

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA
EDUCASAÚDE/FACED

Keli Cristina Lautert

CRÔNICAS DO COTIDIANO DE UM CAPS

Porto Alegre, outubro de 2010.

Keli Cristina Lautert

CRÔNICAS DO COTIDIANO DE UM CAPS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Analice de Lima Palombini

Porto Alegre, outubro de 2010.

*Dedico este trabalho a todos os pacientes do CAPS Santo Afonso, por se dedicarem a uma
melhora, por participarem, pelo vínculo, pelo afeto...*

Agradecimentos

A Analice Palombini, por seu belo trabalho de doutoramento que foi meu dispositivo para a escrita.

Ao meu Gil, pelo apoio, incentivo e por respeitar os meus momentos sempre.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 HISTÓRIA DO CAPS SANTO AFONSO.....	9
2.1 No começo, eram três.....	9
2.2 Momento atual do CAPS.....	11
2.3 Despedida	12
2.4 O que é para ser um CAPS? Pergunte às equipes	13
2.5 Os “nós” da equipe	16
3 HISTÓRIAS DE AMOR, HISTÓRIAS DE DOR.....	18
3.1 Outros espaços, outras palavras	20
3.2 Aprendendo com Cristina.....	21
3.3 Grupo de mães	22
3.4 100% SANTO AFONSO	28
3.5 Paredes e meia	30
4 CONCLUSÃO.....	33
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

O foco deste trabalho é lançar um olhar sobre o papel do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a partir de um entendimento sobre a posição da equipe, das tessituras e articulações com a rede, dos projetos, e do que marca a singularidade da equipe do CAPS Santo Afonso, da qual faço parte.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Sabendo disso, tento dar conta das interrogações, entaves ao trabalho e ganhos obtidos através da implementação dos CAPS. Para isso, proponho-me a um exercício de reflexão, a partir de uma série de crônicas que pretendem apresentar um pouco o cotidiano de um CAPS. Elas serão baseadas em minha vivência no trabalho junto à equipe do CAPS Santo Afonso em Novo Hamburgo, tratando de assuntos que se atravessaram de maneira a me questionar durante o fazer diário.

Abordo alguns assuntos que penso serem de fundamental importância para o trabalho dessa equipe e procuro tecer considerações e embasar teoricamente cada uma das crônicas, onde o tema central é sempre um olhar sobre a saúde mental que se busca operar em equipe num CAPS.

Também faço algumas considerações sobre os projetos que desenvolvo pessoalmente no CAPS, direta ou indiretamente.

Em relação ao campo teórico, além da psicanálise, que me trouxe até aqui, pretendo me utilizar de autores que me acompanharam ao longo deste curso. São inúmeros os artigos sobre o tema em questão, demonstrando o quanto é importante o papel do CAPS como substitutivo à internação, através de seus grupos, projetos terapêuticos e oficinas, elementos que os diferenciam do modelo manicomial. O objetivo desta reflexão é, antes de tudo, que ela me capacite para o melhor exercício do trabalho em equipe no cotidiano do CAPS.

2 HISTÓRIA DO CAPS SANTO AFONSO

2.1 *No começo, eram três...*

O CAPS Santo Afonso em Novo Hamburgo nasceu de um sonho. Contrariando todas as negativas, partiu do desejo e vontade de trabalho de dois de nossos colegas, que lutaram por esse espaço. Espaço este que se entende por físico e mesmo de existência do CAPS enquanto produtor de saúde, o que, para os gestores, parecia desnecessário.

Os atendimentos ambulatoriais se concentravam na UBS (Unidade Básica de Saúde) do bairro, nossa vizinha até hoje. Mas o desejo de estender o cuidado para além disso era bem marcado. Depois de muitas andanças burocráticas, “portas na cara” e ansiedade, veio o aceno positivo da prefeitura, com o aluguel de uma casa no bairro. Sem qualquer infra-estrutura, nem mesmo móveis e sequer uma caneta, os colegas se alojaram na casa e trataram de arregaçar as mangas, literalmente. Os atendimentos eram feitos no chão, em almofadas trazidas de suas próprias casas. Contavam com uma única estagiária de psicologia que, em pleno inverno, de botas de salto alto, capinou toda a frente da casa que era um mato sem fim!

Sem recursos da prefeitura, a equipe começou a contar com a ajuda da comunidade, e o primeiro movimento foi realizar um “chá de casa” no bairro. Este evento contava com todos da comunidade que tivessem qualquer utensílio usado em sua casa que pudessem doar ao CAPS, e assim o serviço foi-se mobiliando...

“e a família foi morar na Casa de mil portas e janelas, onde tantas vezes me perdi por horas infundáveis quando ainda era menina. Até que engendrei o artifício de usar um fio de linha para marcar os meus caminhos, cada um com sua cor própria (...) ainda assim levei muitos anos para compreender as voltas de cada corredor e o que se escondia atrás de tantas portas, fiz isso até descobrir dentro de minha alma os caminhos obscuros do louco labirinto do sonho...”(Letícia Wierzchowski)

O CAPS foi inaugurado em maio de 2007, a tempo de a equipe, apesar de diminuta, comemorar o dia 18 em passeata, juntamente com os outros CAPS.

Integrei a equipe do CAPS Santo Afonso em setembro do mesmo ano da inauguração. Na verdade, voltei a trabalhar no bairro, já que meu primeiro estágio foi na UBS. Minha história profissional foi desde o início perpassada pelo trabalho realizado nessa comunidade. Nesse

estágio, teve início minha ligação com grupos de gênero, com o desejo de trabalhar na e para a comunidade.

A equipe foi se compondo devagar, porém até hoje não temos o número mínimo de profissionais previsto pelo Ministério. Mas isso não significa que não há trabalho. Ao contrário, no CAPS Santo Afonso todos são PPTO (pau para toda obra). Expressão esta muito usada no CAPS.

O território de abrangência do CAPS Santo Afonso é composto por dois distritos sanitários de Novo Hamburgo (5° e 6°), com uma população que soma aproximadamente 65 mil habitantes. O quinto distrito abrange os seguintes bairros: Santo Afonso, Industrial, Liberdade, Ideal; o sexto distrito compreende toda a zona rural da cidade, chamada de Lomba Grande.

Em pesquisa desenvolvida pelo CAPS Santo Afonso, com o objetivo de estimar áreas de maior concentração para ocorrência de transtornos mentais numa comunidade atendida pelo CAPS (SILVA, SPANEMBERG e cols. 2008)¹, a análise do zoneamento obteve que:

- a) O aumento populacional e as alterações no modo de vida dos moradores do bairro Santo Afonso, conseqüentes à urbanização desorganizada, falta de saneamento básico adequado, desemprego e violência, têm resultado em inúmeros agravos à saúde desta população;
- b) Maior concentração dos pacientes em áreas de grande vulnerabilidade social do território: alcoolismo, violência doméstica, homicídio, risco de suicídio;
- c) A ideia da morte e do morrer, o medo e a insegurança convivem junto com o estigma que “marca” a população do bairro como fadada ao infortúnio, loucura, marginalidade, violência e principalmente exclusão sociais – “afastados” da cultura, lazer, esporte, educação e oportunidades de vida;
- d) Os estudos sobre suicídio e comportamento suicida têm sido escassos no Brasil. Novo Hamburgo é o quarto município do ranking estadual, sendo que, nos últimos 10 anos, perdeu mais de 150 vidas. Um estudo apresentou

¹ SILVA, W. V. ; SPANEMBERG, L. ; BAVARESCO, P. ; PEDROSO, D. C. C. ; COLOMBO, D. . Definindo prioridades nas políticas de Saúde Mental a partir do mapeamento e zoneamento de um distrito sanitário de Novo Hamburgo RS. In: XVIII IEA World Congress of Epidemiology and VII Brazililan Congress of Epidemiology, 2008, Porto Alegre. Anais do XVIII IEA World Congress of Epidemiology and VII Brazililan Congress of Epidemiology, 2008.

dados e estratégias da equipe do Centro de Atenção Psicossocial do Bairro Santo Afonso, no campo do comportamento suicida (Silva, 2006).²

Com base nesta realidade, a equipe do CAPS Santo Afonso hoje conta com aproximadamente 440 pacientes. Número este bastante expressivo e que demanda um olhar específico de cuidado, além do acompanhamento clínico e a reinserção social destes pacientes. Para atender a esta população, como dissemos acima, o CAPS não conta, atualmente, com a equipe mínima necessária; mesmo assim procura atuar de forma interdisciplinar com os seguintes profissionais: técnico em enfermagem, assistente social, psicólogo, auxiliar administrativo, serviços gerais, psiquiatra, estagiários de psicologia. Não há enfermeiro, oficineiro nem terapeuta ocupacional.

2.2 Momento atual do CAPS

Em 2009, o Município de Novo Hamburgo abriu edital de concurso público. A equipe do CAPS começou a se preparar para realizá-lo quando foi surpreendida pela notícia de que não seria um concurso, porém uma seleção, uma vez que estava sendo criada uma fundação para gestão de saúde no município. As contratações não seriam então em nível de estatutários, mas sim de CLT, perdendo os selecionados toda a estabilidade.

A equipe do CAPS perdeu o entusiasmo pela seleção, com o agravante da carga horária excessiva e os baixos salários oferecidos. A justificativa seria a isonomia salarial e de carga horária que o Ministério Público estaria exigindo do município. Mas o que nos interessava era a estabilidade. Sem ela, perderíamos a estabilidade do encontro com nossos pacientes.

O trabalho seguia, e apenas duas pessoas da equipe realizaram a seleção, porém nenhuma delas foi selecionada. Vários boatos chegavam, dando conta de que teríamos que fazer uma transição com os novos contratados. Mas, o que causou mais espanto era que TODA a equipe seria demitida e, o que é pior, ao mesmo tempo! Como uma “gestão” pode fazer isso? Não pensar em ninguém? Trabalhadores e pacientes esquecidos.

Nosso medo era mesmo em relação aos pacientes. Como falaríamos isso para eles? Como pensar os planos terapêuticos a partir de então? Os grupos, como simplesmente sair? Vínculo,

² SILVA, W. V. . O Programa de Atenção a Pacientes com comportamento suicida (PROCS) numa Unidade Básica de Saúde (UBS) em Novo Hamburgo. In: I Congresso Sul Brasileiro de Saúde mental, 2006, Florianópolis - SC. Anais do I Congresso Sul Brasileiro de Saúde mental, 2006.

transferência, como trabalhar isso? E mais: não era e ainda não é desejo da equipe sair! De onde tiraríamos as palavras para convencer os pacientes de que o tratamento continua com outros profissionais, uma vez que nós mesmos não nos convencíamos? Árdua tarefa!

Decidimos que não seria sem luta que sairíamos. Em uma tarde, estávamos a caminho da aula da especialização, três colegas e eu, e resolvemos escrever algo para publicação. Um manifesto. Desviamos do caminho para a UFRGS e fomos direto para o Conselho Regional de Psicologia, a fim buscar apoio. O manifesto foi escrito e repassado a muitos e-mails. Conseguimos uma reunião com o Conselho Federal de Psicologia, fizemos algum barulho com intuito de embargar uma fundação que se dizia pública, porém é na realidade privada.

Fomos vencidos pelos desmandos de uma gestão que insiste em nos fazer acreditar que nada mudará e que, na verdade, se não permanecemos no CAPS, é por nossa culpa, já que não fizemos o “concurso”.

Os pacientes se organizaram em assembleia, fizeram abaixo assinados, passeatas. Também foram vencidos, e os aprovados no processo seletivo começaram a ser chamados a integrar os serviços da rede, em um entra-e-sai sem fim! O que nos traz maior ansiedade por uma situação que não se resolve, não se dá. Um velório sem corpo, um luto interminável. Nosso prazo de saída era setembro, estendeu-se para dezembro e agora ninguém sabe quando será. Os profissionais que vão sendo chamados não ficam para compor a equipe. Uns não suportam a jornada de trabalho, outros simplesmente não respondem ao chamamento. E vamos ficando...

O que permanece é o vínculo com os pacientes e com o território e o desejo de dar continuidade a esse CAPS que ajudei a sonhar. Não é sem dor que penso nesses pacientes daqui para frente, suas histórias de vida e todo o contexto que fez com que alguns deles estejam conosco desde a primeira almofada no chão.

2.3 Despedida

“Então é assim que a faz? E sempre haverá um fim?” (Lulu Santos)

Talvez não seja exatamente coincidência que meu trabalho de conclusão do curso de especialização seja um passeio sobre algumas atividades possíveis de um CAPS. Muitas transformações ocorreram em mim a partir do trabalho realizado nesta equipe. As escolhas que fiz, os pacientes com que tive contato, o quanto aprendi, as coisas que me permiti fazer (sair do setting foi a mais ousada) e esta despedida agora me faz desejar rever tudo, como num filme, através das

crônicas. Mesmo movida por esse desejo, é difícil escrever. As palavras saem rasgadas, doloridas, exatamente por serem de despedida.

“Quanto tempo duram as obras? Tanto quanto ainda não estão completadas. Pois enquanto existe trabalho não entram em decadência” (BRECHT).

Certamente outros trabalhos se seguirão em minha vida, outras transformações serão permitidas, e a vida seguirá seu curso. Porém, fica o sentimento de tristeza e revolta, por deixar o CAPS sem o desejo de fazê-lo.

2.4 O que é para ser um CAPS? Pergunte às equipes

“Ao escrevermos, como evitar que escrevamos sobre aquilo que não sabemos ou que sabemos mal? É necessariamente neste ponto que imaginamos ter algo a dizer. Só escrevemos na extremidade de nosso próprio saber, nesta ponta extrema que separa nosso saber e nossa ignorância e que transforma um no outro.”
(Gilles Deleuze)

Serviço substitutivo aos manicômios. Essa é a definição básica de um CAPS. Parece simples. Não é. As dificuldades envolvidas no cumprimento das tarefas compreendidas sob essa denominação, dão conta de uma gama muito maior de afetações... Principalmente no que tange à formação das equipes.

O trabalho da equipe parece ser essencial na concepção do CAPS, mesmo que esteja claro que não é suficiente apenas contratar diferentes profissionais e colocá-los em um serviço. Somente isso não pode ser chamado de equipe, pois é preciso construir esse trabalho, nos refere Nascimento (2004).

Mas do que se trata nessa construção? Vejamos a influência dos profissionais da equipe.

PELBART (1989) comenta dois enfoques em relação a quem tem um trato cotidiano com a loucura: o que tange aos trabalhadores da saúde mental, ocupados (e preocupados) com o sofrimento dos pacientes e o que se refere aos estudiosos da loucura, interessados tão somente na questão poética ou filosófica que a loucura representa.

Este segundo enfoque, justamente, não diz respeito a quem tem seu cotidiano de trabalho enlaçado à loucura, porém, não raras vezes, os CAPS abarcam em suas equipes, profissionais que

olham para o sofrimento que a loucura traz apenas como uma potência, tratando o louco como herói e não levando em conta esse sofrimento.

Ora, sabemos, com a psicanálise, que o psicótico não é herói nem impotente e que aquilo que é fonte de um grande sofrimento pode também ser matéria para uma reinvenção da vida. No momento em que o paciente busca o CAPS, um desafio que se coloca a todos é o de escutá-lo em seu discurso, no sentido de abrir mão de referenciais para escutar sua singularidade, ao invés de enquadrá-lo em parâmetros próprios. Ele precisa muito mais do que apenas integrar um grupo, precisa da presença, suporte do terapeuta para buscar um recomeço.

Ramalho (1995) refere que são muitas as dificuldades com que se deparam aqueles que se dispõem a trabalhar com psicóticos. Mas, a maior dificuldade talvez seja em relação à equipe de trabalho, composta, muitas vezes, por pessoas com concepções totalmente diversas acerca da psicose. Diversas também quanto às propostas de tratamento, chegando, às vezes, a se oporem radicalmente.

Por outro lado, se pudermos olhar para essas diferenças de modo plural, e não dicotômico, nem radical, isso constitui a própria riqueza da clínica que se exerce entre múltiplas profissões e saberes. Este olhar plural parece exercer efeito no tratamento do psicótico quando realmente é lançado pela equipe e não apenas por um único olhar.

Mas, o que dizer de posturas profissionais e equipes, quando o que está à nossa frente é a dor do outro? A partir de quando as equipes, esta ou aquela teoria, podem contribuir ou interferir no tratamento? Como os conceitos da equipe atravessam a concepção de saúde e loucura?

Pensar esse fazer diário parece fundamental.

Por certo que não se busca uma uniformidade no trabalho da equipe do CAPS, até porque é sabido o quanto o trabalho com a psicose requer diferentes saberes, mas inseridos num trabalho realmente em equipe, com um objetivo em comum, onde se somam os esforços, ao invés destes se oporem. Porém, no momento onde a equipe toma para si um ideal de tratamento, ela corre grandes riscos.

Um deles é o risco de ser pressionada pela necessidade de erradicar sintomas, silenciar sofrimentos e outras metas impossíveis. Se passar a incorporar esse papel, não tem mais sensibilidade, escuta ou criatividade para construção de novos lugares de significação, para a sustentação de dispositivos clínicos que permitam ao psicótico o encontro singular com suas potencialidades.

Garrote (2008) coloca que, a partir do entendimento da equipe sobre o que é um CAPS e o conceito de saúde, a visão do tratamento do paciente pode mudar.

Quando entendemos a saúde como ausência de sofrimento, para esta concepção, o CAPS seria o lugar de proteção para o paciente psicótico, onde ele poderia não sofrer, ou sofrer menos do que sofreria submetido aos confrontos com os elementos de sua rede social.

Esse modelo é bastante presente no funcionamento de inúmeros CAPS, onde a equipe acredita estar realizando o ideal de construção de um mundo melhor para o psicótico, mundo esse que estaria protegido da realidade lá fora (na fantasia da equipe). Com isso, os pacientes passam longos períodos sem qualquer projeto que os vincule com a alta, como se não existisse tempo.

Vitor está no CAPS “desde que o CAPS é CAPS”, como comentam os próprios pacientes. A ele já foi oferecido um vasto “cardápio” de atividades que vão desde psicoterapia individual e medicação, passando por AT e grupos intensivos. Foi nomeado porta voz do grupo nas assembleias e reuniões e considerado o “assador oficial” nas festas comemorativas do CAPS. A relação com o pai sempre foi algo extremamente difícil para ele, o que fez com que a equipe o ajudasse a encontrar uma casa para que ele pudesse viver sozinho, como manifestava ser o seu desejo. Esse fato juntamente com a notícia da saída de toda a equipe do CAPS, parece ter contribuído para que o paciente voltasse às tentativas de suicídio, que se tornaram praticamente diárias.

Este recorte nos remete à questão do engessamento que o CAPS pode produzir, conforme nos traz Palombini (2007): a institucionalidade de que os CAPS passaram a ser investidos com o propósito de tecer e articular redes no território, ao mesmo tempo em que propulsiona a disseminação e fortalecimento de novos modos de cuidar, corre o risco de provocar o seu engessamento (e uma nova cronificação), num processo em que as práticas, tendendo à naturalização, perdem a potência de criação; os usuários, passivamente aderidos ao serviço, não vislumbram, para além dele, outros lugares de vida; e o que deveria ser uma rede de serviços apresenta-se como um conjunto frágil de pontos que refluem para o CAPS como seu centro absoluto.

A repercussão da saída da equipe traz essa questão para a vida do paciente: o que ele fará agora, já que a equipe que lhe promoveu autonomia, agora está se tirando?

“É preciso o investimento contínuo numa firme articulação com a heterogeneidade de atores presentes no território e, em especial, o diálogo permanente com os movimentos sociais para que a institucionalidade necessária ao processo de implantação da reforma não venha travar os movimentos vivos de resistência à manicomialização nem faça

obscurecer as conquistas e avanços que inegavelmente vem sendo obtidos.” (Palombini, 2007)

Neste sentido, o CAPS não investe só para dentro de si mesmo, na constituição de si como dispositivo de proteção do sofrimento, mas investe na construção de lugares na rede social e reinscrição desse paciente na comunidade, investimento este de dentro para fora.

Mas, qual é a potência do psicólogo? Até que ponto ele pode alcançar esse paciente? Apoio-me novamente em Perlbart (1993), que compara a figura do terapeuta com a dos anjos, como no filme “Asas do desejo” de Wim Wenders. Os anjos não podem mudar a face do planeta, tampouco dirigir o curso do mundo. Porém, podem tornar mais leve o fardo de uma vida. A disponibilidade para ouvir, às vezes, pode suscitar um novo começo. Não raras vezes ouvimos ao final de uma escuta: “que alívio! Parece que tirei um fardo das minhas costas!”.

2.5 Os “nós” da equipe

*O “nós” é “enosado”: quem diz “nós” sou eu.
O nós só pode ser dito por um eu.”(Ricketts, 2009).*

Quem fala na voz da equipe? Quem são os “nós” da equipe?

Coloca-se aqui o desafio de abordar as dificuldades envolvidas na tarefa de trabalhar em uma equipe de CAPS, os sentimentos que atravessam a equipe, o que compõe o ambiente cotidiano desses locais de trabalho, as teorias, o cuidado aos pacientes e principalmente quais são (ou quem são) os nós da equipe.

Figueiredo (2004) refere acerca da equipe igualitária, onde se corre o risco permanente de desconsiderar a especificidade de certas ações no trabalho clínico e onde prevalece o nós. No funcionamento da equipe igualitária, espera-se que todos os profissionais tenham a palavra, seja em que momento for, oferecendo uma autorização ampla de um profissional por outro. Tudo pode ser discutido e o que prevalece é o confronto de ‘igualdades’, em que cada diferença pode ser tomada como ameaça ao equilíbrio do todo no qual se sustenta a equipe.

Não é possível encontrar o outro totalmente. Há sempre um resto que fica até o nós. Impasses do encontro: é através do outro que nos constituímos. O outro afirma a nossa posição. Ora, se me coloco no lugar do outro, ele não é mais um outro: sou eu!

A equipe do CAPS Santo Afonso é conhecida pelas reuniões “acaloradas”, onde cada profissional defende sua posição, porém não se consegue dar conta das pautas, já que as decisões ficam centradas no “nós” e parece que esses nós nunca desatam.

Tentando responder à pergunta da influência das equipes, Rickes (2008) coloca que:

“não temos essência, nossa natureza é móvel, fruto de encontros, desencontros, afetações, o que não é o mesmo que dizer que não experimentamos estabilizações – precárias – capazes de nos identificar no tempo e no espaço. O que sim está em jogo é o fato de que os traços que nos identificam, no tempo, não são estabelecidos a priori, mas são restos deixados pelas passagens pelo mundo que se inscrevem enquanto experiências a posteriori. Não temos qualquer essência que seja anterior ao percurso pelo mundo”.

Esse “percurso pelo mundo”, que nos traz a autora, remete a nos perguntar sobre a maneira como seria pensado este ou aquele paciente se a equipe não fosse uma equipe igualitária. Muitas vezes escutamos nas reuniões de equipe: “o paciente não é teu, é do CAPS”. Frase que nos faz voltar para a equipe, e não para a especificidade do paciente.

O trabalhador de saúde mental vai ao CAPS não para “dar soluções”, mas para aprender com os problemas colocados pelas sempre novas interpretações que a psicose faz do real. E no meio de tudo isso: a equipe do CAPS.

3. HISTÓRIAS DE AMOR, HISTÓRIAS DE DOR

“Ora, só há ausência do outro: o outro é que parte. Sou eu que fico. O outro vive em eterno estado de partida, de viagem; ele é por vocação migrador. Quanto a mim, que amo, sou por vocação inversa, sedentário, imóvel, disponível, à espera...”³

O Grupo de Mulheres ocorre no CAPS Santo Afonso há mais de três anos. Com encontros semanais, tenta dar conta das histórias das participantes, desde o lugar do feminino e seus diversos papéis: de mãe, esposa, trabalhadora, amante, mulher... Histórias estas que se entrelaçam. Versam em sua maioria sobre um mesmo tema: o amor e, conseqüentemente, a dor de perdê-lo. Perda esta que pode se configurar em um não se importar mais com o que o outro faça, desde que ele permaneça onde está. Tentativa de evitar a perda, a dor...

Durante séculos vivemos em uma sociedade patriarcal, o que ainda hoje influencia os relacionamentos, principalmente no que tange ao aspecto financeiro. O lugar da mulher como provedora está se configurando, com o agravante da tripla jornada e seus diversos papéis.

As mulheres escutadas no grupo, apesar de não dependerem de seus companheiros financeiramente, são Penélopes⁴ a quem uma vontade de eterno atravessa.

A dinâmica desses relacionamentos tão intensos e tão dolorosos ao mesmo tempo é curiosa: as mulheres, a partir do grupo, estão aprendendo a força que têm para se colocarem nessas relações de forma horizontal e não em segundo plano.

O que causa nossos desejos é determinado de alguma forma pelo inconsciente, ou seja: algo que nos escapa, que não controlamos. A questão crucial que aparece é a maneira como as mulheres lidam com esse desejo e com a dor dentro dos relacionamentos com seus parceiros.

Afinal, que percentual do desejo e da dor pode ser verbalizado? Aí está a singularidade.

Freud⁵ coloca que, na verdade, e eis aí paradoxo, o sujeito não pára de acreditar que é amado. Antes uma traição que uma dúvida, já que somente pode trair aquele que ama e só pode ter ciúmes aquele que se crê amado.

Acerca dessa fantasia, recortes como estes não são raros:

³ Barthes (Fragmentos do discurso amoroso, 1977)

⁴ Rolnik, Sueli. “Micropolítica cartografias do desejo”, 1986.

⁵ FREUD, Sigmund. Contribuições a um outro tipo de amor .1912.

“Apesar de todo o sofrimento que ele me causa, por que não tomo uma atitude? Por que não me separo dele? Talvez seja cômodo. Mas, cômodo pra mim? Não! Ele tem outra mulher... Cômodo nada! Ele até me chama de louca!” (Maria, 34 anos. Casada há 14. Quatro filhos).

“Foi um susto: ele tinha outra! Fiquei furiosa e fui saber quem era. Fui até a casa dela. Queria saber se ela era mais bonita que eu. Não acreditava que ele estava fazendo isso comigo. Eu estava com um mês de gravidez! Sei que a gente não escolhe se vai se envolver ou não... Agora vivo querendo achar um ponto negativo nele pra me separar dele... porque no resto tudo, ele é muito bom comigo e com as crianças”. (Cláudia, 40 anos. Casada há 19. Quatro filhos).

“Eu fui lá na casa dela. Precisava saber onde ela morava, como ela era. O que ela tinha melhor do que eu? Descobri que ela não tem nada de melhor que eu, porque na verdade, sou eu que ele ama. Eu sou a mulher dele! Foi apenas um deslize e que eu já perdoei”.(Marta, 37 anos. Casada há 15. Três filhos).

Estes recortes ilustram a questão da especificidade do feminino, além de sinalizar para a dinâmica desses relacionamentos.

Lacan⁶ salienta que é a fantasia o ponto de sustentação do desejo e não o objeto. O sujeito se sustenta como desejante em relação a um conjunto significante cada vez mais complexo. Násio⁷ enfoca a questão do amor indissociado da dor: nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento, como quando amamos. Nunca tão infelizes como quando perdemos nosso objeto amado ou seu amor.

O objeto ao qual o sujeito está ligado e cuja separação provoca a dor é um objeto igualmente amado, mas odiado e angustiante.

Mas, o que significa esse outro tão amado, cujo desaparecimento provoca essa dor imensa? De que trama é composto o laço amoroso para que sua ruptura seja sentida com intensa dor?

Parece claro que o que dói não é somente a perda do ser amado, mas continuar a amá-lo, mesmo sabendo-o irremediavelmente perdido. Impossível saber por que o sujeito quer tanto e a tal ponto disso depender. Por que ele ama esse e não outro? Voltamos ao inconsciente.

⁶ LACAN, Jacques. “Quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise”, 1964.

⁷ NÁSIO, Juan David. “O livro da dor e do amor”, 1996.

Importante continuar a escutar essas mulheres em suas especificidades, afim de que consigam se posicionar em seus relacionamentos, lidando com a dor que eles podem trazer de maneira saudável.

3.1 Outros espaços, outras palavras

“Ao *at*, tão ou mais importante do que ter algo a fazer ou dizer, é deixar-se estar na presença de seu acompanhado. Nesse exercício, antes de ser intervalo, diferença, muitas vezes o *at* é convocado num lugar que se pode dizer de indiferenciação com respeito ao outro”. (PALOMBINI, 2007)

Não sei se foi a angústia de quem queria sair para a rua ou a agorafobia de quem não conseguia. O fato é que, de repente, vi-me saindo do setting e fazendo um AT. As duas coisas juntas, assim como um tudo/ao mesmo tempo/agora.

Minha escuta até então estava sendo psicanalítica e por vezes cega, estando eu presa às teorias... Mesmo assim ainda me junto a Freud quando refere que a palavra pode mudar um destino. Em muitos momentos percebia-me mudando de rota, quando me permitia fazer outra escuta.

A paciente que me propus a acompanhar veio encaminhada do CAPS Centro, cercada de “recomendações”: não adere ao tratamento, envolve-se sexualmente com outros pacientes, usa o CAPS para namorar, dentre outras. Na primeira visita ao CAPS, Cristina me pareceu antes de tudo uma adolescente confusa, com questões próprias da fase, apesar de já contar com 25 anos.

Era dia de festa no CAPS, e ela veio em minha direção dizendo: “já sei que tu és minha xará”. E, desde então, passamos a conversar informalmente pelos corredores ou no pátio, quando ela me mostrava os funks novos de que havia aprendido a coreografia. Não estava ainda pensando em acompanhá-la, até porque não conseguia me ver fora do setting. Porém, em uma tentativa de “enquadrá-la” para uma escuta mais apurada, Cristina saiu da sala duas vezes para fumar, olhava a todo o momento pela janela e queria muito ver se a condução da prefeitura havia chegado, pois ela gostaria de ver “um carinha com quem estava ficando”.

Mudei de rota quando li um texto sobre AT em que a autora dizia que a cidade interveio por ela no atendimento e me deparei com uma possibilidade de atendimento para Cristina que poderia fazer com que ela se interessasse por algum tratamento.

Após a constatação da mudança de rota, me perco... Pego um caminho que não sei se me fará chegar... Mas, onde mesmo quero chegar? A primeira saída com a paciente quase me fez esquecer aonde chegar.

Chegando a casa, ela vem me encontrar, e ficamos andando pelas redondezas. Cristina se queixa muito dos familiares. Na volta para o CAPS, ela pede uma carona (estava com o motorista e o carro da prefeitura). Havia dado por encerrada a “sessão”, porém não sabia ainda o quão estante eu continuava, pois é evidente que a conversa não havia terminado apenas porque o carro chegou.

A paciente segue falando de suas questões. Agora da parte sexual e na presença do motorista. Durante todo o trajeto eu apenas permaneci estática, sem dizer uma única palavra. Estava paralisada. Onde estava o sigilo? Onde estavam o setting, as paredes e as poltronas para ME protegerem?

Sentia um frio na barriga, uma sensação de estar fazendo algo muito errado para a paciente. Sentia-me tão nervosa em estar rompendo com a lógica binária do atendimento: paciente/consultório, paciente/caps, paciente/hospital, paciente/UBS, que não percebi que Cristina continuava falando e, tranquila, esperava o trajeto até o CAPS.

Já no CAPS, eu ainda tremia. Estava claro pra mim que estava entrando em um caminho que não sabia como funcionava direito. Nenhum de meus referenciais teóricos podia dar conta do que estava para acontecer. Seria um desafio. Cristina se despediu de mim e foi pra o grupo perguntando: “tu tá bem, mulher?! Tá meio branca!” Fiquei pensando quem estava acompanhando quem.

3.2 Aprendendo com Cristina

“o *at* vem a ser, privilegiadamente, aquele que ocupa o lugar terceiro, significando, com seu corpo mesmo, o intervalo, a falta não simbolizada entre o sujeito e o Outro, capaz de barrá-lo em seu gozo.” (Palombini, 2007)

Nas saídas que se seguiam, percebo na paciente uma questão bem marcada na ordem do sexual. Trazia desejo de manter relações sexuais com vários “carinhas” que ela considerava bonitos. Ela tinha um namorado, porém isso não a impedia de se relacionar com outros. Fui percebendo que lhe era negado o direito sobre seu corpo. Sua mãe a impedia de sair, de se relacionar, mesmo com o namorado.

Foi em frente ao CAPS em um encontro com Cristina, que pude entender o medo da mãe e me aproximar um pouco das questões da paciente. Conversávamos na calçada esperando um ônibus. Era uma tarde extremamente fria e Cristina vestia apenas uma camiseta “baby look” e uma calça com a barriga de fora. Estava tremendo e muito gelada. Nosso diálogo seguiu assim:

“E daí xará?! Não estás com frio? Podes ficar doente assim!”

“Bah, xará! Pior é que tô com muito frio, mas tu sabe, né?! Pra chamar atenção dos homens tem que se mostrar, não adianta. É o preço.”

“Mas, me conta uma coisa: tem algum homem que tu aches bonito no CAPS? Estás tentando chamar atenção de alguém daqui?”

“Ih, xará tá me tirando? Aqui não tem ninguém pra mim!”

“Então quem sabe deixas pra te mostra pros homens que te interessam?”

No outro dia, vi Cristina vindo ao grupo do CAPS. Estava de blusão e casaco. Ela segue olhando os “carinhas” e os achando bonitos. Conversa com um e com outro pela cidade, nas nossas saídas. Porém, tem experimentado não se expor tanto, a usar preservativos e a decidir sobre isso tudo.

De minha parte, venho aprendendo o que o território e a cidade podem trazer de benefício para o paciente, e é nessa cidade em que ele vive que podemos agenciar seu tratamento e nos valer dela como potencializadora desse tratamento e que, a partir do momento em que me autorizo, aproprio-me de um outro olhar em saúde mental.

3.3 Grupo de mães

“Na época das grandes descobertas, o homem sonhou que o mundo poderia ser melhor. E tentou inventar um ser humano melhor, capaz de conduzir estes ideais juntamente com a sua vida. A invenção da infância fazia parte deste sonho.”
(Texto em off do documentário “A invenção da infância”)

Sulzbach (2000) apresenta um documentário sensível e pertinente, através da visão de crianças pertencentes a grupos socioeconômicos absurdamente diferentes, do sertão do nordeste e de uma metrópole do sudeste.

Enquanto os primeiros passam o tempo trabalhando em pedreiras e plantações de sisal, o segundo grupo estuda e nas horas vagas têm agenda lotada: balé, sapateado, tênis, natação, aula de idiomas...

Parece que estas crianças são filhos de mães que se inscreveram de uma maneira diferente na sociedade: estudaram, exercem suas profissões, e planejaram a gestação somente para depois de obterem êxito em suas carreiras.

As “mães do nordeste” parecem se inscrever através dos filhos e, para isso, têm muitos deles. Como o caso de Rosália, apresentada no documentário. Teve 28 filhos, mas apenas seis sobreviveram. As crianças morrem desnutridas, desidratadas, morrem abandonadas sem acesso mínimo às políticas públicas de proteção à infância.

Mas, o que faz estas mães continuarem a ter filhos? Que associação é essa que parecem fazer, de um filho vivo substituir um morto?

O CAPS Santo Afonso conta há um ano com um grupo de mães, criado para observar o olhar que elas lançam aos seus filhos e como essa maternidade se constitui. Tem como objetivo trabalhar outros sentidos para o “ser mãe” e novos lugares possíveis de “ser mulher”.

Este grupo em parceria com o NUTRIR (serviço de referência da rede que acompanha crianças com problemas nutricionais e suas famílias) acontece concomitante ao grupo de crianças, acompanhado por uma educadora. Enquanto as mães vêm para o grupo, deixam seus filhos em atividades em outra sala.

O grupo de mães foi um projeto muito desejado, porém bem difícil de começar. O projeto foi elaborado logo que o CAPS foi inaugurado. Tentamos desenvolvê-lo em vários locais, com algumas parcerias. No próprio CAPS, na UBS, no Regina Comunidade (na vila Palmeira), nas casas das participantes do grupo e até mesmo em um salão de igreja. Pensávamos que era o local que era distante, porém descobrimos que o tema da maternidade era o que na verdade, estava difícil de abordar para essas mães.

O projeto acabou engavetado, até que, em uma conversa informal com a educadora do NUTRIR, ela refere que estava surpresa que algumas mães não conseguiam sentar com seus filhos para brincar durante as atividades desenvolvidas ali, e a maioria delas não sabia sequer cantar canções infantis, mesmo as mais simples. A educadora diz que gostaria de fazer um grupo de crianças, mas não havia quem trabalhasse com as mães. Bom, não havia até agora...

No primeiro encontro, algumas questões foram levantadas. Sem profissão para exercer (e a maioria delas sem desejo de ter uma), acabam se inscrevendo através dos filhos. Quando perguntado qual profissão, a maioria respondeu: “mãe”. A pergunta “por que escolheu ser mãe?” causou ainda mais surpresa: a maioria estranhou a pergunta, pois toda a mulher “sonha” ser mãe. Não há o que escolher! Ora, sabemos, com a psicanálise, que nenhuma gravidez escapa à

linguagem do inconsciente. Um filho é chamado para alcançar essa representação que lhe escapa, para caracterizá-la enquanto mãe.

A maioria das mães do grupo apresenta um intervalo entre os filhos de três anos. Idade em que a princípio, a criança começa a se independizar dela, logo essa mãe necessita se sentir caracterizada novamente.

Ana tem 28 anos e cinco filhos. Todos em “escadinha”. Diz não querer mais filhos, mas o marido não quer assinar a laqueadura. Traz as mais variadas desculpas para não fazer a cirurgia: não tem quem fique com as crianças, não tem quem cuide da casa ou lave a roupa ou faça comida ou... ou... No grupo seguinte, Ana solicita uma marcação com ginecologista, pois acha que o anticoncepcional está “fraco” e ela parou de tomar. As colegas perguntam se ela está mantendo relações sexuais com preservativo. Ana responde que o marido não gosta.

Virgínia, 25 anos, faz acompanhamento nutricional para o caçula de três anos. Ela se queixa que o menino “não come nada” e está abaixo do peso. *“Vive doente! E eu correndo pra médico toda hora. Até parei de trabalhar”*. Quando observamos a interação de Virgínia com o filho no grupo, algumas ideias surgem a respeito do baixo peso do menino. A mãe não tira o filho do peito, referindo que ele não aceita outra alimentação: só o leite no peito. A criança não fica nem cinco minutos no grupo com as outras crianças, pois Virgínia sai da sala dizendo que ele está chorando. E volta para o peito.

A partir da Psicanálise, sabemos que os pais são parte fundante na formação de uma criança; os pais, ou mesmo quem faz a maternagem. Sem interação com o outro não há subjetividade, e esse “outro” mais importante nos primeiros anos de vida é a mãe.

Porém, essa interação (boa ou ruim) implica diretamente no que o sujeito vai compor e enxergar do mundo que o rodeia. O lugar/olhar da maternidade pode nos remeter a pensar em como a criança vai se constituir e que direção desse olhar nos mostrará o adulto futuramente. Quando a mãe consegue se separar desse filho e olhar para ela mesma, ela estará também olhando para o seu parceiro, trazendo esse pai para o relacionamento com o filho. O que nos faz pensar sobre o lugar desse pai na vida dessas mulheres que se autorizam apenas a serem mães. Há lugar para eles? Parece que não.

Interessante pensar que, no grupo, convidamos os pais a participarem, já esperando que jamais haveria uma presença masculina. Mas, para nossa surpresa, um pai apareceu! Anderson parece dividir toda a responsabilidade dos filhos com a mulher. Discutiu no grupo os papéis de pais e mães e deu exemplos às colegas de grupo.

Anderson parece ser o único. As queixas em relação aos maridos/pais são muitas. Referem principalmente que o trabalho mesmo são elas que fazem em casa e que trabalhar fora (como os maridos) é uma vantagem.

Winnicott (1971) nos traz que podemos pensar que, se amadurecer significa alcançar o desenvolvimento do que é potencialmente intrínseco, possíveis dificuldades da mãe em olhar para o filho como diferente dela, com capacidade de alcançar certa autonomia, podem tornar o ambiente não suficientemente bom para aquela criança amadurecer. Não basta, apenas, que a mãe olhe para o seu filho com o intuito de realizar atividades mecânicas que supram as necessidades dele; é necessário que ela perceba como fazer para satisfazê-lo e possa reconhecê-lo em suas particularidades.

Janaína está no quinto filho e vem ao grupo perguntando sobre como tratar do filho caçula. Ele está com quatro meses e ela não sabe se o deixa em cima de sua cama enquanto faz o serviço doméstico, pois tem medo que ele role para o chão. Também tem dúvidas quanto à alimentação dele: é próprio para a idade oferecer frutas e papinhas ou somente o leite do peito?

O que ainda não tínhamos conseguido apreender é como Janaína, que teve cinco filhos, “esqueceu” as pautas do desenvolvimento. Quando ela traz o pequeno ao grupo, fica clara a dificuldade, pois não parece existir interação dessa mãe com seu filho. Sentada no grupo, ela o coloca deitado sobre seus joelhos, enquanto gesticula, muito falante, sobre as questões pertinentes ao grupo. A sensação que nos passa é a de que a criança não está ali, tamanha a dificuldade de cuidado. Decerto que ela não saberá de que alimentá-lo ou de suas capacidades motoras, pois parece não conhecê-lo.

Ainda trazendo Winnicott, a capacidade da mãe em se identificar com seu filho permite-lhe satisfazer a função de *holding*. Ela é a base para o que gradativamente se transforma em um ser que experimenta a si mesmo. A função do *holding* é fornecer apoio egóico, em particular na fase de dependência absoluta antes do aparecimento da integração do ego. O *holding* inclui principalmente o segurar fisicamente o bebê, que é uma forma de amar; contudo, também se amplia a ponto de incluir a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com, isto é, da emergência do bebê como uma pessoa separada que se relaciona com outras pessoas separadas dele. O *holding* é necessário desde a dependência absoluta até a autonomia do bebê, ou seja, quando os espaços psíquicos entre este e sua mãe já estão perfeitamente distintos.

Desafios da construção do cuidado em saúde mental

“Há um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, algumas vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, é sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.” (Ministério da Saúde, 2010).

Partindo do conceito de acolhimento apresentado por Merhy, Franco e Bueno (1999), é possível refletir o processo de acolhimento trabalhado no CAPS/UBS, na tentativa ainda de se produzir matriciamento através dele.

Os autores trazem que o acolhimento deve expor a rede de petição e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade.

Relação de acessibilidade é uma questão de suma importância a ser trabalhada neste território, uma vez que os profissionais da UBS resistiram muito ao acolhimento, por talvez não entenderem do que se tratava. Resistiram ao acolhimento e ainda resistem ao matriciamento, à interconsulta e a intervenções que possam ser realizadas pela equipe de um CAPS.

A equipe da UBS sempre se mostrou hermética quanto aos desafios e possibilidades da construção do cuidado em saúde mental. Não compreendiam (ou não queriam compreender) a preocupação do CAPS em estender o cuidado para além da consulta/medicação. Muitos conflitos foram aparecendo em função do tensionamento da equipe do CAPS nesse sentido. Todos passavam por questões prático/financeiras, tais como: tempo, produção de Fichas de Atendimentos, números.

A coordenadora da UBS, na época em que iniciamos uma tentativa de acolhimento, referia-nos que não era possível “perder tempo” com reuniões e interconsultas, pois ela teria uma meta de FA’s a cumprir e um tempo estipulado em cada atendimento. *“Vocês não vão querer tirar os meus médicos dos atendimentos, não é?!”*

Por outro lado, os profissionais da UBS não se cansavam em encaminhar *“com brevidade máxima”* os pacientes ao CAPS. A maioria deles sem demanda para atendimento e, o que é pior, a negativa dos médicos em discutir os casos.

Desde o início, para o CAPS, o acolhimento é algo muito discutido e respeitado. Eram duplas de profissionais da equipe que realizavam os acolhimentos na UBS em dois turnos da semana.

A UBS passou a chamar de “acolhimento da psicologia”, foi quando nos demos conta que os profissionais de lá não sabiam o que era acolhimento, então a palavra psicologia entrou numa

tentativa de esclarecer do que se tratava. Até porque, os murais da UBS eram tão cheios de avisos de grupos e eventos, que as pessoas se confundiam.

Os pacientes geralmente chegavam com encaminhamento médico ou por demanda espontânea, mas só eram atendidas seis pessoas por turno, devido à grande demanda e às dificuldades de inserção na rede, naquele momento.

Os casos que chegavam para acolhimento em sua maioria eram encaminhados pelos clínicos, já diagnosticados de “depressão” e com pouquíssima (ou nenhuma) menção a dados da história do sujeito. Alguns vinham pelo Conselho Tutelar, outros eram afastados do INSS à procura de laudo para perícia, outros já chegavam solicitando medicação e também alguns casos, estes mais raros, de psicoses.

A maioria dos casos de “depressão” poderia ter tido uma resolução já com os clínicos que realizaram o primeiro atendimento. Demo-nos conta de que boa parte dessas pessoas chegava à consulta com o clínico chorando, muito fragilizadas. Devido ao pouco tempo para atendimento, e também por não se sentirem capacitados para tal escuta, e entendendo o caso como demanda “psi”, encaminhavam diretamente “ao psicólogo com brevidade”.

Percebemos que o acolhimento estruturado desta forma não estava sendo resolutivo. O CAPS já não comportava receber novos pacientes, muito em função de não haver equipe mínima de trabalho, e estava se criando uma fila de espera muito grande. Resolveu-se, então, fechar o acolhimento na UBS.

Passamos então a pensar na possibilidade de interconsulta com os clínicos. Na primeira e única oportunidade que tivemos, a psicóloga e um psiquiatra do CAPS escutaram Magda, uma paciente que procurou acolhimento.

Martins (1992) ressalta como objetivos da interconsulta: a modificação do padrão de assistência centrada no trabalho para uma que dê ênfase ao paciente; a valorização do papel da relação profissional-paciente e o aprofundamento do estudo da situação do paciente e dos profissionais.

A interconsulta contou com um clínico da UBS, que se interessou pelo caso e contribuiu muito para a ideia de interconsulta na UBS. A ideia era abrir um pouco essa porta fechada que a UBS havia estabelecido para os pacientes do CAPS. Fazer compreender que o transtorno afetivo é tão grave quanto qualquer doença e que os pacientes devem ser atendidos com a mesma atenção

que os outros. Após essa oportunidade, a então coordenadora da UBS comunicou que não era possível dar continuidade às interconsultas, pois demoravam muito tempo, e a produção atrasava.

É importante ressaltar que em Novo Hamburgo ainda não existe Programa de Saúde da Família - PSF⁸, o qual, aliado a outras estratégias, como o Acolhimento, poderia estar dando conta da maior parte dos casos que chegam ao CAPS. Diante deste contexto, percebemos a necessidade de criação de equipes de referência e Apoio Matricial. Pensamos algumas iniciativas, numa tentativa de construção do matriciamento, ainda que em estágio embrionário.

Figueiredo, 2005⁹ refere que

“O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários”.

O CAPS vem participando de forma efetiva com a ideia do apoio matricial, junto a UBS, no intuito não atuar de modo fragmentado tensionando coordenação e equipe para que possam lançar um olhar mais amplo a este paciente que busca o serviço, através de reuniões e planejamentos. Algum progresso está sendo alcançado, ainda que no plano teórico.

3.4 100% SANTO AFONSO

“O jornal aparece como instrumento terapêutico capaz de promover mudanças na comunicação, no ato de contar e construir histórias e na convivência estabelecida entre os integrantes de um grupo” (Guerra, 2008)

Primeiro foram as camisetas. A equipe estava tão tomada pelo trabalho e a especificidade dele no território que pretendíamos fazer camisetas onde se pudesse ler: “sou 100% CAPS Santo Afonso”. Acresci a ideia de expandir a frase para outras pessoas que não tivessem as camisetas.

⁸ Programa de Saúde da Família aqui entendido como uma estratégia de intervenção que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua.

⁹ In GOMES, Vanessa Gimenez. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Campinas, 2006, p.4-5.

Toda a comunidade. Surge então o jornal do CAPS, para que pacientes, profissionais e comunidade pudessem trazer voz, partindo de suas realidades.

O jornal tem a intenção de ser um dispositivo para este território, tendo como focos a promoção da saúde, educação, geração de renda, inserção social, auto-estima, lazer, ou seja: qualidade de vida. Também é um articulador para as atividades desenvolvidas pelo CAPS no cumprimento de sua finalidade neste território, apresentando-se como um dispositivo de promoção de saúde na comunidade.

A ideia foi tomando proporções. Reunimos os pacientes, fizemos pautas, pensamos em fotos, diagramação. Seria uma oficina, que trabalharia com as questões relativas ao jornal e traria autoria para o cotidiano deles. Incluindo o nome para a publicação que foi escolhido em assembleia com os pacientes, juntamente com a primeira proposta de pautas.

Através deste dispositivo, puderam trazer questões de suas histórias, que nem lembravam mais. Foi quando Vitor lembrou que, antes do surto, sabia assar galeto muito bem. Ou Helena, que sabia desenhar roupas e acessórios. Ficou acertado então, que a foto de capa da primeira edição seria a de Vitor assando um galeto (ele é, desde então, nosso assador), e Helena iria esboçar o nosso logotipo.

Assim o jornal foi se compondo, e sua elaboração permitindo a emergência de posições subjetivas na organização dos textos, à medida que os pacientes escolhiam o que apareceria na primeira página, o que comporia o jornal, de que forma os textos seriam dispostos no jornal. Firmavam acordos, e todos participavam com entusiasmo dessa etapa de confecção do jornal.

A impressão do jornal estava muito difícil de conseguir. Enviamos o material já produzido pelos pacientes para a Prefeitura, solicitando uma tiragem de mil exemplares de um jornal com oito páginas. Porém, antes mesmo de uma resposta, os pacientes se organizaram para vender anúncios no jornal, junto aos comerciantes do bairro. Cada página deveria conter quatro anúncios nos rodapés.

A prefeitura informou que o CAPS Infantil já possuía um jornal, portanto não investiria em outro. Foi sugerido ainda que juntássemos o nosso material para publicação no jornal do CAPS infantil.

Na oficina, os pacientes votaram contra a junção das publicações, até mesmo porque o jornal do CAPS Infantil já era bem pequeno e não comportaria nosso material na íntegra.

Evidentemente, ficou a frustração de não verem seus trabalhos publicados. Queriam ver o jornal na rua, para que fossem protagonistas de algo. No que diz respeito a isso, Guerra (2008) afirma que “o psicótico seria deslocado ou separando dessa posição de objeto do gozo do Outro ao

criar um objeto externo, endereçado ao social, via oficineiro ou qualquer outra pessoa ou instituição”. Neste sentido, um jornal apresenta um uso social direto de informação, de narrar fatos e histórias do cotidiano. Ao mesmo tempo, um jornal tem legitimidade social e a função de aproximar o estranho do comum, do que pode ser dito, contado e comentado.

Ainda não desistimos da publicação, tentando buscar, junto aos comerciantes do território, a venda de anúncios, a fim de manter o propósito do jornal de qualidade de vida dos pacientes, além de articulação com a rede. A oficina se esgotou, após a negativa da publicação, mas quase todos os dias algum paciente ainda traz informações de que um ou outro comerciante está interessado em anunciar. Porém, ainda não se chegou ao valor da publicação.

Abaixo os modelos criados por Helena para logotipo do jornal:



Reza a lenda que Afonso foi um padre, irmão do proprietário do loteamento de terras que deu origem ao bairro. Sendo o nome do bairro em homenagem ao padre Afonso. Coincidentemente, na mesma época vivia Santo Afonso, na Itália. Presbítero que vivia com os sem teto e marginalizados de Nápoles. Imerso em atividades sociais, educação e vida comunitária. Trabalhava com condenados à morte: Afonso inscreve-se numa associação de voluntários que conforta na fé os condenados à morte, acompanha-os até o local da execução. Também pertenceu à Confraria dos Doutores, visitava e cuidava dos doentes do hospital conhecido como hospital dos incuráveis. Sabendo dessa lenda, Helena criou o logotipo.

3.5 Paredes e meia

“Contra a prática do planejamento urbano, a ideia do labirinto nos sugere uma volta à cartografia, que reflete uma situação, acompanhando os movimentos de transformação da paisagem” (Jacques, 2001)

Algumas favelas têm nome de árvores, como refere Jacques (2001), mas, na realidade, crescem como mato que brota em terrenos baldios. Assim é a invasão dos espaços nas favelas: como mato crescendo nas bordas e finalmente ocupando todo o terreno.

O território do CAPS Santo Afonso abrange a vila Palmeira (nome de árvore), onde a tomada dos espaços parece realmente ocorrer da noite para o dia. Surgem casas a todo o momento, formando novas configurações do território.

Nessa vila situa-se na rua da Divisa, na verdade um beco, famoso por ter casas pertencentes a uma mesma família. Pais, filhos, tios, avós, são vizinhos. “Criaram” a rua da Divisa da noite para o dia. A configuração dessas casas é algo que por vezes impressiona. Em escuta a uma paciente residente na vila, ela me relata: “a senhora sabe, né? Eu moro em paredes e meia e preciso falar baixo e não é qualquer pessoa que posso colocar pra dentro de casa. Os outros escutam e podem maldar”. Mas, eu não sabia. Aliás, não tinha a mais remota idéia do que eram as “paredes e meia”.

Essa denominação é dada às casas que são divididas por mais de uma família e a parede que divide o quarto, por exemplo, é a mesma parede da sala da outra família. Não há paredes duplas, ou um espaço entre uma casa e outra. Além disso, as casas são construídas de fragmentos encontrados nas ruas, resto de obras. Há sempre um novo “puxado” a ser construído e mais pessoas morando próximas. Os materiais são recolhidos ao acaso e, com o tempo, precisam ser substituídos. Por isso, nunca acabam de ser construídos.

Morar nestes espaços parece mudar a forma de relação entre as pessoas. Esta paciente que me apresentou o conceito de paredes e meia, por exemplo: vive falando muito baixo, quase sussurrando. Outro paciente, que mora bem próximo às bombas que retiram água do rio dos Sinos para abastecimento local, relata que o local serve de desova para corpos assassinados em função do tráfico de drogas. Ele refere que foi pescar por lá e pescou um dedo humano, sem contar o forte mau cheiro do local.

Conforme Schütz (2001), o bairro Santo Afonso foi criado em 1949, e as migrações causaram um aumento populacional de 137,45% entre 1980 e 1995*. Áreas hoje densamente povoadas ainda constam em mapas da cidade como desabitadas. Índices de violência e pobreza elevados. População do local constata a estigmatização. Este é o território de onde vêm os pacientes da Saúde Mental atendidos no CAPS.

A Palmeira é cercada de mitos. Os pacientes estranham quando alguém da equipe entra lá. Dizem: “na Divisa não dá pra passar depois das 6 da tarde” ou “Ih! Moro longe. Lá perto das bombas, mas tu não sabes onde é!” Esse território que os pacientes conhecem tão bem, é

densamente povoado e composto, como nos traz Palombini (2007) *de ruas labirínticas que avançam, rizomáticas, pelas brechas da cidade – para apreender o caráter inventivo e mutante com que seus moradores enfrentam o vazio deixado pelo poder público.*

O CAPS aparece, então, frente a esta situação tão peculiar de moradia, como uma referência para qualquer situação – por vezes menos da questão do transtorno afetivo grave e mais da questão de condições básicas de sobrevivência: alimentação, moradia, vestimentas ou simplesmente escuta.

4. CONCLUSÃO

“Para além destes transtornos, são diversos os problemas advindos das faltas concretas na vida, ou gerados pela ordem sócio-econômica vigente. É inegável que a miséria em que se encontra a maior parte da população brasileira, sobretudo na periferia das grandes cidades, se traduz em condições de existência favoráveis às dificuldades afetivas, emocionais e relacionais”.(Figueiredo, 2005).

O CAPS Santo Afonso é o único CAPS do município localizado em um bairro; todos os demais CAPS localizam-se no Centro da cidade. O bairro é cortado por um arroio, e muitas moradias encontram-se em suas encostas e são alagadas em períodos de muita chuva. É um local de grande vulnerabilidade social, onde a população, em sua grande maioria, trabalha com reciclagem e vive em condições habitacionais extremamente precárias. É desafiador trabalhar saúde mental nessas condições e, para isso, utilizamo-nos no território de alguma criatividade nos grupos.

Trabalhamos com oficina de literatura e escrita, grupo de mães, grupo de mulheres, organização de uma biblioteca na comunidade, grupo de jardinagem, de educação ambiental em Lomba Grande (zona rural do município), oficina do jornal, grupo de artesanato, AT, dentre outros, e investindo também na articulação com a rede, nos profissionais e nos afetos que compõem a vida em comunidade.

Conforme Nicácio, citada por Palombini (2007),

o serviço de saúde mental inclui-se como uma das linhas de forças presentes no território, atuando nos contextos reais de vida dos seus usuários, buscando reconhecer possibilidades de produção e potencialização das suas redes sociais, o que, se requer “entrar em relação, mediar conflitos, produzir novas formas de comunicação e de interação”, o faz afetando e deixando-se afetar a cada encontro, impedindo totalizações. A territorialização do trabalho, portanto, “implica a recusa de atribuir legitimidade apenas ao saber técnico e de anular os repertórios de saberes dos usuários, dos familiares e das pessoas do território”.

Aqui parece residir o que marca a equipe do Santo Afonso: trabalhar o paciente a partir de sua realidade e toda a carga afetiva que ela traz, mas não apenas ao psicótico, porém a toda a sua família.

Através deste olhar sobre a saúde mental, buscamos, antes que uma rede organizada, uma rede informada das questões pertinentes ao funcionamento de um CAPS e ao que o trabalho pode

trazer de benefício para o comunidade. Para isso, segundo Merhy (2006),

seria necessário reconstruir a idéia do trabalhador em saúde, para além do médico e, procurando a configuração do trabalhador coletivo, construir um processo que propague os espaços institucionais com a presença do conjunto de atores, realmente interessados na saúde, em particular, os usuários.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARTHES, Roland. **Fragmentos de um Discurso Amoroso**. Lisboa: Edições 70, 1977.
Trad. Isabel Gonçalves.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRECHT, Bertold. "**Sobre a maneira de construir obras duradouras**". in '*Lendas, Parábolas, Crônicas, Sátiras e outros Poemas*'. Tradução de Paulo Quintela 2008.
- FIGUEIREDO, Ana C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- FRANCO, T., MERHY, E.E., BUENO, W.,. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim**. Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.15, n. 2. Rio de Janeiro Abr./jun. 1999
- GARROTE, Maurício S. **Referenciais éticos para implantação de CAPS**. In *Caps Cirandas*, nov/2008.
- GOMES, Vanessa G. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP/SP. Campinas. Fev, 2006.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes,1986.
- GUERRA, A.M.C. (2008). **Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática**. In C.M. Costa, & A.C. Figueiredo (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania** (pp. 23-58). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- JACQUES, Paola Berenstein. **Estética da ginga: a arquitetura das favelas através da obra de Hélio Oiticica**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra / RIOARTE, 2001.
- MARTINS, L.A.N. **Interconsulta Hoje**. In: Mello Filho, J. *Psicossomática Hoje* (pp. 160-164). Porto Alegre: Artes Médicas.1992
- NASIO, J. O livro da dor e do amor. Ed. Jorge Zahar. Rio de Janeiro. 1996.
- PALOMBINI, Analice de Lima. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: 2007.

_____. **Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico** político. *Psychê* - Ano X , nº 18, (pp. 115-127). São Paulo. Set/2006.

PELBART, Peter Pál. ***Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão.*** São Paulo: Brasiliense, 1989.

RAMALHO, Rosane. ***A escuta do delírio da clínica da psicose.*** In “Convivendo com a loucura” APPOA, 1995.

RICKES, Simone M. e SIMONI, Ana Carolina R. ***Do (des)encontro como método.*** In *Currículo sem Fronteiras*, v.8, n.2, (pp.97-113). Jul/Dez 2008.

SANTOS, Lulu. **“Tudo igual”**, CD Assim caminha a humanidade. BMG, 1994.

SCHÜTZ, LIENE M. MARTINS. **Os Bairros de Novo Hamburgo.** Novo Hamburgo: L.M..M Schütz, impresso na Gráfica Sinodal, 2001.

SILVA, W. V. ; SPANEMBERG, L. ; BAVARESCO, P. ; PEDROSO, D. C. C. ; COLOMBO, D. . **Definindo prioridades nas políticas de Saúde Mental a partir do mapeamento e zoneamento de um distrito sanitário de Novo Hamburgo RS.** In: XVIII IEA World Congress of Epidemiology and VII Brazililan Congress of Epidemiology, 2008, Porto Alegre. Anais do XVIII IEA World Congress of Epidemiology and VII Brazililan Congress of Epidemiology, 2008.

SILVA, W. V. . **O Programa de Atenção a Pacientes com comportamento suicida (PROCS) numa Unidade Básica de Saúde (UBS) em Novo Hamburgo.** In: I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental, 2006, Florianópolis - SC. Anais do I Congresso Sul Brasileiro de Saúde Mental, 2006.

SULBACH, Liliana. **A invenção da Infância.** Documentário, 16mm. Porto Alegre, 2000 (DVD)

WIERZCHIWSKI, Leticia. **Prata do Tempo.** Porto Alegre: L&PM, 1999.

WINNICOTT, Donald W . **Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas.** In: *O brincar & a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975d, (pp.163-186). Trabalho originalmente publicado em 1971.