



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

(DES)CONSTRUÇÕES ACERCA DA CRISE E DA REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL NOS CAPS III:

O Sujeito em Questão

Carolina Mendes Cruz Ferreira

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional de Saúde Mental em Saúde Coletiva, sob orientação do prof^o Dr. Alberto Giovanello Diaz e da prof.^a Dra. Rosana T. Onocko Campos.

Campinas
2012

Agradecimentos

A minha família

Aos meus pais, Sônia e Luiz Alexandre, por tornarem essa empreitada possível com seu apoio.

Aos meus irmãos, Alexandre e Maria Luiza, onde eu busco minha força, meu porto seguro.

Aos meus avôs, Luis e Eunice, e meu tio, Roberto, que me fazem acreditar que sou uma pessoa capaz e que as conquistas são sempre possíveis.

A Danielle, Marianna e Raqueli, a família que escolhi e que me acolheu. Companheiras nas inquietações, nas transformações, nos sorrisos, nas lágrimas, companheiras de vida.

A Adriana Vilela Jacob

Palavras não alcançariam o que esse encontro significa para mim. Você está sempre presente.

Aos mestres

A Rosana Onocko Campos, minha gratidão pela sinceridade e carinho com os quais esse ano foi colorido. Essa justa medida me fez ter mais coragem para crescer.

A Gastão Wagner Campos, por ajudar a produzir em mim a experiência do encantamento.

A Alberto Diaz, pelas trocas e apoio constantes.

Ao grupo

Aos colegas de aprimoramento com quem tive a sorte de compartilhar esse ano e que ajudaram a fazer dele essa experiência tão rica e intensa.

A equipe do CAPS Antônio da Costa Santos

Por ter me recebido de forma generosa e possibilitado trocas tão fundamentais para meu processo de formação.

Aos usuários do CAPS Sul

Pela entrega presente em nossos encontros, por me ajudarem a encontrar um caminho.

Dedico esse trabalho à minha vó Niette.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se
não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.*

(Fernando Pessoa)

Sumário

I.	Apresentação	1
II.	Iniciando a Travessia... ..	3
III.	A crise no contexto dos CAPS III: entre silenciar e acolher	7
IV.	Reabilitar: Para que(m)?	14
V.	Considerações Finais	22
VI.	Bibliografia	25

I. Apresentação

"Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador."

(Clarice Lispector)

Esse trabalho é fruto de uma intensa experiência transcorrida ao longo de um ano, durante o qual pude descobrir e ocupar o lugar de aprimoranda de Saúde Mental em Saúde Coletiva pela Unicamp. Os relatos e reflexões aqui contidos trazem elementos de aulas e supervisões na universidade, conversas com amigos presentes e distantes, tantas atividades desenvolvidas no âmbito do CAPS Antônio da Costa Santos e um incontável número de outros elementos que me constituem.

A tarefa de elaborar um trabalho de conclusão para o programa parecia de início, simples. Afinal, como disse Clarice, “escrever é procurar entender” e, quando resgatava as inúmeras inquietações e idéias suscitadas longo desse ano, acreditava que escolher e procurar entender melhor uma delas, não poderia ser muito complicado.

Contudo fui me dando conta de certo incômoda à medida que tentava dar forma e tornar concreto esse projeto. Foi preciso fazer o exercício de retomar o caminho trilhado ao longo desse ano e tentar organizar o que foi vivido. Não se trata apenas de confeccionar um texto tecendo reflexões acerca de um determinado tema. Para além disso, esse é o momento de fazer balanços, pensar e repensar o que foi vivido, as escolhas feitas. Momento de despedidas, de fechamento, de encerrar uma etapa.

A tentativa de vislumbrar esse processo apenas pelo viés prático e acadêmico logo fracassou e o incômodo presente pôde se desdobrar em tantos outros sentimentos. A tristeza pelas despedidas, o receio de perder vínculos formados com tanto carinho, o medo de seguir a

caminhada sem a companhia e orientação daqueles que se fizeram tão presentes. Como lidar daqui em diante com as dúvidas e incertezas que se produziram, os novos questionamentos? As perguntas se transformaram, nós nos transformamos. Fica a clareza de que foi um ano de muito crescimento. A intensidade das experiências vividas é o que orienta a produção que foi possível ao longo desse período. Como diria Galeano, *“E quando a razão se separa do coração, comece a tremer... Acredito nessa fusão contraditória, difícil, mas necessária entre o que se sente e o que se pensa”*.¹

É a partir dessa fusão que me detenho novamente sobre esse texto. Considero-o como parte importante e necessária do processo de fechamento, contudo, com a certeza de que não o encerra. Os ecos dessa experiência permanecerão e espero que possam me remeter sempre à importância de buscar refletir acerca da prática profissional e de tudo aquilo que ela desencadeia em nós. Espero, ainda, que as reflexões contidas aqui possam contribuir de alguma forma para seguirmos pensando, questionando e construindo uma atuação implicada.

¹ Entrevista concedida por Eduardo Galeano na praça Catalunya, Barcelona, em 24.05.2011

II. Iniciando a Travessia...

“Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais embaixo, bem diverso do em que primeiro se pensou. Viver nem não é muito perigoso?”

(Guimarães Rosa)

O momento da chegada à Campinas foi permeado pela grande expectativa dos encontros ainda por vir. A escolha por esse programa, essa cidade, a saúde mental... Tudo isso envolto em uma atmosfera do medo frente ao desconhecido, misturado à vontade de ir, de conhecer o novo.

Na recepção, o início das muitas trocas. Era preciso ouvir com atenção os trabalhos realizados no ano anterior, conhecer colegas, supervisores. Já ai, algumas palavras começaram a fazer-se muito presentes – acolhimento, rede, crise, convivência. Com as primeiras aulas e supervisões, vieram a saúde pública, SUS, clínica, clínica ampliada, gestão, formação e tantas outras. Todas essas palavras soltas foram se configurando em um complexo emaranhado, difícil de compreender.

Com a proposta de conhecer os serviços, possíveis campos de atuação, esse emaranhado foi alimentado com sentimentos que emergiram no primeiro contato com a realidade daquelas instituições de saúde – admiração, vontade de atuar, inquietações, questionamentos, incômodo. Produzia-se aí, o que para mim, foi o início de uma densa experiência de encantamento.

E como escolher um local para a atuação? Eram tantos e tão distintos os campos possíveis. Ainda me questiono quanto à minha escolha pelo CAPS Antônio da Costa Santos. Tenho, contudo, a clareza de que estar naquele espaço me tocou em vários aspectos. No decorrer do ano, eles puderam ganhar sentido e compor o quadro do que foi “me aventurar”

por um CAPS III. Quando digo me aventurar, reforço aqui o caráter de entrega que atravessou, e muito, minhas vivências nesse serviço e sem o qual acredito que elas não teriam sido as mesmas.

Durante minhas primeiras idas ao CAPS Sul, pude começar a compreender a dureza do não lugar do aprimorando na instituição. Um cotidiano por vezes caótico, muito dinâmico e com demandas constantes. Por onde começar, como encontrar o meu espaço naquela instituição? Muito mobilizada pela forte discussão quanto à convivência nesses dispositivos, questão abordada por grande parte dos aprimorandos do ano anterior, imaginei que começaria por aí. Contudo, talvez por medo ou insegurança, me aproximei do que me era mais conhecido no primeiro momento. Ficava por horas na sala de equipe, aprendendo a preencher formulários, pedidos de vaga, de passe, entendendo o fluxo da rede. Eu observava, me surpreendia, redimensionava minhas expectativas. Confesso que me considerava um pouco perdida, sem saber que rumo tomar.

Os momentos de reflexão e discussão nas supervisões foram essenciais para que eu pudesse assumir uma postura mais ativa e me apropriasse de situações *de fazer com e pensar junto* aos profissionais e usuários. Pude, então, ir construindo aos poucos meu lugar no CAPS Sul. Considero que foi preciso sustentar essa errância, de não lugar e pensamento, para construir algo frente àquela realidade que se desdobrava em tantos níveis. Para isso, pude contar com a tranquilidade da equipe, que não me colocou em tarefas pré-estabelecidas e permitiu minha *deambulação* pelo serviço.

Esse movimento de abertura me possibilitou, também, uma aproximação aos usuários de maneira bem distinta do que até então eu vinha fazendo. Consegui ouvir suas histórias, suas questões e angústias, seus medos, suas piadas, seus desejos, ainda que esses últimos aparecessem pouco. Passei a observar e fazer parte dos espaços de troca, de relações, e as sutilezas e minúcias do cotidiano saltaram aos olhos.

Pensando na questão dos diversos níveis que parecem compor o quadro da instituição, encontro em Alverga e Dimenstein (2006), elementos interessantes quanto ao que nomeiam como “territórios existenciais”. Retomando em seu texto uma análise da obra surrealista “O camponês de Paris”² realizada por Pelbart³, os autores nos convidam a pensar as cidades. Em sua análise, o autor as descreve enquanto “*reservatório inesgotável de detalhes, associações, surpresas, personagens, um campo de deambulação e de errância*”. No prefácio da obra, realizado por Jeanne Marie, é possível pensar nessa descrição enquanto uma metáfora para o pensamento. Nesse sentido, Pelbart coloca que “*Perder-se na cidade, perder as referências, perder-se a si mesmo, eis o que o pensamento deveria poder aprender*”. (Pelbart, 1997, citado por Alverga e Dimenstein, 2006, p.310)

Os autores tratam da dimensão dos ditos “territórios existenciais” e das interações que se dão nos CAPS em associação à temática das cidades/pensamento. Construindo um paralelo, os serviços seriam um rico campo de produção de subjetividade, de criação e de transformação e não estariam isolados de um contexto e uma temporalidade mais amplos. Eles sintetizam:

“Deste modo, ao caminhar pelas cidades, não estaríamos apenas transitando por uma realidade concreta palpável, mas por várias camadas superpostas, rastros e ruínas. Em outras palavras, a cidade remete sempre a um passado com todos os futuros que foram soterrados... Os CAPS são cidades subjetivas que fazem parte do *socius*, que em toda a sua complexidade, exige ser re-singularizado, re-trabalhado, re-experimentado”. (Alverga e Dimenstein, 2006, p.310)

Tendo como pano de fundo essas considerações, retomo dois dos conceitos mais caros à clínica nos CAPS III e que são considerados centrais ao pensar o cuidado: o de crise e o de reabilitação psicossocial. Apesar de serem fundamentais, ainda é escassa a literatura que versa

² Obra de Louis Aragon, que data do ano 1928.

³ Análise realizada no texto A cidade virtual, que consta em A cidade vivente: subjetividade, socialidade e meio ambiente na cidade contemporânea, de 1997.

sobre essas temáticas, sobretudo a da reabilitação no contexto brasileiro (Babinski, Hirde 2004). Quando se trata de estudos que propõem uma análise de tais questões em relação, esse número reduz-se ainda mais. Além disso, nas produções existentes ficam evidentes divergências paradigmáticas importantes. Compreender quais os sentidos atribuídos a esses conceitos é fundamental, uma vez que produzem impacto direto na assistência.

Quais seriam, então, as ações consideradas estratégicas para garantir o acolhimento ao sujeito em momentos de crise? E quais são voltadas ao processo de reabilitação psicossocial, entendido como proposta “inovadora” desses serviços? Como potencializar o rico espaço de interações dos CAPS, de modo a aproximá-los de cidades subjetivas capazes de escapar à lógica rígida dos protocolos? Como manter as reflexões pautadas no pensamento capaz de perder-se, (re)inventando e (re)criando cotidianamente a prática?

Uma vez implementados os CAPS enquanto serviços substitutivos nos cuidados em saúde mental é preciso um olhar detido aos novos desafios que emergem no acontecer diário dessas instituições.

III. A crise no contexto dos CAPS III: entre silenciar e acolher

"A crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo ainda não pode nascer".

(Antonio Gramsci)

É certamente difícil uma definição única de crise no campo da saúde mental. Contudo, ao analisar ou fazer proposições nesse sentido, é fundamental um olhar detido à configuração e organização da psiquiatria no contexto particular que se pretende considerar.

A psiquiatria clássica propõe uma definição de crise em termos de disfunção, que tem como causa única ou fator desencadeante a doença (Amarante, 2007). Desta forma, o organismo deixaria de operar em homeostase e passaria a um estado de “desequilíbrio”. A origem histórica dessa vertente está referida no século XVIII, tempo em que a loucura era considerada como um erro da razão ou perda da mesma. Não surpreende que as ações de cuidado pautadas por essa lógica tenham como foco intervenções com a finalidade de recuperar o “equilíbrio” perdido, devolvendo ao sujeito sua “normalidade”. Nas palavras de Corbisier (1992) *“A cura significava remover o equívoco, voltar a pensar como antes, ou como os outros, os razoáveis”* (p.10).

Assim, a complexidade da crise fica reduzida a uma simples agudização da sintomatologia, que deve ser remitida. (Frigato, Onocko Campos, Ballarin, 2007). A estratégia terapêutica à qual predominantemente se recorre nesses casos é o uso da medicação, centrando as intervenções na figura do médico.

Essa perspectiva continua muito presente no cotidiano dos serviços de saúde mental. Amarante (2007) nos lembra de uma das formulações centrais da psiquiatria clássica, a de que para “tratar” é preciso “conhecer”. Tratar aqui, no sentido de remitir sintomas e um conhecer diretamente relacionado à necessidade de retirar todas as influências externas, para

que a natureza de tais sintomas possa emergir. Não por acaso, o período de surgimento da psiquiatria e dos hospícios é o mesmo.

O pressuposto de retirar todas as influências externas para isolar as causas da doença resgata uma lógica que, apesar de considerada ultrapassada frente ao conhecimento produzido em função do movimento de reforma psiquiátrica, “disfarça-se” e atravessa as intervenções no trabalho com usuários em situações de crise. Importante lembrar que a força dessa idéia, uma das mais primordiais da psiquiatria clássica, deu subsídios para criação e manutenção dos hospitais psiquiátricos durante séculos.

Tomando minha experiência no CAPS Sul, em diversos momentos fica clara a força da instituição psiquiatria. Em várias ocasiões, era possível perceber que as decisões de alta dos leitos de acolhimento noturno ou inserção de novos casos era condicionada à avaliação do psiquiatra. Apesar de existirem práticas que se afastam dessa lógica, não raro, no manejo das situações de crise recorre-se aos psiquiatras apenas quando o usuário está mais “agitado”, quando é preciso realizar contenções, sejam elas físicas ou químicas.

Esse é um lugar que carrega um peso histórico grande, atravessado por maneiras de trabalhar pouco flexíveis e que ainda permeiam a atuação, mesmo nos dispositivos considerados substitutivos. Acredito que cabe a todos no âmbito dos CAPS, enquanto equipe coesa, o cuidado para que haja abertura para a construção de novos modos possíveis de se relacionar com a psiquiatria. Mesmo porque, considerando a diversidade de elementos presentes no tocante ao acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico intenso, pensar estratégias de trabalho vivo que possam enriquecer as formas de atuação é fundamental. É certo que essa tarefa não é simples, passa pelo comprometimento com a construção permanente da atuação, que possa ir além da lógica dos protocolos. Dell’Acqua e Mezzina (1991), partindo da complexidade das situações de crise, nos chamam atenção ao risco de incorrer em simplificações nesses momentos:

“O momento em que se dá atenção à pessoa em crise pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade de sua existência de sofrimento e, por outro lado o serviço [...] equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer, oferecendo-se como modelo de simplificação o próprio sintoma”. (Dell’Acqua e Mezzina, 1991, p.55).

Existem outras construções no campo da saúde mental que consideram a influência direta de aspectos subjetivos, sociais e biológicos, na capacidade do sujeito em responder a possíveis fatores desencadeantes de situações de adoecimento e crise (Nicácio, Campos, 2004). Tal consideração amplia o campo de investigação, bem como busca uma abordagem mais integrada do sujeito.

Jardim e Dimenstein (2007) reforçam que, para além de ser definida pelo indivíduo em sofrimento, a identificação de momentos de crise é realizada, também, pela família e a sociedade. As autoras apontam que momentos de incômodo intenso no convívio social ou familiar tendem a ser facilmente designadas enquanto “urgências”, e surge a exigência de intervenções imediatas. É preciso muita cautela nessas ocasiões, na medida em que os aspectos relacionais devem sim ser considerados sem, contudo, deixar de ouvir e acolher as questões que estão produzindo sofrimento ao sujeito.

Durante esse ano pude acompanhar de perto Madalena⁴ e ficou clara para mim a divergência entre o seu discurso e o de sua mãe. Lembro-me de uma situação em que ela chegou ao CAPS muito nervosa, chorosa e dizendo que não estava mais suportando a dor de viver. Minutos antes de recebê-la, a mãe já havia ligado e advertido que a filha estava muito descontrolada e que precisava de uma internação. O motivo, segundo ela, seria a falta de condições de Madalena para cuidar de seu filho e dar conta das coisas da vida, querendo

⁴ Para preservar a privacidade da usuária, o nome utilizado aqui é fictício.

apenas “farra” e isso, ela não poderia tolerar, mesmo porque “atrapalhava o bairro todo”. Ela exigia do CAPS uma “providência”.

A equipe contava que em outros momentos, essa vivência de dor e angústia intensas costumava desencadear atos de automutilação, o que deixou diversas marcas pelo rosto e corpo da usuária, mas era preciso ouvir esse pedido da mãe com cuidado, uma vez que a relação entre as duas consistia em uma grande questão para Madalena.

Surpreendeu a postura da usuária quando a mesma chegou ao serviço. Apesar de transparecer um sofrimento intenso, não estava como havia dito a mãe, descontrolada. Contou que não tinha mais condições de suportar sozinha a angústia que sentia ao reconhecer que não queria estar próxima ao filho naquele momento. Acrescentou que as cobranças da mãe e as constantes brigas com ela complicavam ainda mais a situação. Recusava-se, contudo, a seguir os protocolos colocados por ela para ser aceita em casa como uma “boa moça”, que seriam chegar cedo, não levar homens para lá e ir regularmente à igreja. Falava da vontade de ser cortar, mas naquele dia tinha decidido que procuraria primeiro o CAPS.

Na conversa com a mãe, ficou claro o seu sofrimento e a dificuldade de lidar com a filha. Isso não pode ser desconsiderado, mesmo porque junto de sua raiva e exaltação no contato com profissionais da equipe, estava presente também o medo. Ela já havia presenciado cenas da filha, que após se trancar atrás de uma grade que divide a casa das duas, cortava-se na sua frente sem permitir que a mãe se aproximasse. Reconstruir essa história foi fundamental para tentar compreender o discurso e o sofrimento de ambas. A partir daí foi possível pensar, junto com a usuária, em maneiras de ajudá-la naquele momento, considerando suas demandas em associação ao que foi trazido por sua mãe.

As situações de crise são atravessadas por diversos sentidos, são polissêmicas e é preciso ouvir para tentar compreender. Protocolos pré-estabelecidos, como inserção no leito, revisão de medicação e pedidos de internação, não são suficientes. Por mais que sejam

momentos com caráter de urgência na intervenção, ela não precisa ou deve ser imediatista. A imprevisibilidade inerente a essas situações pode acabar nos levando a esse tipo de resposta.

Corbisier (1992) reforça que essa lógica pode ser invertida buscando evitar as ações mecânicas:

“... as pessoas procuram respostas imediatas, encontram equipes que perguntam, que têm urgência em não responder rapidamente, que mediam as crises com perguntas que, muitas vezes, diluem a urgência de respostas-tampão, transformando-as em pedido de ajuda, em formulação de perguntas. A cena atuada de uma crise de agitação é uma urgência. De quê? De quem? A resposta usual a essa cena atuada é outra cena atuada: é preciso sedar com remédios, conter com a força física ou com faixas apropriadas e bem resistentes. É a pronta-resposta, da ordem da ação”. (Corbisier, 1992, p.12).

De maneira geral, a atuação nos CAPS precisa orientar-se na contramão de “pronta-respostas”, legitimando e dando voz aos sujeitos para que suas questões possam emergir. Afinal, apesar da intensa fragilidade subjetiva que por um lado caracteriza as manifestações de crise, também há possibilidade de novas (re)configurações e transformações nesses momentos.

Ferigato *et al* (2007), retoma formulações de Knobloch quanto às situações de crise. A autora pontua que essas são situações de perda de referenciais. Trata-se de experiências em que sentidos, ligações e referências anteriores afrouxam-se, o sistema de representações falha e rupturas são produzidas. Dessa forma, as práticas profissionais podem incidir enquanto produtoras de novos agenciamentos, novos modos de subjetivação, auxiliando nesse intenso processo de (re)construção.

Dentre as respostas imediatas ainda muito utilizadas e que dificulta essas construções, está a internação. Um dos dados que se configura enquanto importante indicador de como a crise é sustentada nos CAPS III é o número de internações em espaços fechados que o serviço

solicita. Onocko Campos (2001) salienta que nesse momento de grande sofrimento e fragilidade esse tipo de recurso deve ser utilizado com grande cautela. Pensando na lógica do trabalho pautada pelo vínculo, é fundamental reconhecer sua importância na produção de novos modos de ser e estar no mundo que podem ser construídas pelos sujeitos nos/através dos momentos de crise. Quando esse vínculo é quebrado através da ida para um espaço que não se reconhece, essa possibilidade fica prejudicada.

A utilização do recurso de internações é uma questão que precisa ser mais profundamente discutida no âmbito do CAPS Sul. É de conhecimento de boa parte da equipe que esse é o CAPS que mais solicita vagas de internação entre todos os CAPS III. As discussões têm se intensificado no sentido de poder pensar: quais os usuários são inseridos e mantidos nos leitos? Quais os critérios para pensar em um pedido de internação? Quanto à equipe é capaz de apoiar decisões tomadas por cada trabalhador? Trata-se de questões polêmicas, mas que felizmente têm sido levantadas no cotidiano do serviço, na tentativa de repensar as práticas que temos sustentado enquanto grupo.

Onocko Campos (2001) nos alerta para a dificuldade da tarefa de acolher a crise e possíveis implicações dela:

“A possibilidade de acompanhar a crise dos usuários está colocada para grande parte dos serviços. Um compromisso com essa questão exigirá da equipe a possibilidade de sustentar sua própria crise.

Transformar o surto em passagem, em algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado por uma grande quantidade de remédios. Para isso ser suportável, a própria equipe precisará de cuidados. Sabemos que isto não é sempre fácil no setor público.” (p.10)

Ainda há muito que caminhar nesse campo, contudo, Nicácio e Campos (2004) apontam algo que deve ser prerrogativa ao pensar a maneira como são vistas as situações de crise nos CAPS III. O acolhimento a essas situações precisa, impreterivelmente, ser realizado

no sentido da continuidade das práticas terapêuticas. Assim, em uma crise de sofrimento subjetivo, não se trata de organizar as terapêuticas em torno de “*um retorno ao antigo, um enquadramento às regras já instituídas e das quais o indivíduo estava buscando se desprender*”. (Jardim e Dimenstein, 2007, p.177).

Importante reconhecer que sustentar dividir e estar *com* os usuários em crise nos coloca grandes desafios. Sendo essas expressões autênticas do sujeito em sofrimento, como podemos desvelar a potência contida nelas? Primeiramente, é crucial enxergar o sujeito, tomado em seu contexto, que traz consigo uma história.

A crise, não pode ser um diagnóstico em si, com abordagens terapêuticas estruturadas previamente, ao contrário, é fundamental que ela possa ser tomada enquanto potencialidade e localizada no contexto da pessoa que a traz. (Jardim e Dimenstein, 2007). Não se trata, portanto, de acolher “a crise” isoladamente e tentar suprimir seus sintomas. Trata-se de acolher ao sujeito em sofrimento, tentar compreender a(s) demanda(s) que emergem em toda sua complexidade e pautar ações e estratégias que possam favorecer o enriquecimento subjetivo e a produção de novos sentidos a partir dessas vivências.

V. Reabilitação: Para que(m)?

“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, verdade maior. É o que a vida me ensinou”

(Guimarães Rosa)

Ao tratar da reabilitação psicossocial, entramos num delicado campo teórico, que ainda necessita muito desenvolvimento, sobretudo quando consideradas as especificidades do contexto brasileiro (Babinski, Hirdes 2004). Essa é considerada uma proposta estratégica no cuidado oferecido pelos dispositivos substitutivos após a reforma psiquiátrica merecendo, assim, uma investigação mais detida.

De acordo com definições encontradas no dicionário Michaelis (2009), reabilitar é “restabelecer no estado anterior; restituir (a alguém) os direitos e prerrogativas que tinha perdido” e, ainda, “restituir à estima pública, à estima de alguém”. No campo da saúde, observa-se que também é considerada como tarefa primordial da reabilitação o “restituir”.

Para a Associação Internacional de Serviços de Reabilitação Psicossocial, esse seria um processo de:

“Facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia no exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potencialidades do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustadas às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.”

Tal definição tenta versar sobre os diversos aspectos envolvidos quando o objetivo é favorecer a reabilitação psicossocial. Coloca a importância de reconhecer e desenvolver potencialidades muito singulares, mas sem desconsiderar que fatores do contexto no qual o sujeito está inserido também vão requerer investimento. Cabe destacar, todavia, a abrangência dessa tentativa de definição e a quase impossibilidade de circunscrevê-la a um único lugar ou serviço. Importante lembrar, ainda, que há uma sensível diferença entre considerar o contexto social como parte do processo de reabilitação e simplesmente “reabilitar” o sujeito em sofrimento psíquico ao convívio em sociedade.

Lussi *et al* (2006) nos apresenta a proposta de um dos grandes teóricos da reabilitação psicossocial, Benetto Saraceno, para o qual esse seria um processo de reconstrução intimamente ligado à recuperação da cidadania plena, pautada na capacidade de contratualidade em três grandes cenários de vida do sujeito: o seu habitat, sua rede social e o trabalho provido de valor social. Por habitat, o autor entende não só a estrutura concreta na qual se vive, como todo o envolvimento afetivo desvelado nesse espaço. Quando versa sobre a rede social, Saraceno inclui redes de relação mais amplas e, também, a família. O autor insiste no papel central ocupado pela família no processo de reabilitação, devendo ser entendida como protagonista desse, ao lado do sujeito. Há, ainda, o valor atribuído ao trabalho, por ele compreendido como articulador entre campos de interesse, necessidades e desejos.

Articular todas, ou mesmo algumas dessas dimensões colocadas por Saraceno durante o processo de reabilitação psicossocial não é tarefa simples. Ferramentas foram construídas no sentido de facilitar e orientar o caminho. Um exemplo são os projetos terapêuticos singulares, os PTSs. Apesar de ser uma proposta potente, que tem como foco o sujeito e suas necessidades, algumas questões devem ser pautadas constantemente: a quais desejos e necessidades os projetos atendem, os da equipe, os do sujeito ou da sociedade? Os projetos

são verdadeiramente pensados enquanto estratégias de apoio ou são oferecidos na forma de cardápios institucionais aos que chegam? Com qual frequência podem ser revistos e, ainda nesse sentido, qual é o grau de flexibilidade dos mesmos?

Ao me deparar com os momentos de acolhimento no CAPS Sul essa foi uma das situações de maior incômodo, sobretudo ao receber usuários para triagem e possível inserção no CAPS. Cabem algumas considerações quanto aos processos de trabalho nessa instituição.

Existe uma divisão entre o acolhimento e a triagem que funciona da seguinte forma: Há sempre uma dupla de profissionais responsável por acolher às demandas do dia (espontâneas ou que chegam a partir de encaminhamentos da rede). Para isso existe uma folha de apoio, que visa facilitar a coleta sucinta de alguns dados. No acolhimento é importante conhecer um pouco da história do sujeito e tentar compreender o que o motivou a procurar o serviço. A partir dessa escuta, de maneira geral, decide-se pelo encaminhamento do usuário para algum outro dispositivo da rede ou, então, o agendamento de uma triagem junto à equipe de referência, de acordo com a lógica do território, para uma escuta mais detida do caso.

O trajeto em si pareceu confuso a princípio e por vezes senti certo constrangimento diante de afirmativas como “Eu já contei tudo isso pro seu colega” ou “Tenho mesmo que falar outra vez?”. Percebia uma urgência por respostas e eu, sem saber ou poder fornecê-las, ansiava por resoluções. Nesse sentido, confesso que é tentadora a “linha de produção” que é possível criar para determinar o caminho trilhado pelos usuários no serviço. Os casos que poderiam ser encaminhados, pensava eu, já estão “resolvidos”. Aos que seriam inseridos havia sempre uma lista de possibilidades e atividades a serem oferecidas para aplacar a ansiedade dos que chegam e a de quem os recebe.

Nicácio e Campos (2004) chamam atenção para a complexidade da vida das pessoas que passam pela experiência do sofrimento psíquico intenso e pontuam a necessidade de

superação do pensamento raso e linear que, nas palavras de Saraceno retomadas por eles, “*pretende simplificar o sofrimento e pretende dar respostas simples a demandas cuja formulação simples foi artificialmente induzida*”. (Saraceno, 1998, citado por Nicácio e Campos, 2004, p.80).

Considerar a reabilitação psicossocial em seu caráter processual pode ajudar a redimensionar expectativas, tanto de profissionais quanto de usuários e possibilitar a construção de um projeto que seja tanto mais próximo aos desejos e demandas desses últimos quanto possível. Isso, certamente, pressupõe tempo. Isso nos remete a uma das propostas primordiais dos CAPS III, a de realizar o acompanhamento de seus usuários de forma longitudinal e pautado na lógica do vínculo.

Numa postura talvez um pouco mais alinhada à essas propostas, me percebo hoje em mais atenta ao propor, ou ao responder diretamente às propostas dos usuários acolhidos por mim. Tenho tentado pensar os projetos terapêuticos enquanto instrumentos em (co)construção e modificação permanentes, uma vez que fica claro que o sujeito com o qual me encontro em uma semana, já é bem distinto do que volta ao CAPS depois de um período de férias, de uma briga com a mãe, de um desentendimento no bairro, de um passeio no final de semana, etc.

Quando tomamos a questão da centralidade da família no processo de reabilitação do sujeito (Babinski, Hirdes 2006; Nicácio, Campos 2004), nos deparamos com uma carência de instrumentos e modelos que possibilitem uma aproximação maior dos familiares aos serviços. A dimensão familiar é valiosa, visto que se constitui não só enquanto parte fundamental da rede de apoio e convivência do sujeito, como interfere diretamente na possibilidade do mesmo de construir novas formas de relação e conseguir sustentá-las.

Não é raro identificar no cotidiano de trabalho famílias inteiras desgastadas, que justificam como única relação com os serviços de saúde a necessidade de “dividir o fardo” do

cuidado com seus filhos, pais, mães, etc. O fato é que existe ainda uma dificuldade grande dos familiares em adotar uma postura mais ativa e envolver-se com os projetos de reabilitação desenvolvidos nos CAPS, além da dificuldade desses serviços em acolher e ouvir essas famílias. Comumente tentamos atendimentos com os usuários e seus familiares, grupos de família, visitas domiciliares, dentre outros. Contudo, esses recursos mostram-se insuficientes para estimular o envolvimento e comprometimento com o cuidado, indicando a necessidade de um maior investimento na relação sujeito-família-serviço.

Outra dimensão que parece não ser utilizada em sua potencialidade é a da intersetorialidade. Quando nos remetemos às definições apresentadas anteriormente quanto a proposta de reabilitação psicossocial fica claro que, por mais que não haja consenso em termos de definições, trata-se de um processo complexo, que envolve diversas dimensões da vida do sujeito. Sendo assim, é preciso considerar que os serviços e os profissionais diretamente envolvidos no cuidado irão, fatalmente, deparar-se com as limitações em suas propostas e atuação (Figueiró e Dimenstein, 2010). Esse fato é inerente à complexidade do processo.

A capacidade de articulação e utilização de outros dispositivos do território, sejam eles da área da saúde ou não, é fundamental no sentido de propiciar campos outros de relação, de desenvolvimento e produção para os sujeitos. Contudo, o acesso aos centros de convivência, associações de bairro, comércios, dentre outros, está cada dia mais complicado.

Enquanto aprimoranda fiquei surpresa ao ver, durante a festa de comemoração do aniversário de 10 anos do CAPS Sul⁵, um vídeo que à maneira de uma colcha de retalhos reunia momentos marcantes na história desse serviço. Dentre os diversos registros presentes ali, chama atenção aqueles das grandes festas realizadas na antiga sede do CAPS. Foram

⁵ A festa de comemoração do aniversário de 10 anos do CAPS Sul aconteceu no salão vermelho da prefeitura de Campinas e consistiu em um dia de discussões e reflexões acerca do percurso daquele serviço até então e dos desafios comuns que se colocam à saúde mental e aos CAPS III em geral. No início de um dos períodos do dia foi apresentado um vídeo apresentando uma “recaptação” de momentos cruciais na história do serviço.

festas juninas, aniversários, carnaval, enfim, inúmeros momentos compartilhados com a comunidade, levados à rua, logo em frente à instituição. O clima de leveza e descontração parecem presentes, mas certamente que essa é uma observação um tanto parcial e de quem não esteve presente nessas ocasiões.

Porém, fato é que esse quadro é muito distinto do que pude observar ao longo desse ano, durante o qual apareceu uma grande dificuldade em organizar os momentos de celebração no CAPS, sejam eles pensados para dentro ou fora da instituição. Parecia difícil ouvir os desejos dos usuários e sustentá-los, difícil pensar com eles alternativas aos problemas “operacionais”, como a falta de recursos financeiros para algumas atividades. Apesar disso, tentativas que já haviam sido utilizadas anteriormente mostravam-se ainda muito eficazes e potentes quando postas em prática, como os bazares, pedidos de patrocínio e doações, etc. O mais complexo parecia ser a articulação entre desejos de usuários e da equipe, na tentativa de impulsionar os projetos e fazê-los acontecer.

Durante as assembléias, nas quais tentávamos “organizar” as possibilidades de comemorações ou passeios, um sentimento grande de irritação surgiu em diversas ocasiões. Parecia que o único interesse dos usuários estava centrado em pensar o que seria servido nesses momentos, sem conseguir discutir, argumentar ou trazer outras idéias que não fossem colocadas pela equipe. A sensação é de que há uma barreira que impossibilita que os desejos e necessidades desses sujeitos possam emergir. Ficam, mais uma vez, os questionamentos: como facilitar que esses conteúdos possam chegar à superfície e ser colocados nos espaços compartilhados? É necessário um maior investimento nos sujeitos ou nas situações que possibilitem e facilitem essas produções?

De maneira geral, uma preocupação é central: Como aumentar a participação dos usuários não só nessas ocasiões, mas em seu projeto como um todo, assumindo uma postura ativa frente ao mesmo? Essa não é uma questão restrita ao funcionamento dos CAPS. Ela

aponta para um dos maiores desafios da reforma atualmente. Figueiró e Dimenstein (2010) ressaltam a dificuldade em aumentar a participação dos usuários no processo da reforma, porém creditam a eles papel essencial enquanto possíveis agentes instituintes.

Nesse sentido, os autores apontam para a provável relação entre a desarticulação presente nos CAPS e a forma como esses equipamentos operam e intervêm na vida cotidiana de seus usuários. A heterogestão é colocada em discussão, uma vez que centraliza na figura do especialista o poder para dirigir os rumos da instituição e seus projetos, enfraquecendo o movimento do coletivo de usuários que a constitui. (Figueiró e Dimenstein 2010).

A partir dessa reflexão, podemos discutir a possibilidade de uma organização mais flexível dos CAPS, de maneira à criar condições para a maior participação de seus usuários e permitir que os mesmos apropriem-se desses dispositivos. Apesar do grande investimento feito no tocante à qualificação profissional, a atenção dispensada nos CAPS não seria capaz de atender às distintas demandas presentes na vida dos usuários (necessidades econômicas, de lazer, cultura, etc). Vasconcelos (2008) resalta que, considerando tais aspectos, é preciso investir em novas estratégias e atores capazes de agenciar forças instituintes ao movimento de reforma psiquiátrica e destaca a importância do empoderamento dos usuários para que esses possam tomar parte nesse processo.

Figueiró e Dimenstein (2010) ressaltam a potência contida nos encontros e agenciamentos entre pessoas. Nos serviços de saúde existe a oportunidade de trocas entre usuários e profissionais, mas também desses últimos entre si. O desenvolvimento dos sujeitos, compreendido aqui enquanto a produção de novas configurações subjetivas e modos de vida, não pode ser pensado fora do campo das relações. Desse modo, aponta-se a importância de estimular os encontros nas instituições, impulsionar as possibilidades de ocupar papéis diversos e pautados pela lógica da ajuda mútua.

Os autores nos trazem, ainda, colocações referentes a observações realizadas no âmbito de um CAPS específico, mas que se mostram pertinentes e úteis quanto à possibilidade de pensá-las em paralelo com o cotidiano de diferentes dispositivos e refletir acerca de nossas práticas:

“... nossas impressões iniciais no CAPS, quando nos deparamos com a imobilidade, monotonia e falta de vida daquele cotidiano, talvez se expliquem justamente pela falta de articulação entre os usuários, o que reforça a idéia de que a alegria e a potência dos encontros podem ser elementos importantes e produtores de vida, o que faz com que pensemos na importância de uma mudança nessa direção, no que diz respeito ao funcionamento deste serviço. Fazer do CAPS um espaço favorável ao encontro, à produção de potência nos/dos usuários, deve estar presente também na concepção terapêutica deste serviço.” (Figueiró, Dimenstein 2010, p.439).

V. Considerações Finais

“Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais, é só fazer outras maiores perguntas”

(Guimarães Rosa)

A dicotomia que acabou por se produzir no dia-a-dia dos serviços entre o acolhimento às situações de crise e os momentos de reabilitação psicossocial não pode ser naturalizada. Quando o foco é redirecionado do sintoma e da doença para o sujeito em sofrimento, essa divisão torna-se insustentável sem que haja, conseqüentemente, uma cisão do sujeito entre biológico e subjetivo. As pessoas que recebemos são únicas, são singulares e indivisíveis, contudo as recebemos sempre em momentos distintos de sua travessia. Os momentos de crise, são um exemplo disso e não uma parte isolada da trajetória do sujeito. As terapêuticas que não levam esse aspecto em consideração tendem a incorrer em fragmentações do sujeito, retomando práticas e concepções estereis e ineficazes.

Em uma conversa com Vinícius⁶, um dos usuários do CAPS Sul, recebi a seguinte resposta quando lhe questionei sobre os eventos que acreditava estarem relacionados ao seu adoecimento: *“Fiquei doente de tanta beleza. Quando a minha filha nasceu, foi beleza demais, eu não consegui suportar aquilo”*. Como poderíamos alcançar, nos aproximar do que significa a experiência de sofrimento desse sujeito, que adoeceu *“de tanta beleza”*, com protocolos e respostas prontas.

Ao chamar atenção para esses aspectos, não podemos deixar de reconhecer as dificuldades enfrentadas pelos CAPS para organizar seu processo de trabalho. Esses dispositivos têm recebido cada vez mais usuários e as demandas tornam-se cada dia mais complexas. Muitas vezes fica difícil demais a tarefa de oferecer assistência e articular uma rede de cuidados. A lógica da urgência e da emergência invade os serviços, que tentam dar

⁶ Nome fictício

conta da tarefa de acolher os sujeitos em crise ou maior risco. A proposta de reabilitação, qualificação dos encontros e mediação de novos campos possíveis junto aos sujeitos, acaba sendo postergada ou mesmo sufocada.

Lancetti (2007) nos alerta quanto ao perigo de “envelhecimento prematuro” dos CAPS, que fundamentando suas práticas numa lógica tecnocrática e burocrática *“segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se inclausuram em diversas formas de corporativismo”* (p. 47).

Existe um paradoxo que vem reproduzindo-se na atuação: durante os períodos de crise o objetivo é estabilizar ou remitir sintomas. No processo de reabilitação buscam-se caminhos que, com o pretexto de serem mais saudáveis, afastam os usuários do serviço, remetendo-os a outros lugares. Em que trabalho acreditamos? Qual cuidado pretendemos realizar? Não temos nos cronificado no cuidado aos ditos “usuários crônicos?”.

Retomando mais uma vez Lancetti (2007) encontra-se a advertência quanto às tendências de “cronificação” presentes nos serviços de saúde mental. O autor problematiza esse aspecto baseado em experiências de sua prática:

“... pude observar que qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende a cronificar-se. Criam-se coletivos altamente repetitivos: providenciam sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida, por exemplo, mas quando há uma crise busca-se logo a psiquiatria” (p.47).

Essas pontuações não têm o objetivo de ditar rumos, apontar erros ou produzir respostas. A expectativa ao elaborar as reflexões que compartilho nesse texto é de reforçar o grupo daqueles que acreditam que a prática na área da saúde mental deve ser constantemente posta em discussão. Acredito que essa seja a única forma de sustentar uma prática implicada e responsável nesse campo tão dinâmico no qual nos propomos a atuar. Penso ser essa uma

estratégia, dentre tantas outras possíveis, de construir uma atuação que possa ir além da lógica dos protocolos, produzindo uma lógica dos encontros.

Tive a oportunidade de presenciar um debate⁷ no qual esteve presente Paulo Amarante e, desde então, uma de suas colocações tem sido muito presente para mim. Suas palavras, que considero prudentes e corajosas, diziam mais ou menos o seguinte: A reforma está feita e foi, inclusive, legalizada. O que precisamos agora é sejamos os primeiros a olhar para os seus desdobramentos. Não podemos deixar que cheguem outros, que estão de fora, e nos apontem os erros e descompassos que se produziram. Precisamos ser os primeiros a olhar para isso e sermos nossos grandes críticos.

Não poderia concordar mais com suas palavras. Para finalizar, retomo então o paralelo inicial entre os CAPS e as cidades, feito nesse trabalho. Calvino⁸ nos apresenta fascinantes narrativas reconstruindo os caminhos de Marco Polo pelas tantas “cidades invisíveis” pelas quais o explorador transita. Cada grupo de cidades possui um encantamento e uma armadilha. Compartilho aqui a descrição de uma delas, Zora:

“Ao se transporem seis rios e três cadeias de montanhas, surge Zora, cidade que quem viu uma vez nunca mais consegue esquecer. Mas não porque deixe, como outras cidades memoráveis, uma imagem extraordinária nas recordações. Zora tem a propriedade de permanecer na memória ponto por ponto, na sucessão das ruas e das casas ao longo das ruas e das portas e janelas das casas, apesar de não demonstrar particular beleza ou raridade. O seu segredo é o modo pelo qual o olhar percorre as figuras que se sucedem como uma partitura musical da qual não se pode modificar ou deslocar nenhuma nota. Mas foi inútil a minha viagem para visitar a cidade: obrigada a permanecer imóvel e imutável para facilitar a memorização, Zora definhou, desfez-se e sumiu. Foi esquecida pelo mundo”.

(Ítalo Calvino)

⁷ Trata-se de um debate realizado em Agosto de 2011, durante a Semana de Psicologia da PUC-Campinas.

⁸ Obra “As cidades invisíveis” de Ítalo Calvino.

VI. Bibliografia

ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface Comunic., Saude, Educ.*, v.10, n.20, p.299-316, 2006.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Sao Paulo: Fiocruz, 2007.

BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p.568-576, 2004 .

CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. In: BEZERRA, J.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 09-15, 1992.

DELL' ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha,1991.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), p.31-44, 2007.

FIGUEIRO, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, 22 (2), p.431-46, 2010.

JARDIM, K. F. S. B; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p.169-189, 2007.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(3), P.448-56, 2006.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.15, n.2. p.71-81, 2004.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: A palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em Debate, V.25, n.58, P.98-111, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. v. II.