

UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva

**“EM BUSCA DA CASA DO PREMIO 1”
As parcerias e a clínica possíveis num serviço de saúde
mental.**

Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde
Mental

VIVIANE MARCONDES NAGATA

Orientadores
Rosana Onocko Campos
Alberto G. Diaz

Campinas
2009

Agradecimentos:

À “Cida”: que me ensinou que às vezes é preciso desconstruir algumas coisas para então construir outras novas e que isso é possível mesmo não desistindo de um sonho.

Aos usuários do Caps David: pelos encontros fundamentais, a quem todo trabalho vale muito a pena.

À Equipe do Caps David: pelo acolhimento, pelos encontros, pelos ensinamentos, pelas amizades, por me permitirem me aprimorar...

À “Juju”: pela importante parceria; pelos sonhos, sofrimentos, conquistas e conhecimentos compartilhados; pela amizade...

À Rosana e ao Tato: pela parceria, por compartilharem e ensinarem, acreditando e me fazendo acreditar que eu conseguiria.

Aos “AprimoRanger’s”, Cris, Má, Cuca, Thaís, Taninha, Déia, Bruninha, Paula e Mel: pela amizade, por compartilharmos, pelos encontros intensos, pelas diferenças e poder ser diferente, por contribuírem ao meu “subir no palco”, pelos choros, risos, alegrias, sofrimentos, afetos... muito afeto! por me “afetarem”!

À Carol: pela amizade sempre presente! pela sintonia, pela força, por compartilharmos... pelos “cafés terapêuticos”, mesmo que “online”.

Ao Clayton: pela amizade indispensável! por fazer parte das minhas escolhas, por continuar “ensinando”, pelo carinho.

À Rê: pelas trocas, pela amizade, pelas sessões de “primaterapia” compartilhadas.

A todos os amigos: que de alguma forma fazem parte deste percurso, direta ou indiretamente, pela amizade e por serem tão importantes em minha vida.

À Marilúcia: por estar junto, por me acompanhar neste percurso do auto conhecimento e amadurecimento.

Ao tio Osvaldo: que já finalizou este percurso e ensinou que dá pra ter forças, tranquilidade e esperanças até o fim, mas que esse fim pode não ser o fim e sim o começo de uma outra coisa...

Ao meu irmão: pela proximidade, por compartilharmos, pelo amor, por “crescermos”...

Aos meus pais: que me deram a vida! pelo amor incondicional! por me ensinarem que é preciso batalhar, correr atrás. Por serem os maiores vencedores! por acreditarem em mim, por compartilharem. Por me ensinarem e se permitirem a continuar aprendendo que vale a pena correr atrás de um sonho!

Ao “more”: pelo imenso amor! pelo companheirismo, por estar presente, por acreditar, por ter paciência... por estar ao meu lado enquanto mergulhei fundo na loucura e na minha própria loucura... por estar junto quando sofri, por comemorar junto, por possibilitar um aconchegante e acolhedor lugar para voltar... um lar.

À minha família: Humberto, Sueli, Osvaldo e Caio.

*“Eu não caibo mais
Nas roupas que eu cabia
Eu não encho mais
A casa de alegria
Os anos se passaram
Enquanto eu dormia
E quem eu queria bem
Me esquecia...*

*Será que eu falei
O que ninguém ouvia?
Será que eu escutei
O que ninguém dizia?
Eu não vou me adaptar
Me adaptar...*

*Eu não tenho mais
A cara que eu tinha
No espelho essa cara
Não é minha
Mas é que quando
Eu me toquei
Achei tão estranho
A minha barba estava
Desse tamanho...*

*Será que eu falei
O que ninguém ouvia?
Será que eu escutei
O que ninguém dizia?
Eu não vou me adaptar
Me adaptar...*

*Não vou!
Me adaptar! Me adaptar!
Não vou! Me adaptar!
Não vou! Me adaptar!...*

(ARNALDO ANTUNES)

“Se acaso devemos, eu e os outros, encontrar o fracasso nesse caminho, prefiro o fracasso numa tentativa que tem um sentido a um estado que permanece aquém do fracasso e do não fracasso, que permanece irrisório”

(CASTORIARDIS, 1986)

Sumário:

1. Tudo tem um começo.....	6
2. Uma história a ser contada.....	11
3. Um lugar?!.....	13
4. Traçando uma história, percorrendo um caminho.....	15
5. A possibilidade de ser, de ter... ..	17
6. Quando o percurso é desviado: fazendo por e não com ela.....	19
7. Quando retomamos o caminho.....	21
8. Um caminho pela frente.....	23
9. Conclusão.....	25
Referências Bibliográficas.....	27

1. TUDO TEM UM COMEÇO

A exclusão das pessoas ditas “loucas”, “fora dos padrões”, foi historicamente construída e data de muito tempo atrás, como podemos verificar em “*História da Loucura*”, onde Foucault (2005) relata que ao final da Idade Média a lepra desapareceu do mundo ocidental, não por práticas médicas, mas por segregação, mantendo a “*distância sacramentada*”. Porém, aquilo que permanece por muito mais tempo do que a lepra são os valores e as imagens aderidos à personagem do leproso, o sentido desta exclusão, a importância dessa figura insistente e temida, com valores sagrados (manifestação de Deus).

Segundo o mesmo autor, o louco, assim como o pobre, o vagabundo e o presidiário, vêm substituir esta figura, no mesmo círculo sagrado (salvação através desta exclusão social, mas reintegração espiritual).

O conceito de doença mental, segundo Foucault (2005), também está relacionado com a cultura, com o que está fora do padrão sociocultural, ou seja, o que está fora do estabelecido pela população é considerado anormal, como desviantes sociais.

Os desviantes sociais no Século XVII eram abrigados em instituições sem finalidade médica, onde o objetivo era isolá-los da sociedade, ficando jogados a própria sorte. O que no Renascimento era considerado como livre expressão do homem, na ocasião da Revolução Industrial, todo aquele que não pudesse ser produtivo, seria excluído do corpo social, sendo assim, também os “loucos”.

Na metade do Século XVIII, em Paris, o médico Phillipe Pinel, traz um *status* científico ao tratamento da loucura e começa a tratar e estudar os pacientes do Hospital de Bicêtre. Surgem as primeiras “*vozes patológicas da loucura*” (FOUCAULT, 2005) e os hospitais psiquiátricos ou manicômios como instituição de estudo e tratamento da alienação mental. Tratamento este preconizado pelo isolamento social (institucionalização / hospitalização integral), onde pudessem ter uma observação mais apurada, consolidando um diagnóstico mais preciso e correto, assim como um tratamento moral, que requer disciplina e ordem. Tornando-se pela primeira vez um lugar com o propósito de cura, ainda que na tentativa de reeducar os comportamentos e mentes desregradadas.

Com um imperativo terapêutico, o alienismo pineliano ganhou o mundo e desde os primeiros momentos foi objeto de muitas críticas. No Brasil o primeiro

hospício foi inaugurado por D. Pedro II no Rio de Janeiro em 1852. Segundo Amarante (2007) tais intervenções contrapõem-se com os ideais da Revolução Francesa, aprisionando aqueles aos quais pretendia libertar. *“Como tão pouco saber pode gerar tanto poder?”* (apud FOUCAULT, 2006:70).

Na tentativa de romper com esse modelo de assistência, ou de melhorá-lo, várias foram as formas de assistência e correntes, no intuito de humanizar as práticas assistenciais aos doentes mentais. Até que se chegue às discussões por abandonar o modelo psiquiátrico tradicional.

Segundo Amarante (2007), uma delas foram as Colônias Terapêuticas, que consideravam o trabalho como forma terapêutica de fazer desaparecer os vestígios do delírio. Logo percebeu-se que tais colônias se igualavam aos asilos tradicionais. Comparadas aos campos de concentração, constatavam-se ali uma absoluta ausência de dignidade humana.

Algumas foram as experiências de reforma psiquiátrica ocorridas em vários países, como por exemplo a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, que acreditavam que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução seria introduzir mudanças na instituição. Eram processos de reformas institucionais, contendo em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais. Um processo de horizontalidade, em que a função terapêutica era uma tarefa a ser assumida por todos, técnicos, familiares e pacientes. Incluir os próprios pacientes para elaborar, junto com os profissionais, propostas de trabalhos, através de reuniões, assembléias. (AMARANTE, 2007).

Outras experiências marcantes foram as da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva, que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, devendo tornar-se obsoletos a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centro de saúde mental), ao mesmo tempo em que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico. (AMARANTE, 2007).

Pela primeira vez se falava em regionalização e o acompanhamento terapêutico dos pacientes poderia ser feito tanto dentro dos hospitais como em suas residências. Este acompanhamento já não é de exclusividade do médico psiquiatra e sim de toda uma equipe.

Já a experiência da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, consideram que a questão estaria no modelo psiquiátrico, que é todo ele discutido e rediscutido, assim como suas instituições assistenciais. Desinstitucionalizar não é apenas desospitalizar.

Importante ressaltar a experiência da Psiquiatria Democrática, protagonizada por Franco Basaglia na Itália, que inspirou muitas experiências por todo o mundo.

Para Amarante, Basaglia formula,

“um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (p. 56).

Os muros dos hospitais devem ser derrubados em todos os sentidos. Criando-se, através de novos dispositivos e novos serviços, novas formas de poder ser e poder estar no mundo.

Rompendo com o antigo modelo psiquiátrico, em que a terapêutica é baseada somente na hospitalização, Rotteli (sucessor de Basaglia), afirma que o campo da saúde mental é um processo social complexo, algo que caminha e se transforma permanentemente. Entram em cena novos atores sociais, novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas e éticas conflitantes. Produzindo paradoxos, contradições, consensos, tensões.

Por muito tempo a psiquiatria tradicional considerou a doença como um objeto natural, externo ao homem. Ocupava-se dela e não do sujeito que vivencia, este ficando apenas como plano de fundo. Basaglia então propõe que se coloque a “doença entre parênteses”, ocupando-se do sujeito em sua experiência. O que não significa a negação da existência da "doença", enquanto processo de adoecimento, uma experiência que produz dor, sofrimento, diferença e mal-estar. "A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a

subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana" (AMARANTE, 2007.)

E assim é possível que se apareçam sujeitos que antes estavam reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata.

Atuar no campo da saúde mental sob tal perspectiva significa olhar para este sujeito em toda sua experiência de vida. Um sujeito, que Amarante nomeia como em sofrimento psíquico ou mental, que além da experiência do adoecimento em si, possui problemas concretos do cotidiano. Aqui é possível aplicar a noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial, onde se faz necessário a criação de serviços como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Lugares de sociabilidade e produção de subjetividade.

Então o campo da saúde mental é chamado a rever-se por completo, tanto nas dimensões técnico-assistencial, teórico-conceitual, como na dimensão jurídico-político, ou seja, mudança total do paradigma de entendimento.

Neste sentido a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 é um passo importante no Campo da saúde mental no Brasil, onde se propõe: " a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Segundo Ministério da Saúde, é definido uma nova política de saúde mental onde os recursos da assistência psiquiátrica é redirecionado para um modelo substitutivo de base comunitária, incentivando a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial. Os atendimentos são feitos em Caps (Centro de Atenção Psicossocial), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência.

Sob a perspectiva construída por Basaglia de se colocar a doença entre parênteses e ocupar-se do sujeito em toda sua experiência, Amarante aponta ser necessário serviços de atenção psicossocial que possam acolher pessoas em crise e que essa não se dá em condições puramente biológica ou psicológica, mas também social. É importante que estas pessoas possam ser acolhidas, ouvidas e que se crie vínculos. Que sejam envolvidas nas soluções, encaminhamentos e tratamentos construídos. Tanto a pessoa que é atendida, como as outras pessoas envolvidas.

No que se refere aos serviços de base territorial, é importante destacar que devem operar sob a lógica da intersetorialidade, ou seja, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. É importante que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial se constituam em rede.

Neste trabalho é apontada a importância de um trabalho de parceria entre um serviço de saúde mental e a assistência social, através do caso de uma senhora, (ex) moradora de rua.

No que diz respeito à política, ou à falta de, fica claro a importância de discussões e implantação de políticas públicas destinados a este fenômeno complexo da vida urbana. Conforme a Carta de Campinas de 18 de junho de 2008 do I Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades em relação às pessoas em situação de rua, é necessária a construção de políticas inter-setoriais, a partir do princípio da promoção de direitos sociais e da reciprocidade, a implantação de equipes de abordagem de rua para portadores de transtornos mentais em situação de rua que ofereçam convivência, relações e vínculos, sempre na perspectiva intersetorial. Que estratégias de remoção e de implantação de abrigos são potencialmente danosas se apontadas como solução única. A atenção a este tipo de população deve seguir os princípios gerais da Reforma Psiquiátrica.

Nesta perspectiva, no que diz respeito à clínica do cuidado, podemos verificar através deste caso a importância de ocupar-se deste sujeito em toda sua experiência. Da singularidade de cada caso. De ouvir este sujeito, mas uma escuta qualificada que permita intervenções efetivas na produção de subjetividade. Que não se reproduza ações institucionalizantes e o destitua de seu papel na vida, na sua própria história. Que não se crie um tratamento ao usuário, por toda a vida, num regime de assistência social, nem biologizantes. A importância de não se renunciar à clínica, pois também pode levar a exclusão e a segregação. *“O psicótico é um sujeito estruturado, mesmo se ele se encontra fora do discurso social, não discutir com ele, não falar com ele é uma forma de excluí-lo, mas, também ficar com ele sem o discurso é uma forma de exclusão e de segregação”.* (VIGANÒ, 1997)

2. UMA HISTÓRIA A SER CONTADA

Através do Programa de Aprimoramento Profissional, formação esta de um ano de duração que conta com uma carga horária de 40 horas semanais, sendo cerca de 80% na prática, abordo neste trabalho minha experiência enquanto Psicóloga Aprimoranda em Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano da Costa Filho. Um Caps III, ou seja, um serviço territorial que oferece cuidados integrais e contínuos, 24 horas diariamente, em saúde mental a adultos em sofrimento psíquico.

Neste serviço, entre outros trabalhos e casos, acompanhei durante todo o ano desta formação e atuação o caso de uma senhora ex-moradora de rua.

Após um longo período morando na rua e sendo acompanhada por profissionais do Serviço de Acolhimento e Referenciamento Social – SARES, aqui a chamarei de “Cida”, chega ao Caps acompanhada pelos mesmos profissionais para realizar uma triagem, em março de 2008. Neste mesmo período acabo de chegar ao mesmo Caps, onde irei atuar durante um ano como Psicóloga Aprimoranda. Acompanho esta triagem, a primeira deste período de Aprimoramento, inicialmente para conhecer e aprender a respeito deste procedimento.

Deparo-me com uma senhora muito brava, dizendo várias coisas ao mesmo tempo, falando de lugares, de coisas, de pessoas, num discurso aparentemente bem confuso, “delirante”.

Cida não sabia o que estava fazendo ali naquele CAPS, o que era o Caps, quem eram aquelas pessoas estranhas que lhe faziam várias perguntas. Ela queria voltar para o lugar de onde veio. Dizia, muito brava, que a obrigaram a ir para este lugar e que gostaria de ir embora.

A princípio entendemos que o lugar para onde ela gostaria de voltar e que ela se referia como sendo sua casa, era a rua, o lugar onde ela vivia há alguns anos.

No sentido de conhecê-la melhor, avaliar toda a situação, os profissionais do Caps concordam em inserí-la ao Caps e mantê-la em leito noite, em “hospitalidade integral”.

Como Aprimoranda, havia chegado recentemente neste serviço para desenvolver um trabalho de um ano em período integral. Uma profissional

recém formada, com a responsabilidade que tal condição exige, mas também uma estudante, num momento de aprendizagem. Alguém que quer aprender, mas também quer “mostrar serviço”, ter um lugar. Alguém que é da equipe, mas que ao mesmo tempo não é. Com um olhar de dentro, da experiência que irá adquirir com a prática, mas também com um olhar de fora, com a universidade de retaguarda, que auxilia a contribuir com a equipe justamente olhando aquilo que quem está dentro não consegue enxergar mais.

Uma condição difícil. Um lugar que mais parecia não ser lugar algum.

Num primeiro momento o que mais me chamava a atenção neste caso é justamente a questão do lugar. O lugar que esta senhora referia ter. Um lugar em que as pessoas diziam que ela não poderia mais ficar, decidiam por ela que rua não é um lugar para se morar. Mas então que lugar? O Caps? O Sares? Um asilo? Essa era a discussão dos profissionais. O interessante é que mesmo outras pessoas discutindo tal questão, ela dizia que ela tinha um lugar, dizia até, que teria e iria para esse lugar.

3. UM LUGAR?!

Participo das discussões do caso, “sem querer” me envolvo e insisto em saber mais da história de Cida. Em a conhecermos e auxiliarmos neste processo de ter ou encontrar o seu lugar.

Hoje percebo que esta também foi a possibilidade de ter o meu lugar. Acompanhar um caso que me desse um lugar nesta equipe, um lugar no aprimoramento. Habitar a ponte entre profissional e estudante. Aprender e atuar com este caso.

Cida fora acompanhada por profissionais do serviço social durante dez anos e estes diziam que ela sempre tivera esses discursos confusos, referia lugares e pessoas, juntava muitos sacos com coisas suas e naquele momento preocupados com sua saúde mental e com a idade avançada (cerca de 80 anos) consideraram que seria melhor um acompanhamento no Caps e que morar na rua não seria mais possível diante destas condições.

Conforme já mencionado, a falta de políticas públicas para esta população é um problema a ser enfrentado. Apesar de toda a boa vontade destes profissionais, fica evidente neste caso que esta falta, sem um direcionamento, as condutas que são tomadas comumente se resumem em atitudes assistencialistas e de estratégias de remoção.

Ficar no Caps talvez não fosse o melhor lugar para esta senhora, mas dadas essas condições, a necessidade de se fazer uma parceria entre ambos e mais serviços, de se trabalhar intersetorialmente e principalmente, conhecer a história de vida de Cida, de colocá-la ao “comando” de sua própria vida é que discutimos entre alguns profissionais do Caps a possibilidade de inserir Cida a este serviço. O que não foi fácil, já que exigiam deste serviço social o referenciamento do caso, bem como as tomadas de decisões “práticas” referente ao mesmo. Se não for como referência, porque não trabalharemos conosco como parceiros?

Uma parceria que foi construída com o tempo e que exigiu esforços de alguns profissionais. Na tentativa de não entrar no falso conceito de integralidade, a dos encaminhamentos (ONOCKO CAMPOS, 2005), o que facilmente poderia acontecer diante das discussões entre os dois serviços em relação à complexidade do caso.

O Caps então neste momento fica como o serviço de referência à Cida. Mas uma referência que não se dá sozinha. Em meio a estas discussões o Caps vem a ser um lugar onde Cida poderá ser acolhida e ouvida, segundo pressupostos da clínica ampliada, a clínica do sujeito. Um sujeito que é biológico, social, subjetivo e histórico (ONOCKO CAMPOS, 2001).

4. TRAÇANDO UMA HISTÓRIA, PERCORRENDO UM CAMINHO.

Não como profissional de referência, mas como parceira da equipe, me aproximo de Cida para ouvi-la. Uma escuta instrumentalizada, que possa orientar nosso trabalho para com esta usuária. Numa “espera ativa”, conforme nomeia J. Oury (1991).

Este contato se dá na “convivência”, um espaço no Caps em que usuários e trabalhadores se encontram e dotada de um exercício de uma “tekné”, de uma escuta instrumentalizada, ou seja, do profissional estar “advertido” (OURY, 1991), permite um encontro singular e clínico. Permite uma “ambiência”, acolher o insólito, conforme pontua Oury (1991).

Sobre a função de Acolhimento, o mesmo autor descreve:

“... é a base de todo o trabalho de agenciamento (...) O acolhimento, sendo coletivo na sua textura, não se torna eficaz senão pela valorização da pura singularidade daquele que é acolhido. Esse processo pode-se fazer progressivamente, por patamares, e às vezes não é senão ao fim de muitos meses que ele se torna eficaz para tal ou tal sujeito psicótico à deriva” (Oury, 1991)

A partir de então uma história começa a ser traçada sobre esta senhora.

O que num primeiro momento nos pareciam apenas discursos confusos, delirantes, vai-se constituindo uma história de muita luta, dor, sofrimento e sobrevivência.

A impossibilidade de viver com seus pais, sua família, por duras circunstâncias da vida. As violências físicas, psíquicas e sociais sofridas ao longo de sua existência. Muitas vezes por escolhas de outros do que por suas mesmas. A sua escolha de vida, de modos de viver para que continue sobrevivendo.

Difícil não se afetar com tantas histórias de sofrimento. Conforme nos aponta Onocko Campos (2005),

“... estar em contato significa expor-se a afetos e, portanto, ser afetado”. Saber que histórias parecidas com a de Cida acontecem pelo Brasil afora é uma coisa, “Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturaram sua própria resistência à morte

por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender”
(ONOCKO CAMPOS, 2005).

Tal afetação ainda permeia e divide a equipe em opiniões distintas a respeito do caso de Cida. Neste momento dos nossos primeiros encontros, permito que Cida me conte sua história e diga em qual direção é possível auxiliá-la.

Os nomes citados por ela, de pessoas que de alguma forma fizeram parte de sua vida, de sua história, que com seu consentimento verificamos pessoas para quem ela já trabalhou, já se relacionou e até que fazem parte de sua família. Em meio a essa “investigação” encontramos sobrinhos, que ela não os reconhece como tal, mas que ela nos aponta, sabem algo de sua vida e até lhe devem algo. Algo que a vida lhe retirou ou nunca lhe deu a oportunidade de ter.

Cida diz da sua aparência, da cor e do aspecto de sua pele, não se reconhece neste corpo, fala do quanto era diferente e saudável, atribui a esta mudança um “trabalho” que fizeram a ela e que ela precisa resgatar, tornar a ser saudável.

Cida então menciona a sua eterna busca pela “Casa do Premio 1”. Uma casa onde essencialmente, irá encontrar sua família. Onde seus pais moram e poderá viver com, como ela mesma nomeia, “sua gente”. Uma casa que ela sempre procurou, continua buscando, junta suas coisas, roupas, utensílios domésticos, móveis, para poder morar com sua família.

Em meio a tantas histórias, a tantas pessoas que lhe fizeram sofrer, um dia Cida conta a respeito de uma amiga. Uma amiga de infância, uma pessoa que lhe acolhia, de quem ela gostava muito e durante um tempo passa a me chamar pelo nome desta amiga. Após um tempo passa a chamar algumas outras pessoas da equipe por este mesmo nome.

De “coisa”, “moça”, “psiu” passamos a ser chamadas pelo nome dessa amiga, que ao longo do tempo, de algumas transformações em sua história pelo Caps, passamos a ter nossos próprios nomes.

Hoje, para Cida, em alguns momentos sou a “coisa”, em outros a amiga e na maioria das vezes sou a Viviane.

5. A POSSIBILIDADE DE SER, DE TER...

Na medida em que Cida me conta sua história, seu objetivo de vida, faz vários pedidos de ir atrás de pessoas, lugares e coisas que fazem parte de sua história, a atendemos na medida do possível. Não um atendê-la apenas pela boa vontade, mas com a possibilidade de reconstruir sua história, de se produzir algo diferente, de produzir um desvio neste modo sofrido de viver, sem que se destruía completamente um sonho, a vida desta pessoa.

É neste “para quê” (ONOCKO CAMPOS, 2001) contínuo que baseio meus acompanhamentos à Cida, à minha clínica neste caso. Este “para quê” que sustenta as ofertas de se produzir um desvio neste modo sofrido de viver.

“Nós só podemos ofertar nossa diferença, nosso estranhamento como um convite a experimentar outras formas de ser na comunidade. E não porque a nossa seja melhor, senão porque temos um compromisso ético em desviar a produção em larga escala de miseráveis (...) Nossa estratégia é desviar essa reprodução e coloca-la na trilha da produção do novo...” (ONOCKO CAMPOS, 2005).

Faço alguns Acompanhamentos terapêuticos com Cida para reconstruir esta história, seu percurso. Como ir a uma cidade em que ela diz precisar conversar com uma pessoa conhecida e que não encontramos nada nem ninguém, até ir ao local em que ela costumava ficar no centro da cidade de Campinas e encontrar várias pessoas que a conheciam. Contando na maioria das vezes com a parceria do serviço social para tais acompanhamentos.

Ao me contar muitas coisas, de ter a confiança para tal, algumas questões lhe são produzidas. Algumas sem efeito algum, como a busca da sua casa, de seus pais, sendo este ainda seu objetivo principal. Outras chegam a fazê-la pensar, passa a fazer algum sentido e algumas mudanças passam a acontecer.

Num processo lento, respeitando seu tempo na medida do possível, construído com ela, fazendo sentido a Cida, a possibilidade de ter documentos, ser alguém, receber um benefício que é de seu direito e ter um lugar seu para morar passa a direcionar nosso trabalho com Cida.

Tais possibilidades lhe são apontadas várias vezes sem nenhuma ressonância, até que um dia Cida comenta da vontade de comprar alguma

coisa e permite a entrada neste assunto. Lhe é feita uma pergunta e a resposta vem com um pedido de ajuda para conseguir ter seu próprio dinheiro.

A partir daí iniciamos um percurso de tirar seus documentos, de acompanhá-la ao Poupa Tempo, ao INSS, a busca de uma casa para alugar. Cida se permite a desconstruir algumas coisas para construir outras novas em sua vida. Se antes cuidar destas questões eram coisas que a família deveria resolver por ela, neste momento se permite fazer por si mesma.

Com o apoio de profissionais da equipe do Caps e do serviço social, Cida passa a ter registro de nascimento, RG, CPF, passa a efetivamente e legalmente ser alguém. Consegue seu benefício, ter seu próprio dinheiro e pode dirigir a própria vida. Passa a ter a possibilidade de ter um lugar para morar, negocia aluguéis, mesmo apontando o tempo todo para nós, que será uma casa temporária, até que encontre a Casa do Premio 1.

6. QUANDO O PERCURSO É DESVIADO: FAZENDO POR E NÃO COM ELA

Diante de tantas transformações, tantas conquistas, nos desviamos deste importante percurso, desta construção conduzida por Cida. Passamos, eu e os profissionais envolvidos no caso, a conduzir a direção deste caminho por Cida e não com ela.

Com a possibilidade da residência terapêutica do Caps mudar para um outro lugar com duas casas, passamos a trabalhar no sentido de incluir Cida a uma destas casas, fazendo-a esperar pelas questões burocráticas exigidas para tal mudança. É o nosso desejo que se impõe ao de Cida.

Cida, com seus oitenta anos, se vê obrigada a esperar por algo que nunca teve em sua vida e que até então, desde o início de nosso trabalho vinha conquistando. Não consegue compreender que com o dinheiro, com a casa disponível, não possa buscar suas coisas e se mudar. E não é pra menos.

Um desvio ruim que acaba sendo reparado por nós da equipe, mas que ainda está em processo de ser reparado para ela. Através da supervisão do caso, do auxílio da visão de pessoas realmente “de fora” e em discussão entre a equipe, conseguimos enxergar que ela não mais estava dirigindo este percurso e que isso teria que ser retomado, deveria fazer sentido para ela. É necessário retomar o “para quê” de nosso trabalho com Cida.

Um trabalho que foi conduzido principalmente por duas pessoas da equipe, sendo uma delas eu a “parceira” e pela profissional de referência, evidencia a questão do trabalho de referência vivenciado neste Caps. Um trabalho isolado, de grande responsabilidade e o risco de onipotência perante o usuário.

Enquanto parceira consegui desviar algumas condutas mais tutelares ou excludentes demais, por ser a pessoa de fora, com um olhar de fora. Mas neste momento, completamente envolvida no caso, tendo muito mais o olhar de dentro, não conseguia enxergar esta questão, que hoje nos parece tão óbvia.

Talvez tenha sido seduzida ao lugar na equipe e com medo de ser o “patinho feio” e com isso sofrer algumas conseqüências dolorosas no processo das identificações afiliativas, passo a ser membro, filha da “grande mãe” (instituição) e em prol da grande tarefa primária desta instituição, passo a ter o mesmo agir ideológico dos membros desta equipe. (Kaës, 1991). Um agir

ideológico que ultrapassa os desejos de Cida. É o desejo da equipe que opera nesta escolha de incluí-la na residência terapêutica, que a nosso ver traria mais benefícios a ela. Mas Cida, do seu jeito, nos aponta que não é o que condiz com o seu desejo, não faz sentido para ela. É o “freio de mão” de nossos impulsos e desejos de fazer por ela.

Quando Cida foi inserida ao Caps, quando o leito noite foi questionado, problematizaram a utilização do mesmo por questões sociais e não de “crise” propriamente dita. Com um olhar de fora, como uma profissional aprimoranda recém chegada ao serviço, que ainda não se apropriou efetivamente de alguns dispositivos e procedimentos e assim preocupava-se “apenas” com a singularidade do caso, tive elementos para mantermos o projeto de Cida. Questionava algumas ações, alguns dispositivos que devem ser facilitadores no trabalho, no dia-a-dia em um Caps que com a rotina e o grande número de trabalho, de referências para dar conta acabam se tornando algumas vezes procedimentos engessados e burocratizados na assistência do cuidado com os usuários. Em prol daquele caso em particular, inicialmente fui tomando algumas ações sem me preocupar se seria o procedimento adequado para o serviço e sim para Cida.

Mas neste momento do trabalho, tive que levar o caso para ser discutido fora do serviço. Eu também já estava envolvida com a rotina do trabalho, o olhar de fora a que tinha mais a contribuir já não estava operando neste momento, naquele caso. Tive que me questionar, como todo profissional deve se questionar ao referenciar seus casos. Tive que me questionar sobre meu papel naquele lugar, sobre o papel da aprimoranda, que ao querer ser aceita, querer o meu lugar na equipe, acabei me identificando com este papel que antes questionava.

Voltando a habitar esta ponte, este lugar que o aprimoramento proporciona foi possível analisar o que realmente Cida estava querendo nos mostrar. E que as parcerias dentro da equipe também puderam escutar, propondo um lugar em que pudéssemos discutir e clarificar estas questões.

Mais uma vez me deparo com esse difícil lugar. Um lugar que me ensina tanto.

7. QUANDO RETOMAMOS O CAMINHO

Tendo claro que Cida é quem deve dirigir este percurso, este caminho, passamos a conduzi-lo novamente com ela e não por ela. Discutimos na equipe de referência e outros atores passam a ser incluídos neste percurso, direta ou indiretamente. Fazendo também com ela ou discutindo conosco o caso de Cida, contribuindo com outros olhares.

Até porque este deve ser o trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial, esta é a reabilitação psicossocial. Um trabalho que consiste primeiramente em dar um lugar a estes usuários. Não um lugar real, mas simbólico. Um lugar em que possam conduzir a própria vida, a própria história. Um lugar que conte com o apoio, o suporte dos profissionais, mas que estes sujeitos e os envolvidos (família quando é o caso) se responsabilizem dentro do possível, sem que se destituam de seus papéis.

Um trabalho que conte com uma equipe de referência, que o papel do profissional de referência seja no sentido de dar condições para que as ações, manejos e decisões discutidas por todos, sejam concretizadas.

A partir desta nova (e antiga) condução, Cida dirigindo sua própria vida e tantas coisas acontecem! A acompanho neste processo, junto com a equipe e contando com outras parcerias.

Com a possibilidade de fazer da forma que desejar, negociar esta casa ou ir atrás de uma outra casa para alugar, Cida escolhe tentar negociar com a proprietária esta casa que já havia gostado, pela última vez. Desta conversa Cida sai com a chave da casa e um valor de aluguel negociado.

Cida então nos conduz a um local na cidade de Sumaré, que segundo ela, era um lugar que ela alugava para deixar suas coisas. Chegando ao local descobrimos um cortiço com um dos quartos completamente lotado até o teto com coisas que Cida juntou ao longo de vinte anos.

Novas parcerias se fazem presente para efetuarmos a mudança de Cida propriamente dita. Por se tratar de um lugar insalubre e fora dos padrões legais, outras instâncias são acionadas para realizar esta mudança.

Muitas emoções no dia desta mudança. Ao constatarmos toda a história daquele lugar e daqueles objetos contadas por Cida. Três toneladas de vinte anos de história da vida de Cida sendo retiradas daquele quarto fétido e com

coisas tão bem guardadas. Coisas em perfeito estado e coisas deterioradas com o tempo. Cida não saiu da porta do quarto até que tudo fosse retirado. Um trabalho de quase o dia todo, com muitas pessoas envolvidas e comovidas com a história.

Foi muito difícil pra Cida, ao mesmo tempo em que faziam sua mudança, que levariam as coisas que guardou por tanto tempo para quando encontrasse a sua casa do premio 1, também tinham muitas pessoas estranhas revirando suas preciosidades. Somente aos poucos, ao seu tempo e com seu consentimento, na medida do possível, que muitas coisas que estavam deterioradas foram para um caminhão para serem jogadas fora. Mais uma dura desconstrução para possibilitar novas construções na vida de Cida.

Ao levarmos sua mudança até sua casa, outras tantas emoções. Cida abria saco por saco para ver suas coisas. Roupas, objetos, móveis, cada um com uma história contada por Cida e a difícil constatação de ter tido que se desfazer de tantas outras.

O processo de abrir, organizar e limpar suas coisas ainda acontece em nossas idas à casa de Cida.

Recentemente Cida refere precisar comprar alguns objetos de uso pessoal e que estes só poderiam ser comprados no território do “mercadão”. Logo vem a preocupação dos trabalhadores de que levá-la a este local “sempre” que ela quiser não será possível, que ela não consegue ir sozinha pelas dificuldades de uma senhora de idade, que poderia comprar estas coisas em seu “novo” território. Mas porque não? Em discussão com a profissional de sua referência resolvemos acompanhá-la a suas compras.

Acompanho-na de ônibus até o local a que ela se refere e me deparo com uma Cida muito ativa, que circula pelo território em que vivera durante muitos anos, que conhece várias pessoas, que tem as lojas, estabelecimentos e barracas de sua preferência e que ao final sugere um local para almoçarmos juntas. Claro que se apresentam algumas dificuldades, mas que não são impeditivos para cumprir com seu objetivo. Aprendemos juntas o trajeto, qual o ônibus e parada para chegar ao local das suas compras e ao final parte dela o pedido para voltarmos, para irmos embora, que é para o território do Caps, o território onde estão suas coisas e quem sabe até, o território onde fica sua casa.

8. UM CAMINHO PELA FRENTE

Aprendemos que o momento, o tempo de Cida, não é o mesmo que o nosso. Que a casa temporária ainda está sendo processada por ela. Ela se apropria daquele novo lugar aos poucos e cada vez mais.

Uma construção com ela, sem que se apague toda sua história e vivência até então, mas mostrando que existem também outras possibilidades. As escolhas devem ser de Cida e nós profissionais facilitadores neste processo.

Nós enquanto trabalhadores, facilitadores, ainda “escorregamos” nesta condução, como por exemplo, quando Cida pede para dormir na sua casa e, no olhar do trabalhador, a casa ainda não está adequadamente preparada para que ela durma lá, então pede pra que Cida durma no Caps e após alguns dias no Caps um outro trabalhador lhe diz que Cida terá que se mudar, e logo, para sua casa. O que exemplifica a dificuldade de muitas vezes sair destas duas polaridades: tutelar demais (em nome de um “cuidado”) ou excludente demais (em nome de uma ideologia), sendo que o que está “no meio” é o mais importante, a clínica deste sujeito, sua própria condução, o estar “advertido” por parte do trabalhador e o “para quê” de toda ação. Assim como identificar e discutir entre os trabalhadores estes acontecimentos e estas dificuldades.

Cida mais uma vez nos aponta sua direção, seu desejo e no seu tempo. Há alguns dias pede para ir “na casa”, pois já não agüenta os barulhos e incômodos na hora de dormir no Caps. E uma noite dormindo lá, já diz que no Caps não quer dormir mais. “Na casa” é mais tranquilo e é onde estão suas coisas. Quando acompanho uma profissional do Caps até a casa de Cida para levar a medicação e o “lanche da tarde”, ela nos recebe com um largo sorriso e nos atende na porta da cozinha. Quando lhe digo que além de acompanhar a profissional fui até lá para lhe fazer uma visita, Cida me convida para entrar e sentar em sua cama para conversarmos. Tranqüila, animada e bem humorada me conta como está sendo morar nesta casa. Me mostra os utensílios que começou a organizar, me fala dos projetos e planos de continuar mobiliando a casa. Diz que com o dinheiro aos poucos vai comprando as coisas que precisa para aquela casa, reforçando que se trata de coisas novas que podemos ajudá-la a comprar e não de “velhos cacarecos” dado por outras pessoas.

Ao longo deste percurso, mesmo dizendo não se reconhecer naquele corpo, Cida também permite alguns cuidados para com o mesmo. Permite alguns cuidados e outros não.

É perceptível que algo se transformou, que Cida construiu muitas coisas e que outras se mantêm no seu modo de viver, de sobreviver. Talvez um dia, no seu tempo, haja outras transformações, ou talvez não. Ela é quem fará esta escolha.

O que se faz cada vez mais necessária as parcerias, as discussões para que Cida continue construindo e conduzindo seu caminho. Trabalho este que não é fácil. É na simplicidade, na delicadeza (ou não), nas entrelinhas de suas palavras, de seus pedidos ou suas ações, que Cida nos mostra qual o caminho. Exige envolvimento, exige disponibilidade e exige conhecimento técnico e da singularidade do caso.

9. CONCLUSÃO

Através deste trabalho, à luz do caso de Cida, fica o aprendizado de se resgatar a clínica do sujeito frente ao novo paradigma da atenção em saúde mental.

De estar com, ser facilitador, colocar em palavras (nomear) o que este sujeito nos aponta. De ofertar novas possibilidades menos sofridas de existência, mas sempre com este sujeito dirigindo o próprio caso. De responsabilizá-lo, sem que se excluam suas dificuldades. De construir juntos convocando-o a sua própria direção. Num constante “para quê” de nossas ações.

Cida não pediu para estar nesta instituição, mas devolvê-la ao lugar de onde veio sem que ao menos se produza neste sujeito algum questionamento é tão grave quanto inserí-la ao serviço, institucionalizando-a, tutelando-a, impondo nossa moral, nosso desejo e fazendo tudo por ela.

No meio disso está a clínica a qual devemos nos debruçar, a clínica do sujeito. Se ater a singularidade do caso. O que só é possível estando próximo a este usuário, escutando-o e intervindo no que faz sentido a ele e na produção de subjetividade. A necessidade de aproximação, de acolhimento e de escuta, mas uma escuta instrumentalizada, estar "advertido".

A importância de se estabelecer parcerias, dentro e fora do serviço. Que a referência não aconteça sozinha, isolada, que aconteça em equipe. Que as parcerias aconteçam entre os diferentes serviços, naquilo que lhe compete, mas que sejam parcerias efetivas atuando numa mesma direção apontada pelo caso em si.

No lugar de aprimoranda fica também o aprendizado de que refletir sobre a prática é de extrema importância. Não só como aprimoranda, mas também como trabalhador da saúde mental, refletir sobre a prática, a clínica, as ações e sobre o nosso próprio sofrimento de se trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico, é fundamental. Ao me identificar neste lugar da equipe, sai um pouco do lugar "privilegiado" da aprimoranda, que quando retomado me permite esta reflexão importante da prática e mais importante para a condução do caso de Cida. Mas que também só foi possível transformá-lo em ações porque na própria equipe houve abertura para a devolutiva da discussão e

permitiu outras reflexões a respeito do caso. Uma reflexão que não só o espaço do aprimoramento deve permitir, mas os espaços institucionais também. Sejam nas supervisões clínico-institucionais, nas discussões de caso, nas passagens de plantões ou reuniões de equipes.

Espaços em que também o sofrimento deste trabalhador possa ser dito, discutido, elaborado em prol daqueles que eles atendem. Que os sofrimentos de Cida, ou de outras Cidas dos Caps não corram o risco de serem banalizados ou medicalizados, mas sim escutados, acolhidos, devolvidos em palavras, questionados, quem sabe até elaborados. Possíveis de ser o freio de mão para os desejos dos trabalhadores impostos aos dos usuários e ao mesmo tempo o combustível necessário para percorrer os novos caminhos que poderão ser construídos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, P. *Saúde Mental E Atenção Psicossocial* (Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CARTA DE CAMPINAS. *I Seminário de Saúde Mental nas Grandes Cidades*. 18 de Junho de 2008.

FOUCAULT, M. *História da Loucura: Na Idade Clássica*. [tradução José Teixeira Coelho Neto]. São Paulo: Perspectiva, 2005, 8ª edição.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R. & VIDAL, J.P. (orgs) - *A instituição e as instituições*. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

LAURENT, E. O analista cidadão. In: *A Sociedade do Sintoma*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Portal da Saúde - www.Saude.gov.br - Saúde Mental.

ONOCKO CAMPOS, R. *O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva* - *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):573-583, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. *Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental* - *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

OURY, J. *Itinerários de Formação*. [tradução Jairo I. Goldberg]. *Revue Pratique* nº 1, 1991. Pgs. 42-50.

PESSOTI, I. *O Século dos Manicômios*. São Paulo: editora 34, 1996.

VIGANÒ, C. *A construção do caso clínico em Saúde Mental*.
Conferência proferida do Seminário de Saúde Mental, Psiquiatria e Psicanálise.
AMMG: 1997.