



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Medicina Preventiva e Social

CAPS III: ENTRE A ATENÇÃO À CRISE E A APOSTA EM SUBJETIVIDADES ADORMECIDAS

BRUNO ESPÓSITO

Campinas

2010

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

CAPS III: ENTRE A ATENÇÃO À CRISE E A APOSTA EM SUBJETIVIDADES ADORMECIDAS

Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento
Profissional em Saúde Mental, sob orientação de Alberto
Giovanello Diaz e Rosana Onocko Campos

BRUNO ESPÓSITO

Campinas

2010

À Giuseppe Esposito (Pepe)

RESUMO

O presente trabalho compõe-se das vivências práticas como aprimorando em um serviço de Saúde Mental de Campinas, bem como das reflexões teóricas que buscamos nas supervisões e aulas do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP).

Partindo da constatação de que há um número considerável de pacientes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que raramente entram em crise, mas cujo cotidiano é crônico e com restrições afetivas e sociais significativas, desenvolvemos nesse trabalho a ideia de que esses usuários também devem ser alvo de nossas ações, desde que utilizemos estratégias distintas da atenção à crise.

Através do relato de um atendimento que realizei ao longo do ano, procuro demonstrar como uma disponibilidade do trabalhador, com uma escuta singularizada e um entendimento clínico do caso, podem auxiliar esses usuários a movimentarem suas vidas, repensarem suas relações consigo e com os outros e obterem com isso algumas melhoras sintomatológicas. Ainda assim, reconhece-se a dificuldade das equipes em empreenderem esse trabalho, por demandar tempo, investimento e terem como retorno resultados muitas vezes abaixo do esperado.

Concluimos que o investimento nesses casos corresponde a uma aposta ética, no sentido de tomar esses pacientes em suas dimensões sofredoras e considerá-los dignos de escuta, mesmo que eles não “gritem” e não demandem como fazem habitualmente os casos de crise em Saúde Mental.

SUMÁRIO

I.	Saúde Mental: evocando trajetórias.....	01
II.	O contexto político-institucional de nossa Saúde Mental pública.....	02
III.	As especificidades do município de Campinas e a aposta em CAPS III.....	06
IV.	“CAPS David”: a função <i>acolhimento</i> em jogo.....	09
V.	Esbarrando com Milton e identificando meu lugar institucional.....	11
VI.	Cavoucando demandas terapêuticas.....	14
VII.	Escutando e avivando uma singularidade.....	15
VIII.	Alguns entendimentos teóricos acerca do caso.....	19
IX.	Conclusão: o tratamento como uma aposta ética.....	22
X.	Referências bibliográficas.....	23

I. Saúde Mental: evocando trajetórias

Não é raro que amigos, parentes ou conhecidos abordem o profissional da Saúde Mental – aquele que presta assistência aos ditos *loucos* – para indagá-lo: “*mas, afinal, você gosta mesmo de trabalhar com essa população? Como você agüenta?*”. Para o profissional recém formado, como eu, essa pergunta parece urgir ainda mais, e acabamos por repetir essa questão a nós mesmos diversas vezes: “*será que é com isso mesmo que quero trabalhar? É possível gostar e agüentar esse ofício?*”.

Foi justamente em relação a essa dúvida que obtivemos nosso primeiro aprendizado no contexto do Aprimoramento em Saúde Mental (DMPS/FCM/UNICAMP). Não que tenhamos obtido uma resposta a essa questão, uma resposta dogmática que apagasse a dúvida e aplacasse a angústia, mas sim o contrário: seguindo o pensamento de Oury (1991), fomos incitados a operar permanentemente com essa dúvida, pois o trabalhador da Saúde Mental estaria nesse campo por razões que não se limitam à oferta de trabalho e ao acúmulo de conhecimentos. O trabalhador poderia ser levado a esse campo por competências, gostos pessoais e paixões que são da ordem da **sensibilidade**, muito mais que do cognitivo, e que podem permiti-lo “ser sensível ao pequeno detalhe, mesmo escondido, mesmo insólito, ser sensível à emergência, ser sensível ‘àquilo que tem pathos’” (p. 45).

Para que o itinerário do profissional possa pesar em prol desses pacientes em intenso sofrimento e desorganização psíquica, para que se possa produzir diferença nessas vidas, é necessário que se efetue sobre os itinerários uma “reflexão coletiva que deverá durar o quanto dure a função” (Oury, 1991, p. 42). Deve-se perguntar frequentemente qual é o papel do trabalhador nesse ofício e quais as relações que o posicionamento atual guarda com sua trajetória pessoal. Foi no espaço da supervisão que primeiro se realizou essa reflexão coletiva, e desde então temos feito esse exercício frequentemente.

Podemos considerar que o movimento institucionalista – responsável por uma rica articulação entre os pensamentos psicanalítico e marxista – também propõe que os profissionais tragam à tona a questão dos itinerários, para entender os componentes que trouxeram o trabalhador à Saúde Mental, mas sobretudo para identificar os diferentes vetores que atravessam nosso trabalho no cotidiano. A esse exercício os institucionalistas denominam análise da *implicação* (Barbier, 1985; Lourau, 2004). O

conceito de implicação não teria o significado do senso comum (estar implicado como sendo estar envolvido, debruçado), mas sim de uma análise ampliada do trabalhador com seu objeto de trabalho, considerando as influências psicoafetivas, históricas e sociais mais amplas (Marazina, 2003).

Dessa maneira, aprendemos que essa pergunta que o senso comum nos faz sobre nosso estranho ofício não deve nos afligir quando recostamo-nos no travesseiro e mergulhamos em nosso íntimo. A questão do itinerário (ou da implicação, se preferir) pode ser trazida à consciência e, mais ainda, ser trabalhada em âmbitos coletivos. O trabalho com a *loucura* exige um engajamento que passa por uma reflexão radical sobre nossa postura, nosso olhar e sobre a representação que damos aos conteúdos trazidos por nossos pacientes.

O presente trabalho representa mais um momento de reflexão em que se entrecruzam os desafios do contato e cuidado com a *loucura*, o itinerário que carregamos e que nos torna sensíveis ou insensíveis a certos fenômenos em nosso ofício cotidiano, além de esboços teóricos sobre o campo que envolve o aprimorando, os pacientes e a esfera político-institucional.

Se o que desejamos no nosso trabalho é produzir uma diferença, principalmente estando sensível aos pequenos movimentos que permitem o novo – como apontou Jean Oury –, parece ser necessária essa parada para refletir acerca das experiências (para lá de intensas) dos últimos doze meses, no Aprimoramento. Assim como uma supervisão ou um bom mergulho no divã, debruçar-se na realização deste trabalho pode ser útil como um *ambiente propiciador* (Onocko Campos, 2003), um lugar e um tempo que faça uma pausa na correria e no automatismo comum aos estabelecimentos de saúde, e que nos permita ousar mudar e ser mudado.

II. O contexto político-institucional de nossa Saúde Mental pública

Ao considerarmos então a dimensão do *envolvimento* do trabalhador da Saúde Mental com seus pacientes e suas respectivas instituições, estamos partindo do princípio de que não há tratamento para essa clientela se não houver, por parte do profissional, desejo, aposta, ousadia, bem como o necessário reconhecimento das variadas implicações em jogo. A Saúde Mental seria, portanto, um campo nada asséptico – tão prezado pela ciência objetivista –, mas sim um campo infestado de

afetos, de transferências e contratransferências (na linguagem psicanalítica), de relações intersubjetivas que supõem estarmos diante de singularidades – pessoas com história, nomes, desejos e destinos a serem escutados e trabalhados. Trata-se, antes de tudo, de um posicionamento ético-político.

No entanto, é só dentro de um recorte bastante restrito e recente de nossa história que temos a possibilidade de pensar a Saúde Mental dessa maneira. A maior parte de nossa história, na verdade, foi marcada por uma relação de não-envolvimento com a denominada *doença mental*, sendo o Hospital Psiquiátrico o principal estabelecimento de acolhimento (ou a falta dele) dessa clientela. Como sabemos, até pelo menos os anos 1970 de nosso país, aquele que caísse no circuito da Saúde Mental corria grandes riscos de viver por anos em um hospício, e sua existência após a alta poderia ficar muito restrita, sob efeitos da cronificação da doença. Fora das situações de *crise*, cujo atendimento sempre seria hospitalar, o paciente “estabilizado” recebia do serviço público somente atendimentos ambulatoriais, esporádicos e com o foco no acompanhamento dos sintomas.

A assistência pública em Saúde Mental era, portanto, estruturada sobre o binômio ambulatório-hospital e o modelo que embasava essa assistência era fundamentalmente *sintomatológico* (Goldberg, 1994). Trata-se nesse modelo de suprimir ou pelo menos controlar os sintomas da doença, através do recurso psicofarmacológico; não seria, portanto, da alçada dessa clínica ajudar os pacientes nas dificuldades do *viver*, atendendo às complexas relações familiares, às dificuldades de reinserção laboral, às dificuldades de conviver, etc.

Nesse modelo, as diferentes demandas dos pacientes tendem a ser massificadas, escutadas somente como produto de uma doença, jamais sendo trabalhadas na sua singularidade. Emprestando uma analogia de Benedetto Saraceno¹, nossa saúde mental seria como um restaurante que só oferta macarrão ao sugo, um único e simplificado prato de comida, independente do gosto, desejo e possibilidades de cada cliente.

Não é nossa tarefa alongar-nos na descrição desse modelo, mas sim marcar justamente a diferença – ou até oposição – entre esse e aquele outro modelo que denominamos *psicossocial* (Goldberg, 1994; Tenório, 2001), ou da *clínica ampliada* (Campos, 2003).

¹ Fala proferida na última visita de Saraceno à São Paulo, em 2009, cujo tema do seminário era *Desinstitucionalização*.

Apoiando-se em experiências exitosas de renovação da Saúde Mental como a Psicoterapia Institucional francesa, as Comunidades Terapêuticas inglesas e a Psiquiatria Democrática italiana (Amarante, 2007), grupos de trabalhadores brasileiros procuraram organizar-se para não só denunciar a corrupção, pobreza e baixa resolutividade de nossa Saúde Mental pública, mas também para experimentar e instituir novas maneiras de organizá-la.

Vale salientar que, diferentemente de outros países, a chamada Reforma Psiquiátrica brasileira foi disparada por iniciativa de trabalhadores desconfortáveis com as condições de seu trabalho, e cientes de outras possibilidades de realizá-lo. Em seguida, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) contagiou usuários e familiares, construindo uma luta através da *militância*, ou seja: um movimento de caráter popular, que busca no cotidiano transformar as relações com a dita loucura e suas instituições (Tenório, 2002).

Esse caminho escolhido pelos militantes da Saúde Mental marcou uma diferença e um distanciamento (sempre relativo) com o movimento Sanitarista (Furtado & Onocko Campos, 2005), referente à transformação do Sistema de Saúde como um todo. Os sanitaristas tradicionalmente buscavam instituir mudanças através da ocupação de cargos estratégicos de poder, e essas mudanças se processariam sobretudo através da regulamentação de leis e políticas públicas. O movimento da Saúde Mental tendia a “desconfiar” dessa estratégia, pois “institucionalizar” soava estranho para quem buscava desconstruir as relações instaladas no cotidiano. Segundo Furtado & Onocko Campos (2005),

O estreito compromisso com a desinstitucionalização de ideias, de práticas e de pacientes poderia explicar uma certa resistência do movimento de reforma psiquiátrica – ao contrário da reforma sanitária – em ingressar nas instâncias oficiais e de poder público, já que a não-institucionalização era uma condição que se buscava preservar” (p. 112).

Dessa maneira, foi através de experiências concretas e lutando no dia-a-dia das instituições que a Reforma Psiquiátrica fez seus primeiros investimentos e ganhou força, como nos casos do CAPS “Itapeva” em São Paulo e da intervenção sobre o Hospital Anchieta em Santos, com a posterior construção dos NAPS.

Em 1987 o Centro de Atenção Psicossocial “Luiz Cerqueira”, mais conhecido como CAPS “Itapeva”, abriu suas portas para atendimento à população. Tomei conhecimento recentemente, através de uma nota de rodapé, que essa sigla abreviadora “CAPS” – tão difundida na atualidade – foi sugerida pelos próprios usuários que freqüentavam esse serviço (Goldberg, 2001), e não por gestores ou

formuladores de políticas – como se poderia imaginar. Em nossa opinião, esses pequenos gestos denotam o lugar diferenciado que a fala dos pacientes obtinha, além de ilustrarem que é no cotidiano que se fazem as instituições, reformulando os papéis que os diferentes atores executam nelas.

A proposta do CAPS Itapeva, portanto, foi de ofertar cuidados aos pacientes psicóticos e neuróticos graves, além de responsabilizar-se pela formação dos profissionais no campo. Ao contrário dos atendimentos pontuais em ambulatório ou internações na crise, o CAPS se propôs a ofertar atenção diária aos pacientes, reconhecendo que a condição psicótica exige um tempo e investimento muito maior do que se ofertava pelo modelo sintomatológico (Tenório, 2002). Seguindo o pensamento de Oury sobre acolhimento, propunha-se uma atenção especial a essa atividade, considerando que a vinculação do paciente à instituição de maneira positiva é fundamental para a reabilitação (Goldberg, 2001). Além do incremento na intensidade, ofertava-se também uma maior variedade de atividades, ao contrário da massificação que o hospital tradicional produzia e que se mostrou pouco eficiente nos cuidados. Espaços de gestão coletiva como assembléias foram implementados, bem como oficinas que visassem a reinserção social, pois, não se trata somente da doença em si, mas de todas as esferas que são comprometidas em função do adoecimento: trabalho, lazer, convivência, relações familiares, etc.

Dois anos depois, em Santos, a denúncia de maus tratos oferecidos pela Casa de Saúde Anchieta, que absorvia praticamente toda a demanda psiquiátrica da cidade, motivou a intervenção de profissionais interessados em humanizá-lo e, em seguida, possibilitar o seu fechamento, através da construção de uma rede substitutiva de Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS (Tenório, 2002).

A intervenção sobre o Hospital substituiu as práticas violentas e/ou pouco eficazes de cuidado por outras tecnologias, como a clínica grupal (Lancetti, 1992); além das práticas *clínicas* que se sustentaram durante o processo, deve-se salientar o movimento dos trabalhadores, usuários e familiares em direção à cidade, sensibilizando a população dos efeitos segregadores trazidos pelo Hospital, e convocando a *pólis* a acolher a loucura mais próxima de si.

Os NAPS montados tinham então caráter *territorial*, ou seja, responsabilizavam-se por uma dada região da cidade e intervinham sobre ela – não era raro, por exemplo, eventos de arte e cultura realizados na cidade por esses serviços. Diferentemente do CAPS Itapeva, os NAPS tinham estrutura para acolherem pacientes à noite, sem necessitar de uma internação hospitalar. Isso colaborou muito

para que a internação psiquiátrica tradicional fosse de fato substituída, e a cidade popularmente ganhou o estatuto de “cidade sem manicômios”.

Tanto a experiência santista como a do CAPS Itapeva tiveram, como pano de fundo para suas intervenções, a sólida clareza de que o conceito de *doença mental* é insuficiente para abarcar a complexidade do trabalho com a loucura; como dissemos, não se trataria somente de manejar sintomas para alcançar a uma clínica satisfatória, mas de um campo variado de investimentos e ações, compondo então essa denominada clínica ampliada, ou atenção psicossocial.

As experiências do CAPS paulista e os NAPS de Santos se irradiaram e serviram, agora sim, para a transposição da Reforma Psiquiátrica ao plano político-legislativo. De uma experiência contrahegemônica, a transposição colocou um desafio à Reforma, que viraria política oficial do país com a publicação da lei 10.216 – lei “Paulo Delgado”, de 2001 – e a portaria 336 – que regulamenta os CAPS, de 2002.

A publicação “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” nos oferece uma definição bastante sintetizada do papel que devem assumir os CAPS, agora reconhecidos como um equipamento estratégico na política pública de Saúde:

Dar um atendimento diurno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Além das atividades de assistência propriamente ditas, é importante salientar que o CAPS fica pela portaria também incumbido de organizar a Saúde Mental em seu território, orientando o fluxo de pacientes e servindo de suporte aos outros serviços da rede, como serviços de atenção primária e centros de convivência. Mas aí estamos entrando na discussão da Saúde Mental *na* Saúde Coletiva, portanto aproveitamos o momento para evocar o contexto de Campinas.

III. As especificidades do município de Campinas e a aposta em CAPS III

Segundo Santos & Dorsa (2008), Campinas é uma cidade pioneira na implementação de um sistema público de saúde, apostando já na década de 1970 em

serviços de atenção básica; mesmo que de maneira incipiente, muitos desses primeiros Centros de Saúde já incluíam profissionais da Saúde Mental.

Assistiu-se no início dos anos 2000 a um crescimento significativo dessa rede, bem como sua sofisticação: os Centros organizaram-se em equipes de Saúde da Família (Santos & Dorsa, 2008), portanto elas tornaram-se mais dinâmicas, integrais e menos ambulatoriais; com o Programa Paideia procurou-se substituir a lógica de encaminhamentos sucessivos e desresponsabilização por parte das equipes em relação ao pacientes, características muito arraigadas na Saúde Pública tradicional.

Novas propostas de gestão procuraram implementar espaços de decisão mais horizontais entre trabalhadores ou entre trabalhadores, gestores, usuários e familiares; a prática do Apoio Matricial propõe um novo modelo de compartilhar saberes também, onde serviços especializados ofertam suporte às equipes básicas, através de discussão dos casos ou atendimentos compartilhados (Campos, 2000; 2003).

Além de ser uma das principais áreas a realizar o matriciamento das equipes básicas, a Saúde Mental também recebeu investimento e apoio para conformar uma rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos. Um convênio de co-gestão entre a Prefeitura e o Serviço de Saúde Cândido Ferreira permitiu e desencadeou um processo de fechamento de leitos psiquiátricos e substituição por um rede de CAPS (Santos & Dorsa, 2008), tornando a assistência comunitária e mais próxima dos outros equipamentos de Saúde.

O processo que evocamos brevemente nas linhas acima nos faz pensar em uma interessante característica do município de Campinas, que a destaca no cenário nacional e que poderia alçá-la, dirão alguns, a uma experiência de Reforma Psiquiátrica quase tão valiosa quanto a santista ou do CAPS Itapeva. Como havíamos dito, Reformas Psiquiátrica e Sanitária não caminharam tão juntas assim em suas respectivas implementações, o que culminou em redes pouco articuladas. Em certos contextos, por exemplo, um trabalhador da Saúde Mental parece não se identificar na mesma luta que o trabalhador de uma equipe PSF, como se ambos não fossem igualmente trabalhadores do SUS. Não obstante, em Campinas este hiato parece ser relativizado, porque houve uma iniciativa política de impulsionar tanto Saúde Coletiva como Saúde Mental no mesmo momento histórico.

Dessa maneira, a área da Saúde Mental foi considerada e incluída na configuração de uma rede maior de Saúde Pública, sendo muitos dos serviços construídos concomitantemente. Essa relação se presentifica no cotidiano: na

experiência do Aprimoramento, me deparei com incontáveis situações em que dialogávamos com equipes dos Centros de Saúde, Hospitais Gerais, Centros de Convivência ou CAPS para Álcool e outras Drogas (CAPS-Ad).

Evidentemente, essa relação entre equipes – e, no pano de fundo, entre Reformas – não é livre de ruídos, tensões, discordâncias. No entanto, poucos questionam a validade dessa parceria, pois sabem o quão importante ela é para o êxito de nossas intervenções. Como cidadão de São Paulo, cidade cuja rede é absolutamente enfraquecida e mal amarrada, posso dizer de meu espanto ao me deparar com a Saúde de Campinas, em que os profissionais se conhecem, constroem parcerias, se reconhecem em causas semelhantes.

Além dessa relação Saúde Mental e Saúde Pública como um todo, deve-se destacar em Campinas o investimento numa rede de acolhimento em que todos os CAPS fossem CAPS-III, ou seja: serviços com equipes maiores que os CAPS convencionais, com território adscrito maior e, principalmente, que funcionam 24hs por dia e sete dias por semana, podendo acolher às situações de crise através de alguns leitos para internação (BRASIL, 2004).

Esta estratégia, como vimos, mostrou-se muito bem sucedida na experiência santista, pois para substituir efetivamente hospitais é necessário garantir o acolhimento para as crises, que inevitavelmente acontecerão. Há ainda algumas justificativas clínicas para tratar o paciente no mesmo estabelecimento em crise ou fora dela, como por exemplo o vínculo e as transferências já estabelecidas pelo paciente com a equipe, mas também a própria apropriação que a equipe tem do caso e de como conduzir as intervenções. Ou seja, trata-se de levar à cabo um Projeto Terapêutico Singular (Oliveira, 2008), e para isso precisamos que a mesma equipe seja responsável pelo paciente ao longo do tempo, em crise ou estabilizado.

Em suma, as linhas acima foram um pequeno esforço de compreender o contexto maior que me recebe como aprimorando. Certamente, foi após a experiência de um ano que muitos dos dados e conceitos evocados acima ganharam consistência, passando pelo crivo da realidade, confirmando-se ou produzindo novos questionamentos.

Deixemos os conceitos e esse campo dito *macropolítico* de lado por alguns instantes, pois cabe agora evocar a experiência singular que atravessei quando da minha entrada no CAPS; experiência que certamente não se processou somente no

campo das ideias, mas movimentando também sentimentos, sensações corporais pouco discerníveis, além de mobilizar e modificar o itinerário do aprimorando.

IV. “CAPS David”: a função *acolhimento* em jogo

Como se sabe previamente, a maior parte do Aprimoramento é vivida por nós *em campo*, dentro de diferentes estabelecimentos da Saúde Pública – sobretudo Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Saúde. A vida cotidiana com a população e suas demandas, com as equipes de Saúde e com a rede como um todo nos ofertam muito material para nos angustiarmos e pensarmos.

A Universidade funciona como um espaço para trazer à tona todo esse material vivenciado, que é processado através da teorização desses fenômenos, mas também através do próprio *processo grupal*, pois como sabemos é a alteridade que nos permite enxergar o diferente, ou ter um maior discernimento de situações que, por estarem tão encarnadas em nós, acabamos nos tornando insensíveis a elas. Espera-se que, com o tempo, o aprimorando possa transformar essa angústia e pensamento em ação, devolvendo ao equipamento de Saúde algo novo do qual os variados agentes na instituição possam se beneficiar (pacientes, trabalhadores, gestão, entre outros).

A potência do trabalho que o aprimorando realizará depende, a nosso ver, de variados fatores. Um deles, que gostaria de ressaltar neste trabalho por ter sentido-o na pele intensamente, diz respeito ao *acolhimento* propiciado a mim pelo serviço no qual escolhi estar neste ano: o CAPS David Capistrano da Costa Filho. *Acolhimento* como uma função exercida não somente sobre os pacientes, mas também sobre o aprimorando, que também “chega de fora” em um dado momento dessa instituição.

Mesmo que de maneira simplificada, é necessário diferenciar aqui a palavra *acolhimento*, no seu sentido habitual e corriqueiro, do conceito *acolhimento* utilizado nos âmbitos da Saúde Mental e Coletiva. Não é raro que o *acolhimento* seja entendido pelas equipes como sinônimo de triagem. Seria uma situação pontual em que alguém designado da equipe, tradicionalmente vinculado ao olhar médico, recepciona e dá algum tipo de encaminhamento à demanda trazida pelo paciente.

Em analogia, poderíamos pensar que, sob essa lógica de *acolhimento* enquanto triagem, o profissional novo (no caso, o aprimorando) seria recepcionado quando da

sua chegada, em uma conversa pontual, e seria alocado em alguma função, provavelmente convidado a exercer aquilo que a gestão *conscientemente* identifica como falho ou faltante em sua organização.

No novo paradigma de Saúde Mental que estamos evocando, entende-se o acolhimento de outra maneira. “O acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas componente transversal a toda atividade assistencial” (Diaz, 2009, p. 34), dessa maneira não é através de um encontro pontual e designando ao paciente ou ao profissional recém chegado um determinado lugar que se acolhe efetivamente. O acolhimento se dá ao longo do tempo e é realizado por todos que compõem a equipe, poderíamos dizer.

Sabemos, também, que é característico dos serviços de Saúde Mental – no novo paradigma – abarcarem diversas atividades no seu cotidiano. Em um mesmo estabelecimento, são oferecidas oficinas de mosaico, alvenaria, futebol, produção de jornal, grupos de referência, etc., e essas atividades mobilizam tanto os pacientes quanto o aprimorando que adentra o serviço. Um outro “desvio” da noção de acolhimento faz com que, inúmeras vezes, o estabelecimento descreva ao paciente ou ao profissional recém chegado todas essas atividades, exigindo dele que escolha as atividades que participará nesse mesmo momento.

Jean Oury² brincou com esse desvio, dizendo que muitos profissionais hoje “receitam” oficinas, como se receitassem uma medicação; escreveria-se num receituário para o paciente: “realizará oficina de Samba”, dessa maneira escolhendo *pelo* paciente e não *junto* com ele. Ora, assim como a transferência de um analisando para com seu analista, é de modo um tanto inconsciente e pouco a pouco que cada um pode ir investindo determinados objetos e, portanto, determinadas atividades.

Acolher, portanto, é estar preparado para quando o outro demonstra interesse por algo, quando algo se modifica e ele se permite experimentar algo novo. Cabe ao profissional, portanto, posicionar-se numa *espera ativa* (Oury, 1991), atentar para o discreto momento em que o diferente e o desejo aparecem, para então poder fisgá-lo e construir *conjuntamente* algum destino.

Como aprimorando desse determinado serviço, fui acolhido porque me foi permitido experienciar: tive um tempo livre de pressões em que pude observar as atividades, conhecer os pacientes e a equipe mostrou-se disponível a esclarecer e debater fenômenos do cotidiano que me despertaram a atenção, mesmo com a

² Fala proferida em sua última visita à São Paulo, no ano de 2009, para uma série de Conferências.

grande demanda que todos os profissionais tem sobre si. Foi recebendo de fato um acolhimento, foi estando a equipe em espera ativa em relação a mim, que então esse estranho conceito de Oury ganhou vida, sentido.

Portanto, o lugar que eu ocuparia no CAPS foi sendo construído através de um processo, no qual pude sentir, pensar e em seguida negociar com a equipe. Em momento algum tive de receber despejos da instituição sobre mim, demandas intermináveis do qual eu teria que dar conta; e convenhamos que, com a carência que temos em nossa Saúde Pública – falta de profissionais, excesso de pacientes, solicitações infundáveis como são as de psicóticos... – não seria difícil que a instituição recorresse ao aprimorando para receber boa parte desse peso. Praticamente não recebi demandas impositivas de atendimentos ou de coordenação de oficinas, exceto quando diferentes profissionais *sensivelmente* identificaram que algo estava se processando – que eu constituíra vínculo com determinado paciente, ou que me envolvia com determinada oficina – e que dessa maneira seria proveitoso que eu me vinculasse formalmente.

O acolhimento que recebi foi de valor inestimável e, por se dar ao longo dos primeiros meses do Aprimoramento, favoreceu um vínculo saudável do aprimorando com a instituição. Penso que isso foi fundamental para colocar meu desejo operando no trabalho, permitindo-me suportar e manter-me interessado por algo tão estranho ao senso comum: o trabalho com a loucura.

V. Esbarrando com Milton e identificando meu lugar institucional

Não tenho como característica pessoal um espírito propriamente “propositivo”, ou “pragmático”, quando da minha entrada nas instituições. Chego a ter, aliás, um certo receio de propostas muito arrebatadoras, ou seja, proposições sem que se tenha escutado muito os diversos agentes institucionais presentes antes de serem formuladas.

Na realidade, gosto de escutar quase à exaustão para então obter a convicção necessária do que propor, de como intervir; como Onocko Campos (2003), penso que toda nova proposta leva o seu tempo para acontecer, pois toda mudança que queiramos será dóida, e um pouco doída também.

Talvez por esta característica de meu itinerário, optei por cursar Psicologia. E foi ao longo dessa formação que um pequeno ensinamento referendou essa característica, quando uma de nossas professoras disse: “a *Análise Institucional nos ensina que devemos entrar nas instituições utilizando nossos cinco sentidos, para poder fazer uma boa leitura do que acontece*”. Odores, barulhos, até os dizeres de meras placas informativas presas à parede revelam a instituição a nós, para além de sua dimensão formal e consciente.

Foi sob esse espírito que vivi as primeiras semanas no CAPS, espírito que foi acolhido pelos trabalhadores que, como disse, não atravessaram minha experimentação com demandas prévias, mas sim mantiveram-se disponíveis para o momento em que eu me engajasse em algo. Não foram raras as vezes em que circulei pelo serviço sem nenhuma proposta definida, apenas exercitando meus cinco sentidos e, vez ou outra, sendo abordado por alguém pensando que eu era algum paciente – situações que quebravam o gelo e nos faziam dar boas risadas.

Nessas circulações que fazia da casa da frente à do fundo, do fundo à da frente, havia algo que me despertava enormemente a atenção. Justo entre uma casa e outra, há um espaço que sequer consigo definir, pois não é corredor, não é quintal, não é quarto. Trata-se de um espaço absolutamente inutilizável e nada acolhedor, em que todos necessariamente passam mas nunca ficam, e que só chama realmente a atenção por inundar-se tal como uma piscina quando ocorrem nossas chuvas tropicais.

Mas havia um usuário que não arredava o pé desse lugar, lugar-nenhum, desse “limbo”. Vou chamá-lo aqui de Milton, referindo-me a Milton Nascimento, pois as semelhanças em relação à fisionomia de ambos são notáveis. Mas as semelhanças param por aí, pois o nosso Milton não tem um lugar de estrela, como o cantor o tem. O nosso Milton é um personagem pra lá de discreto, silencioso, que pouco demanda e pouco é notado por quase todos, que passam rapidamente por ele assim como atravessam o “limbo”.

Sabemos que todos os CAPS tem seus Miltons. Pacientes que dificilmente entram em crise e cujo cotidiano é estável, previsível, sem alardes. Tirá-los dessa condição, despertar algo novo, demanda um investimento intenso, sistemático e muito singularizado, correndo-se o risco de que, nesse processo, o sujeito entre em crise. Como lembramos, toda mudança é doída e, por vezes, doída...

Reconhecendo as dificuldades com que esbarrariam, as equipes progressivamente deixam de investir nesses pacientes, de apostar na transformação deles. Acaba-se priorizando os casos de crise – especialmente na proposta de CAPS-III, que busca evitar outras internações –, ou os casos que perturbam mais o cotidiano do estabelecimento. Mas será que, por não entrar em crise ou por não perturbar, Milton e tantos outros estão “bem”? Não seriam os pacientes ditos *crônicos*, estabilizados mas com sua potência de vida muito restrita, também objeto de nossas ações?

Vale salientar que o CAPS David Capistrano, ao qual me vinculei, tem como característica uma boa condução das crises, com números bastante satisfatórios em relação à ocupação dos leitos e pouquíssimos pedidos de internações hospitalares; na última semana de Aprimoramento, pude vivenciar a situação de “leito zero”, algo bastante raro em termos de CAPS III. Mas como conciliar, então, a atenção à crise – que demandam soluções ágeis e coletivas em torno de situações gritantes – com a atenção aos tantos Miltons, que exigem muito investimento, em geral singularizado, e cujos resultados são a prazos longos e pouco claros?

Foi a partir dessa questão que meu lugar naquele CAPS ficou claro. Minha implicação seria sobretudo com Milton (e também com outros pacientes em condições semelhantes). Permitindo-me sentir incomodado com sua situação, optei por trabalhar com ele, sem saber a qual resultado chegaria; tratar-se-ia, antes de tudo, de dar-lhe voz, de permitir que ele despeje ideias e afetos sobre mim, de cutucá-lo sobre a possibilidade de viver de outras maneiras – querendo ele aderir a elas, ou não.

Concomitante ao trabalho *clínico* com Milton – no sentido de uma relação de fala-escuta, potencialmente terapêutica, que se construiria entre nós – haveria também um trabalho *institucional*, pois com esse encontro eu trataria de lançar a seguinte questão às equipes de CAPS: “será que os Miltons não seriam também objeto de nosso trabalho?”. Não se trata de culpabilizar as equipes por eventualmente “esquecê-los” – pois reconhecemos o excesso de demandas e as dificuldades que temos – mas sim de chamar a atenção para eles, tensionar – no bom sentido – a ideia de atenção a crise com a aposta no trabalho com os ditos crônicos.

VI. Cavoucando demandas terapêuticas

Na Saúde Mental, ainda mais no âmbito público, é praticamente impossível observar um paciente formalizar um pedido de atendimento nos moldes psicoterapêuticos. Em casos crônicos, é comum cansar-se de escutar pedidos por cigarros ou café, mas nada que ultrapasse isso. Ciente desse fenômeno, sabia que se esperasse Milton vir até mim com alguma demanda sofisticada em relação ao seu tratamento seria em vão; da mesma maneira, demandar pelo paciente consiste numa *imposição*, gesto que psicóticos frequentemente sofreram ao longo de suas vidas... Haveria, portanto, de construir-se um caminho entre uma coisa e outra, algo na relação entre nós.

De início, procurei mostrar-me disponível a ele: quando passava pelo limbo, desacelerava, observava o entorno e cumprimentava-o de maneira arrastada. Sem querer deixá-lo pressionado, me retirava após alguns instantes. No limbo, observava que o paciente quase sempre estava parado em pé, às vezes olhando para o chão, às vezes olhando com muito interesse para objetos como o ventilador, fiações, etc. Seu olhar para mim parecia ser de curiosidade, talvez espantado com este outro que resolveu parar-se também naquele recinto; mas Milton ainda estava longe de demandar algo.

Em um daqueles raros dias de calma do CAPS, fizemos algum contato, mas sem emitir palavras. Observei que, em seguida, ele dirigia-se para a casa dos fundos e tomei a liberdade de segui-lo. Nunca saberei dizer se Milton construiu aquela situação para nós ou se tudo não passou de uma mera coincidência, mas o fato é que o encontrei sentado sozinho em uma sala e ele começou a falar – falar muito – assim que me aproximei dele.

Milton questionava-me sobre a infância, se por acaso as crianças de hoje seriam diferentes das crianças em sua época. Sua teoria era de que hoje elas começariam muito mais cedo a “*se envolver com coisas ruins*”, se comportam mal e não obedecem os pais, consomem álcool e drogas... Seria função da polícia, dos mais velhos e da escola repreender esses jovens de hoje, “*ensiná-los como se comporta*”.

Em seguida, o usuário trouxe à tona sua situação familiar, em que se sentia impedido de circular ou de manifestar-se de modo ativo, sendo controlado pelos familiares em seus mínimos movimentos. Algumas vezes Milton transgrediria, sofrendo represálias por isso. Ousei questionar-lhe sobre possíveis relações entre as duas

histórias: as crianças transgressoras do mundo contemporâneo, e o Milton que se rebela perante sua família. Intervenção ainda sem intencionalidade terapêutica, mas sim de fisgar esse sujeito, fazê-lo “balançar” em relação à história que ele me traz e que nesse momento é a única vida que ele entende como possível.

Como sabemos, os CAPS são *propositalmente* lugares de muita movimentação, pessoas indo e vindo, espaços abertos e atividades que ampliam o escopo de relações. Nada mais sensato quando se trata de romper relações maciças como são as de nossos pacientes, diga-se de passagem. No entanto, os gestos sutis que acompanhara de Milton até então me levavam a pensar que ele carecia de outra relação – bipessoal, processual e garantindo sigilo. Se optássemos por uma sala de atendimento no CAPS, paradoxalmente, seríamos invadidos por terceiros constantemente, e em alguns minutos já teríamos formado um grupo...

Por esse entendimento, propus ao usuário que caminhássemos lado a lado pelas redondezas tranqüilas do CAPS – que são certamente muito mais tranqüilas que seu interior. O céu azul e o clima agradável do outono tornariam o convite mais tentador, pensava eu, e assim conseguimos superar a hesitação inicial de quem há muito adormecia no limbo.

Aqui é necessário salientar a rica parceria com os profissionais de referência, que apoiaram meu projeto, trouxeram suas leituras acerca do caso e advertiram-me naquilo que eu precisava; ao longo do processo, mantiveram-se na retaguarda e seguiram executando com Milton todas as funções de *referência*, que extrapolavam nossa relação terapêutica.

VII. Escutando e avivando uma singularidade

Quando atravessamos o portão em direção à rua, propus ao usuário que ele conduzisse o caminho e que eu trataria de acompanhá-lo. Da mesma maneira, tinha claro para mim que a tarefa era acompanhá-lo também no seu pensamento, ele associando livremente e eu escutando indiscriminadamente, como se propõe em psicanálise. Mas não deixei de me espantar com a mudança na postura de Milton, que topou a tarefa de pronto e ousou falar muito, sendo o protagonista da situação.

Milton foi desenvolvendo suas ideias, demonstrando uma riqueza interna que não se observava no CAPS. Nessa riqueza, de fato, apareciam conteúdos bastante

delirantes, que se expressavam em questionamentos como: “*será que os aviões poderiam ter câmeras para observar quem rouba e mata, e daí acionar a polícia aqui embaixo para prender ou matar eles?*”, ou “*essas antenas de celulares são na verdade sondas que me vigiam?*”, ou até “*se estou ouvindo o rádio, será que os vizinhos ouvem também? então quer dizer que eles podem ouvir meus pensamentos, não tenho como escapar então!*” (sic).

Claro que, em tempos contemporâneos, reações paranóicas não são de se estranhar – São Paulo, por exemplo, possui uma câmera de vigilância para cada 16 habitantes (Folha, 2009)³ -, mas Milton ia muito além, despendendo boa parte de sua energia em proteger-se desse entorno ameaçador. Além de sua persecutoriedade em relação ao próprio CAPS, ele tampouco conseguia ficar tranqüilo em sua casa: assim que chegava, tinha que fechar-se no quarto, de luz apagada, e ainda assim sentia-se observado pela fechadura; saía somente para jantar, tomar banho, tudo bem rápido para não levar bronca e voltava em seguida a “mergulhar na cama”, nas suas palavras, até o dia seguinte. Em seu discurso, sua família seria autoritária e controladora, da mesma maneira que os profissionais do CAPS, e “apagando-se” Milton lidava com seus sentimentos persecutórios.

Não obstante, sua existência não era composta somente de delírios; estes seriam, aliás, produtos de uma determinada história e era isso que deveríamos ousar investigar. Com o tempo, pude observar essa dimensão delirante ceder pouco a pouco aos temas nodais de sua vida. Milton passou a trazer não só os sintomas, mas também histórias, receios e desejos; queria casar-se e ter um filho, e vislumbrava voltar à cidade natal, onde possuía um terreno.

Como de praxe para alguém cronicado, Milton tinha todas as explicações para não realizar seus anseios: estaria velho demais para casar com alguém que pudesse lhe dar um filho; seria, segundo ele, “*muito difícil arranjar uma mulher solteira entre 38 e 40 anos*”, que quisesse cuidar dele na velhice e cuidar do lar. Para reocupar o terreno ou vendê-lo, por sua vez, precisaria que seu único irmão sobrevivente e que está desaparecido reaparecesse, algo que independia totalmente de sua vontade. Após essas explicações, era comum que o usuário concluísse que estava então condenado a viver em um asilo, ou na melhor das hipóteses no próprio CAPS.

³ Espantemo-nos juntos com a notícia: “Os habitantes da cidade de São Paulo estão cada vez mais na mira das lentes de vigilância. Dados da Abese, a associação das empresas de segurança eletrônica, mostram, **na estimativa mais conservadora**, que São Paulo já tem 600 mil câmeras, uma para cada 16 paulistanos” (grifo nosso).

Passamos então a identificar na sua história aquilo que ficou de traumático, e que o faz retroceder frente à realização de seus desejos. História, aliás, que só poderia ser contada por ele, pois o único que restara de sua vida em Jundiáí fora um terreno tomado pelo mato; não sobraram parentes, fotos ou qualquer outro registro. Não escutá-lo, portanto, seria no mínimo um desperdício, pois permitiríamos que essa história morresse.

Mas além de escutá-lo, desejávamos produzir algo de diferente em sua vida, e nesse sentido a relação de Milton com esse irmão desaparecido foi um grande analisador, por ele ser sua alteridade absoluta – ousado, transgressor e totalmente nômade – e porque a relação de ambos foi sempre conflitiva, culminando em um “segredo” que nunca foi contado, mas que pode ser inferido.

Juntos, reconstituímos o contexto de suas primeiras crises, que deixaram marcas indeléveis: o paciente, que já havia perdido o pai e depois perderia cinco dos seis irmãos, perdeu sua mãe, que lhe dava um lugar muito importante na família, pois ele era o filho centrado e responsável frente aos outros que se perderam no alcoolismo. “*Você será o homem dessa casa*”, ela lhe dizia. Mas foi impossível para Milton trabalhar, cuidar do lar e de seus irmãos arredios, e ele acabou sucumbindo também ao álcool, às crises psicóticas e internações psiquiátricas asilares.

Veio morar com seus tios em Campinas e montou-se uma dinâmica estável, porém enrijecida com essa nova família. Após as experiências traumáticas que lhe ocorreram, Milton abdicou de ser “o homem da casa”, assumindo o papel justamente o contrário, de uma criança dependente e incapaz. De início, ele falava que a responsabilidade era dessa família, que o cerceava e o controlava; com o tempo, pudemos tomar consciência de que Milton na realidade falhara nos momentos em que a família lhe concedia autonomia. Sua relação com a aposentadoria era um analisador dessa dinâmica, pois se o dinheiro ficava sob seu controle, era gasto inteiramente com bebidas alcoólicas, mesmo não sendo ele dependente químico, mas era um sintoma que tinha como benefício secundário mantê-lo como “incapaz”.

Progressivamente, Milton pode responsabilizar-se mais por sua condição, e sentindo assim que mudanças em seu entorno dependeriam muito de sua iniciativa. Fui lhe esclarecendo que se ele cuidasse um pouco mais de si hoje em dia, isso provavelmente não teria as consequências críticas como quando sua mãe faleceu e ele teve que se virar. Então Milton concretamente passou a experimentar novas posturas em casa, dizendo para seus familiares que gostaria, por exemplo, que eles juntassem seu dinheiro pois ele compraria uma casa no bairro para si próprio.

Como a família também é um organismo vivo, ela teve que se modificar com a mudança sensível de um dos seus membros. Passaram a designá-lo funções na casa, o que revoltou-o a princípio mas representava, a meu ver, um convite para Milton experimentar o que era cuidar de uma casa, e conseqüentemente de si próprio. Combinaram que ele faria faxina em seu quarto, tarefa que o Milton “criança” sequer se responsabilizava. Após muitos furos, Milton passou a cuidar não só do quarto mas também do quintal, sem precisar de um “adulto” para cobrá-lo. Com o tempo, vieram as conseqüências positivas dessa nova postura, com a família considerando-o muito mais, comprando-lhe novas roupas após muito tempo, um novo guarda-roupas e confiando-lhe algum dinheiro, mesmo sabendo que uma ou outra vez o “trocado” seria convertido em pinga.

Mais tranquilo, Milton passou a afirmar que se sentia “*como se tivesse bebido, mesmo estando sóbrio*”: estava mais corajoso, mais espontâneo e falante, e preocupando-se menos se o olhavam na rua ou não. Diz que, em seus momentos livres, tem caminhado pelo bairro, onde antes temia perder-se; vai à casa de sua tia favorita e visita quem está no CAPS nos finais de semana.

Se Milton será capaz de morar sozinho em sua cidade natal, trata-se de uma utopia. Mas é certo que entre a criança incapaz e o “homem da casa”, Milton passou a experimentar um caminho do meio, tornando-se um pouco mais ativo, decisivo e responsável em relação a sua família.

Outro tema abordado à exaustão em nossos encontros foi o temor intenso do paciente em relação a adoecer; uma *angústia de morte* muito intensa o atravessava, algo totalmente referido a sua história. Como dissemos, Milton perdeu cinco dos seis irmãos, além de pai e mãe, todos com problemas relacionados a coração e pulmão. Não foram fáceis as situações em que ele próprio se viu próximo da morte, seja quando caiu e rachou a cabeça após um porre, ou quando seu coração quase o deixou na mão, mais recentemente. O paciente se via muito angustiado frente a possibilidade de seu corpo falhar e ele sucumbir, seguindo a trajetória familiar.

Há alguns atendimentos atrás, Milton me falou sobre os aviões. Resignado, pensei que teríamos que abordar sua dimensão delirante novamente, daqueles aviões que vigiam e ordenam prisões. Mas, dessa vez, ele me falava sobre os aviões que podem cair, caso os motores parassem de funcionar. Ele estava, é claro, falando de seu corpo, e muitas vezes tivemos que conversar sobre isso: enquanto os motores funcionarem, seria importante voar, viver da melhor maneira possível. Complicado seria abandonar o comando da aeronave com ela ainda em voo...

No cotidiano do CAPS, há um movimento bastante sutil que Milton tem apresentado, difícil de perceber no meio de nossa correria, mas que no nosso entendimento é um avanço importante. Algum tempo atrás, ele me comunicou que estava bem melhor em relação às suas “ideias”, e que queria experimentar andar pelo CAPS de outro jeito. Milton tem saído várias vezes do limbo, sentando-se agora na convivência e esboçando se comunicar mais com outros usuários. Não está totalmente tranquilo em relação a isso, mas convenhamos, com aquela câmera gigantesca da Prefeitura que mira o espaço de convivência dos nossos CAPS, nunca se está totalmente tranquilo.

VIII. Alguns entendimentos teóricos acerca do caso

O paradigma do *trabalho interdisciplinar* trouxe riqueza ao campo da Saúde, mas não raramente os profissionais tem dificuldade de suportá-lo: o saber do outro, por ser diferente, passa a ser vivido como uma ameaça à própria integridade profissional ou como uma desvalorização do próprio saber. Para defender-se dessa diversidade, muitas equipes passam a “falar a mesma língua”, elegendo um saber ao qual todos aderem e conseguem assim anular posições diferenciadas. Psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros viram trabalhadores genéricos, perdendo-se assim a riqueza que cada profissão pode trazer na sua singularidade.

Em última instância, corremos o risco de fazer sucumbir a atenção psicossocial – campo complexo e multirreferenciado – a um entendimento simples e único, sendo nossos pacientes os maiores prejudicados com isso. Onocko Campos (2001) aponta que, mesmo com a implementação dos serviços substitutivos em Saúde Mental, temos visto algumas vezes que as equipes interrogam pouco quais os cuidados que serão ofertados, e qual é a real *eficácia* dessas ações. Por dificuldade de compor os saberes, acabamos degradando nossa clínica.

Os conceitos de *campo* e *núcleo* (Campos, 2000) tem auxiliado na compreensão de que cada núcleo profissional tem seu método e objeto, mas os diferentes núcleos se interrelacionam através de um campo que compartilham, no caso, a Saúde Mental. Há uma gama de saberes que compartilhamos, e alguns outros que pegaremos emprestado do núcleo ao lado, mas existe algo que é específico de cada profissional.

O núcleo, portanto, “demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional”, enquanto o campo seria “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000, p. 220).

Por conta de um itinerário, digamos, enviesado, tenho entendido que a psicanálise é um dos núcleos que podem compor a atenção psicossocial. Mesmo sem ter essa formação específica, procurei a psicanálise como um aporte tanto para compreender e conduzir este caso clínico, como para compor com os outros saberes acerca do caso. E de fato, o caso de Milton é daqueles complexos, no sentido de que fatores biológicos, farmacológicos, sociais e psicodinâmicos estão em jogo no tratamento.

Mas o que seria realizar um trabalho psicanalítico com Milton, visto que o primeiro que fiz com ele foi infringir o *setting*? Lembremos que meu contrato inicial com o usuário foi o de “andar” pelo bairro, rejeitando a sala de atendimento, ou seja, aquilo que se constitui como o lugar privilegiado de uma análise!

A inserção da psicanálise nos novos equipamentos de Saúde Mental consiste no manejo das diferentes *transferências* em jogo, ampliando o enquadre tradicional e visando superar os entraves que a psicose impõe. Se a transferência seria algo produzido em qualquer relação humana (Freud, 1912), em Saúde Mental o profissional em sintonia com a psicanálise buscaria operar sobre ela, independente do enquadre que se estabeleça com o usuário. Segundo Tenório (2001), “a transferência é um fenômeno produzido pelo paciente mais ou menos a nossa revelia”, mas, para trabalhá-la, “é preciso que estejamos ali e representemos uma oferta de trabalho” (p. 68).

Ao colocar-me disponível para Milton, em *espera ativa*, instalou-se um campo transferencial, em que afetos eram transportados de um ao outro. Nossas caminhadas foram uma via possível de saída de seu ensimesmamento afetivo em direção a um espaço intersubjetivo.

Era na expectativa de algo que o paciente se dispunha a abandonar suas convicções solitárias e compartilhá-las comigo; podemos sugerir que ele atribuía a mim um saber sobre ele, ao mesmo tempo em que abandonar sua própria verdade era para ele dolorido. Certo dia, Milton me escreveu uma carta que parecia sintetizar essa contradição, com a seguinte frase: “*Me explica o que que eu penso dos outros. Eu acho que já tá tudo explicado*” (sic).

Conforme o paciente depositava sobre mim seus conteúdos pessoais, sobretudo os de cunho delirante, eu tentava não cair no engodo de ser para ele um *sensor da realidade*, ensinando-lhe o que correspondia ao mundo concreto e o que eram “coisas de sua cabeça”. Esse viés pedagógico, como sabemos, tem como fundamento o *tratamento moral* pineliano, o qual dizemos ter superado, mas que convenientemente recorremos a ele no nosso cotidiano.

Para a psicanálise, os sintomas psicóticos são muitas vezes um recurso utilizado pelo psiquismo para o eu defender-se das ameaças a sua integridade (Zolty, 2001). Representações intoleráveis ao eu são expulsas do psiquismo e, em seu lugar, enxerta-se uma outra realidade, o delírio. Se o delírio é, portanto, produto de um mecanismo de defesa, não seria conveniente rechaçá-lo na relação transferencial, propondo que o paciente o substitua pela realidade “factual”. Na relação analítica aposta-se que o delírio, então, é produto de um conflito a ser decifrado nesse sujeito, ele porta *sentido* (Birman, 1991) e não é pura irracionalidade, portanto.

Não cerceando Milton por seu pensamento desvairado, fomos caminhando juntos em direção ao sentido de seus sintomas: frente à impossibilidade concreta de ser “o homem da casa”, o delírio substituiu a vivência insuportável do fracasso, colocando-o no plano de Deus e livrando-o assim de seus conflitos mundanos. Em suas primeiras crises e conseqüentes hospitalizações, Milton acreditava piamente que era Deus, como ele me relatava.

Na esfera da paranóia, sabemos que o investimento libidinal sobre o próprio eu é imenso, não sendo raro que o paciente se coloque em um patamar divino. As ligações afetivas de Milton, naquele momento, ficaram insustentáveis e foram rompidas, sendo a energia redirecionada sobre o próprio eu. O momento conseqüente, fora da crise, é a religação com o mundo, que se deu sobretudo através do mecanismo de *projeção*. Os atributos de um Deus foram lançados para fora e retornam para Milton sob forma de ameaça, pois o mundo passa a ser um lugar que o vigia e controla todos os seus passos; ao contrário dele próprio, é o mundo que se torna sobre ele onisciente, onipresente e onipotente.

Sentir-se vigiado e controlado era, para Milton, uma restrição da sua existência, mas também uma solução para seus conflitos, pois assim ele não teria mais que se haver com os desafios de trabalhar, amar, constituir um lar, desafios que estavam em jogo quando entrou em crise. Por isso que, adequar o delírio à realidade era nesse caso uma estratégia arriscada, já que devemos reconhecer que haviam benefícios

secundários advindos de seu adoecimento, e o caminho que optei foi de acompanhá-lo no entendimento disso.

Ainda que Milton não tenha nem de longe tomado absoluta consciência de sua trajetória e tampouco tenha aberto totalmente a mão dos seus sintomas – algo que, aliás, nunca se alcança –, são notáveis os *insights* que pude acompanhar deste usuário ao longo de nosso processo, algo aliás bastante raro nessas estruturas clínicas. Ao final de diversos encontros nossos, Milton trazia questionamentos da seguinte ordem: “*eu fico lá na biblioteca, mexendo nos livros, mas não agüento e preciso sair dali... sinto que estão todos me vigiando, observando o que que estou fazendo... mas será que, na verdade, não sou eu que fico vigiando eles?*” (sic). Essa tomada de consciência foi, progressivamente, auxiliando Milton a responsabilizar-se mais sobre si.

IX. Conclusão: o tratamento como uma aposta ética

Certamente, nosso processo não culminou em uma *cura*, especialmente no sentido psiquiátrico do termo. Ao longo de todo o ano de aprimoramento, diversos pacientes entraram em crise, foram tratados e receberam alta, com remissão quase total de seus sintomas. Mas, como mencionamos, Milton corresponde àqueles casos crônicos, com pouco investimento das equipes por enxergarem neles poucas perspectivas de melhora; também apontamos que, devido aos benefícios que o usuário obtinha com seu adoecer, autorizar-se a movimentar sua personalidade era delicado, além de arriscado; finalmente, podemos considerá-lo um caso bastante grave, ainda que não “grite”, não transpareça seu sofrimento.

Milton ainda apresenta sintomas, não se desfez totalmente de suas ideias delirantes e algumas vezes volta a estacionar no limbo, ou perto a ele. Não obstante, mesmo que não esteja “curado”, o paciente apresentou movimentos extremamente importantes, especialmente se considerarmos o estado de estagnação em que se encontrava. Não está curado, mas do nosso ponto de vista, caminhou em direção à vida: assumiu uma nova postura em casa, deixou de ser a criança que precisava ser cuidada e mandada pelos tios, e passou a organizar suas coisas e traçar seus caminhos; assumiu uma nova circulação no CAPS, experimentando novos modos de estar e de se relacionar com os outros; retomou algo da dimensão desejante em relação a sua vida, traçando planos e pensando em como realizá-los, e; não se sente

tão acuado com seus pensamentos, por ter compreendido parcialmente a razão deles existirem.

Do ponto de vista pragmático, Milton é um entrave para a nossa clínica, por demandar muito investimento e devolver somente alguns resultados concretos. No entanto, subjaz ao trabalho de cada um de nós uma certa *ética*, e nesse sentido tenho considerado que Milton e tantos outros são dignos desse investimento, por não serem menos graves só por não sofreram crises disruptivas. Minha ética foi, ao longo desse ano, a de apostar que subjetividades adormecidas pudessem emergir, mesmo que através de pequenos gestos, ou por breves momentos, como pude testemunhar em Milton.

O fim dos atendimentos não foram fáceis para Milton, nem tampouco para mim. O processo que estabelecemos sintetiza o que foi a experiência do aprimoramento, como algo intenso, breve, desafiador, e que deixa muito em aberto, uma sensação de que certos frutos ainda teriam um prazo maior para serem colhidos. Minha saída do caso e do CAPS coincidem com a reformulação do Projeto Terapêutico de Milton, não só pela minha saída concreta do caso, mas também porque ele está diferente e cabe à instituição trabalhar com ele em um novo patamar. E para a equipe, deixo a ingrata pauta: “mas enfim, o que faremos com esses pacientes?”.

X. Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BARBIER, R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

BIRMAN, J. *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. “Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 5(2), 2000, pp. 219-230.

- CAMPOS, G. W. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.
- _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.
- DIAZ, A. G. *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial*. Campinas, 2009, 148 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). UNICAMP.
- FOLHA ONLINE, <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u590873.shtml>
(acesso em 25.01.10)
- FREUD, S. La dinámica de la transferencia (1912). In *Obras Completas*, vol. XII. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1993.
- FURTADO, J. & ONOCKO CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, vol. VIII, n. 1, 2005.
- GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. São Paulo: Té Cora Editora, 1994.
- _____. “Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS”. In: Pitta, A. M. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 2001.
- LANCETTI, A. “Clínica grupal com psicóticos – a grupalidade que os especialistas não entendem”. In: Lancetti, A. (org.) *SaúdeLoucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- LOURAU, R. “Implicação e sobreimplicação”. In: Altoé, S. (org.) *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MARAZINA, I. V. *Psicanálise implicada: alguns aspectos da relação da psicanálise com a Saúde Mental na República Argentina e em São Paulo, Brasil*. São Paulo, 2003, 171 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). PUC/SP.
- OLIVEIRA, G. N. “O Projeto Terapêutico Singular”. In: Campos, G.W.S.; Guerrero, A.V.P. (org.) *Manual de práticas de atenção básica*. São Paulo, Hucitec, 2008.
- ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 58, pp. 98-111, 2001.

- ONOCKO CAMPOS, R. "A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas". In: Campos, G. W. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003, pp. 122-149.
- OURY, J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*, n.1, p.42-50, 1991 – Tradução de Jairo Goldberg – Mimeo.
- SANTOS, D. V. & DORSA, M. "A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações". In Onocko Campos, R.; Furtado, J. P.; Passos, E.; Barros, R. B. (org.). *Avaliação em saúde mental: participação, intervenção e produção de narrativa*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.
- TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2001.
- _____. "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1), 2002.
- ZOLTY, L. "Observações psicanalíticas sobre as psicoses". In: Nasio, J.-D. (org.) *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.