reforma Psiquiátrica. Nestes momentos, o que está em debate não são somente questões de ordem técnica, em relação à eficácia de determinado procedimento, mas também, e principalmente, de ordem ética e política, que toca naquilo que se valoriza com tal procedimento e o que se está querendo produzir com ele. É neste ponto talvez que se retoma a questão da eficácia, mas agora no sentido de questionar o “para quem?”. Para quem determinada conduta é eficaz? Para a família, o usuário ou a equipe? Qual desejo será cuidado e qual angústia apaziguada? Que nos traz a necessidade de atentarmos para nossa relação com o modo de vida criado por nossos usuários.

Isto traz também para a equipe a necessidade de confrontar-se com os limites de sua atuação e com a ilusão de sua onipotência. Esta vontade de intervir diretamente no todo da vida do usuário, como se seu tratamento em saúde mental fosse sua vida, parece trazer uma esperança de “normotificação” do mesmo, de tornar neurose a psicose, extinguir a persecutoriedade, o delírio e as alucinações. É como se a psicose fosse vista ainda como um erro – seja ele biológico, congênito, de desenvolvimento psico-afetivo – e que tem de ser

corrigido segundo parâmetros homogeneizantes, e não como a possibilidade encontrada pelo sujeito em seu processo de subjetivação de amenizar sua angústia, ainda que de forma frágil. Parece que a competência da equipe só seria confirmada por uma intervenção integral a partir de um projeto pré-estabelecido (cuja participação do usuário em muitos casos é mínima) e tendo como resultado mudanças radicais em seu modo de vida.

Este posicionamento freqüentemente gera uma responsabilização excessiva por parte do serviço, talvez ainda um resquício de formas anteriores de tratamento, ao mesmo tempo que exime a família, outras unidades de saúde, outros atores sociais e o próprio usuário de qualquer responsabilidade na produção do cuidado. A desresponsabilização do usuário em relação a seu tratamento muitas vezes beira sua infantilização – foi comum escutar da equipe neste ano de aprimoramento que “Fulano está tão bonitinho!”. Isto é, além de ter de lidar com as pressões e desejos familiares e sociais, o usuário tem ainda de se haver com os desejos e expectativas de sua instituição de tratamento, criando um ambiente muitas vezes pouco propício para o surgimento de seu próprio desejo, que então tem de usar certa força para se fazer ouvir, chegando às vezes a mostrar-se de forma violenta. É importante que a instituição tenha a capacidade de analisar como suas intervenções refletem na construção delirante do usuário, de modo a não ocupar um lugar conflituoso no imaginário deste, sem perder de vista que o manejo da crise tem de ser feita a partir de um lugar inscrito na estrutura delirante do sujeito.

Penso que quanto mais a instituição se colocar em uma função de cuidado e tutela excessivas, como uma função materna intrusiva, com demasiado provimento de cuidados, mais difícil será aceitar a autonomia dos usuários, ao mesmo tempo que também será mais difícil para estes desenvolvê-la. Este par paciente-cuidador, em determinados aspectos se assemelha ao par mãe-filho em suas características afetivas e relacionais, na medida em que a separação do mesmo, se não for bem trabalhada, pode ser sentida como um abandono mortal para ambos, uma ausência total de referências, antigas e novas, uma passagem do amor incondicional para o ódio destruidor, impossível de ser simbolizado, e que tende a reinstalar o par paciente-cuidador. Como destaca Benhaïm (2007), em nenhum momento se instala a ambivalência destes sentimentos, condição de possibilidade de

subjetivação do sujeito, momento de ausência e suspensão do desejo materno, que possibilite ao outro transformar sua própria necessidade em desejo.

Mendes (2005) chama atenção ainda para os riscos de impormos ao usuário os ideais institucionais de autonomia e inserção social trazidos pela reforma. Estes, por se localizarem a uma primeira vista enquanto ideais sem qualquer concretude para o psicótico, ideais aos quais ele terá dificuldades em responder ou simplesmente não conseguirá, podem se tornar substrato para construção de um Outro – uma estrutura coletiva de significações, que quando assimilada dá acesso a uma forma razoavelmente comum de simbolização – que seja total-totalizante, frente ao qual o sujeito se submeta enquanto objeto, cessando as possibilidades de simbolização de suas vivências e favorecendo assim o surgimento ou a permanência da crise, e não sua estabilização.

A autora traz ainda uma outra contribuição interessante ao diferenciar dois conceitos em jogo no processo terapêutico: inclusão social e laço social, sendo o primeiro um ideal trazido pela Reforma Psiquiátrica, anteriormente importado de movimentos reformistas internacionais. Já o laço social é a construção de um laço simbólico, um laço de sentido entre o sujeito e a cultura, representada pelo Outro. Estes dois fatores, portanto, não se excluem, mas também não coincidem. Porém pensar a inserção social com sentido em si própria me parece mais a procura da identificação do psicótico com nossos ideais e com nossos desejos do que a concretização de sua inclusão a partir de um processo de construção de um laço simbólico-social. De outro modo, será possível produzir a inserção social de forma real sem se produzir também o laço social? Aqui entende-se que a produção deste último implica a inscrição do discurso psicótico na cultura, sua ascensão a novos estatutos – para além do de sintoma – e a sua transformação, ainda que micropoliticamente. E ainda, como trabalhar nesta direção sem levar em conta que a produção deste laço social tem que se dar com sujeitos concretos, em um território geográfico-existencial? Não se trata, portanto, de assumir como indesejáveis tais ideais, mas de contextualizá-los dentro de uma prática que é simultaneamente clínica e social.

O TERRITÓRIO

No decorrer das duas últimas décadas, a partir da fundação do CAPS Luis da Rocha Cerqueira em 1987 na cidade de São Paulo, e dos NAPS em Santos em 1988, os equipamentos de atenção a Saúde Mental sofreram diversas modificações, cresceram gradativamente em número, terminando por constituir-se como a estratégia oficial do Governo Federal para a mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, com o intuito de superar o Modelo Asilar. Um dos pontos a serem superados, e que aqui será trabalhado com maior ênfase, é a superação da total reclusão como forma de cuidado da loucura, a alocação dos equipamentos no território e sua efetiva territorialização como uma das estratégias necessárias para a produção de uma outra forma de cuidado.

As primeiras tentativas de superação do isolamento manicomial como forma de tratamento ocorreram a partir da década de 50 do século passado, com o surgimento da Psiquiatria Preventivo-Comunitária nos Estados Unidos e da Psiquiatria de Setor na França. Ambos pretendiam ampliar os cuidados no território a partir de uma perspectiva preventivista, no sentido de prevenir o surgimento e o aumento dos casos de transtornos mentais graves, porém ainda sem ainda questionar e prescindir das internações hospitalares como instrumento terapêutico, mantendo intacto portanto um dos pontos centrais de sustentação do Modelo Asilar. O que podemos ver nestes modelos é uma reformulação da psiquiatria tradicional para ampliar sua área de atuação: uma inserção no território a partir de uma relação hierarquizada com o mesmo, sem nenhum questionamento das implicações políticas dessa forma de atuação. Deste modo os equipamentos se tornam meros prolongamentos do Hospital Psiquiátrico no campo social, ampliação de suas “portas de entrada”, e resultando, no Brasil da década de 1970, em um grande aumento no número de internações, reinternação e, por fim, no alto índice de cronificação dos internos. As questões relativas a função social da psiquiatria, seus efeitos políticos e subjetivos, vieram um pouco mais tarde, em movimentos surgidos na Inglaterra e na Itália, e são fundamentais para transformar as relações do CAPS com o território que o circunda.

As atividades que desenvolvi no CAPS neste ano de aprimoramento, em sua grande maioria, procuraram lidar de modo direto com os usuários no

território. Envolvi-me bastante com acompanhamentos terapêuticos (ATs), visitas domiciliares (VDs), projetos de apoio matricial e oficinas realizadas em espaços externos ao CAPS (Jornal e Vôlei). Minha tendência em estar fora do CAPS não queria dizer que eu não gostasse ou não quisesse estar lá e ser integrante daquela equipe, mas diziam de um modo de trabalho que estava sempre buscando a circulação dos usuários em seu meio social por entendê-lo como essencial para o tratamento e a reabilitação dos mesmos; e também por achar que o intuito do CAPS, para além da simples inclusão social, é ajudar seus usuários a produzir novos laços de sentidos com seus territórios. Seguirei agora com uma descrição mais pormenorizada de algumas destas atividades.

A Oficina de Jornal

No período do aprimoramento desenvolvi duas oficinas no CAPS, de Jornal e de Vôlei, ambas voltadas para o “fora”, isto é, realizadas em espaços externos ao CAPS. Com alguma frequência, havia a participação de pessoas que nada tinham a ver com os serviços de Saúde Mental, mas que ali estavam por interesse na atividade. Procurávamos com esta oficina oferecer um espaço de escuta e trabalho da relação dos usuários com aquilo que era produzido seu discurso sobre si e sobre o mundo. Era, portanto um espaço de problematização e recriação concreta de si mesmo, e não somente produção material. Aqui me aterei à descrição e análise da Oficina de Jornal.

A Oficina de Jornal realiza-se na Casa de Cultura Tainã, Instituição localizada em uma praça nos arredores do CAPS. No início participavam da oficina, de forma mais assídua, cerca de 5 usuários, sendo 4 deles do CAPS e outro de um Centro de Saúde (CS), mas que havia recebido alta do CAPS há pouco tempo. A coordenação da mesma no início ficava a cargo de uma terapeuta ocupacional do CAPS e de um funcionário da Casa de Cultura. Pouco tempo após minha entrada a coordenação passou a ser exercida por um psicólogo, também do CAPS.

Com exceção da impressão que é realizada em uma gráfica, os usuários participam de todo o processo de produção do jornal, desde a escolha dos temas, o trabalho de pesquisa, redação e digitação dos textos, diagramação e distribuição. Os temas são escolhidos por eles, e em grupo se discutia e se pensava como trabalhá-los – pesquisa bibliográfica, entrevista, visita de campo

etc. A redação dos textos geralmente é feita em conjunto com os coordenadores da oficina, mas procurando sempre respeitar certa “liberdade poética” do redator principal. Outras vezes os usuários vinham com textos já concluídos para serem colocados no jornal. Com os textos prontos passamos à diagramação do jornal, seleção a matéria de capa, agrupamento dos textos, quais necessitariam de fotos, selecionar poesias e receitas. É interessante observar a mudança de ritmo da oficina de seu início, lento e calmo, para o final, um ritmo quase frenético e as vezes irritadiço, seguindo-se de um grande relaxamento após a distribuição e uma necessária suspensão da oficina por duas ou três semanas.

Ainda que se tentasse estabelecer uma periodicidade para as edições do jornal, esta dificilmente era cumprida, sendo vista mais como uma meta organizadora, um modo a não nos perdermos no tempo. O tempo predominante neste espaço com toda certeza não é o cronológico, mas o lógico, o tempo de trabalhar, elaborar, produzir sentidos para os próprios sujeitos, sentidos estes produzidos no contato com o campo social. A oficina constituía-se primeiramente como espaço de comunicação, de escuta, a partir da qual podíamos trazer seu caráter terapêutico. Que sentido faz pensar e escrever sobre a violência do trânsito nas grandes cidades – a violência das outras pessoas, e sua própria? Ou quando se escreve sobre a própria participação em um campeonato de vôlei cujos participantes são usuários do Centro de Referência ao Tratamento de HIV/AIDS (CRT HIV/AIDS), usuários dos CAPS e outros serviços de assistência a saúde mental? Pensando o trabalho realizado nesta oficina como uma elaboração subjetiva e produção de laço social fica mais fácil entendermos que função este espaço teve no processo de alta de três de seus participantes, e que ainda assim continuavam freqüentando a oficina. Pôde-se criar um lugar que seu modo de sentir, de conceber e se relacionar com o mundo pudesse ser trazido para a linguagem e a partir desta ser trabalhado, respeitado, e inscrito culturalmente. Esta possibilidade seria impensável se a oficina focasse apenas a relação do usuário com o serviço, cujo discurso seria inscrito apenas institucionalmente, circunscrevendo de forma excessiva e rígida as possibilidades de inscrição de um sujeito cujo desejo se caracteriza principalmente por sua incontinência, transbordamento e constante transmutação. É necessário trazer para a cena e

sua seu lugar no mundo, problematizar os sentidos já existentes e transformá-los, de modo a enlaçar novas relações que sejam também continentes ao sujeito, e não apenas o CAPS.

O Apoio Matricial e as relações com a Atenção Básica

O apoio matricial é um arranjo organizacional que visa trabalhar de forma mais eficiente das relações de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, procurando eliminar a desresponsabilização que a forma de trabalho precedente gerava através dos intermináveis encaminhamentos nos formulários de referência e contra-referência (CAMPOS, DOMITTI, 2001). Para o CAPS, além da função citada acima, o apoio matricial realizado nos Centros e Módulos de Saúde pode ser também um espaço de aproximação ao território e dos profissionais que estão mais em contato com o mesmo, possibilitando a criação de parcerias locais para a produção do cuidado ao usuário, novas condutas clínicas para a produção do laço social.

As primeiras tentativas de iniciar um trabalho de apoio matricial se deram no alinhamento da organização do CAPS, isto é, no CS de referência do grupo de usuários que eu acompanhava. Porém a minha entrada nesta equipe, como um estranho, não se sabendo seu lugar na mesma, de onde vinha ao certo, parece ter dificultado o processo. O fato de o CS não estar realizando suas reuniões de equipe também dificultava nossa entrada nesta unidade. Outro ponto de impedimento era a ausência do apoio distrital como um organizador e um mediador neste processo. Frente a estas dificuldades o contato com este CS, na maior parte do tempo foi escasso, limitando-nos a receber os casos encaminhados, triá-los e devolvê-los na maioria das vezes após a avaliação de que o usuário não tinha demanda para tratamento no CAPS. Ao mesmo tempo este CS, que tinha ainda outro CS como sua referência para saúde mental por não ter ele próprio uma equipe especializada, tinha dificuldades em conseguir vagas para seus usuários quando achavam necessário. As relações distantes entre estes três serviços acabaram por gerar uma rede de desresponsabilização, desassistência e desresponsabilização a casos específicos em que o fator de saúde mental, poderíamos dizer, era fronteiro: grave demais para o CS – segundo sua equipe –, mas não o suficiente para o CAPS – segundo a equipe deste. Outro fator importante é que

a relação entre os serviços passou a ser permeada por sentimentos de desconfiança e indignação mútua frente às condutas do outro serviço em relação ao mesmo caso, acentuando ainda mais a dificuldade de comunicação entre as unidades.

Dentro desta conjuntura, há um caso que podemos considerar como emblemático, pois trouxe a tona essa rede de desamparo, que de certo modo coincide com seu quadro clínico, cuja hipótese diagnóstica é de transtorno histriônico de personalidade, segundo o CID-10.

Joana, 36 anos, afastada do trabalho de cobradora de ônibus há cerca de seis anos. Sua primeira triagem realizada no CAPS é do começo de 2006, quando foi inserida e assim permaneceu por três meses. Apresentava queixas de vozes de comando, comportamentos bizarros (por exemplo, comprava bananas para distribuir na rua), dificuldades de falar e ideações suicidas. Como não freqüentava o serviço conforme o combinado recebeu alta por abandono após este período. Ao final de 2007, Joana voltou para novas triagens no CAPS com encaminhamento do psiquiatra do CS de origem. Mostrava-se bastante queixosa, ansiosa, referindo não ter vontade de fazer nada e também ideações suicidas, ainda que fracas. Foram feitas algumas conversas com diferentes profissionais do CAPS, havendo concordância da falta de necessidade de inserção de Joana, pensando que ainda poderia ser tentado algum outro tratamento em CS antes, conjuntamente ao medicamentoso. Disponibilizamos os grupos abertos, mas ela não se interessou por nenhum. Joana retornou ao CS, mas nos meses seguintes não conseguiu atendimento em nenhum lugar, retornando várias vezes ao CAPS com esta demanda; cada vez que vinha era acolhida por um profissional, mostrava-se impaciente e sem escuta quando o que pedia não lhe era dado. Em seu CS de origem agrediu funcionários e um Boletim de Ocorrência chegou a ser feito; o psiquiatra do mesmo resguardou-se o direito de não mais atendê-la alegando agressões e ameaças. Em uma de suas idas ao CAPS a encaminhamos para seu CS referência em saúde mental, que deveria atender os casos menos graves. O início de seu atendimento foi difícil. Seguiu-se bem, até a psicóloga que a atendia anunciar sua saída, o que ocasionou nova crise de ansiedade e nova procura pelo CAPS em busca de atendimento. Neste momento ficou clara a necessidade de reunir os três serviços envolvidos no cuidado deste caso para

discussão do mesmo e elaboração de um projeto terapêutico, com a presença do apoio do distrito. Ficou acordado que um dos CS continuaria fazendo o atendimento psicoterápico, a consulta com psiquiatra ocorreria no CAPS e ela teria ainda de freqüentar alguma oficina na Casa das Oficinas.

Outro Apoio Matricial que pude participar foi o de um Módulo de Saúde, uma unidade menor que um CS, com apenas uma equipe de Saúde da Família, já no segundo semestre do curso de aprimoramento. De modo diferente ao CS, esta equipe se mostrou bastante receptiva, com reunião semanal já estruturada e funcionando bem, da qual logo pude fazer parte. Também tinham problemas com os encaminhamentos de casos de saúde mental para o CS de referência, mas a demanda era menor; poucos usuários desta referência estavam em tratamento no CAPS. Neste caso rapidamente me envolvi com triagens e visitas domiciliares, bem como trouxe demandas do CAPS para a equipe do Módulo. As dificuldades neste caso decorreram do fato de eu não acompanhar cotidianamente e diretamente os usuários desta unidade no CAPS, não conhecia os casos com profundidade e, conseqüentemente, não conseguia integrar bem os dois serviços, o que deixava ainda mais clara a finalidade e a utilidade de se organizar o serviço em referências por território, diretamente ligadas a CSs específicos.

Os Acompanhamentos Terapêuticos

Em diversos momentos me dispus a sair do CAPS com alguns usuários, levando em conta que a construção do laço social se dá a partir da circulação do sujeito em seu território, e que em muitos casos é necessário que este esteja acompanhado neste trajeto. Estas saídas ocorriam com finalidades específicas – ir ao supermercado, ao banco, à lanchonete etc. – ou não; podiam também ser esporádicas ou ainda regulares, como em um atendimento.

Porém não se deve dizer que eram saídas sem finalidade alguma. Muitas delas ocorreram com usuários que estavam em leito-noite, alguns há vários dias. A sensação de estarem presos parecia em muitos momentos trazer mais sofrimento e persecutoriedade do que alívio e segurança. É realmente importante que o CAPS seja capaz de dar um contorno mínimo ao psicótico em crise, e isso na maioria das vezes passa pela delimitação espaço físico, na

medida em que é no concreto que este usuário localiza sua afetividade. Mas a circulação viciada dentro deste espaço pode tornar-se aprisionante ao invés de acolhedora, considerando-se períodos maiores de internação. Nestes momentos é difícil distinguir se aquilo que o sujeito sente como uma ameaça e que provoca sua agressividade é própria do surto ou se estamos a co-produzindo. Retomo aqui a necessidade de se atentar para o lugar, uma certa função imaginária que a instituição cumpre na produção delirante do sujeito a partir do papel de cuidador, e se suas condutas estão reafirmando este lugar ou criando o impasse necessário a produção do desvio, mesmo que um desvio delirante. Uma escuta mais atenta e conhecedora do histórico clínico do usuário em leito-noite pode produzir muita diferença, de modo a também trabalhar o contorno físico e espacial a partir de uma significação subjetiva e simbólica, e não apenas o inverso. Os acompanhamentos terapêuticos podem ser instrumentos interessantes se pensarmos que uma circulação diferente pelo espaço, pelo território, pode levar também a trajetórias subjetivas distintas, na tentativa de produzir possibilidades de saída do delírio mortificante, a serem trabalhadas posteriormente.

Alguns desses casos passaram a ter um acompanhamento regular por algum tempo. Retomarei aqui o caso de Jorge, já citado anteriormente. Iniciei seus ATs ainda nos períodos de leito-noite a pedido do mesmo. Este relatava que as saídas do CAPS o acalmavam, e eu percebia o mesmo. Andávamos rápido, e sua fala e produção delirante acompanhavam o mesmo ritmo. Em seus delírios colocava-se sempre no lugar de objeto de agressões de outras pessoas – equipe do CAPS, familiares, militares americanos. Mas ao mesmo tempo dizia ter em si conhecimentos e coisas de grande valor, referidos por ele como “dons espirituais” – dentes de ouro, a cura do câncer e da AIDS, armaduras impenetráveis. Em nossas andanças/conversas não procurava contradizê-lo, mas ressaltar a necessidade e a possibilidade de proteger-se das agressões utilizando-se de seus dons. Nesta mesma época houve uma troca importante de medicação, tanto devido ao próprio efeito do remédio, quando por Jorge ter de comparecer semanalmente ao serviço para coleta de sangue, motivo que causou grande persecutoriedade; mas que ao mesmo tempo concentrou este sentimento na figura de sua psiquiatra, ajudando a retirá-lo dos demais membros da equipe. Deste modo, as ameaças foram cedendo aos

poucos, a persecutoriedade antes dirigida a toda a equipe do CAPS – tinha dúvidas apenas em relação a mim e a um técnico de enfermagem – reduziu-se, como dito antes, apenas a sua psiquiatra e a um auxiliar de enfermagem; as queixas quanto a sua família também diminuíram e a convivência em casa pareceu ter melhorado bastante.

Neste meio tempo também começamos a cuidar de um espaço de terra nos fundos do CAPS, no qual fizemos uma horta. Os atendimentos então passaram a alternar-se entre as andanças e o cuidado desta horta, como se oscilasse entre a circulação expansiva e o cuidado concentrado, do qual fez parte a instalação de uma cerca na horta. Ele costumava levar um pouco dos produtos da horta para sua casa e o restante deixávamos para ser consumido no CAPS.

Jorge evitava participar de atividades em grupo, dizendo não sentir-se bem nestas situações, e restringia rigorosamente a participação de outras pessoas durante seu atendimento, às vezes permitindo apenas a entrada de um amigo ou de sua mãe, que em outras era simplesmente rechaçada; outras pessoas parecia que ele nem mesmo notava. Mas este era um ponto que merecia maior atenção, por entender que seria em espaços grupais que novas possibilidades de significação poderiam criadas em alternativas às identificações maternas. Mesmo assim sua participação nestes espaços não era impositiva, mas a partir de demandas próprias e para que pudesse ser criativa, de modo a Jorge se apropriar dos mesmos e experimentá-los de uma maneira radicalmente nova.

CONCLUSÃO

Aqui acho importante retomar alguns questionamentos do início do texto à luz das experiências expostas e propor estratégias para a implementação de novas práticas territorializadas. Como é possível produzir cuidado para sujeitos em sofrimento psíquico intenso sem incorrer em práticas excessivamente tutelares? Como evitar que nos responsabilizemos além do necessário, mas ao mesmo tempo não abandonemos usuários reconhecidamente frágeis e que necessitam de apoio?

Um fator que ficou claro ao olhar mais atentamente estas experiências é a necessidade de se procurar e construir parcerias para este trabalho, sejam elas instituições sociais, de saúde ou as próprias famílias.

Partindo das diretrizes do Apoio Matricial, podemos pensar que devemos evitar ao máximo a desresponsabilização e o desinteresse pelos casos quando estes entram no fluxo dos serviços. Compartilhar o cuidado deve ocorrer inicialmente com os CSs, e posteriormente com organizações e instituições sociais e com as famílias. Não basta que os CS se encarreguem apenas dos aspectos “clínicos” – assim os chamam os profissionais do CAPS, como se o que eles fizessem não fosse clínica alguma – da saúde do usuário (dores de barriga, de cabeça, cortes e etc.), é necessário que se interessem e continuem participando de alguma forma dos cuidados de saúde mental. Se não existir contato algum com o CAPS, como vão saber mais a fundo a diferença daqueles usuários dos demais? Como entender seu projeto clínico e aprender a lidar com eles? Não estaríamos operando novamente a velha cisão entre orgânico e mental, que tão custosamente estamos tentando superar? A definição destas atribuições institucionais não está dada, a construção do lugar da saúde mental, principalmente na Atenção Básica, ainda está em construção. E os CAPS não podem se furtar a essa discussão que tem reflexos imediatos em seu trabalho cotidiano.

O que pude perceber é que quanto mais distantes as relações institucionais e menos diálogo acerca dos casos, mais predomina o sentimento de desconfiança entre os equipamentos, que atinge de forma intensa e direta o imaginário das equipes quanto as motivações de ambos os lados. A confrontação deste Imaginário que só pode se dar com a presença daqueles que vivem tal situação e também de um terceiro que ajude a os ajude superar seus impasses e resgatar a confiança mútua de relação cindida.

Para isso penso ser necessário superar a concepção de Apoio Matricial que não vai além de reuniões conjuntas para discussão de casos e seus encaminhamentos. É necessário que profissionais dos dois serviços disponham-se a realizar tarefas conjuntamente (visitas domiciliares, atendimentos, grupos). Não é possível pensar a aproximação de dois serviços sem a aproximação dos funcionários que os compõe. Para a implementação destas diretrizes pude perceber três empecilhos: a falta de espaço para

encontros na equipe a receber o Apoio; a dificuldade da equipe que faz o Apoio em gastar mais tempo nesta função junto a equipe a ser apoiada; a ausência de um terceiro que os auxilie planejar, programar e implementar um novo processo de trabalho compartilhado. É necessário então pensar formas de criar tais espaços nos serviços a serem apoiados (reuniões de equipe de forma geral, de Saúde da Família, Saúde Mental, reunião geral de equipe); e ao mesmo tempo acho importante determinar quanto tempo o apoiador deve empregar trabalhando junto a equipe local; é também imprescindível a presença de um terceiro que cumpra a função de mediador no durante o estabelecimento desta relação.

Outro ponto a ser explorado, ainda que pessoalmente não tenha desempenhado tal função, são as visitas e principalmente dos atendimentos domiciliares. Muitas vezes as visitas domiciliares tornam-se um instrumento de vigilância e controle sobre o usuário, uma forma de detectar aquilo que está errado – na maioria dos casos segundo parâmetros homogeneizantes – e tem de ser corrigido na dinâmica familiar. Isto deixa escapar a forma de produção de determinada condição de vida, isto é, não nos deixa ver as dificuldades destes sujeitos, as causas de seu sofrimento e as relações que mantém esta dinâmica, conseqüentemente restringindo as possibilidades de atuação naquele espaço. O atendimento domiciliar pode ser um instrumento importante auxiliar a família a rearranjar suas relações e construir um outro lugar para o psicótico.

Retomando aqui o caso de Henrique, já mencionado no início do texto, destaco dois pontos importantes a serem analisados: que papel o CAPS desempenhou com as condutas tomadas; como o poderia ter atuado de forma ajudá-lo a sustentar sua decisão e tornar-se sujeito de sua história, ainda que de sua forma peculiar. Henrique parece nos dar pistas deste papel já desde seu desaparecimento, quando, ao deixar a casa da mãe, deixou também de freqüentar o CAPS. Assim como a mãe, a equipe do CAPS sentiu-se abandonada após um árduo trabalho de cuidado. E após o longo período de preocupação, o choque de descobrir o estado em que Henrique se encontrava e a retomada urgente de seu cuidado em leito-noite devido a crise instalada. Cabem aqui alguns questionamentos: havia realmente uma crise em curso e qual seu grau? Se mesmo em crise o leito-noite seria a melhor conduta neste

caso e qual significação poderia assumir para Henrique? Seria esta a única conduta clínica possível? Caberia ao CAPS decidir seu local de residência? Não estou aqui questionando ou minimizando o sofrimento que a situação deveria estar causando em Henrique, seus familiares e na própria equipe do CAPS, mas propondo que olhemos com mais cuidado para estas angústias e procuremos outro meios de lidar com elas. A respeito da clínica Onocko Campos (2001,p. 102) diz que “a clínica deveria ser sempre interrogada a luz de sua produção, de sua eficácia, o substantivo clínica seriam assim, sempre plural e adjetivado” Não seria possível ajudá-lo a reorganizar sua vida diretamente no novo domicílio, mesmo estando fora do território adscrito e assim rearranjar os afetos sem desrespeitar sua condição de sujeito? Talvez as angústias com maior urgência de cuidado fossem a familiar, principalmente da mãe, e da equipe, que em nenhum momento esperou e desejou que Henrique usasse sua autonomia desta forma. Seguindo esta linha de pensamento, novamente Onocko Campos (2001, p.105) nos lembra que:

“A possibilidade de acompanhar a crise dos usuários está colocada para grande parte dos serviços. Um compromisso com esta questão exigirá da equipe a possibilidade de sustentar sua própria crise. Transformar o surto em passagem, em algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado por grande quantidade de remédios, para isto ser suportável a própria equipe precisará de cuidados”.

Não seria possível usar deste acontecimento para transformar o lugar ocupado por Henrique tanto na dinâmica familiar quanto no imaginário da equipe do CAPS? Como a equipe poderia ter cuidado de sua própria angústia? Penso que a realização de atendimentos domiciliares e novos combinados com Henrique que garantissem sua presença diária ou esporádica durante a semana no CAPS, juntamente ao acompanhamento familiar, poderiam ser condutas clínicas que dessem apoio à angústia de todos.

Estou aqui propondo e defendendo o CAPS para além de um equipamento de saúde, de uma estrutura física. Penso-o como uma metodologia, formas de organização do processo de trabalho, técnicas etc., e uma ética de trabalho em saúde mental, que confia e procura sustentar a produção do desejo do usuário, a ser estendida para fora de seu espaço físico, nas redes de cuidado em que for chamado a participar e co-construir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENHAÏM, M. **Amor e ódio: a ambivalência da mãe**. Rio de Janeiro: Cia de Freud. 2007.
- CAMPOS, R. O. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago. 2001, p. 98-111.
- MENDES, A. A. **Tratamento na psicose: o laço social como alternativa ao ideal institucional**. Mental, ano II, n. 4, Barbacena, jun. 2005, p. 15-28.
- CAMPOS, G. W. S., DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2), fev, 2007, 399-407.