



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”
Departamento de Medicina Preventiva e Social

IARA CRISTINA PINHEIRO

**(CON)VIVÊNCIA DE UMA APRIMORANDA – EXPERIMENTAÇÕES DO
PAPEL DE TÉCNICO DE REFERÊNCIA**

Campinas
2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”
Departamento de Medicina Preventiva e Social

IARA CRISTINA PINHEIRO

**(CON)VIVÊNCIA DE UMA APRIMORANDA – EXPERIMENTAÇÕES DO
PAPEL DE TÉCNICO DE REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental em Saúde Coletiva, como requisito para obtenção de título de “Especialista”, sob orientação do prof^o Ms. Doutorando Alberto Giovanello Diaz e da prof.^a Dra. Rosana T. Onocko Campos.

Campinas
2011

Agradecimentos

A Deus,

Aos meus pais, que sempre me apóiam e respeitam nas minhas escolhas,

A Mari, por seu ânimo tipicamente adolescente,

Ao Isaac, que não me deixa esquecer que “tudo vai dar certo”, pelo amor e carinho,

A Silvia, amiga que colaborou muito com a minha saúde mental nesse período de aprimoramento!,

A Mê, a TO menos prendada que eu conheço, mas com certeza a mais divertida, pela amizade que construímos,

A Nara, e enfermeira mais “fora da caixinha” que eu conheço, pela autenticidade, e coragem de sustentar suas escolhas,

A Tânyha, por sua veia poética, que me ajudou a perceber a potência das palavras, e pela cuidadosa ajuda com esse trabalho,

Ao Ti, pela presença em um momento de muita dificuldade,

A Rosana Onocko, pelo estímulo constante à reflexão da prática e a prática da reflexão,

Ao Tato, pela disponibilidade e delicadeza no trato,

A toda a equipe do Caps Sul, pelo respeito ao meu tempo,

A Rosana, pelas conversas tranquilizadoras,

A Fran e a Keslie, pelo acolhimento que possibilitou a construção de uma boa amizade,

Ao André, pelas parcerias, e por resgatar sempre os pontos positivos das pessoas/situações,

A Flávia, pela disponibilidade, e por dizer sempre o que precisa ser dito,

A Daí, pelo interesse no que eu tinha a dizer,

Ao Lin, pela tranquilidade e delicadeza,

A Ma e a Beth, que me ensinaram muito sobre o cuidado com o outro,

Aos usuários, que me permitiram compartilhar o que eles têm de mais precioso: suas histórias!

“O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam...” (Guimarães Rosa)

SUMÁRIO

1. Meu trajeto até o aprimoramento	6
2. O início no Caps Sul	7
3. A construção do lugar próprio de aprimoranda	8
4. O trabalho em mini-equipe e o profissional de referência no Caps	10
5. O Projeto Terapêutico Individual (PTI)	17
6. Conclusão	21
7. Referências	23

1. Meu trajeto até o aprimoramento

Este texto refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso do Aprimoramento em Saúde Mental em Saúde Coletiva, realizado no período de março de 2010 a fevereiro de 2011.

O aprimoramento proporciona uma experiência de formação estreitamente ligada à prática, o que despertou meu interesse, pois desejava aprofundar meu conhecimento na área da saúde mental, manejo clínico nos casos de psicose e neurose graves.

2. O início no Caps Sul

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, os Caps (Centro de Atenção Psicossocial) estabeleceram-se como dispositivos importantes para substituir o tratamento hospitalocêntrico e medicalizador, por uma outra ética de cuidado na saúde mental. Destinam-se ao cuidado cotidiano, não apenas para os momentos de crise.

Dentro dessa perspectiva de trabalho que escolhi por meio do aprimoramento, optei como serviço de saúde para a minha prática o Centro de Atenção Psicossocial Antonio da Costa Santos (Caps Toninho ou Caps Sul), que é um Caps III, funciona 24 horas e possui sede própria. Está situado na região Sul da cidade, é o serviço de referência do território para o atendimento de pacientes com diagnóstico de transtornos mentais graves. Atende os seguintes Centros de Saúde: Vila Rica, Faria Lima, Paranapanema, Orozimbo Maia, Carvalho de Moura, São Domingos, Oziel, Campo Belo, São José, Fernanda, Monte Cristo, Nova América, Parque da Figueira, Santa Odila, São Vicente, Vila Ipê e Esmeraldina.

Quando iniciei o aprimoramento, o Caps estava passando por um momento de renovação da equipe - alguns profissionais saindo e processos seletivos para contratações em andamento.

Fui bem recebida pela equipe, porém me senti bastante perdida, não sabia por onde começar, quais atividades realizar, e carregava uma grande expectativa em ser aprimorada, em minha cabeça até então, alguém que deveria criar coisas novas, apontar problemas e sugerir soluções.

Naquele momento inicial da prática, me confundi bastante com os trabalhadores, queria assumir tarefas, oferecer atendimentos, me via como mais uma trabalhadora da equipe, porém em desvantagem por ter menos bagagem e menos conhecimento prático, o que me angustiava muito. Foi necessário tempo (e muitas supervisões) para que eu percebesse que ocupava um lugar diferente.

3. A construção do lugar próprio de aprimoranda

O primeiro contato maciço com pessoas em sofrimento psíquico grave foi uma experiência marcante. Muitíssimo diferente dos estágios da graduação, cuja carga horária e o grau de envolvimento exigidos eram menores.

Vivenciei o aprimoramento de uma forma muito intensa. A angústia em ocupar esse lugar fronteiro também foi intensa! Ser profissional graduado, porém em formação, é difícil... Esse trânsito entre formação e prática foi um grande desafio que o aprimoramento colocou pra mim.

Fazer parte do serviço e ao mesmo tempo ter um vínculo com a universidade, além da minha insegurança de recém-formada, fez com que eu me sentisse confusa com relação a qual lugar eu pertencia: era trabalhadora do Caps ou estudante? Essa foi uma questão importante durante todo o aprimoramento.

Fui construindo um entendimento de que eu era as duas coisas: uma psicóloga que buscava aprimorar a prática no campo da saúde mental. Porém, a apropriação de casos e de atividades que me propus a realizar foi inibida pela minha dificuldade em reconhecer a potência das minhas intervenções.

Entretanto, nesse processo (que durou o ano todo!), contei com toda compreensão e respeito da equipe do Caps, que me permitiram essa apropriação dentro do meu tempo.

Diversas vezes sentia que não estava produzindo, pois não realizava nada “diferente”, não tinha nenhuma proposta inovadora, uma agenda cheia de compromissos, atendimentos. Ainda estava imbuída da concepção taylorista de trabalho: quanto maior a produção, melhor! (Campos, 2000)

A partir da experiência, percebi que, mais importante do que produzir procedimentos vazios de sentido, era ter disponibilidade para ouvir, acolher os usuários no dia-a-dia através de pequenas atitudes. A partir de então, minha ansiedade diminuiu, e pude começar a trabalhar de maneira mais qualificada. Comecei a pensar de maneira diferente: que bom que eu tinha esse tempo de ouvir, dar uma volta para ver quem estava no Caps, o que estava acontecendo em determinados momentos!

No Caps, os pedidos são muitos, e de todas as ordens! Desde um café, um cigarro, uma conversa, uma roupa; lidamos com a falta o tempo todo: sempre haverá um pedido, sempre haverá usuários “que demandam”, pois isso faz parte da especificidade que o serviço se propõe a tratar. Isso foi muito importante para que eu percebesse que grande parte do trabalho que realizamos é um “trabalho de formiguinha”, ouvindo a cada um naquilo que lhe é específico. Sobre o assunto, Goldberg (2001), afirma:

“A função mais importante é receber cada pessoa do jeito que é, garantir sua particularidade. Assim, é preciso que desde o primeiro instante que o paciente chegue ao CAPS busque-se estabelecer um ambiente no qual ele perceba a seriedade com que suas falas e ele próprio são acolhidos, caso contrário há o risco de perdê-lo já no primeiro contato com a instituição. Não há na psicose, muitas vezes, chance para uma segunda tentativa. A triagem, o recebimento do paciente, o acolhimento são funções conjuntas e importantes.” (p. 40) (grifo nosso)

Um fator que me chamou bastante atenção foi perceber o estado de pobreza em que alguns usuários vivem. Diversas famílias adoecidas, condições precárias de moradia, higiene, educação, resolutividade sobre suas vidas. Uma carência em todos os aspectos. Nesse sentido, trabalhar a questão da co-construção de autonomia (Onocko Campos e Campos, 2006) é muito importante. Tratarei desse assunto mais adiante, na discussão sobre Projeto Terapêutico Individual (PTI).

Particpei de diversas atividades durante esse ano, sendo algumas delas: convivência, assembléia, grupo de expressão corporal, grupo de escrita, triagens, atendimentos de referência, atendimentos em psicoterapia, acompanhamento terapêutico, acolhimento, grupo de tratamento, visita domiciliar, reuniões de equipe e mini-equipe.

De todas essas atividades, o trabalho desempenhado pelo profissional de referência é o que considero mais interessante e abrangente; um eixo organizador do trabalho no CAPS. Por esse motivo, tratarei dele mais detalhadamente nesse trabalho.

4. O trabalho em mini-equipe e o profissional de referência no Caps

No Caps, os profissionais operam a partir de mini-equipes interdisciplinares compostas por: auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico psiquiatra.

O Caps Sul tem três mini-equipes. Cada mini-equipe é responsável por um número de usuários divididos conforme o território dos Centros de Saúde de determinada área de abrangência. Dentro da mini-equipe ocorre a divisão dos usuários entre os profissionais de referência.

A mini-equipe que participei vem a algum tempo num movimento de compartilhar mais os casos para que todos os profissionais, inclusive a enfermagem, se aproprie e saiba que condutas devem ser tomadas, quais os combinados do PTI. Isso dilui um pouco a responsabilidade do profissional de referência, e percebi que aumenta as possibilidades de parcerias entre os profissionais.

Miranda e Onocko Campos (2010) afirmam:

“as equipes de referência se constituem como instâncias de gestão da clínica, propiciando o acompanhamento no campo das necessidades singulares do paciente, através do trabalho interdisciplinar. Para isso, devem sustentar um posicionamento ético baseado no respeito à alteridade e na construção do caso clínico.” (p.1161) (grifo nosso)

Um exemplo desse compartilhamento pensando em qualificar a gestão da clínica é o caso de Carolina (nome fictício), usuária de longa data do Caps. Por ser um caso complicado, a mini-equipe vem tentando estar sempre alinhada quanto às condutas com relação a ela, sempre repensando a dimensão clínica do caso. Não apenas o profissional de referência fica incumbido de aproximar-se, mas todos da mini-equipe.

Carolina tem bastante dificuldade em falar sobre seus sentimentos, e quando se sente irritada ou nervosa com algo se corta, pois diz que isso “alivia a angústia”. Tem várias cicatrizes pelo corpo.

Esse caso mobiliza grande parte dos funcionários do Caps, por conta da auto-agressividade da usuária. Por esse motivo foi importante nos afastarmos de nossos julgamentos e fazer um movimento de aproximação a condutas que pudessem ajudá-la no que tem mais dificuldade: falar sobre seus sentimentos. Dessa forma, combinamos um rodízio entre a mini-equipe para estar com ela, ouvi-la. Esse processo vem propiciando mudanças, pois Carolina vem se cortando com menos frequência, pede para conversar conosco ao invés de se cortar.

Percebi na minha prática que os profissionais do Caps possuem um perfil diferenciado, pois esse trabalho implica um olhar ampliado, independente do núcleo profissional, como apontam Miranda e Onocko Campos (2008), em pesquisa realizada com trabalhadores de CAPS, sobre a dificuldade dos trabalhadores com relação às tarefas do profissional de referência, já que essas são ligadas ao campo da saúde mental e não a um núcleo profissional específico.

Cabe ao profissional de referência, basicamente, cuidar do andamento do tratamento do usuário – seu Projeto Terapêutico Individual –, desde questões burocráticas e sociais, como preenchimento de Apac's, prontuários, benefícios, até o cuidado mais próximo durante uma crise, visitas domiciliares, discussões de caso, conversas com familiares e outras instâncias – Núcleo de retaguarda, Centros de Saúde, outras instituições de saúde, assistência social, etc. Em alguns casos, esse cuidado mais cotidiano também envolve questões relacionadas à higiene, como tomar banho, até questões de gerenciamento das finanças.

Furtado e Miranda (2006) afirmam:

“(...)há que se observar que o profissional de referência ocupa um lugar terapêutico que, não se restringindo a delimitações formais de um determinado setting, perpassa, guiado pela relação transferencial, pelas várias áreas da vida onde seu paciente encontra necessidade de algum modo de cuidado. Salientamos, porém, que esse lugar terapêutico é construído por uma fina relação baseada na transferência e na comunicação possibilitada por esta.” (p.519) (grifo nosso)

Considero essa uma questão importante, pois diversas vezes fiquei pensando numa forma “melhor” para cuidar de questões clínicas, alinhar condutas técnicas, e ao mesmo tempo cuidar de questões práticas. Essa é a particularidade do Caps: dificilmente consegue-se operar uma separação do setting terapêutico das demais questões. Essa é a gestão da nossa clínica!

Por exemplo, Maria (nome fictício) comentou que estava acima do peso e queria emagrecer. Convidei-a para caminhar, ela aceitou. A partir dessas saídas, ela passou a me reconhecer como alguém vinculada a seu cuidado, me chamava quando me atrasava, contava sobre sua vida, expectativas. Eu não era sua referência, nem fazia parte da mini-equipe. Mas com esse exemplo quero ilustrar como são variadas as formas que podemos nos aproximar dos usuários, mesmo não sendo suas referências formais, e passar a sê-lo pela via do cuidado.

Pude vivenciar também alguns casos em que o profissional de referência teve um papel importante junto às famílias dos usuários. Acabam sendo os profissionais com quem a família tem maior proximidade e que procuram quando precisam de orientações, quando há alguma situação que julgam importante que a referência saiba.

Identifiquei isso em um dos casos que referenciei. Francisco (nome fictício) chegou ao Caps acompanhado pelo pai. Nunca havia feito tratamento psiquiátrico regular, apresentava afeto bastante embotado, sendo difícil estabelecer contato comigo. O pai contou sua história até o quadro atual. Após algum tempo, o embotamento diminuiu, e ele contou sobre sua vontade de voltar a trabalhar, era caminhoneiro. Convidamos Francisco para participar de diversas atividades no Caps: grupo de esporte, horta, escrita, tratamento, mas ele nunca veio. Porém, comparecia ao Caps todas as vezes que marcamos atendimento, sempre acompanhado pelo pai.

Na maioria das vezes, atendi o pai também, e esse trazia suas questões sobre a relação com Francisco, suas dúvidas na forma de tratar o filho, como quando me perguntou o que fazer quando este “fala de situações que não aconteceram” (sic). Devia confrontá-lo, ou deixar pra lá? Explico ao pai que isso pode fazer parte do quadro de Francisco, e ele se tranqüiliza, pois não o confrontava, mas temia estar “agindo errado”.

Outro caso em que identifiquei a importância do vínculo com o familiar foi Eduardo (nome fictício). Chegou ao Caps acompanhado pela esposa, encaminhado pelo hospital geral após internação devido a uma tentativa de suicídio por ingestão de soda cáustica.

Além disso, recuperava-se de dois episódios recentes de AVC, que lhe paralisaram um lado do corpo. Por esse motivo, tinha dificuldade de caminhar e movimentar um dos braços e teve que parar de trabalhar. Contou que por conta das seqüelas dos AVCS estava se sentindo deprimido. Apresentou-se choroso, desanimado.

Porém, segundo a esposa, o maior problema era que ele tinha certeza que ela o traía com outro homem toda noite quando ele ia dormir, que ela tinha vários amantes. Por esse motivo, demandava sua atenção o tempo inteiro, por vezes era agressivo, desconfiado, sempre muito persecutório.

A esposa mostrou-se bastante cansada dessa situação. Contou que o marido a “infernizava” (sic) o dia inteiro, que não podia mais fazer nada, havia parado sua vida há um ano, desde que ele teve o primeiro AVC. Contou também que ele sempre foi persecutório com relação a ela, foi alcoolista por muitos anos, mas a situação piorou desde que ele parou de trabalhar.

Com o início do tratamento, percebemos que Eduardo melhorou bastante com relação à depressão que apresentava, mas continuava persecutório com a esposa, em menor medida. Por esse motivo, eu procurava atendê-la para ouvi-la, pois percebi o quanto ela se sentia esgotada pela demanda intensa do marido, o quanto era difícil para ela não ter com quem conversar sobre o que estava vivendo.

Nesses dois casos, percebi a importância de manter um espaço de escuta para o familiar cuidador do usuário, pois isso pode ser muito positivo para o andamento do tratamento, na medida em que o familiar identifica no profissional de referência alguém com quem compartilha o cuidado.

Sei que existem casos em que a família não é continente ao usuário, mas acho importante ressaltar essas experiências positivas.

Em alguns casos, o profissional de referência assume um papel fundamental para o andamento do tratamento de seus usuários, dada a importância de seu vínculo terapêutico com eles.

O caso de Fabiana (nome fictício) foi um exemplo da importância desse vínculo. Eu compartilhava sua referência com outro técnico da mini-equipe, que sugeriu que eu iniciasse ofertando a ela saídas do Caps. Ela se interessou, e começamos a ir semanalmente a um shopping próximo do Caps.

Fabiana começou a trazer questões, sempre vinculadas às coisas que víamos, por exemplo: roupas, acessórios, sapatos, remetiam a ela questões corporais, femininas: queria um namorado, mas se achava feia, gorda. Coisas que via e a lembravam de sua mãe remetiam a questões da relação, que era bastante complicada. Também falava bastante de sua insegurança com relação à vida, ao futuro.

Uma questão relevante foi Fabiana relatar após algumas saídas que estava conseguindo se expressar melhor, pois sempre sentiu muita dificuldade em falar das questões que a incomodavam. Não costumava “se abrir” (sic) com ninguém. Essa era nossa intenção: colaborar nesse processo para que ela encontrasse outra saída para sua angústia, que não fosse as fortes crises que apresentava quando ficava agressiva, quebrava vidros, tomava medicação a mais, tendo muitas vezes que ser medicada em casa pelo Samu.

Porém, o contato com Fabiana era cansativo em certa medida, pois ela depositava em mim suas expectativas de vida, querendo que eu solucionasse questões da sua relação com a mãe, com o filho; mas ao mesmo tempo dizia “minha vida não tem solução” (sic). Embora tivesse esse discurso, não interrompeu os atendimentos. Acredito que essa postura tenha relação com o que Miranda e Onocko Campos (2006) caracterizam da seguinte forma:

“Entre usuários, identifica-se uma relação íntima com o profissional de referência, na qual fazem uma espécie de sustentação afetiva, baseada na conquista da confiança e na possibilidade de encontrarem alguma sensação de existência, ao se sentirem regularmente percebidos em sua singularidade. Essa

sustentação lhes permite continuar habitando o mundo social, a despeito de seu intenso sofrimento psíquico.” (p.911) (grifo nosso)

Porém, no dia-a-dia do Caps, pude observar muitas dificuldades em cumprir essa proposta de um cuidado mais próximo. O profissional de referência, muitas vezes, encontra-se bastante solitário no cuidado de seus usuários. Algumas vezes a própria equipe remete questões que poderiam ser resolvidas por outras pessoas ao referência, o que acaba impossibilitando-o de cuidar de outras questões. Outras vezes, tarefas burocráticas ocupam grande parte do tempo dos profissionais.

Pela gravidade dos casos que são atendidos no Caps, muitas vezes é necessário um cuidado em praticamente todas as esferas de vida do sujeito. Sobre esse cuidado, Oury (1991) afirma:

“(…) a doença mental – no sentido bem amplo do termo – se especifica de uma maneira tradicional – em Kretschmer ou Tosquelles – pela multi ou polidimensionalidade. Isto significa que é necessário abordar esse problema por todas as facetas possíveis, dado a miséria existencial de todas essas pessoas que “descarrilharam no simbólico”; que estão sempre perdidas no “abwarten”, em espera infinita, que não estão em nenhum lugar; que não constituíram ou destruíram seu espaço de vida. E para abordar estas questões devemos privilegiar tanto as facetas sociais, biológicas, quanto as psicanalíticas. Pois a pessoa, mesmo dissociada, permanece uma pessoa, com seu próprio nome. Temos sempre um assunto para qualquer um que tem um nome ...” (grifo nosso)

Esse suporte é necessário, mas por outro lado, é preciso pensar também em como desenvolver a tarefa de ser profissional de referência e promover um maior grau de autonomia para os usuários.

Essa questão foi muito importante durante a minha reflexão, e disparou outra pergunta crucial: até que ponto vai a responsabilidade do profissional de referência?

Nos casos em que o usuário possui um grau de autonomia que o possibilita minimamente a transitar, conviver com outras pessoas que o auxiliem, seja família, cuidadores, vizinhos, essa questão fica um pouco diluída, pois existe a possibilidade de dividir o cuidado. Porém, nos casos em que não existe rede de cuidado, o profissional

de referência acaba sendo completamente responsabilizado pelo usuário, muitas vezes caindo em verdadeiros dilemas éticos.

Qual o sentido de responsabilizarmos o profissional de referência pelo usuário se um dos pilares da reforma psiquiátrica é a reabilitação psicossocial, o resgate da autonomia?

Figueiredo e Furlan (2008), afirmam:

“O serviço de saúde (ou doença) não dará conta da totalidade humana e seria interessante se apoiar em outras equipes e articular saberes tanto para conhecer outros âmbitos da vida do indivíduo, como para tentar compor uma ação com outros núcleos de saberes.” (p. 174) (grifo nosso)

Sendo assim, como proceder frente a demandas que não são necessariamente do campo da saúde, mas se confundem com questões sociais?

Pude perceber que por conta da dificuldade em articular redes de cuidado, muitas vezes o profissional de referência acaba assumindo diversos papéis. E por falta de outras instituições, o Caps também acaba assumindo responsabilidades que não necessariamente seriam suas.

O Projeto Terapêutico Individual (PTI) pode ser um instrumento para auxiliar nessa organização de papéis.

5. O Projeto Terapêutico Individual (PTI)

Grande parte do trabalho dos profissionais de referência se organiza a partir das definições dos Projetos Terapêuticos Individuais (PTI's) dos usuários.

É importante que esse Projeto seja elaborado em conjunto com o usuário, para que faça sentido, e para que seja possível ao profissional de referência e ao CAPS enquanto lugar de tratamento e convivência, estabelecer um vínculo. Buscamos um processo que possibilite o aumento da autonomia, do gerenciamento da vida desses sujeitos (Goldberg, 2001).

O PTI é pensado pela mini-equipe de referência juntamente com o sujeito, principal responsável por seu plano de cuidado. Algumas questões são: com que frequência o usuário deve vir ao Caps, quais atividades são interessantes para ele no momento, em que instituições ele pode se beneficiar, visto que não necessariamente o tratamento se dá apenas no Caps, considerando outros equipamentos do território, como Centro de Saúde, Centro de Convivência, entre outros.

É quase inevitável não criar expectativas sobre os usuários, porém o respeito às suas possibilidades também é muito importante, e um exercício que temos oportunidade de fazer diariamente, pois nosso “furor curandis” muitas vezes faz com que desejemos algo que faz sentido a nós, não ao usuário!

Goldberg (2001) nos alerta:

“A psicose é uma condição que evolui e está sempre evoluindo. Percebemos a reabilitação como um processo que não tem um fim definido. Não há também um momento preciso a partir do qual esse deva principiar. Cuidar de uma pessoa psicótica é empreender uma jornada, desde o momento que se toma contato com ela. Reabilitação, tomada dessa maneira, consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis. Chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece. Tratar e reabilitar são perspectivas indissociáveis. Para reabilitar um paciente é necessário oferecer continuamente tratamento.” (p.45) (grifo nosso)

Por outro lado, é fator determinante no trabalho com os sujeitos a aposta em suas capacidades. Não só deles, mas de sua rede de cuidados: família, amigos, outras instituições. É necessário também ter sensibilidade para perceber quando não existe rede, e um trabalho mais próximo é o melhor a oferecer no momento para que ele desenvolva autonomia para construir suas próprias redes de contratualidade social.

Esse “empréstimo do desejo” é crucial, não apenas durante o trabalho como profissional de referência, mas durante todo o tempo, pois no Caps os encontros ocorrem o tempo todo, e é preciso estar atento para acolher! Atentos no sentido que Oury (1991) qualifica como “espera ativa”, “espera instrumentalizada”, que “vai permitir ao outro se manifestar”.

Sobre este assunto, Moura (2003) afirma:

“Ambiência, atmosfera, clima, são termos que se entrecruzam e que estão em relação direta com aquilo que se passa no nível dos encontros. Os encontros não são fatos quaisquer, mas acontecimentos singulares e inesperados, ou acontecimentos-incidentes, para aproveitar um termo de Guattari, cujo âmbito é o da relação com o outro. É no encontro com o outro que emergem sentimentos vitais, que são o próprio pathos.” (p.64) (grifo nosso)

Um desses encontros, bastante marcante para mim, foi com Sônia (nome fictício). Ela chegou ao Caps em crise, bastante desorientada no tempo, com muitos lapsos de memória e foi inserida no leito-noite. Mostrou-se uma pessoa bastante diferenciada em suas possibilidades, mesmo em crise.

Um dia, durante a permanência no leito, pediu para ir ao shopping próximo do Caps para comprar cigarro e tomar um café (sua marca registrada!). Acompanhei-a e percebi Sônia bastante interessada pelas lojas, em sair do Caps.

Conversei sobre minha percepção com sua profissional de referência, que me contou que Sônia realmente era alguém com recursos: estudou até o colegial, trabalhou em banco por bastante tempo, foi caixa de loja, levava uma vida “normal” até adoecer, quando tinha 30 anos (agora, tem aproximadamente 50 anos). A partir de então, passou a ser muito dependente da mãe, parou de sair de casa, não tinha nenhuma atividade.

Pensamos então em oferecer a ela atendimentos comigo em que saíssemos do Caps. Sônia aceitou.

Inicialmente, eu precisava convidá-la para dar uma volta, perguntar onde gostaria de ir e Sônia sempre dizia que podíamos ficar no Caps mesmo. Porém, aceitava sair com facilidade e íamos ao shopping próximo ao Caps, dávamos uma volta, e lá ela sempre se interessava em algo: esmaltes, alicate de unha, perfume, brincos – cada semana ela comprava um par novo, e me pedia para colocá-lo nela quando voltávamos ao Caps.

Depois de poucas semanas de insistência para sairmos, a situação se inverteu: Sônia chegava ao Caps me chamando para irmos ao shopping, porque ela precisava “pesquisar os preços de alguns produtos que gostaria de comprar” (sic), ou tomar café, ou me mostrar alguma coisa que havia visto lá.

Sônia foi se mostrando disponível ao contato comigo, contava sobre sua vida descrevia sua rotina, falava dos desentendimentos com a mãe, da relação com o sobrinho, enfim, coisas que se faziam importantes para ela.

Com o passar das nossas saídas, contou sobre sua vontade de voltar a trabalhar. Estava cansada de ficar em casa o tempo todo. Um dia saiu para procurar emprego pelo bairro!

Depois de algumas conversas sobre o que ela gostaria de fazer, ofereci a ela a possibilidade de conhecer uma oficina de geração de renda em um Centro de Convivência no território do Caps, ocasião em que a acompanhei. Porém, Sônia quis conhecer outras atividades. Combinamos então de pensar em outras opções de atividades que despertavam seu interesse.

Sônia inicialmente ia ao Caps de táxi, pois não sabia andar de ônibus. Com nossas saídas, tirou bilhete único e passou a ir e voltar de ônibus.

O interessante nesse caso foi perceber como, a partir da sensibilidade em perceber uma possibilidade de oferta que tivesse alguma relação com Sônia, ela foi retomando algumas atividades, como sair sozinha de casa e transitar pela cidade, o que lhe possibilitou um expressivo ganho quanto a sua autonomia.

Acredito que essa seja a grande função do PTI: reabilitar dentro das possibilidades do sujeito, no momento dele, a partir de suas necessidades.

6. Conclusão

Por meio desse trabalho, tentei retratar minha experiência de aprimoramento. Porém, com certeza consegui apenas um recorte, pois a experiência extrapola: foram tantas dúvidas, sentimentos...

Esse ano foi muito importante para minha formação. O aprimoramento estimulou um movimento contínuo de reflexão, desde as escolhas que o precederam até reflexões sobre minha prática, sendo o exercício de transitar entre formação e atuação o maior desafio para mim.

A inserção no Caps proporcionou vivências muito ricas e intensas, peculiares à sua estrutura e dinâmica. Com relação a essas vivências, o principal que aprendi foi a importância do cuidado que realizamos: a disponibilidade para estar com o outro, ouvi-lo, como diz Moura (2003) “(...) lembrando sempre que o cuidar não é necessariamente uma especialidade, mas, antes de tudo, o exercício de uma qualidade de presença na relação com o outro”. (p. 174)

Com relação à presença e disponibilidade de entrar em relação, considero que a aproximação com a equipe de enfermagem da manhã foi muito enriquecedora, pois aprendi um pouco sobre o cuidado mais próximo ao usuário, a partir de um outro núcleo profissional. Tomar a medicação, alimentar-se, tomar banho, entre outras atividades, adquiriram outro sentido a partir dessa experiência.

Hoje, após a experiência de aprimoramento no Caps, não posso dizer que me acostumei ao contato com esse sofrimento intenso. Acredito que algumas coisas tornaram-se mais habituais, como os pedidos sempre urgentes, a inconstância de humores e afetos (afinal, é disso que tratamos!), o estado desorganizado em que alguns usuários chegam quando estão em crise; tudo isso faz parte da rotina do serviço. Porém, o sofrimento psíquico continua me mobilizando. Mas tento fazer disso um fator produtor, pois a partir dele faço um exercício de reflexão e distanciamento, que permite a ação.

Pude perceber o quão difícil é sustentar esse trabalho na saúde pública, contra-hegemônico. Enfrentamos um cenário político bastante difícil esse ano: pouco investimento, pouco apoio à política que dá sustentação ao modelo do Caps, falta de

profissionais na rede básica, dificuldade de articular ações com outras instâncias da rede, controle social frágil. Fatos bastante desanimadores, que mostram uma falta de interesse político na manutenção e expansão do modelo vigente.

Sobre o trabalho do profissional de referência no Caps, acredito que é um assunto que não se esgota em uma discussão como essa, pois retrato aqui a minha experiência, que é um pequeno recorte se comparado a todas as possibilidades existentes de intervenção. Cada caso se configura de uma maneira peculiar, demanda ações específicas. Porém, acredito na necessidade de termos em vista o viés da reabilitação psicossocial, com ações que façam sentido ao usuário. Acredito que o PTI é um instrumento bastante potente nesse sentido.

Durante a minha prática, busquei trabalhar a partir das singularidades dos sujeitos, investindo em atividades que tivessem minimamente alguma relação com eles. Procurei ampliar a prática do trabalho como técnico de referência, para além das formalidades burocráticas, propondo saídas, conversas informais, passar um tempo na convivência do Caps... Enfim, (con)vivendo, trabalhando e sendo trabalhada no cotidiano!

As saídas do Caps com alguns usuários foram bastante significativas para mim, pois a partir delas pude assumir um lugar mais confiante nas minhas intervenções, já que assumi fazer algo mais, algo diferente do que eles estavam acostumados a fazer com outros profissionais. Foram encontros que tiveram uma dupla função: a terapêutica para os usuários, e, arriscaria dizer, pedagógica para mim, na medida em que foi um aprendizado que eu só poderia ter adquirido através da prática.

7. Referências

Campos G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

Figueiredo, M. e Furlan, P. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS & GUERRERO (orgs) Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec. p. 154-178 , 2008

Furtado, J. e Miranda, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana [online] 2006 [acesso em 29-09-2010] Disponível em :http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/v09_03/09.pdf

Goldberg, J. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. p. 33-47, 2001

Miranda L., Onocko Campos R. T. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Oct [cited 2010 Nov 19] ; 42(5): 907-913. Available from:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500017&lng=en. Epub Aug 28, 2008. doi: 10.1590/S0034-891020080005000051.

Miranda L., Onocko Campos R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2010 Nov 19] ; 26(6): 1153-1162. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600009&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2010000600009.

Moura, A. H. A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Editora Hucitec, 2003

Onocko Campos, R.T. e Campos G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et.al (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 669-688, 2006

Oury, J. itinerários de formação. Revue Pratique nº 1 (Trad. Jairo Goldberg) p. 42-50,
1991