



MELISE MURARI

DEVIR T.O.

Trabalho solicitado como forma de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental em Saúde Pública do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

Supervisora Titular: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos.

Supervisor Suplente: Ms. Alberto G. Diaz.



Campinas – 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e meu irmão pela compreensão às minhas “crises” nesse ano de Aprimoramento.

Aos meus colegas de Aprimoramento (aprimorandos e supervisores: Tato e Rosana) que sofreram junto comigo, me empoderaram, clarearam minhas reflexões com suas reflexões, fizeram com que eu descobrisse que existem ações inconscientes produzidas pelas pessoas e que podem nos magoar muito!

(AMARAL, Tarsila do. Operários).

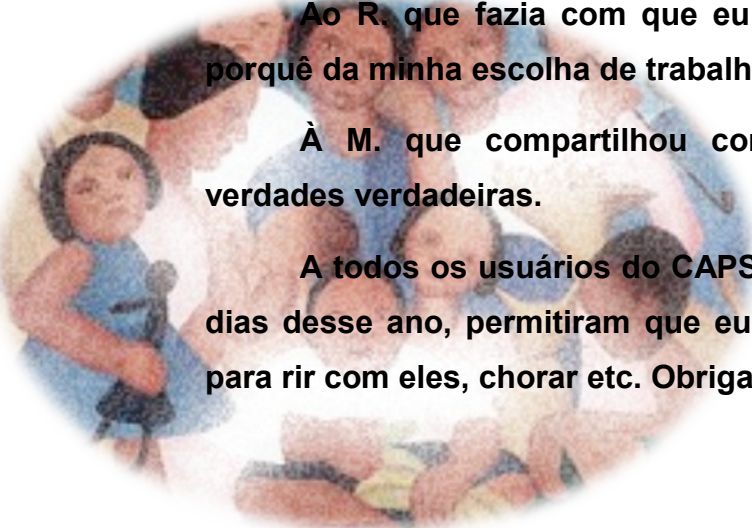
E desses, principalmente agradeço à Iara, Nara e Tânia, formamos um quarteto que se acolheu mutuamente; com elas revivi momentos de adolescência, seremos “eternas amigas”, como diz o nosso chaveiro, não seremos? (risos).

A todos funcionários do CAPS Estação e principalmente, à Sil, Paola, Jú, Camilinha, Célio, Paulo e André que sempre me acolheram!

Ao R. que fazia com que eu me emocionasse sempre e entendesse o porquê da minha escolha de trabalhar nessa área.

À M. que compartilhou comigo suas verdades inventadas e suas verdades verdadeiras.

A todos os usuários do CAPS Estação que com muito carinho, todos os dias desse ano, permitiram que eu me sentasse ao lado deles para ouvi-los, para rir com eles, chorar etc. Obrigada!



E por fim, a Deus que permitiu que todos esses encontros acontecessem!

(AMARAL, Tarsila do. A Família).



- “O nosso trabalho é um trabalho que envolve afeto.” (PINHEIRO, I. C., 2010).

- “Porta fechada/trancada não significa que seja manicômio nem porta aberta significa que não seja manicômio.” (MATTOS, N. F. S. M., 2010).

- “Os Caps funcionam como ambulatórios, os Ceccos são o que os Caps deveriam ser e o Sesc funciona como os Ceccos deveriam funcionar.” (CARDOSO, T. M., 2011).

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	6
2.	ITINERÁRIO.....	6
3.	MINHAS VIVÊNCIAS COMO APRIMORANDA.....	7
	3. 1. Simples gestos de cuidado.....	7
	3. 2. Algumas intervenções: para lembrar o porquê escolhi trabalhar com pessoas.....	11
	3. 3. Isso é uma vida?.....	18
	3. 4. Discussão do meu núcleo profissional.....	19
4.	CONCLUSÃO.....	22
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi feito como forma de conclusão do curso de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental em Saúde Pública.

Realizei minha prática no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Estação desde março de 2010 até o final de fevereiro de 2011.

2. ITINERÁRIO

No início do Aprimoramento, nossos supervisores nos solicitaram que fizéssemos o nosso itinerário, ou seja:

“estudar para cada um, qual é o itinerário que o levou a trabalhar no campo psiquiátrico. [...] Quais são, portanto, os eventos – não os eventos em si – mas aqueles que marcaram a personalidade, que influíram em uma tal orientação? [...] se trata de levar em conta o itinerário de cada um, seus engajamentos pessoais, dito de outra forma, valorizar o que contou para ele na abertura ao mundo, isto é, sua ‘história’.” (OURY, 1991, p. 44).

Quando decidi prestar vestibular para Terapia Ocupacional, sabia apenas que se tratava de uma profissão que podia trabalhar com a população idosa, população pela qual eu me sensibilizava, queria trabalhar com pessoas e não em um escritório fechado, trabalhar para tentar mudar o mundo, torná-lo um pouco mais justo.

Quando terminei a graduação em 2009, existiam dois processos seletivos em andamento: concurso de T.O. para prefeitura do município de Itu e o programa de aprimoramento profissional da Unicamp.

Na Unicamp, escolhi prestar Saúde Mental, pois Terapia Ocupacional em Reabilitação e em Atividades de Vida Diária (AVD's) que eram os cursos disponíveis para o meu núcleo profissional enfatizavam a área física da T.O. e como já havia passado por essa área na graduação (participação em pesquisa Fapesp, monografia, estágios), priorizei o outro.

Além disso, quando cursei a disciplina Terapia Ocupacional em Saúde Mental e a prática supervisionada de mesmo nome, pude perceber como as pessoas que eram alvo de intervenção eram empoderadas como cidadãos e o principal eram seus projetos de vida.

Escolhi o aprimoramento em Saúde Mental.

Logo depois, precisava escolher o serviço de saúde na rede de Campinas em que eu permaneceria durante um ano. Queria um CAPS III, nem o ad, nem o i, tampouco algum centro de saúde. Escolhi o CAPS Estação porque na apresentação de sua gestora (com a pontuação de que existia um grupo de passeio), ele me pareceu um CAPS cujo trabalho era focado em seu território e não dentro da instituição.

3. MINHAS VIVÊNCIAS COMO APRIMORANDA

3. 1. Simples gestos de cuidado

Permaneci mais de um mês no CAPS sem definir de quais atividades eu participaria nem de qual equipe de referência eu faria parte. Diante dessa indefinição, a gestora substituta do CAPS me chama para uma conversa. Nessa, ela exige que eu pontue o que faria no CAPS, pois, segundo ela, “já passava da hora”. Tentei estabelecer que meus supervisores não haviam pressionado essa minha escolha ainda. Entretanto, cedi, e aceitei o que ela escreveu em seu notebook: “Melise fará por volta de 5 atendimentos individuais, um grupo, participará do grupo de passeio, das assembléias e será integrante da mini-equipe I, também fará conversas semanais com tal funcionária além do plantão/cobertura às quintas-feiras à tarde”.

Nesse momento, assumi o papel de estagiária e não de aprimoranda:

“Não sendo um profissional contratado pelo serviço, nem um estagiário, o aprimorando (um graduado em alguma disciplina da saúde, ao qual se designa em termos legais como um aluno de pós-graduação latu-sensu) confere um lugar de desassossego à instituição (e a si mesmo).” (ONOCKO CAMPOS et al, 2003, p. 2).

Com as supervisões, pude entender um dos possíveis papéis do aprimorando de ‘colocar à luz o que está à sombra’, como aprimorandos podemos ofertar aos serviços em que realizamos nossas práticas analisadores com os quais a equipe possa se descristalizar, desnaturalizar suas intervenções do dia-dia, isso como uma contribuição, uma oferta mesmo do aprimoramento aos serviços.

Entretanto, fiz algumas tentativas para não me cristalizar nesse papel de estagiária: apresento em supervisão da Unicamp esse fato; logo, mais empoderada, apresento na reunião de equipe geral do CAPS o que pretendia fazer como aprimoranda e opto por não criar um grupo naquele momento, além disso, combino que conversarei semanalmente com a profissional responsável por receber alunos, estagiários, residentes, aprimorandos no CAPS. Esses encontros constituíram-se como momentos de trocas e reflexões das minhas práticas e também como um momento de desabafo e acolhimento.

Começo, então, a me aproximar dos usuários que são da equipe de referência que escolhi integrar – escolhi fazer parte dessa equipe, pois simpatizei com os funcionários que dela faziam parte, seus horários de reunião e grupo de referência eram compatíveis com os meus horários no serviço e era uma equipe que estava completa, isto é, não havia falta de recursos humanos – e essa também indica usuários que poderiam se beneficiar com minhas intervenções, alguns deles por estarem “ociosos” no CAPS outros por que seu manejo pela equipe estava “difícil”.

Passo grande parte do tempo no terraço do CAPS, com os usuários, conhecendo-os e eles me conhecendo, na convivência. A partir das demandas dos usuários, ofereço escuta, me disponibilizo “a dar uma voltinha”, a comprar um refrigerante no supermercado, a acompanhar um banho, uma troca de roupa, a auxiliar na depilação etc, entendo essas ações como simples gestos de cuidado, assim como assevera Nicácio (2003):

“estar-com os usuários, aproximar-se das pessoas em crise, inventado novos projetos ou, então, simples gestos de cuidados. Às vezes, convidar para tomar um sorvete, ler uma poesia e, em outras, apenas estar próximo [...] O toque, o abraço, o convite: “vem cá, vamos tomar um café”, outras vezes, a fala afetiva, mas firme e decidida, às vezes “apenas” estar junto [...] Aprendemos, sobretudo, a caminhar junto com os usuários e com

os familiares: encontrar atalhos, perder-se nas florestas, ir e voltar, descobrir pontes, atravessar rios, ver novas paisagens” (p. 200).

Analogamente, sintetiza Oury (1991) a respeito da espera ativa:

“espera instrumentalizada [...] que permite liberar o que é pregnante e vai permitir ao outro se manifestar. [...] Devemos, portanto, ser sensíveis às nuances da ambiência [...] Uma técnica de sensibilização, ser sensível ao pequeno detalhe, extrair do campo cotidiano as coisas mais pregnantes, as coisas essenciais.[...] percepção dos micro-eventos que se tramam na vida cotidiana.” (p.42-50).

Com mais alguns meses de aprimoramento, me aproximo de um usuário cuja demanda é: “preciso ganhar dinheiro”. Juntos, pensamos em formas de atingir o seu objetivo: “talvez casar-se com um marido rico, ser modelo, médico, ou ainda arrumar um emprego”. Arrumar um emprego nos pareceu o mais possível naquele momento. Como fazê-lo? Vamos, então, a uma banca de jornais para comprar um que possua vagas de emprego, selecionamos juntos; vamos até uma lan house ou no computador do CAPS mesmo e desenvolvemos juntos um currículo.

No entanto, existem atravessamentos: sua psicóloga de referência acredita que minha intervenção junto a L. pode ser positiva, outra funcionária, porém, acredita que como L. já é bastante “espalhado” no serviço, ou seja, fala de seu sofrimento com qualquer pessoa e segunda essa, falar de tal sofrimento o faz sofrer mais ainda; para ela, então, minha intervenção seria prejudicial.

Optamos por uma intervenção pontual de minha parte junto a L. Após alguns meses, ele começa o supletivo e consegue um emprego.

Mais alguns dias no CAPS e uma das profissionais pontua que a equipe me vê como uma pessoa “boazinha”, muito próxima dos usuários, mas distante dos funcionários e aponta a necessidade dessa aproximação.

Por que não me aproximar da equipe e permanecer em silêncio? Talvez porque não acredite realmente no que eu penso e explicitar isso parece, então, sem importância. Talvez porque se aproximar dos usuários seja mais fácil, eles são mais receptivos, querem sempre conversar comigo, me sinto valorizada. Talvez porque eu invalide esses mesmos usuários, então, para falar com eles não preciso de tantos saberes acadêmicos como preciso usar para falar com os profissionais. Talvez porque eu seja tímida ou talvez porque a equipe se feche ao contato, talvez as portas não estejam realmente abertas (fisicamente, sim, estão fechadas):

“a porta aberta no sentido de produção de uma diversa relação com a demanda,

significava garantir atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço e, sobretudo, a validação do outro, a disponibilidade à intermitência da experiência de sofrimento psíquico, a agilidade para a urgência da dor, a escuta para as diversas formas de expressão da demanda". (CAMPOS e NICÁCIO, 2005, p.43).

No dia 19 de outubro de 2010, após um dia de trabalho no CAPS, escrevo no meu caderno:

"entretanto, tenho me perguntado: "com que direito eu - uma pessoa recém-chegada ao serviço, que permanecerei apenas 1 ano nesse - posso 'dar pitaco', opinar, criticar os profissionais e suas ações, sendo que estes estão há muitos anos no serviço e parecem tentar realizar o melhor trabalho possível, ou então, que acreditam estarem fazendo o melhor trabalho possível"? Por acaso eu saberia o que seria melhor? O certo?"

E continuo:

"acredito, sim, que eu tenha uma dificuldade para falar, expor o que penso. Entretanto, recorro ao meu itinerário de vida, para justificar o porquê de não falar: não falo porque se eu fosse funcionária do Caps e algum aprimorando me questionasse sobre minha prática que eu acreditasse estar fazendo a melhor possível, eu ficaria indignada. Acho, sim, que num coletivo, existe a heterogeneidade, e para que se constitua como um verdadeiro coletivo as diferenças devem aparecer para enriquecer o debate, os projetos de vida dos usuários. No entanto, não acho que me sinto à vontade para fazê-lo. E também porque considero legítimo o jeito deles trabalharem, apenas não concordo, concordo, sim, com a minha maneira. Por isso me calo e tento fazer diferente, sozinha, em atendimentos individuais, sem trocas - o que deveria acontecer, pois estamos numa equipe interdisciplinar. Não falo o que faço de diferente, mas sei que faço diferente, pelo menos ao propor saídas ao território. E não sei se isso é o certo, é o bom, mas tem a ver com meu itinerário de formação na graduação. Não falo, mas mostro meu trabalho fazendo."

Ao mesmo tempo a equipe me ofertava lugares para que eu pudesse enfrentar a minha dificuldade de falar: as passagens de plantão, as reuniões de mini-equipe que se constituíam como espaços mais reservados (nessas, eu poderia apresentar os casos que eu estava mais próxima). Além disso, me ofertava possibilidades de intervenção: estar mais próxima de tal usuário, por exemplo.

Ainda, com essas simples saídas ao território que mencionei, meu trabalho era visto, então a equipe me fazia pedidos: "Melise, você pode ir com tal usuário até o pronto-socorro, até a Transurc, ir até a Unicamp para solicitar relatórios médicos para recebimento de pensão?".

Entendia essas ações como ações do projeto de vida desses usuários, que naquele

momento precisavam de uma mediadora, alguém com mais contraturalidade:

"Estas e outras atividades pressupõem o 'estar com o paciente'. Visitar os parentes, recolocá-los em contato com os vizinhos, ajudá-lo a prover-se de víveres cotidianos e a organizar-se em termos domésticos; acompanhá-lo às compras de roupas, às despesas gerais, a consultas médicas ou exames, a fazer documentos, a depositar dinheiro no banco, a procurar oportunidades de emprego; simplesmente 'sair' com ele; são todas operações que tendem a conservar ou a ativar a relação com seu ambiente externo, além de promoverem uma relação mais informal e confidencial com o operador, fora do Centro de Saúde Mental. [...] pequenas mudanças que os simples gestos dos operadores produzem no interior da vida cotidiana do paciente. Tais gestos são os trâmites da relação de confiança entre cliente e serviço." (DELL' ACQUA e MEZZINA, 1991, p. 71).

Entendi, nesse final de aprimoramento que existem outras formas de participar além de falar: fazer, por exemplo. Talvez um dos motivos de silenciar seja o não saber, o vazio, ou ainda como forma de permanecer num lugar seguro. Afinal, também o fazer humano é o núcleo que estudo, por isso, esse ano FIZ. Mas falar, trocar, também é importante. Penso que talvez como profissional de um serviço talvez eu me sinta mais empoderada para poder falar, opinar.

Entendi que também que há muito sofrimento por parte do trabalhador de saúde:

"É claro que todo trabalho demanda uma relação dialética, em que de um lado estão a satisfação pessoal, profissional, econômica, social e cultural, mas que por outro lado, há também o desgaste, as dificuldades e o sofrimento. No caso dos trabalhadores da saúde, este desgaste é diferente dos profissionais de outras áreas, pois eles estão constantemente expostos, pelas organizações que trabalham, à dor, sofrimento e morte de pessoas doentes." (ONOCKO CAMPOS apud FERRER, 2007, p. 13)

Por isso, compreendi que se fazia necessário estar atenta também ao momento dos funcionários que podiam estar sofrendo e o quão é difícil trabalhar e se preocupar com um aprimorando. Por isso, pedidos, ações que possam ter me marcado negativamente demonstram que *"somos humanos, nunca seremos somente 'bons' "*, pois afinal tais funcionários e eu também posso tê-los magoado, chateado-os, mas é preciso sempre lembrar de nosso itinerário, por que escolhemos trabalhar com pessoas: *"somos gente decente, trabalhadores, que até elegemos ser médicos, ou nutricionistas, ou enfermeiros – ou Terapeutas Ocupacionais, ou psicólogos – porque tínhamos um compromisso com o combate à dor e ao sofrimento. Queremos salvar vidas!"* (ONOCKO CAMPOS, 2004, p. 3).

Percebi que é preciso aos trabalhadores da saúde, como eu fui nesse ano, *"se conhecer, saber de seus medos, suas inseguranças perante o trabalho, pois também*

trabalham com os próprios sentimentos, com suas emoções. Aprender a escutar um paciente faz com que se depare com seu próprio medo da loucura.” (FERRER, 2007, p. 41).

Ou seja, é preciso se cuidar – quando isso é possível – pois há formas de se fugir do trabalho, da tarefa – preencher formulários, prontuários, isto é, *“exemplos disso são as horas que se gastam em atividades não destinadas à assistência”.* (ONOCKO CAMPOS, 2004, p. 7).

Nesse sentido, o trabalho torna-se estereotipado, sem paixão eficaz:

“Existem processos identificatórios entre técnicos e usuários que colocam em risco a auto-estima do pessoal. A instituição acaba criando mecanismos que protegem os agentes da própria tarefa.” (ONOCKO CAMPOS, 2004, p. 7).

3. 2. Algumas intervenções: para lembrar o porquê escolhi trabalhar com pessoas

Enfim, começo a atender alguns usuários: uma usuária me pede para comprar refrigerante, mas que “não dá conta de ir sozinha”. Por alguns meses, acordamos que iríamos comprar o refrigerante em lugares diferentes dos que já tínhamos ido, com objetivo que essa usuária possa descobrir suas potencialidades e ter mais autonomia. Logo, V. me diz que não pode ir “muito longe” porque o sol está muito forte, porque sua mãe não deixa (V. tem quase 50 anos de idade), que está esperando um atendimento de outro profissional ou esperando pelo almoço.

Diante disso, passamos a ir numa praça próxima ao CAPS. V. conduz o passeio. Na praça, me conta como o “**médico de São Paulo**” a maltratou durante a noite: “gozou na minha calcinha”. Conta como não consegue tomar banho sozinha (diz que usa tudo que contém dentro do frasco de shampoo de uma vez só), tampouco cortar as unhas, trabalhar, ajudar a mãe nos serviços domésticos, diante do meu questionamento, responde apenas: “não dou conta”.

No CAPS, tentamos cortar as unhas juntas, diante da dificuldade, V. logo se irrita e sai da sala. Depois me pede desculpas e chora como uma criança. Durante nossas saídas, ela me conta fatos de sua vida: nasceu em Goiás, tinha o cabelo comprido, trabalhou numa fábrica e era zombada pelos colegas porque usava bermuda e blusa de alças, teve alguns namorados, um deles morreu num acidente “no trevo da Bosch” próximo ao aniversário de V., iam se casar; foi internada num hospital psiquiátrico, gostava dos bailes que aconteciam ali, gostava de dançar com os “moços jovens”.

V. parece não habitar sua casa, o CAPS, apenas está, não anda pelo seu bairro, porque lá existem muitos “drogados”, não realiza tarefas porque, mais uma vez “não dá conta”:

“a especificidade da existência psicótica: “o corpo é o modelo estrutural do espaço” diz G. Pankow. A maneira pela qual um espaço é habitado é, frequentemente, a tradução da maneira pela qual o corpo é “habitado” – no sentido Winnicottiano. Ora, nosso trabalho frente à pessoa em sofrimento é justamente “reensinar-lhe” a investir o espaço e o seu corpo. O próprio espaço, mas igualmente as roupas, a propriedade, etc.” (OURY, 1991, p.49).

V. se queixa constantemente de dores nas pernas, de que “não dormiu bem”, tontura, além de dizer que sente dificuldades para evacuar e urinar, quem a ajuda, nesses momentos, é o “Doutor Paulo, o médico bonzinho”.

“E justamente isto que é problemático na existência psicótica, impedida, quando não impossibilitada, de estar com o outro, impasse na ‘fabricação do dizer’, e, correlativamente, dificuldade de fantasmática, daí a substituição frequente dos gestos à palavra e no nível do corpo o risco constante das somatizações.” ((OURY, 1991, p. 50).

Ela assevera que seu psicólogo e sua irmã têm o telefone de “Dr. Paulo”, questiono-a sobre como é essa ajuda e V. diz: “não sei, é psicologicamente”.

M.

*“Dizem que sou louca por pensar assim
Se sou muito louca por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz que não é feliz
Não é feliz
Se eles são bonitos, eu sou a Sharon Stone
Se eles são famosos, I’m Rolling Stone
Mas louco é quem me diz e não é feliz
Não é feliz
Eu juro que é melhor
Não ser um normal
Se eu posso pensar que Deus, sou eu
Se eles tem três carros
Eu posso voar
Se eles rezam muito (eu sou santa)
Eu já estou no céu
Sim, sou muito louca*

*Não vou me curar
 Já não sou a única
 Que encontrou a paz
 Mas louco é quem me diz
 Que não é feliz
 Eu sou feliz.”*
 (Rita Lee, *Balada do Louco*).

(ROSÁRIO, Arthur Bispo do. Manto de Apresentação).

M. chega ao serviço pelo Programa “Bom dia, Morador de Rua”. Aproximo-me dela, pois esta solicita comprar frutas e outros produtos no centro da cidade, enquanto permanece internada no CAPS (e também por solicitação da psicóloga de sua equipe de referência). M. decide permanecer em Campinas, seu projeto de vida se modifica, quando sai do leito noite do CAPS, vamos juntas deixar seu quarto de pensão mais acolhedor, pagar sua pensão, fazer seu passe de ônibus.

M. faz construções sobre sua vida: foi abortada pela mãe aos sete meses de gestação numa “privada”, foi salva pelo irmão que é médico legista; foi sequestrada; é filha de “Mike Tyson”, do “dono da Coca-Cola”, aliás possui várias figuras paternas que se chamam: “Shampoo, Sabonete e Desodorante”; pontua que só tem uma filha que se chama Crisálida, segundo ela, “a metamorfose da borboleta” que estava sob os cuidados do pai que é pediatra; afirma que seu nome é “M.” que quer dizer “urubu”, entretanto seu nome registrado em sua identidade é T.

O que entender dessas construções? O delírio não é mera externalização do erro, mas expressão do desejo. (Cf. Amarante e Torre, 2001). Certamente, M. não era rica, filha do dono da Coca-Cola; se assim fosse, não estaria morando em uma pensão tão humilde. Mas dizer que tudo isso era uma mentira não me permitira entrar, de fato, em relação com M. Compreendi, então, que tais construções, talvez pudessem ter sido feitas para que M. pudesse suportar ficar longe da filha (com quem Crisálida estaria mais protegida do que com um médico especialista em crianças?) e o fato de ter sido rechaçada por sua família.

No meu último mês no CAPS, M. decide voltar para sua cidade natal, escreve uma carta para mim:

“15/02/2011

Merlize se algum dia na vida, sentires o que sinto agora, faças como eu soluças e choras. Mas no dia em que todos te esqueceram, não soluças e choras porque no dia em que te

esqueceram eu estarei pensando em ti. Se a vida for lembrança, lembre-se desta paciente que te gosta muito. M.”

M. volta pra Campinas por não conseguir moradia em sua cidade e nosso último encontro faz algumas revelações: diz que seu nome não é M., seu nome é mesmo T.; todavia, esse é um nome típico de senhoras “velhinhas e gordinhas” por isso adotou M.; seu pai não é o dono da Coca-Cola, nem é o Mike Tyson; seu irmão foi uma pessoa “muito boa, calmo”, mas já morreu e não era “médico legista”. Dentre outras revelações, M. estabelece que só está me contando tudo isso porque quer que eu consiga um bom emprego quando sair do CAPS e pede que eu anote: **“isso foi a verdade que eu inventei para ser feliz”**. Afirma que é “F.31”, tem “transtorno bipolar” e solicita mais uma vez que eu anote: *“a pessoa com transtorno bipolar, na maioria das vezes, fantasia que é uma pessoa rica – ‘como eu dizia que era filha do dono da Coca-Cola, interpela M.’ – , fica agressiva em crise e é capaz de matar.”*

Conforme discutido em supervisão na Unicamp, entendo que alguns usuários se aproximam dos aprimorandos porque sabem que estes vão embora depois de um ano nos serviços. Acredito, sim, que M. e eu pudemos constituir um vínculo, uma relação de confiança que permitiu a ela fazer tais revelações, entretanto, M. sabia que eu iria embora.

Já J., muito vaidosa, me pede para fazer “chapinha” em seus cabelos. Pactuamos, então, que toda semana nos encontraremos para alisarmos seu cabelo. Nesses encontros, J. me conta sobre sua paixão por um funcionário do CAPS, sobre os espíritos que ela sente perto dela, sobre seu filho (de como “não consegue” cuidar dele, “por causa dos remédios” e de como se sente mal por isso) e sua família, e também de como começou a beber e se drogar por que era zombada na escola.

Conta-me também que se sente como uma “cobaia” no CAPS, acredita que todos os funcionários “ganham dinheiro” com a permanência dela no serviço.

Nesse momento, usamos a atividade como disparadora para que surjam colocações novas, novas possibilidades para seu projeto de vida:

“Não se trata de construir modelos, receitas, bulas, indicações de atividades, mas de construir com cada paciente, junto com ele, uma trajetória singular, um projeto de vida relegada a espaços muito restritos e estreitos. Trata-se de ampliar a vida, buscar interlocuções, conexões, favorecer encontros, possibilitar trânsitos novos, empreender um conjunto de ações que se tornarão uma nova “ponte” de interação do sujeito com a época e o local no qual vive, configurando, assim, a partir das atividades.”

uma nova entrada social." (BRUNELLO; CASTRO; LIMA, 2001, p. 57).

No nosso último encontro, pergunto a J.: "foi bom fazer chapinha esse ano?". J. responde: "foi. E as nossas conversas também."

A partir das falas de Jn. sobre os filmes que já assistiu que deseja trazer no CAPS, decidimos que iremos ao cinema juntos. De ônibus, às segundas-feiras, vamos ao cinema. Além dessas saídas, caminhamos pelo bairro, pois Jn. diz que "precisa perder a barriga". Circulamos: fomos ao Sesc, à locadora, à banca de jornais. Planejamos nossas saídas: descobrimos os itinerários dos ônibus, solicitamos dinheiro de sua mãe.



"O A.T. é um recurso clínico que permite ao psicótico 'ESTAR' no social, não lhe garante 'SER' no social; no entanto 'ESTANDO', pode perceber que 'NÃO É' à medida que vai reconhecendo aqueles que 'SÃO'. [...] está inserido sem no entanto se articular." (MARQUES, 1991, p. 205).

Entendo que há uma dificuldade do psicótico em fazer laço social (conforme discutido em inúmeras supervisões na Unicamp), minhas ofertas guiavam-se nesse sentido: possibilitar a Jn. estar com os outros e o meu papel era de facilitar, mediar esses encontros, validando o que Jn. dizia e que, a priori, já era desacreditado pelas pessoas que conversavam com ele: quando conversávamos com o jornalista, enquanto esperávamos o ônibus; Jn. fazia questão de falar com qualquer pessoa que passava por nós – "e aí, colega, e o Lula?"; "vou dar nota zero para o Doutor Hélio"; na sala de cinema, falava pouco, diferentemente de quando estava em outros espaços, estava concentrado, interessado, mas quando falava, falava assuntos inéditos: comentava sobre a trilha sonora – "é o Kiss, eu tenho o dvd" –, sobre os atores do filme, sobre as cenas que o faziam se lembrar de sua família – "ele bebe que nem o meu irmão", "minha mãe tem internet".

Jn. repetia vários assuntos, deixando cansadas as pessoas que encontrava no Caps: "posso trazer o dvd do Rambo?"; "se minha mãe não vir me buscar, eu fico de leite". Entendo que talvez essa ânsia de Jn. em falar com as pessoas seja por que deseja agradá-las (analogamente quando trazia camisetas, cds, dvds para presentear pessoas do CAPS), só que talvez ele tenha poucas vivências pra compartilhar, além disso anos tomando medicamentos psiquiátricos podem ter alterado sua memória.

Aproximo-me de B., após discussão na equipe de referência, ela tem diabetes; acompanhando-a em suas consultas no Centro de Saúde: nesse, B. aplica insulina. B., muitas vezes, deixa de aplicar insulina ou toma todos seus medicamentos porque briga com a família que insiste em permanecer com seu benefício. Concomitante, optamos por

aprender a fazer sabonetes para que B. pudesse coloca-los dentro das caixinhas que confeccionava nos grupos do CAPS (Estação Criar e Grupo de Terapia Ocupacional), isso valoriza o seu produto e B. poderia obter alguma renda quando seus familiares não lhe davam toda a quantia de seu benefício.

O atendimento objetivou o seu autocuidado, além de entender esse seu autocuidado que não parecia nada cuidadoso, aos meus olhos; compreensão de sua doença e necessidade de tratamento. Para tanto, fizemos comidas mais saudáveis: salada de frutas, sucos.

Além do CS, nos encontramos para conversar fora do Caps: B. morou no território do serviço por isso me guiava por ele, era protagonista.

Percebi, nesse acompanhamento, que o afeto que B. não encontrava com seus familiares em casa, obtinha no CAPS e no CS, dizia: “todo mundo gosta de mim no Postinho, já meu pai, não fala comigo desde o Natal”.

E mais, B. pôde compartilhar comigo uma pulsão de vida: fomos juntas comprar um cartão telefônico para parabenizar seu “paquera” pelo aniversário dele.

Um dos profissionais da equipe me solicita auxílio com um usuário: P. é bastante fechado, não gosta dos grupos do CAPS. P. diz que gosta de “caminhar e de nadar”, então, optamos por caminhar pelo bairro e conversar. Além disso, um dia fomos até o Sesc, local que P. frequentou por bastante tempo, fazia natação e musculação. Nesse dia, confessa que ía até esse local apenas para tomar um banho demorado, de mais de uma hora, e “ficar pensando na vida”. Nos nossos encontros, P. fala da família, do amigo-namorado, do trabalho, da dificuldade que tem de falar.

P. não consegue falar nos grupos de referência e nem mesmo com sua família, se cristalizou no lugar de “quietão”. Quando saímos, minha intervenção é no sentido de que P. possa começar nossas conversas.

Eu, calada na equipe e nas supervisões na Unicamp, P. tachado como “quietão”, com isso é possível entender que *“nossas próprias dificuldades interiores, mais ou menos estabilizadas em cada um de nós, são assim recolocadas em questão, mobilizadas por aquilo que experimentam e expressam nossos clientes.”* (ROTHBERG apud MOURA, 2003, p. 79).

Com I. consigo entender como o tempo do psicótico é diferente (conforme exposto em supervisão). I. e eu saímos juntas para fazer uma lista do que ela gostaria de comprar

com o primeiro pagamento de seu benefício, fizemos bijuterias, jogamos jogos de tabuleiro e buscamos reencontrar sua história de vida e as pessoas que dela fizeram parte: telefonamos em busca de parentes, amigos, namorados; telefonamos para Minas Gerais, para penitenciárias onde I. ficou presa; I. escreveu muitas cartas, buscamos juntas endereços; no final, I. estava com o pé engessado, por isso eu mesma coloquei suas cartas no correio sem sua companhia, talvez também porque eu estivesse temerosa do que poderia acontecer quando eu saísse com ela: poderia fugir?

Quando ficava brava: gritava, jogava cadeiras; horas após de nosso atendimento, se desculpava. Em uma de suas cartas para mim, escreve: “Melise, você que me ajuda todas quintas-feiras”. Em nosso último encontro me pergunta: “**você acha que eu sou uma pessoa ruim?**”, pergunta isso após ter quebrado seu rádio, gritado e quase agredido uma funcionária. Fez isso numa quinta-feira, enquanto me esperava para nossa conversa.

Carrega sempre consigo várias sacolas com cartas, objetos, roupas. Entendo que seus pertences são a extensão do seu corpo (conforme discutido em supervisão do dia 27/09/2010).



3. 3. Isso é uma vida?

Doido

*O doido passeia
pela cidade sua loucura mansa.
É reconhecido seu direito
à loucura. Sua profissão.
Entra e come onde quer. Há níqueis
reservados para ele em toda casa.
Torna-se o doido municipal,
respeitável como o juiz, o coletor,
os negociantes, o vigário.
O doido é sagrado. Mas se endoia
de jogar pedra, vai preso no cubículo
mais tétrico e lodoso da cadeia.*

(ANDRADE, 2006, p. 94)

Na Europa, nos séculos XVII e XVIII, com o exôdo rural, um problema social instaurou-se: grande parte da população sofria com a ociosidade e pobreza. As casas de internamento são criadas, então, como forma de combate a esse problema. Nelas, eram recolhidos mendigos, deficientes, doentes, velhos, crianças e entre esses os loucos (Cf. Mângia e Nicácio, 2001, p. 64). Logo, com a Revolução Industrial, percebe-se o erro econômico que foi asilar tal mão-de-obra, exceto o louco que era visto como perigoso e incapacitado para o trabalho. Continua, portanto asilado e tutelado agora nos manicômios, sendo a sua ‘doença mental’ legitimada pela Psiquiatria. O mesmo ocorre no Brasil: “a

trajetória do 'louco' de engraçado personagem, solto pelas ruas e aceito pela população das cidades brasileiras do século passado, a perigoso doente trancado em hospícios e tratado por especialistas." (CUNHA, 1990, p. 1).

Com a Reforma Psiquiátrica, o louco passa a ser cidadão de direitos e seu projeto de vida é concretizado em seu território, com os CAPS e outros dispositivos; entretanto, muitas pessoas com experiência de sofrimento psíquico passam o dia, a vida nos serviços, dependem exclusivamente desses serviços sem perspectiva de protagonismo.

Ir todos os dias ao CAPS, tomar café, almoçar e jantar, às vezes, tomar banho, escovar os dentes, passar o dia sentado em cadeiras de plástico, em um sofá furado, ver pessoas sofrendo, algumas vezes, tirando a roupa, quebrando vidros, mutilando seu corpo como forma de alívio do sofrimento, presenciar gritos, choros, agressões. Passar o dia num lugar assim e basear todo seu cotidiano no CAPS, **"isso é uma vida?"** (questionamento feito por Rosana, nossa supervisora, em um de nossos encontros semanais).

Ou como Andrade (2006) transforma em poesia: *"morrer vivo o ano inteiro é mais morrer embora ninguém perceba". (p. 139).*

3. 4. Discussão do meu núcleo profissional

"Terapia Ocupacional

*A enxovia
fascina
a peneira
colorida
a gaiola
de taquara
o boneco
de engonço
o riso
dos presos
o embaixo da vida.
A enxovia
dando para o ar livre
casamento de luz e miséria
imanta o menino
a voz do assassino
é um curió suave
propondo a venda
de um girassol de trapo."
(ANDRADE, 2006, p. 45)*

**NISE DA
SILVEIRA**

"A T.O. pra mim vê a atividade humana, e eu gosto de estar no território, por isso resolvi participar de grupos que estão no território: grupo de cinema que é realizado no Centro de Convivência, grupo de música que sai para ensaios fora do Caps e que faz contato com usuários de outros Caps." (pontuação de uma Terapeuta Ocupacional do

serviço).

"Sei quando uma pessoa está mal no grupo que faço, apenas ao olhar a escolha que ela faz dos materiais para realizar uma determinada atividade, eu leio a atividade." (colocação de outra Terapeuta Ocupacional do mesmo serviço).

Essas falas elucidam o quanto foi difícil pra mim, nesse ano, visualizar novas formas de ser Terapeuta Ocupacional e, às vezes, sentir que o que eu estava fazendo não era o correto, não entendia que como assevera Mângia (1998): *"cada Terapeuta Ocupacional faz e concebe a sua própria T.O."* (p. 10).

Para permitir que a heterogeneidade apareça e então a equipe possa se constituir como um Coletivo, a equipe:

"deverá também poder permitir a utilização dos ferramentais tanto da psicanálise, quanto da análise política, da psiquiatria e da sociologia, possibilitando a adoção de terapêuticas de caráter biológico, analítico, de estratégias de desalienação, e assim por diante, sempre levando em conta a relatividade do predomínio de uma ou de outra abordagem. Ou seja, o Coletivo se pauta pela multirreferencialidade." (MOURA, 2003, p. 71).

Dessa forma, cada profissional com seu núcleo específico, isto é, sua própria valise tecnológica, contendo suas próprias tecnologias. Entretanto, considerando o campo da saúde mental que todos trabalhadores do CAPS exercem também suas ações, entendendo que:

"a atuação em saúde mental na perspectiva de ruptura com a psiquiatria hegemônica, implica igualmente numa ruptura epistemológica que nos mobiliza para a produção de conhecimento marcada pela própria reinvenção profissional (YASSUI, 2006). Essa ruptura permite estabelecer a ação profissional num campo híbrido composto por múltiplos olhares e por linguagens variadas; um campo polifônico, em que emerge a polissemia dos atores em práticas profissionais não mais reguladas por fronteiras disciplinares. Assim, é possível sustentar a heterogênesse das práticas em saúde mental a partir da instauração de um campo polifônico, uma vez que, "quanto mais diferentes são os que convivem num espaço limitado, mais idéias do mundo aí estarão para ser levantadas, cotejadas e, desse modo, tanto mais rico será o debate." (SANTOS apud GHIRARDI e LIMA, 2008).

Nesse sentido, *"o profissional envolvido na dinâmica do CAPS se torna polivalente, na medida em que suas atividades transcendem a sua área específica de atuação, rompendo com o aspecto meramente técnico. Nesse sentido, o profissional assume a responsabilidade individual no acompanhamento do caso, trabalha a aproximação do usuário com a rede social, o que pode se traduzir em uma intervenção de responsabilidade e afetividade,*

evitando a fragmentação do processo terapêutico.” (FERRER, 2007, p. 12).

Ou seja, há um núcleo próprio da T.O., isto é, há diferenças entre profissões, especialidades e senso comum. Mas um T.O. pode atuar num campo que *“seria o espaço de intercessão, de confluência, em que as coisas se fundem e se confundem.” (CAMPOS, 2000, p. 234).*

Para mim, a afirmação abaixo pode contemplar o que considero como exercer meu núcleo profissional de Terapeuta Ocupacional:

“pintar envolve a coordenação motora fina das mãos, mas há quem pinte com os pés, há quem pinte com a boca. Fotografar implica um trabalho em torno da percepção visual, mas há fotógrafos cegos. Aí está a grande riqueza do trabalho do Terapeuta Ocupacional: possibilitar a cada um a descoberta de uma forma própria de construir sua ação no mundo. [...] quando propomos a um usuário que faça uma atividade ou quando procuramos junto com ele novas formas de estar e agir no mundo.” (LIMA, 2004, p. 46).

Muitas vezes minhas ações no CAPS foram comparadas às ações do núcleo da enfermagem, entretanto ao acompanhar um banho, escolher uma roupa no guarda-roupa, guardar pertences de um usuário do leito no armário da cozinha, pegar produtos de higiene até fazer curativos foram ações do campo da saúde, mas nessas ações **nunca perdi o meu olhar de Terapeuta Ocupacional**: um olhar para o fazer dessas pessoas, para o cotidiano delas, usando essas ações como possibilidade de me vincular aos usuários, estabelecer uma relação de confiança com eles, diferentemente do olhar dos profissionais de enfermagem.

CONCLUSÃO

Como já pontuei anteriormente no presente trabalho:

“A convivência com a doença, o sofrimento, a dor e a morte do outro causa um desgaste físico e mental para o trabalhador da saúde, que, na sua condição de pessoa humana depara-se com a sua própria finitude.” (FERRER, 2007, p. 29).

Tive muitas dores de cabeça, dores no punho, após supervisões decisivas na Unicamp ou em momentos decisivos no CAPS, eu me esquecia de alguns objetos como caderno, estojo, pasta, textos. Eu sofria e mais uma vez não conseguia dizer, falar.

Passei o ano também achando que minhas intervenções não estavam corretas, me sentia mal por isso, vi a heterogeneidade e não soube lidar com ela: ou queria me tornar igual ao diferente ou criticava esse diferente (o diferente como ameaça como dizia Rosana em uma das supervisões). Mais uma vez, a sensação do nada saber pode gerar muito sofrimento:

“O grau de técnica que um trabalhador possui em sua prática vai interferir no grau de tolerância e resistência que este sujeito vai contar para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a doença, dor e sofrimento. Ou seja, o trabalhador de saúde que não tem uma formação técnica razoável estará submetido a um fator de sofrimento maior do que os trabalhadores que possuem uma formação técnica mais especializada, pois “o não saber o

que fazer” ou não saber discernir riscos e urgências provocam maior angústia e insegurança.” (ONOCKO CAMPOS apud FERRER, 2007, p. 40.).

“Sustentar a posição de não-saber” (frase dita por Rosana Onocko Campos em uma de nossas supervisões finais), entretanto, é o que levarei do aprimoramento, com alguns saberes em minha valise tecnológica, mas com eternas indagações sobre o que é T.O., sobre esse eterno vir a ser T.O. que me refiro no título desse trabalho – Devir T.O. – sobre o que fazer com tal usuário, dessa forma, ficarei atenta para tentar não me cristalizar e para compartilhar, trocar com meus futuros colegas de trabalho, além de buscar refletir constantemente sobre minha prática cotidiana.

Ser aprimoranda não foi fácil, mexeu com minhas couraças/ defesas mais profundas, me fez sofrer, me fez me questionar sobre minhas escolhas profissionais, pessoais, sobre meu itinerário, sobre minha relação com as pessoas, por isso será **“um ano que eu nunca vou me esquecer”** como afirmou Andrade, Tiago S. C. de (2011), na nossa última supervisão na Unicamp.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Tarsila do. Operários. Disponível em: <http://serurbano.wordpress.com/2009/10/28/tarsila-do-amaral/>. Acesso em 27/02/2011.

AMARAL, Tarsila do. A Família. Disponível em <http://washingtonallifer.wordpress.com/2010/07/12/atre/>. Acesso em 27/02/2011.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Rev. Ciênc. Saúde coletiva, v. 6, n. 1, Rio de Janeiro, 2001.

ANDRADE, Carlos Drummond de. Boitempo: Esquecer para lembrar. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

BRUNELLO, M. I. B.; CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A. Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In: Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo, Plexus Editora, 2001.

CAMPOS, Gastão W. de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W.; NICÁCIO, F. Instituições de “portas-abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/ territorial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./ abr., 2005.

CUNHA, M. C. P. Cidades da Ordem – A doença mental na República. 1ª ed. São Paulo, editora Brasiliense, 1990.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. (org.) A loucura na sala de jantar. São Paulo, 1991. P. 53-79.

FERRER, Ana Luiza. Sofrimento Psíquico dos Trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. (Dissertação de Mestrado – Unicamp). Campinas, 2007.

GHIRARDI, M. I. G.; LIMA, E. M. F. A. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19 n. 3, dez., 2008.

LEE, Rita. Balada do Louco. Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/rita-lee/balada-do-louco.html#ixzz1F7BdURjm>. Acesso em 26/02/2011.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do Terapeuta Ocupacional. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 42-8, maio/ ago., 2004.

MÂNGIA, E. F. Apontamentos sobre o campo da Terapia Ocupacional. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 5-13, jan./ abr., 1998.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo, Plexus Editora, 2001.

MARQUES, M. R. M. Atelier Bricoleur: intervenção no atendimento das psicoses. Rev. Ter. Ocup. USP, v. 2, n. 4, p. 201-10, 1991.

MOURA, Arthur Hyppólito – O Coletivo. In: A psicoterapia institucional e o clube dos saberes. São Paulo, Hucitec, 2003, p. 70-91.

NICÁCIO, F. Utopia da Realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental, 2003. Tese (doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. T. O inter “esse” dos programas de aprimoramento, 2003.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T. Humano demasiado humano: uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar. In: Coleção Saúde em debate, Buenos Aires, editora Lugar, 2004.

OURY, Jean. Itinerários de formação. Revue Pratique nº 1, 1991, p. 42-50. Tradução de Jairo I. Goldberg.

ROSÁRIO, Arthur Bispo do. Manto de Apresentação. Disponível em: http://www.itaucultural.org.br/aplicexternas/enciclopedia_ic/index.cfm?fuseaction=artistas_biografia&cd_verbete=568. Acesso em 27/02/2011.

Ilustrações:

Museu de Imagens do Inconsciente. Disponível em:
<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/index.html>. Acesso em 27/02/2011.

NISE DA SILVEIRA. Disponível em: <http://www.overmundo.com.br/overblog/mulheres-pioneiras-nise-da-silveira>. Acesso em 27/02/2011.

Bibliografia consultada:

SEVERINO, Antônio J. Metodologia do Trabalho Científico. 23ª edição. São Paulo: Cortez, 2007.