

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Luciana Gomes da Costa Albuquerque

*Saúde Mental em Rio Bonito:
Atividade dos trabalhadores no processo de
Reforma Psiquiátrica no Município.*

Niterói
Primavera de 2010

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central
do Gragoatá**

A345 Albuquerque, Luciana Gomes da Costa.
Saúde mental em Rio Bonito: atividade dos trabalhadores no
processo de reforma psiquiátrica no município / Luciana Gomes da
Costa Albuquerque. – 2010.
127 f.

Orientador: Cláudia Osório da Silva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia,
2010.

Bibliografia: f. 123-127.

Luciana Gomes da Costa Albuquerque

*Saúde Mental em Rio Bonito:
Atividade dos trabalhadores no processo de
Reforma Psiquiátrica no Município.*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de concentração Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Orientadora: Prof. Dr^a Cláudia Osório da Silva

Niterói/2010

Saúde Mental em Rio Bonito:
Atividade dos trabalhadores no processo de Reforma
Psiquiátrica no Município.

Dissertação apresentada por Luciana Gomes da Costa Albuquerque
ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do
Instituto de Psicologia e Ciências Humanas da
Universidade Federal Fluminense,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, na área de concentração
Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Banca:

Cláudia Osório da Silva, doutora, UFF.

Eduardo Henrique Passos Pereira, doutor, UFF.

Milton Raimundo Cidreira de Athayde, doutor, UERJ.

Aos meus amados: Beto, Lu e Pedro.

*A toda equipe e usuários do
Programa de Saúde Mental de Rio Bonito.*

Os Parceiros

Sonhar é acordar-se para dentro:
De súbito me vejo em pleno sonho
e no jogo em que todo me concentro
mais uma carta sobre a mesa ponho.

Mais outra! É o jogo atroz do Tudo ou Nada!
E quase que escurece a chama triste...
E, a cada parada uma pancada,
E o coração, exausto, ainda insiste.

Insiste em quê? Ganhar o quê? De quem?
O meu parceiro... eu vejo que ele tem
Um riso silencioso a desenhar-se

Numa velha caveira carcomida.
Mas eu bem sei que a morte é seu disfarce...
Como também disfarce é a minha vida!

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

“Àquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo o que pedimos ou pensamos, de acordo com o seu poder que atua em nós, a ele seja a glória na igreja e em Cristo Jesus, por todas as gerações, para todo sempre!” (Efésios 2:20)

Ao meu amor, marido e principal incentivador, sem o qual não teria nem ao menos procurado a UFF, quanto mais chegado até aqui. Pela escuta de todas as histórias nesses anos em que de certa forma acabou fazendo parte da equipe de saúde mental e de nosso trabalho, ainda que indiretamente. Meus filhos incluo aqui, pela compreensão em aceitar as várias horas no computador, no celular e meu mau humor na hora das crises.

A meus pais, sem os quais, obviamente tudo seria diferente.

À Cláudia Osório, pela amizade, generosidade, atenção, paciência, competência, enfim, muito mais que orientadora uma verdadeira parceira.

Aos professores do mestrado da UFF, em especial Eduardo Passos pela participação na qualificação, pré-banca e banca final e Helder por também acompanhar tudo de perto com seu sotaque paraibano.

A Newton, supervisor do CAPS, pela generosidade em permitir que eu invadissem sua praia com minha pesquisa, pelo apoio na gestão do programa, pelas dicas de leitura, valeu.

A Andréia, Ester, Cátia, Solange, Francine, Fernanda, Glória, Boni, Rose, Pablo, Jô, Elzenir, Líris, Roberto, Lucila, Aglaia, Dulce, Conceição, Ana Lúcia, Miminho, Jorginho, Nildo, Flávia, Jaciara, Eliene, Celi, D. Nilda, Albertina, Mirna, Tânia, Anselmo, Pedro Vicente, Maria Coleta, Orlando, Serrano, Luís Vasquez, Joaquim, Daniele, Robson, Silvana, Cecília e muitos outros que não lembrarei o nome mas que estão presentes aqui em todas as histórias.

À secretária de saúde de Rio Bonito, Maria Juraci Dutra, Cici, pela confiança, apoio, competência e experiência no trabalho com a saúde mental.

À Prefeitura de Rio Bonito na figura de seu Prefeito José Luís Antunes e do Vice-Prefeito Matheus Neto, em especial pela moderação e interesse.

À equipe técnica da Gerência Estadual de Saúde Mental, principalmente Kadu, importante mediador nas mais diversas negociações.

RESUMO

Passado o momento inicial de convencimento da relevância humanitária da reforma psiquiátrica, continuamos numa caminhada de descobertas e inventividades no que tange aos desafios diários que se impõem aos profissionais que lidam com a construção de uma rede que dê conta das necessidades de atenção integral dos usuários dos serviços de saúde mental. Tendo como ferramenta os conceitos da Clínica da Atividade e da Análise Institucional, nosso trabalho trata das atividades dos trabalhadores de saúde mental, observadas nos encontros de supervisão do CAPS1 Dr. Cléber Paixão, em Rio Bonito-RJ. Neste território se mantém, há mais de 40 anos, um asilo psiquiátrico, o Hospital Colônia Rio Bonito (HCRB), atualmente o maior manicômio do estado, em processo lento de fechamento pelas instâncias públicas. Partimos da premissa que a manicomialização é apenas uma das tendências do asilamento e de que a longa convivência com modelos de exclusão e privatização no campo da saúde mental deixaram marcas subjetivas no território tornando mais complexas as atividades dos profissionais de saúde mental no curso da reforma psiquiátrica.

Os encontros de supervisão clínica-institucional são tomados como campo de registro dessas atividades, entendendo-se tais encontros como atividade sobre as atividades.

Palavras-chave: atividade; desinstitucionalização; rede de atenção em saúde pública; reforma psiquiátrica; saúde mental.

ABSTRACT

After recognizing the humanitarian relevance of a psychiatry reform we are still on the way of discoveries and inventiveness concerning the daily challenges of which the professionals have to deal with which lead to a network which meet the need of an integral assistance for people using the mental healthcare services. Using as a tool our concepts of Clinical Activity and Institutional Analysis, our work is based on the stories of healthcare workers, collected during the supervision meetings of CAPS1 Dr. Cléber Paixão, in Rio Bonito-RJ. In this territory, since 40 years, they maintain a psychiatry asylum, the Hospital Colonia Rio Bonito (HCRB), at present the biggest mental home of the state, but in a slow process of closing down by public authorities. We already know that the "manicomialização" is only one of the tendencies of "asilamento", and that the well known models of exclusion and privatization in the field of mental health left one's subjective marks in Brasil making the activities of the professionals there more complex within the psychiatry reform. The weekly supervision institutional-clinic meetings are our field record of these activities and should be understood like an activity about activities.

Keywords: activity; destitutionalization; network of assistance in public health; psychiatry reform; mental health,.

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	<u>12</u>
<u>CAPÍTULO 1-UMA PASSAGEM PELA SAÚDE MENTAL EM RIO BONITO</u>	<u>20</u>
1.1 – Meu encontro com o território	20
1.2 – O Hospital Colônia Rio Bonito	32
1.3 – O Centro de Atenção Psicossocial: CAPS I Dr. Cléber Paixão	39
1.4 – Tecendo a rede	48
1.5 – Um Ambulatório de mudança...	49
1.6 – Programa de Saúde da Família (PSF)	51
1.7 – A arte de insistir	53
<u>CAPÍTULO 2 – SUPERVISÃO CLÍNICA-INSTITUCIONAL</u>	<u>56</u>
<u>CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</u>	<u>69</u>
<u>CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DAS REUNIÕES DE SUPERVISÃO</u>	<u>88</u>
4.1 – Trabalhador de saúde mental: um gênero atarefado...	88
4.2 – Descontinuando...	94
4.3 - Por que parou? Parou por quê?	99
4.4 – Ampliando a roda de conversa	100
4.5 – CAPS e Ambulatório: que parentesco é esse?	103
4.6 – Confiança se conquista...	106
4.7 – Trabalhando no meio do tiroteio	110
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>119</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>123</u>

Memória

Amar o perdido
deixa confundido
este coração.

Nada pode o olvido
contra o sem sentido
apelo do Não.

As coisas tangíveis
tornam-se insensíveis
à palma da mão

Mas as coisas findas
muito mais que lindas,
essas ficarão.

Drummond

INTRODUÇÃO

*"Coisa que gosto é poder partir
Sem ter planos
Melhor ainda é poder voltar
Quando quero..."*

*E assim, chegar e partir
São só dois lados da mesma viagem
O trem que chega é o mesmo trem da partida
A hora do encontro é também despedida
A plataforma dessa estação
É a vida desse meu lugar
É a vida desse meu lugar."
(Fernando Brant e Milton Nascimento)*

Esse trabalho parte da premissa de que o processo de Reforma Psiquiátrica, difundido em vários países e entendido como um grande movimento de mudança de paradigmas clínicos e políticos dentro do campo da saúde mental depende, diante da temática da desinstitucionalização, do encontro entre sujeitos, da reconstrução de histórias de vidas perdidas, das micropolíticas que se constroem nos quotidianos das cidades, dentro dos dispositivos, na construção de programas e de políticas públicas. A desospitalização, para além de um simples processo de alta, inclui os vários sujeitos envolvidos nesse processo, sejam os, técnicos, usuários, moradores da cidade, familiares, numa trama de situações próprias do que há de vívido na vida, o imprevisível.

Esse entendimento nasceu em minha caminhada com a Saúde Mental, que se deu durante o curso de psicologia na UFRJ, de 1989 a 1993, onde acompanhei como estagiária o serviço então chamado de Hospital Dia, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

Essa escolha, porém, me remete a outras de minha infância... Havia domingos em que visitávamos meu tio Pedro, esquizofrênico, irmão de minha mãe, que morava conosco. Foram vários os hospitais psiquiátricos, porque minha mãe lutava com o desejo de tê-lo conosco e a falta de formas de

tratamento que não a internação, havia um ambulatório cujas consultas se davam com meses de intervalo e onde ele não formava nenhum vínculo com os profissionais. Suas referências de vínculo em geral eram as equipes de determinadas clínicas por onde passou. Assim que se apresentava algum sinal de calmaria, ela o levava novamente para casa, onde na rua era conhecido como louco, mas para mim era um tio, irmão de minha mãe, de quem ela desejava cuidar. Hoje, por opção dele, mora, sozinho, porém, sem nenhum acompanhamento extra-hospitalar, no Estado do Rio Grande do Norte, local onde nasceu, cuida de si, da casa que construiu com suas mãos e se diz inventor de apetrechos, que a utilidade, ou não, é o que menos importa...

Apesar de acompanhar, um tanto de longe os movimentos da Reforma Psiquiátrica e criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), toda essa temática me tomou novamente, ao mudar-me, há oito anos, para a cidade interiorana de Rio Bonito, na busca apenas de um lugar mais tranquilo onde os filhos pudessem crescer. No ano de nossa mudança, inaugurava-se o CAPS, e ao passarmos pela estrada, entrando na cidade, sempre a mesma imagem, o Hospital Colônia de Rio Bonito, e sempre a mesma cena, pacientes perambulando por um descampado gradeado à beira da BR 101.

Após três anos residindo na cidade e conhecendo melhor a cultura e histórias do local, passei a trabalhar na saúde pública como psicóloga funcionária da prefeitura. Por meu envolvimento com a temática da reforma psiquiátrica desde o tempo da faculdade, meu único interesse era trabalhar no CAPS da cidade, que já conhecia por conta de um trabalho de campo do curso de Psicologia Jurídica que fiz na UERJ. O único interesse da secretaria de saúde era colocar mais uma psicóloga no ambulatório para dar conta da imensa fila que existia por lá. Depois de uma convincente argumentação, negociamos algo que, não imaginava eu, mudaria toda a minha trajetória profissional no município: aceitaram que eu ficasse um dia no ambulatório e outro no CAPS, excepcionalmente e tudo com um expresso espanto acerca de meu desejo em trabalhar no CAPS, unidade onde a princípio ninguém queria trabalhar...

Iniciei nos dois serviços trazendo comigo as imagens de moradora do município, já tendo dado ouvidos a uma série de histórias acerca da cidade e do manicômio, porém sentindo falta de trabalhos, literatura que falasse sobre a saúde no município e em particular a saúde mental. Senti dificuldade em entender o que se passava naquele momento, em que serviço estava me inserindo, com que forças iria tratar naquele contexto, e nesse sentido alguma produção escrita, algum trabalho, que falasse das histórias, dos processos já vividos nos serviços e localidade seria importante.

Essa necessidade de observação histórica pauta-se numa tentativa de crítica dos processos, não como postos, mas como construídos por pressupostos que precisamos repensar enquanto trabalhadores e construtores desses serviços num contexto histórico manicomial:

“Articulando clínica e história somos levados também a incluir a dimensão política da clínica. Pois argüir a história é poder dela extrair seus processos de produção, é desnaturalizar seus eventos fazendo aparecer este jogo de forças que dá corpo à realidade”
(PASSOS e BARROS, 2001, p.92)

Fui observando, através das experiências que vivi enquanto trabalhadora da saúde mental em Rio Bonito e dos encontros de supervisão clínico-territorial com a equipe do CAPS Dr. Cléber Paixão, os impasses para o desenvolvimento de um programa de saúde mental no município de Rio Bonito, problematizado pela questão de um modo asilar evidente numa recorrente demanda pela internação como única solução. Essa escolha nos parecia um tanto comum em vários serviços do município, e não exclusivamente na saúde.¹

¹ Por exemplo, acompanhávamos, enquanto unidade de saúde, as crianças abrigadas na “Casa da Criança”, instituição mantida pela Secretaria de Trabalho, habitação e Bem-Estar Social, que em geral estava com sua capacidade máxima de crianças, muitos desses abrigamentos como sendo a primeira alternativa dos conselheiros tutelares diante de qualquer conflito familiar. Muito comum, ainda, era o asilamento de idosos, havendo três asilos na cidade, todos também lotados. Havia casos de pessoas de 50 anos asiladas por seus

Essas dificuldades de criação de alternativas substitutivas ao manicômio nos chamavam a atenção, ficávamos diante de várias interrogações acerca do que tanto nos impedia. Notava o quanto isso trazia sofrimento e influenciava nas atividades dos trabalhadores desses serviços.

Definimos esse modo asilar como uma insistente postura de exclusão, pré-conceitos, rotulação, dificuldade de lidar com o diferente, onde o 'tratamento' elege o 'doente' como único objeto, as decisões são tomadas hierarquicamente, articuladas com o uso freqüente da alternativa de internação, medicalização, asilamento, abrigamento, como resolução de impasses sociais. Na cidade em questão, percebemos o quanto tais instituições são valorizadas e necessárias para o funcionamento de diversos serviços, principalmente públicos. Talvez tal forma de funcionamento fosse ressaltada pela existência do manicômio, um grande hospício, no território do município.

Escrevo este trabalho num momento particularmente especial em que o HCRB recebe uma indicação de descredenciamento pelo SUS (Sistema Único de Saúde) depois de avaliação do Programa Nacional de Avaliação Hospitalar (PNASH). Indicação que não se confirmou, pois o HCRB continuou a receber os repasses do governo, pairando sempre uma dúvida acerca da real situação do HCRB junto ao SUS.

Quais os impasses e recriações do profissional de saúde mental da Reforma Psiquiátrica diante de uma rede que funciona a partir de um forte viés manicomial? Como criar uma aproximação entre os serviços e técnicos nesse processo de re-organização de uma rede historicamente tensa?

A escolha do tema parte do pressuposto de que ainda estamos num momento muito novo com relação às idéias da reforma psiquiátrica, particularmente no município em questão, que além de ter em seu território o HCRB há 42 anos, no Km 51 da rodovia BR101, tem, ainda, no município

familiares, alguns que nossa equipe acompanhava e não indicava internação psiquiátrica, por fim eram asilados nessas "casas".

vizinho de Tanguá, a Clínica de Repouso Ego, também privada, com 180 leitos, em sua maioria financiada pelo SUS, situada na mesma BR101 Km 45, há apenas 6 km do HCRB. Esse trabalho de reinserção social esbarra sim em uma forma de funcionamento manicomial comum numa cidade acostumada à prática da exclusão, o que serve de fator complicador na rotina dos técnicos. Justifica-se essa escolha pelo fato de não haver até o momento registro de pesquisa desse processo em pleno andamento. Espero, ao mesmo tempo, apoiar com meu trabalho a possibilidade de mudança nesse cenário, além de refletir sobre a difícil construção dessa nova atividade profissional no país: técnicos de saúde mental de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, o que não é peculiaridade apenas desse território. Portanto, partindo de nossas experiências encontrarmos pistas para a construção dessa atividade profissional.

O objetivo desse trabalho é estudar as atividades dos profissionais de saúde mental durante a experiência da implantação do CAPS no Município de Rio Bonito, destacando as dificuldades desses, em atuar na construção de rede de atendimento em saúde mental no município. Quais as soluções encontradas pelos técnicos neste caminho? Como enfrentam o desafio de torná-lo um instrumento de referência territorial em saúde mental, apesar do longo histórico da relação cidade de Rio Bonito x manicômio?

Acompanhei parte da construção da rede de atendimento em saúde mental no município, os processos e inventividades na resolução dos impasses na rotina dos serviços e é obvio dizer que não foram poucos. Para tanto, nosso principal campo de pesquisa foram os encontros de supervisão clínico institucional da equipe do CAPS. Nesse caso um campo de pesquisa que não precisou ser construído, aproveitamos um dispositivo já instituído na equipe. Claro que com um dado a mais, a gravação, que numa pesquisa em Clínica da Atividade não caracteriza nenhum prejuízo, pelo contrário, torna-se mais uma interferência provocadora do diálogo que cada profissional traça consigo e com os demais durante esses encontros.

Nossa pesquisa de campo se fundamentou teoricamente em dois grandes campos: a Análise Institucional de Lourau, com destaque ao conceito de implicação e sobreimplicação e a Clínica da Atividade, com os conceitos de atividade dirigida, gênero e estilo, dentre outros, de Clot, para análise dos processos de invenção e reinvenção do trabalho nas rotinas dos serviços de saúde mental, situação repleta de conflitos, onde as atividades dos técnicos não são claramente definidas, havendo constantemente o impasse de como resolver determinadas situações quase sempre novas, paradoxos (e não apenas diferenças) entre o que se denomina trabalho prescrito e trabalho real, para observar e descrever a singularidade da atividade aqui analisada. Que relações há entre atividade e produção de subjetividade no cenário em questão?

“Estudando detalhadamente aquilo que os trabalhadores fazem, aquilo que eles dizem do que fazem, mas também aquilo que eles fazem do que eles dizem, nós desembocamos num reconhecimento das possibilidades, insuspeitadas pelos próprios trabalhadores. E isso graças a restauração dos “debates de escola” sobre as maneiras de trabalhar e de dizer que dão uma história possível aos dilemas do real.”
(CLOT, 2001,p.48-51)²

Posteriormente entendi que essa pesquisa, teve início, ainda que não oficialmente, no momento em que me inseri nos serviços de saúde mental como profissional da rede, com minhas anotações que gradativamente se tornaram, com o início intencional da pesquisa, em diário de campo. Porém, os encontros de supervisão do CAPS Dr. Cléber Paixão foram o foco da produção de coleta de dados.

² Tradução, para fins didáticos, de Kátia Santorum, Suyanna Linhares Barker e Cláudia Osório, a quem agradecemos.

A concepção de um caminho metodológico partiu do dispositivo de auto-confrontação cruzada desenvolvido na clínica da atividade, porém, com adaptações circunstanciais.

Acompanhamos as reuniões de supervisão desde o seu início, por cerca de dois anos, onde eu estava junto da equipe sendo influenciada e influenciando nosso fazer. Essas experiências inevitavelmente surgiram em nosso trabalho, porém nos dois meses finais de nossa pesquisa e passagem pelo serviço, os encontros foram gravados e posteriormente apresentados à equipe em trechos com meus destaques.

A maior dificuldade que encontro em todo o trabalho é a de escrever sobre uma experiência que habitei, e em especial ao terminar o trabalho ao mesmo tempo me despeço dela.

Caminho na corda bamba para não encher essa escrita do luto de minha opção em deixar de trabalhar no campo onde tanto me envolvi ao mesmo tempo em que tudo que aqui for dito terá minha participação enquanto pesquisadora e parte da pesquisa. Dificuldade e privilégio. Dói, faz rir, chorar, é onde mais me confundo e onde me encontro de forma totalmente diferente a cada vez que revejo tal experiência.

Entrei no serviço em 2006, como psicóloga trabalhadora do ambulatório e CAPS, permanecendo assim por cerca de seis meses, após o quê, a pedido meu, apenas técnica do CAPS. Em 2008 fui convidada pela então secretária de saúde, para coordenar o Programa de Saúde Mental, após representar a equipe em inúmeras reivindicações num período de abandono do programa, um convite inusitado e inesperado, num tom de desafio e confiança. À frente do Programa de Saúde Mental permaneci até abril de 2010.

Após oito anos em Rio Bonito e cinco na saúde mental do município, uma nova mudança nos foi colocada, passamos a morar em Duque de Caxias desde março de 2010. Diante do novo impasse: a distância geográfica que inevitavelmente me afastava do território e a necessidade de me dedicar mais

ao presente trabalho, decidi deixar o programa, uma passagem importante que pretendo através dessa escrita fechar um pouco melhor esse ciclo que marcou profundamente minha história.

CAPÍTULO I

Uma passagem pela Saúde Mental em Rio Bonito

“A construção de uma linha de pesquisa constitui processo nada linear, marcado por convergências teóricas, cruzamentos de trajetórias acadêmicas e existenciais, esforços intencionais e acasos surpreendentes.”
(RODRIGUES, 2004, p.24)

“Que memórias escolhemos para recordar e relatar (e, portanto, relembrar) e como damos sentido a elas são coisas que mudam com o passar do tempo. Reminiscências são passados importantes que compomos para dar um sentido mais satisfatório à nossa vida, à medida que o tempo passa, e para que exista maior consonância entre identidades passadas e presentes” (THOMSON, 1997, p.57)

1.1 – Meu encontro com o território:

A Reforma Psiquiátrica colocou grande ênfase no território, não como um tema geográfico, mas a possibilidade de reconhecimento do sujeito a partir das relações que estabelece com o local onde vive. Portanto, é através do território, entendido como um conjunto de forças sociais, que produzem mecanismos de inclusão e exclusão, mudanças ou congelamentos, que os profissionais de saúde mental engendram possibilidades de trabalho e criação. Mais que conhecer uma região, saber de um território implica conhecimento político, histórico, econômico, artístico, cultural, enfim, viver e conviver com os que nele habitam.

“O território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.”
(DELGADO, 1997: p.42).

Junto a esse conceito de território, nosso trabalho, usa como posição metodológica uma concepção científica que recusa a neutralidade do pesquisador com relação ao campo. Tudo que analisaremos terá a marca da

minha posição naquele território num dado momento específico. Essa posição conceitual tem como base a Análise Institucional de Lourau, usando principalmente o conceito de implicação. Implicação como o conjunto de condições de uma pesquisa, sejam elas quais forem: afetivas, materiais, etc. Lourau considera esse conceito como o cerne da análise institucional (Lourau, 1993, p.36). Não consiste somente em analisar os outros, mas colocar-se em análise o tempo todo, os humores, os incômodos, os interesses. Lourau chega a dizer que as implicações em jogo podem ser claramente libidinais, em qualquer que seja o tamanho do grupo pode haver afetos de todas as ordens ou até mesmo seduções visando hegemonias de poderes. Há também a presença constante das implicações ideológicas e políticas movendo forças dentro dos grupos.

“Nesse sentido, a História – em particular a história das ciências - nos mostra as implicações do pesquisador em situação de pesquisa como o essencial do trabalho científico (mesmo tais implicações sendo negadas)... A Análise Institucional tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento.”
(LOURAU, 1993, p. 16)

Como instrumento para tal análise o diário de campo, ou diário de pesquisa é construído para tornar-se a história subjetiva do pesquisador. Não necessariamente uma escrita diária, literalmente, mas escrita das situações que de alguma forma reclamam essa reflexão. Esse exercício de manter uma escrita como um jogo reflexivo, jogo de espelhos, monta para o pesquisador outras alternativas de exploração das situações de campo. Lourau considera esse exercício muito produtivo para nos auxiliar a desnaturalizar as considerações científicas, em especial a questão da neutralidade. (Lourau, 1993, p. 79)

No nosso caso não há nenhuma intenção em negar tais implicações, muito menos uma busca de neutralidade, pelo contrário, grande parte de nossa pesquisa se dará exatamente na análise de nossa implicação com o campo. O

que, segundo Lourau, em nada torna nosso trabalho menos científico, pelo contrário, tal conceito coaduna-se perfeitamente com o de território tal qual apresentado na reforma psiquiátrica.

Para uma visão mais positivista esse posicionamento da Análise Institucional do pesquisador com relação a seu, ou seus, objetos, pode perfeitamente ser entendido como uma subversão, rompendo com uma lógica racionalista forte marca, ainda, da academia. (COIMBRA E NASCIMENTO, 2004). Traremos assim para o campo da pesquisa nossos sentimentos, percepções, erros, frustrações...

Porém tal proposta não é simples, pelo contrário, é muito dolorosa essa análise dos lugares que ocupamos ativamente neste mundo. Nada fácil a escrita de um texto povoado de experiências que vivemos intensamente, circunstâncias que habitamos junto a companheiros pelos quais desenvolvemos afeto. É marca de nosso trabalho a presença constante dessas questões com grande cunho de emoção e sobrevivência. Que muito me identifica e ao mesmo tempo esse trabalho com a frase de Lourau:

“A teoria da implicação, nós veremos, tem qualquer coisa que flerta com a loucura.” (LOURAU, 1993, p. 19)

Coimbra e Nascimento (2004) advertem para o risco de se confundir engajamento ou participação com implicação. Destacam para tanto que implicado sempre se está, engajado ou não. Da implicação, seja em que nível for não se escapa, visto não ser a implicação uma questão de vontade. Inevitavelmente, na medida em que vivemos em sociedade estabeleceremos relações com as mais diversas instituições, essas relações em si já são nossas implicações. Lourau fala, portanto da necessidade de análise dessas implicações e não de qualquer valor na implicação em si.

“... remete a um processo de desnaturalização permanente das instituições, incluindo a própria instituição da análise e da pesquisa (...). Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado ocupar com os ricos que isto implica.”

(Barros, 1994, p. 308-309)

Lourau vai além: em seu artigo “Implicação e sobreimplicação” (1990) fala de observar o surgimento de um perigo na exacerbação do termo implicação, como sendo “politicamente correto” o implicar-se, chegando-se ao que ele chamaria de “síndrome de implicação” que em última instância afastaria de fato a análise das implicações, equivocando completamente o trabalho da Análise Institucional.

“Contudo, as implicações do não-participacionista não são menos fortes do que as do participacionista. Ambas devem ser analisadas. O absentéismo e o abstencionismo não revelam ausência de implicação: configuram atos, comportamentos, assunções de posturas éticas, políticas.”

(LOURAU, 1990).

Amplificar dessa forma o uso do termo implicação estaria produzindo o que ele intitulou de sobreimplicação, ou seja, a implicação é um nó de relações; não é “boa” (uso voluntarista) nem “má” (uso jurídico-policialesco). A sobreimplicação, por sua vez, é a ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do “implicar-se” (LORAU 1990).

O perigo da sobreimplicação está na possível dificuldade que traz de análise das diversas dimensões em questão, aprisionando o sujeito a um único objeto, ou nível, esvaziando os coletivos, as multiplicidades, as diferenças, parcerias e alianças, criando-se um “sobretrabalho”, no sentido de acima, um “plus” diferenciador.

Ele fala de um episódio em que sua filha, numa prova de matemática de nota máxima 20 recebe 21 da professora. Esse ponto a mais, que a princípio

sequer teria valor, não deixa de ter significado, seria justamente o lugar da sobreimplicação, um a mais de certa forma confortável, mas com riscos de limitador. Há o perigo em que o objeto ocupe todos os espaços em detrimento da análise das demais forças envolvidas.

Esse conceito deve ser visto com muito cuidado no campo da saúde, em especial da saúde mental, aqui apresentado. Muito freqüentemente nosso trabalho pode ser confundido com um sacerdócio, exigindo exatamente esse a mais, em nos fixarmos nesse lugar abnegado daquele que tem as respostas. A militância muito comumente torna-se isso que Lourau chamaria de “síndrome de implicação”, um sobretrabalho, que não necessariamente tráz acréscimos aos movimentos coletivos, podendo ser arriscado o profundo prazer que esse lugar pode oferecer. Não há essência positiva ou negativa na sobreimplicação, mas freqüentemente dificulta nossas análises de implicação. Deve-se, portanto, estar atento e alerta à valorização da construção de um tecido coletivo que dê conta de uma circulação desses sentimentos, desapegando os sujeitos desse papel sacerdotal freqüentemente adoecedor.

Essa questão, na análise dos espaços que ocupei nesse território me é muito cara, principalmente ao descrever minha chegada a esse território, que me posicionou numa situação de classe um tanto “privilegiada” politicamente e muito ligada à imagem sacerdotal. Explico. Foram percepções que me chamaram a atenção de forma muito mais importante do que enquanto morava numa grande cidade, Rio de Janeiro, onde meu marido exercia a mesma função que foi exercer em Rio Bonito: pastor de uma congregação batista tradicional. Em se tratando de uma cidade com 50 mil habitantes, onde nossa comunidade representava cerca de 300 famílias, havia um nítido interesse dos políticos locais em se aproximarem e mostrarem suas qualidades ao “rebanho”. Desde nosso primeiro mês na cidade recebemos um convite para jantar com a então prefeita e, por ocasião das campanhas políticas, vários candidatos freqüentavam nossos cultos no interesse de poderem angariar votos dos “irmãos”.

Por muitas ocasiões, trabalhando na prefeitura, era apresentada como a “esposa do pastor”, e não como profissional psicóloga responsável por determinada função na equipe. Curiosamente, num discurso marxista, poderia chamar minha posição de classe dominante. Fui aprendendo, com o tempo, que ao invés de rechaçar tal situação poderia, ao contrário, traçar uma estratégia a partir do “uso”³ consciente dessa posição, sem necessariamente precisar fazer nenhum tipo de acordo político explícito. Fazer dessa posição uma potência para fortalecimento de nossas lutas e conquistas no Programa de Saúde Mental, principalmente, na formação de rede.

Escrever este trabalho e deixá-lo para essa equipe que participou dessa trajetória reafirma essa estratégia de fortalecimento do coletivo fazendo com que esse posicionamento futuramente circule em novas rodas, com novos gestores, outros profissionais, fortalecendo a importância da noção de análise dos lugares que ocupamos.

Com tais direcionamentos colocados, apresento alguns aspectos mais descritivos sobre o território, porém não menos importantes.

A cidade de Rio Bonito está localizada na região do estado do Rio de Janeiro denominada “Metropolitana II”, fazendo limite ao norte com o município de Cachoeira de Macacu, a leste com Araruama, a norte e a leste com Silva Jardim, a sul com Saquarema e a oeste com Tanguá. Atualmente dividindo-se em 3 distritos: Rio Bonito (sede – 1º distrito), Boa Esperança (2º distrito) e Basílio (3º distrito). A área do município é de 462 Km², com mais de 50% de território rural e muitas áreas de montanhas, o que dificulta o contato entre as comunidades, algumas vivendo em fazendas com difícil acesso a transporte, comércio e comunicação. A população da cidade é de 54.596 habitantes, de acordo com estimativa do Ministério da Saúde – DATASUS, para 2008.

³ Por exemplo, nos acessos ao prefeito e vice-prefeito em ocasiões sociais onde aproveitava, educadamente, para inserir alguma questão do programa de saúde mental, ou simplesmente falar dos progressos da equipe, a ponto deles mesmos, sempre que me viam, perguntarem sobre nosso trabalho.

Há nos relatos locais acerca da história da cidade, seja na tradição oral ou livros de autores locais, notória referência ao rio que cortava a região e que por seu leito arenoso e coberto por malacachetas receberia constantes elogios dos viajantes, alguns ligados à realeza, os quais, diz-se, exclamavam constantemente: “Que rio bonito!”, a partir do que se batizou a cidade: Rio Bonito! A história da cidade é povoada por episódios em que haveria hospedado a nobreza, marqueses, viscondes, condes, barões, a Princesa Isabel, o Conde D’Eu, incluindo também D. Pedro II, que presenteou a cidade com um chafariz, que se encontra, nos dias atuais, na praça principal da cidade.

Esse relato, muito conhecido entre os habitantes da cidade, aponta, a meu ver, num aparente orgulho local de se valorizar a história da região pelo aspecto da beleza, principalmente do rio que corta e dá nome ao município, ainda que esta não tenha perdurado no tempo, é constantemente reforçada. A cidade me transmitiu certo cuidado nas fachadas das casas, jardins, patrimônio público com constante pintura, incluindo os paralelepípedos das calçadas e grandes ornamentações nas datas comemorativas. Há uma preocupação local evidente quanto à aparência do local, o que de certa forma percebi reverberar em sua relação com a loucura e os “diferentes” que talvez não correspondessem aos padrões de beleza convencionais. Houve, e ainda há, interesse em se colocar os serviços substitutivos de saúde mental numa região mais afastada do centro da cidade, escondido, numa área rural, reproduzindo o modelo das colônias manicomiais, evidente movimento de afastamento dos diferentes, ao que os profissionais e usuários de saúde mental responderam com forte afirmação do princípio de acessibilidade dos serviços, de inclusão dos usuários na rotina da cidade como parte do processo terapêutico e objetivo dos serviços.

Lembro-me, que nos primeiros anos de nosso trabalho no CAPS, diante de uma grande crise onde nos deparávamos com a falta de praticamente tudo, até papel para registro dos procedimentos nos prontuários, reunimos os usuários para colocá-los a par das dificuldades explicando que por certo período nosso expediente estaria se encerrando até o meio dia por não termos

como oferecer as refeições. Diante de nossas colocações os usuários decidiram ir, no mesmo dia, à Secretaria de Saúde. Por não terem sido recebidos resolveram que iniciariam uma busca ao prefeito e que só iriam parar quando este os ouvisse. No dia seguinte às 06h da manhã lá estavam eles na porta da residência do prefeito que não os recebeu por estar se preparando para um velório, foram então para o velório numa capela próximo ao CAPS, lá o convenceram a visitar a unidade. Atenção conseguida, reclamaram de tudo, e da real necessidade de construção de uma nova unidade para o serviço. Qual não foi nossa surpresa ao recebermos a informação, no dia seguinte, que já havia sido escolhido o local, numa fazenda distante para construção do novo CAPS onde, nos moldes dos projetos das colônias, eles poderiam plantar e criar animais longe do tumulto da cidade e de certa forma, claro, das casas dos políticos.

Precisei procurar pessoalmente o prefeito quando soubemos dessa hipótese para tentar demovê-lo da intenção, oportunidade que consegui por se tratar de início da campanha para um novo mandato e eu ter conhecimento de que haveria um café da manhã para o qual meu marido foi convidado, lá fui eu de penetra no café, atenção conseguida, aparentemente obtive sucesso, mais que isso, na mesma semana ele pessoalmente ligou pra nosso serviço, pois estava encaminhando uma pessoa que o procurou e que ele entendeu que seria caso para nossa equipe, visitamos a pessoa e ele estava certo, havia mesmo uma indicação para CAPS. Avaliamos na supervisão que desse episódio obtivemos um ganho clínico. Clínica aqui entendida como um desvio, desestabilização, que gerou potência para novos movimentos (PASSOS, 2001). Os usuários estavam se sentindo mais fortes, vitoriosos por terem sido ouvidos, conseguiram levar o prefeito pessoalmente à unidade e com isso junto à ação da equipe técnica conseguimos fazer o serviço ser um pouco melhor entendido em sua atuação. Naquela mesma semana chegaram os alimentos, a medicação e o serviço na unidade voltou ao seu horário normal.

Nosso trabalho nesse campo articulava constantemente esses desvios políticos, busca de atalhos, novas parcerias, contatos inesperados, envolvimento de usuários e equipe nas mais diversas situações e

manifestações coletivas, entendendo que todas essas propostas faziam parte da clínica que construíamos coletivamente. Nossa proposta de funcionamento psicossocial entendia uma clínica que não poderia se dissociar da política e vice-versa.

“Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada apostando nos processos de produção de si e do mundo... Se defendemos a clínica como uma política temos sempre que nos perguntar qual política tal clínica produz, que efeitos-subjetividade instaura. Portanto, é preciso investigar o sentido da clínica como política no contemporâneo.” (PASSOS e BENEVIDES, 2001, p. 92)

Até aqui temos convencido os gestores, não se sabe, até quando, mas a casa que abriga o CAPS, situada na Av. Sete de Maio principal da cidade, tem recebido mais atenção. Antes possuía uma fachada apagada, sem placa de identificação da unidade, pinheiros como que formando um alto muro que impedia a visão do fora pra dentro e vice-versa. Agora, em abril de 2010, quase dois anos após as reivindicações de toda a equipe, está com o muro pintado, árvores podadas e placa identificando ser serviço público ligado à prefeitura e secretaria de saúde com a inscrição CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Dr. Cléber Paixão. Há o projeto para construção de nova casa, já com planta arquitetônica pronta e feita com a participação da equipe do CAPS. O terreno já escolhido será numa localidade entre o centro e a rodovia, próximo a outras unidades de referência em saúde para a população, dentre elas o ambulatório de clínica média, o Centro odontológico e a nova unidade da UPA.

Em maio de 2006, a prefeitura, atendendo a esse movimento de embelezamento da cidade demandado por sua população, inaugurou uma nova praça, Bosque Bela Vista, muito bonita, num bairro nobre da cidade. Pouco tempo depois tivemos a idéia de realizar passeios, a princípio semanais naquela praça com os usuários, caminhávamos até lá, o que já era uma boa atividade e depois ficávamos ali em torno de 1 a 2h, jogando dominó, conversando, enfim. Procurei a administração do local para me informar se

haveria algum problema caso eles, que são adultos, desejassem subir nas casas que há nas árvores, pontes, e demais brinquedos, do que fui informada que essas atrações eram bem resistentes e que não havia nenhum problema em ser utilizada por qualquer adulto. Estivemos lá por cerca de três vezes, no começo muitos quiseram participar, cerca de 20 usuários, a tarde era muito agradável, os mais animados usaram todos os brinquedos, se divertiram muito mesmo, inclusive eu, achei a tarde muito agradável, porém percebia que alguns usuários não se envolviam com o grupo, mantinham-se destacados, e aos poucos também percebi que a população ia saindo gradativamente do local e que no final ficávamos somente nós. Depois de umas três vezes repetindo o passeio, mas sempre com um grupo menor, surgiram algumas desculpas, já estava ficando monótono, houve desinteresse, não fomos mais. Porém um tempo depois ouvi um usuário dizer que em Rio Bonito as pessoas não estavam acostumadas a ver pessoas como eles pelas ruas, principalmente nas praças.

Guardei essa experiência e a partir de então, todas as vezes que precisava ir à rua fazer qualquer coisa para o CAPS fazia questão chamar um grupo de usuários pra me acompanhar, seja o que fosse, e em várias dessas ocasiões, pessoas que me conheciam, moradores da cidade, me cumprimentavam, à vezes até paravam pra falar comigo, mas sequer viam os usuários que estavam me acompanhando, ou então eu percebia que certos amigos tinham dificuldade em me reconhecer por eles estarem me acompanhando, era necessário algumas vezes que desse um bom-dia mais enfático para ser reconhecida. Em geral os usuários comentavam isso comigo, percebiam que quem falava comigo não falava com eles. Essas coisas se repetiam freqüentemente.

Um dia passando pela “rua dos bancos”, onde se concentram as agências de Rio Bonito, lá estava um usuário nosso sozinho sentado na calçada na frente de uma das agências bancárias. Parei, cumprimentei, ficamos conversando e perguntei o que ele estava esperando ali, ao que me disse que sua mãe estava pagando uma conta e ia falar com a gerente e que

não podia entrar com ele porque as pessoas do banco não iriam gostar e podiam não atender ela direito.

Todos esses episódios me chamaram muito a atenção não apenas pela atitude de desqualificação e exclusão, mas principalmente porque em todos eles os usuários percebiam e tinham noção exata do que estava ocorrendo, e precisam heroicamente circular apesar de saberem de toda discriminação que tinham de enfrentar, daí, em muitos momentos o desânimo, a prostração que às vezes é, de forma reducionista, era apenas criticada como preguiça.

Nossas visitas domiciliares no CAPS são parte da rotina, sempre gostei de participar do maior número possível, porque via nelas a possibilidade de conhecer melhor onde e como era a vida daquela pessoa atendida pelo CAPS fora de lá. Como Rio Bonito tem uma área territorial muito grande, composta por muitas fazendas, percebíamos, o quanto eles muitas vezes viviam escondidos, nos cantões mais longínquos e em casas que em geral viviam fechadas. Nesses casos freqüentar o CAPS seria a única oportunidade de se ir ao centro da cidade, circular, se mover um pouco mais no local onde moram.

Meu trabalho no ambulatório se inicia concomitantemente ao trabalho no CAPS, mas percebi imediatamente se tratar de atividades totalmente distintas. E rapidamente também percebi que as equipes dos dois serviços não faziam a menor idéia de como se dava o trabalho da outra.

No ambulatório recebi uma pasta com cerca de 40 folhas com três “triagens” em cada uma, eu deveria ligar para aquelas pessoas por ordem de data e agendar os atendimentos, pelo menos 08 em cada uma das tardes em que trabalhava 04 horas. Inicia-se a loucura da produção!

Lembro-me que de acordo com os agendamentos e os “encaixes” os prontuários eram jogados por debaixo da porta do consultório pelas recepcionistas para não precisarem interromper. Em alguns dias eles iam jorrando por debaixo da porta e enquanto eu atendia começava uma imensa ansiedade com relação ao horário, pois não seria possível atender a todos, algum agendamento iria atrasar, e alguns reclamavam muito da espera, me sentia numa grande cilada, extremamente sufocante. Em muitos dias não era possível sair do consultório nem para ir ao banheiro, nunca soube quem

trabalhava naqueles dias em que consultório, poucos vezes conseguíamos ir à cozinha beber água e então se esbarrava com algum colega.

Nesse tempo o ambulatório com atendimentos em psicologia e psiquiatria funcionava numa antiga unidade do estado onde se misturava aos atendimentos de vacinação, puericultura, tratamentos de pneumologia, ginecologia, fonoaudiologia, etc...

Em nossa primeira reunião de equipe cerca de dois meses após eu estar naquele serviço lembro que apenas pensava em reivindicar que nosso horário tivesse pelo menos meia hora sem agendamento para dar conta de acertar os atrasos que iam se acumulando no decorrer dos atendimentos. Isso conseguimos. Mesmo assim o ambiente continuava pouco acolhedor e a fila cada dia maior...

Senti ter aberto um buraco nessa teia a partir do momento que propus à coordenação a criação de um grupo de “orientação familiar” onde convocaria todos os casos de crianças e mães que estavam na fila por demanda relacionada a dificuldades na escola ou de relacionamento familiar, com o objetivo exposto de “diminuir a fila”, porém com a real intenção de flexibilizar minha rotina. Consegui criar uma parceria com uma nova psicóloga da equipe que entrou depois de mim, ela faria o grupo com as crianças e eu com as mães ambos no mesmo horário. No começo convoquei cerca de 15, ao que compareceram umas 10, informei de como seria nossa proposta e gradativamente o grupo foi se consolidando. Um mês depois a psicóloga das crianças saiu do serviço, decidi manter o grupo só com as mães, visto que elas decidiram que desejavam continuar mesmo sem naquele momento as crianças serem atendidas. Para fazer o grupo tínhamos 1h 30, passei gradativamente a não cobrar nenhum tipo de presença e nem impedir que novas aderissem, se tornou um grupo aberto, naquele horário eu as recebia e nós iniciávamos um “bate-papo” das questões que elas colocassem em pauta. A experiência permaneceu até minha saída do serviço, por cerca de 6 meses, e foi a única coisa que penso ter feito diferença durante minha passagem por aquela unidade.

Havia um sem número de equívocos nos encaminhamentos do CAPS para o ambulatório e do ambulatório para o CAPS. Presenciei usuários que no mesmo dia foram pelo menos duas vezes a cada uma das unidades sem no entanto serem atendidos diante da alegação que o caso seria para a outra unidade. Ambas se distanciavam geograficamente cerca de 3 Km, mas a distância as vezes me parecia imensamente maior... Naquela fase nunca soube que em algum momento houve qualquer encontro de qualquer ordem entre as duas equipes.

1.2 – O Hospital Colônia de Rio Bonito:

Quem chega à cidade, vindo do Rio de Janeiro, na estrada, à esquerda, inevitavelmente passa em frente ao Hospital Colônia de Rio Bonito. Não fica dentro da cidade, mas na periferia, uma distância conveniente, mas que não o traz pra dentro da cidade. Percebi isso, demorou muito, até que alguém falasse algo acerca da existência do hospital em nossos círculos de amigos. É como se todos soubessem que ele estava lá, com mais de 600 pessoas internadas, residindo praticamente ali, mas que ao mesmo tempo ali não estivessem. O mais interessante é que dado o tamanho do hospital não é possível ignorá-lo, mas isso praticamente acontece.

Pesquisando descobri que este foi inaugurado em 25 de abril 1967 por iniciativa privada em terreno particular às margens da BR 101. Hospital psiquiátrico com vários pavimentos, em regime de internação, com todos os seus leitos conveniados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, cerca de 630, em 2006. Sua criação fazia parte de um movimento de se trazer para as cidades menores, do interior, para as áreas rurais os pacientes em “fim de carreira”, sem perspectiva de alta, já naquela ocasião com longo tempo de internação e sem vínculos familiares. Nesses grandes hospitais para alienados, haveria a possibilidade de atividades laborativas relacionadas à plantação e criação de animais. Havia o intuito, que parece persistir, de se afastar das metrópoles essa população de certa forma indesejada. As colônias seriam a última parada, de onde só saíam após a morte, o que infelizmente pudemos

constatar a cada mês com o alto índice de falecimentos entre os pacientes do hospital.

A partir de então a presença do HCRB influenciou a história e economia da cidade. A região que incluía as terras de Rio Bonito, conhecida como Bacia do Rio Caceribu, até a segunda guerra mundial, desenvolveu-se fortemente em torno da citricultura, a região era conhecida como “terra da laranja”, porém com a diminuição das exportações para a Europa, a produção entrou em grande declínio, depois do período especulativo que durou até a década de 50, praticamente se extinguindo a partir da década de 70. Com relação à agropecuária, como ocorre em vários outros municípios do país, as extensas áreas de pastagens não significam grandes rebanhos bem cuidados, mas uma forma de mascarar a improdutividade das terras e baixar impostos.

Nesse cenário escasso de empregadores, o hospital, com mais de 600 pacientes, tornou-se o segundo maior empregador do município, atrás apenas da prefeitura, além de grande comprador dos produtos e serviços da região. A proximidade geográfica fez com que a população passasse a conviver e usufruir dos serviços do hospital de forma muito amistosa e receptiva, porém, esse cenário atualmente é de grandes dívidas do hospital com o comércio local e demissões.

Parte da população, pelo convívio nas atividades de trabalho, passou a conhecer as rotinas do hospital, aprendendo a conseguir facilidades inclusive no acesso aos serviços de internação. Há relatos de casos de turbulentas separações conjugais, onde, diante da situação de “descontrole” e ciúme algumas esposas foram internadas por seus maridos, que passaria a morar com a nova companheira na antiga residência do casal. Andarilhos, que se envolvendo em qualquer briga ou situação estranha à rotina da cidade também eram encaminhados ao hospital, muitas vezes pelos serviços públicos da cidade. Casos de retardo mental, deficiências físicas, eram levados, muitas vezes pelos próprios familiares, para “tratamento” no hospital. Todo esse cenário resultou na quebra de relações familiares e sociais, além de uma

trajetória, tal qual aos demais manicômios, não de vida, saídas, novas possibilidades, renovações, mas antes marcada por uma improdutividade. Essa improdutividade é a marca atual de tudo e todos que cresceram em torno desta indústria da exclusão. Nada frutificou em torno do hospital, nem mesmo a vegetação...

Em se tratando de um hospital aberto e de referência do SUS, o HCRB, recebe demanda de internações, além do próprio município de Rio Bonito, de outros 20 municípios do Estado do Rio de Janeiro, a saber: Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Macaé, Magé, Itaboraí, Tanguá, Cabo Frio, Búzios, Saquarema, Araruama, Maricá, Iguaba, São Pedro da Aldeia, Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim e Silva Jardim.

O HCRB tornou-se o maior arrecadador municipal de recursos federais destinados à saúde, ou seja, atualmente mais da metade do valor repassado pelo governo federal para pagamento das autorizações de internação vão para o HCRB, cerca de R\$400.000,00 mensais, mais que o dobro do valor destinado aos programas da secretaria municipal de saúde e maior inclusive do que os repasses ao Hospital Regional Darcy Vargas (HRDV), o único hospital geral das cidades vizinhas, isso, considerando-se que, conforme a Portaria/GM 251 de 31 de janeiro de 2002, atualmente a classificação do HCRB, após o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria 2007) é a mais baixa da tabela, conseqüentemente os valores das diárias, pagas pelo Ministério da Saúde, também são os menores possíveis.

Conforme Portaria nº. 501 de 13 de setembro de 2007, os hospitais que não obtivessem um percentual mínimo de 61% na avaliação do PSNASH recebiam indicação de descredenciamento do SUS e fechamento do estabelecimento. O percentual obtido pelo HCRB foi de 59,1%. A partir do que inicia-se uma ação por parte da Gerência Nacional de Saúde Mental e Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de cobrança aos municípios do acompanhamento de seus municípios e início da desinstitucionalização.

Essa ação teve como primeira estratégia a exigência, em maio de 2007, da Gerência Estadual de Saúde Mental da realização de Censo Clínico com os pacientes internados no HCRB por cada município e construção de projeto técnico de alta.

Aí entro eu. Já antes sujeito estranho: enquanto psicóloga do programa, a única que trabalhava nos dois serviços, ambulatório e CAPS. A partir da solicitação do censo, me ofereci para realizar todas as entrevistas que precisassem. Vi a oportunidade de conhecer melhor o hospital. Entrar lá com um objetivo específico, mas aproveitar para conhecer as rotinas, equipe, relacionamentos, enfim, o que surgisse seria uma experiência a me interessar. Isso sem esquecer minha vontade de retomar o convívio com esse ambiente de hospício, que conheci quando criança, mas que não tive a oportunidade de explorar o quanto minha curiosidade desejava.

Esbarramos, porém, em inúmeras dificuldades ainda não superadas:

1) Os dados cadastrais dos pacientes são imprecisos, há muitos pacientes com município de origem trocado, além do grande número de pacientes com origem desconhecida e oriundos do fechamento de outros hospitais psiquiátricos.

2) Sempre que o paciente saía do hospital para alguma internação clínica, no regresso ao HCRB iniciava-se novo prontuário, e toda a história anterior do paciente ia para o arquivo morto do hospital, ao qual nunca temos acesso, não sei até hoje por quê.

3) Muitos municípios não tinham equipe de saúde mental para a realização do Censo, além de dificuldades de transporte, etc. Nós também enfrentamos essa situação do transporte, mas no nosso caso a distância era bem menor e eu possuía transporte particular e grande demanda em cumprir a tarefa.

Foram várias as descobertas durante esse processo. Passei cerca de dois meses fazendo as entrevistas para o censo, eu e parte da equipe do Caps.

Mudei completamente a forma de ver nossos usuários, pois muitos haviam passado anos na colônia e eu não imaginava em que condições nem como. Enfrentávamos certa estranheza pela equipe do hospital: não entendiam a necessidade de nós fazermos essas entrevistas, se o estado pedisse eles dariam as informações. Entendi com o tempo que o ganho intencional da gerência estadual de saúde mental seria exatamente essa aproximação das equipes dos municípios de origem dos pacientes com esses, para uma formação de vínculos e possível desospitalização. Isso, porém esbarrou na não realização do censo pela maioria dos municípios. Ainda hoje, três anos depois dessa iniciativa, muitos nem sequer começaram essas visitas ao hospital e seus municípios. A princípio, inclusive, para se tentar qualquer plano de fechamento do hospital, o Ministério Público, Governo Federal, estado do Rio de Janeiro e município de Rio Bonito terão que contratar uma equipe que faça todo esse levantamento ainda obscuro e impreciso: quantos realmente permanecem internados, qual o diagnóstico atual e se há alguma vinculação a algum município (parentes, referências, equipe que já tenha acompanhado o caso, etc).

Terminado o censo, tamanha foi minha euforia com o trabalho realizado, tantas foram as reverberações, que decidi mandar um projeto de pesquisa para seleção no mestrado da UFF, esse que com essa dissertação inicia seu fechamento. Projeto confuso e tumultuado, que a princípio minha orientadora colocou que, para ela, nem se tratava claramente de um projeto de pesquisa. Porém toda essa confusão fazia parte do fato de ainda estar habitando aquela experiência, e que, não imaginava como, precisava ser registrada, esmiuçada, tanto para me situar como para que pudesse tomar potência. Não queria deixar aquilo simplesmente passar sem que causasse outras conseqüências clínicas e políticas. Queria perpetuar essas minhas experiências enquanto trabalhadora da saúde mental na cidade, meu encontro com o hospital, as mudanças que isso provocou no meu fazer clínico e as dificuldades que comecei a perceber que povoavam o universo dos que se engajaram politicamente num processo

de reforma psiquiátrica localizado naquele e similarmente em diversos outros territórios.

Não por acaso, mas mesmo sem que minha busca pela UFF tenha sido intencional nesse sentido, o que encontrei na linha de pesquisa Subjetividade, Política e Exclusão Social foi aos poucos delineando um novo fazer clínico político na minha trajetória por aquela experiência, tornou-se uma pesquisa em que ao mesmo tempo em que o território me influenciou, esse novo braço dado com a UFF, foi também me transformando fazendo com que novos levantes se dessem nas rotinas do programa municipal de saúde mental. Processo inquietante, mas que me fez feliz.

Quanto ao hospital, a partir do movimento do censo, o próximo passo, tomado pela Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, em 03 abril de 2008, num Fórum de Saúde Mental realizado em Rio Bonito com a presença de representantes de todas as cidades da região metropolitana II, foi o anúncio do fechamento das internações e a diminuição gradual do número de leitos do HCRB. A questão da diminuição imediata de leitos e desmonte do HCRB torna-se prioridade para a assessoria de saúde mental do estado, sendo o principal assunto abordado nas últimas reuniões e alvo de inquérito no Ministério Público.

Identificamos durante nosso censo, naquela ocasião cerca de 80 pacientes oriundos de Rio Bonito. Número de difícil precisão, visto que todos os andarilhos e pessoas sem identificação de origem, encontradas pela estrada BR 101, em geral, eram internados no HCRB, alguns permanecem ali por mais de 25 anos! Conseqüentemente passaram a ser de responsabilidade do município de Rio Bonito. Em outubro de 2008 e maio de 2009 o CAPS atualizou os dados desse censo chegando a um total de 54 pacientes munícipes de Rio Bonito e a um número aproximado de 80 que seriam responsabilidade do Estado do Rio de Janeiro, oriundos de transferências de outros hospitais psiquiátricos, por fechamento de leitos, sem referencial de familiares e com internações de longa data.

Por meio de ofício, datado de novembro de 2007, a direção do HCRB solicitava certa urgência em a Prefeitura de Rio Bonito assumir a administração e dívidas do hospital ou retirar automaticamente seus municípes de lá, entendendo que por Rio Bonito ser município sede do hospital deveria assumir imediatamente para si a solução da situação de desospitalização para a qual caminhávamos. A esse pedido a equipe do CAPS respondeu com a necessidade do município traçar a curto, médio e longo prazo, um plano de ações que deveria incluir criação de residências terapêuticas, leitos de curta permanência administrados pelo município, investimento maior na parceria com a saúde básica, revitalização do ambulatório em saúde mental do município, etc.

Em meio a esse fazer do censo algo inesperado surge. Uma afinidade com a equipe de profissionais do hospital. Fomos, aos poucos, nos aproximando, e percebíamos que estávamos no mesmo barco, ou melhor, talvez em barcos distintos, mas em meio à mesma tempestade. Com isso, dentro da visão da clínica da atividade onde toda atividade é sempre dirigida, enquanto trabalhadores ampliávamos nossos interlocutores tornando nossas atividades mais complexas. Há, conseqüentemente, um desenvolvimento das atividades do Caps.

As dificuldades desses profissionais, na situação em que se encontra o HCRB, também são muitas. Fora as condições de trabalho, há atrasos de pagamento, dívidas de FGTS e INSS, enfim, grande precariedade. Havia uma assistente social em especial, que sempre que eu aparecia por lá dizia, em tom de brincadeira amigável, que eu havia resolvido sair um pouco do “paraíso” e ir lá visitá-las, referindo-se às minhas atividades na prefeitura, que no fundo ela sabia estavam bem longe dessa descrição.

Essa aproximação começou a fazer diferença a partir do momento em que assumi a coordenação do programa de saúde mental. Começamos ações de parceria, inserindo essa equipe técnica na busca de informações sobre

certos familiares que eventualmente aparecessem no hospital sem que estivéssemos por lá.

Sob o pretexto de atualizar os dados do censo, organizamos uma ida em massa da equipe de saúde mental ao hospital a fim de que o trabalho se desse apenas em um dia. Na verdade, dessa experiência os dados colhidos foi o menos importante. O interessante foi a possibilidade de aproximação das equipes e de parte dos profissionais de nosso programa ter entrado pela primeira vez no hospital psiquiátrico onde grande parte de nossos usuários havia sido internada.

1.3 – O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Dr. Cléber Paixão:

A partir da Portaria/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, definiu-se no país o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial, constituídos nas seguintes modalidades: CAPS I (para municípios entre 20 e 70 mil habitantes), CAPS II (para municípios entre 70 e 200 mil habitantes), CAPS III (para municípios com mais de 200 mil habitantes), CAPSi II (para atendimento a crianças e adolescentes) e CAPSad II (para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas).

Atualmente o CAPS I Dr. Cléber Paixão é composto pela seguinte equipe de profissionais:

- 02 assistentes sociais (concuradas);
- 02 psicólogas (concuradas);
- 01 enfermeira (concurada);
- 06 técnicos de enfermagem (concurados);
- 02 médicos psiquiatras;
- 02 digitadores (concurados);

- 01 zelador (concurado);
- 01 administradora;
- 01 cozinheira;
- 03 auxiliares de serviços gerais (concurados);
- 01 motorista;

Na publicação do Ministério da Saúde “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (Brasil, 2004b), os CAPS são colocados como principal estratégia da reforma psiquiátrica, definido como um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Ao CAPS cabe a responsabilidade de organizar a rede local no que se refere às demandas, supervisão e capacitação dos profissionais em seu território, seja da atenção básica ou das unidades hospitalares. O CAPS deve ser o regulador da porta de entrada, inclusive dos atendimentos e internações feitos pelas demais unidades fora do seu horário de funcionamento.

Tais atribuições apresentam o quanto é complexo o papel do CAPS no território. Além das demandas de atendimento, emergenciais ou não, deve responsabilizar-se pela reabilitação psicossocial, incluindo oficinas de geração de renda, passeios, atividades físicas, culturais, de lazer, participação social, etc.

Porém dentre os defensores da reforma psiquiátrica não há uma unanimidade quanto ao papel dos CAPS. Há os que entendem ser uma grande vitória simplesmente o crescimento vertiginoso do número destas unidades no país: de cerca de 150 em 1998 para quase 1500 em 2009. Há, porém, outra corrente de profissionais que entendem haver importância nesses números,

porém, a maior luta deve ser travada contra a lógica manicomial que pode se perpetuar dentro dos CAPS num fazer que repita certos paradigmas do manicômio. Minha prática profissional revelou que o nome da unidade não garante um fazer psicossocial, que há uma luta a ser travada diariamente com relação ao modo manicomial que pode se perpetuar independente de estarmos num hospício ou CAPS.

Por exemplo, na lógica manicomial o paciente não participa de nenhuma decisão em seu tratamento não tendo idéia das decisões que são tomadas sobre seu acompanhamento pela equipe técnica. Sempre que entrava no HCRB muitos pacientes me seguiam por todo o tempo numa ansiedade muito grande em saber quem eu era, se iria tratar deles, se sabia alguma informação de sua alta, se sabia quem era o médico deles, enfim, informações que nunca chegavam.

Mesmo num CAPS pode-se funcionar excluindo os usuários das decisões, e ainda, considerando que este faz parte de um contexto familiar e territorial outros atores também devem participar desse processo. Para isso há vários movimentos que devem ser estimulados pelas equipes: grupo de familiares, assembléias com os usuários, associações de familiares e usuários.

“Há no modo psicossocial, quanto a este aspecto, um descolamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a intuição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem.”

(COSTA-ROSA, 2000, p. 155)

Uma das cenas mais desconfortáveis para mim, diante de tudo que há de ruim e comum nos manicômios, era o fato de sempre haver muitos pacientes pendurados e impresados ao portão que dividia o pátio reservado a eles das demais instalações e saída do hospital. Guardando esse portão havia

apenas outro paciente voluntário, sem nenhum tipo de cadeado ou corrente. Nada mais fácil para uma fuga coletiva, porém, o esvaziamento de potência incutido pelo modo asilar naqueles homens gerou tamanho posicionamento pacífico e paralisante, que tal possibilidade sequer se cogitava.

Numa postura absolutamente contrária, no modo psicossocial, ainda nas palavras de COSTA-ROSA, *“o que se visa é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos dos conflitos e contradições que o atravessam, passe a se reconhecer, por um lado também como um dos agentes implicados nesse ‘sofrimento’; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças.”* (p. 155).

Há ainda os que questionam não só os paradigmas e modos de produção subjetiva que podem se equivocar no CAPS, mas o próprio modelo adotado no Brasil, num perigo de reduzir-se todo o movimento amplo e complexo da reforma psiquiátrica numa “capsização” ou “emcapsulamento”, onde a loucura seguiria identificada apenas com um tipo de dispositivo substitutivo ao manicômio.

Tal discussão entra aqui para atentarmos ao perigo ingênuo de simplificar-se a questão da reforma psiquiátrica, pressupondo haver unanimidade nesse campo, até mesmo quanto ao surgimento de um dispositivo “milagroso”: os Caps. A esse atribui-se grandes responsabilidades nesse processo, mas que necessitam de inventividades constantes por parte das equipes, pois, nenhuma resposta é dada, as saídas nunca são simples, isso quando são encontradas. Ser porta de entrada implica em grande trabalho, mas tornar-se porta de saída exige muito mais.

Em Rio Bonito, o Caps é inaugurado em 08 de março de 2002⁴, após 35 anos de atividades do HCRB. Apresentava-se como novo dispositivo de atendimento psiquiátrico, batizado como CAPS Dr. Cleber Paixão, conhecido

⁴ Curiosamente Dia Internacional da Mulher, apesar de nenhuma referência ser feita ao fato no dia da inauguração.

psiquiatra do município, falecido quando diretor do HCRB, cargo que ocupou por muitos anos e cuja esposa, viúva, assistente social, ocupa até hoje.

Para a inauguração do Caps a prefeitura preparou uma grande festa: banda, comício, fogos, arranjos de flores, mobiliário novo... Mas muito curiosamente, na ocasião, a palavra “psicossocial” gera grande estranhamento, argumentaram que esta não existiria na língua portuguesa, e por fim, fica-se sem placa que localize e identifique à população da cidade o novo serviço por mais de dois anos. Apesar de inúmeros pedidos da equipe à prefeitura, inclusive de tinta para que os próprios usuários pintassem o muro, somente em abril de 2010 alcançamos tão simples conquista. Essa falta de sinalização dificultava a localização do CAPS principalmente nas situações de emergência. Não por acaso retorno nesta questão acho que por refletir em mim o quanto isso foi repetido nos anos em que trabalhei com esta equipe.

Há, por parte dos profissionais que estavam no serviço nessa ocasião e que permanecem até hoje, a impressão de que se tratava de um momento festivo, mas de pouco entendimento do que viria a ser o serviço efetivamente. Falou-se, nos discursos da inauguração, de que a cidade agora teria seu próprio hospital psiquiátrico! Um hospital colônia agora dentro da cidade! A esse momento alguns designam como “política da maquiagem” onde o objetivo aparentemente ficava numa saúde mental pedagógica, infantilizando e de certa forma discriminando o usuário. Faz-se referência a um cartaz específico, colocado no mobiliário novo, em especial no jogo de sofá da recepção: “Favor não sentar.” Para que os usuários, com seus precários e recriminados hábitos de higiene, não sujassem, simplesmente por sentarem, o importante, e bonito, sofá. Volta-se à temática da beleza. Chão muito encerado, por onde os usuários não deviam circular, de preferência que ficassem pelo quintal da casa. Vasos enormes de flores nas mesas dos técnicos, que impediam a visão e contato desses com os que eram atendidos. É importante citar, que esse mesmo sofá permanece ainda no CAPS, velho, rasgado, porém felizmente sem nenhum cartaz.

Nessa fase o CAPS era visto como uma alternativa de tratamento psiquiátrico, mas com certa desconfiança por parte da população. As demandas de atendimentos psiquiátricos eram direcionadas tanto ao HCRB quanto para o HRDV e o CAPS, sendo que este além de pouco conhecido na cidade, só funciona de 2ª a 6ª de 8h às 17h, enquanto os demais funcionam em horário ininterrupto, inclusive nos finais de semana.

Apenas em janeiro de 2007 o CAPS torna-se a porta de entrada de atendimentos psiquiátricos do município vinculado à Central de Regulação de Internações do Estado do Rio de Janeiro (CREG II), que só emitiria, a partir de então, as AIHs (autorização de internação hospitalar) a pedido do CAPS. Nos horários em que o CAPS estivesse fechado o Hospital Regional Darcy Vargas (HRDV - hospital geral), seria responsável por esse pronto atendimento.

A partir de meados de 2008, porém, a Central de Regulação decide junto ao Fórum de Coordenadores de Saúde Mental da região que o hospital só poderia pedir a vaga para internação psiquiátrica após ficar com o paciente pelo menos 72h. Isso para garantir que assim que o CAPS abrisse novamente e sua equipe avaliasse a pessoa que foi recebida pelo Darcy Vargas e definisse um projeto terapêutico, evitando-se que a equipe do hospital geral, por não ser sua especialidade a saúde mental, cria-se uma rotina de pedidos de internação precipitados, fato que ocorria freqüentemente até então e que se tornou uma forma de desvio da avaliação que a equipe CAPS faria do caso.

Após avaliação adequada, a internação em geral não é a primeira opção de tratamento, uma alternativa poderia ser, por exemplo, a de acompanhamento intensivo do caso pela equipe do CAPS, porém algumas famílias desconfiavam da eficácia dessa postura, visto ser uma maneira, para alguns, muito nova de tratamento. Procuravam então o hospital geral após o expediente do CAPS e conseguiam a internação.

Até julho de 2009 o município havia realizado apenas 02 internações psiquiátricas, sendo uma em janeiro e uma em junho. Equivocadamente pode-se associar a diminuição das internações a um processo de desassistência,

porém ocorre aqui justamente o contrário. Diminuir internações significa aumentar o acompanhamento psicossocial, que inclui os grupos terapêuticos o acompanhamento individual, seja médico, psicológico e/ou social. Aumenta-se ainda o acompanhamento domiciliar, pois é realizado um grande trabalho junto com os familiares para que se maneje uma crise sem a necessidade de internação, o que seria muito mais traumático para o paciente e família, apesar de todas as dificuldades que enfrentamos durante uma crise. Em 2009, esses procedimentos com usuários não cadastrados no serviço, as chamadas ações emergenciais e de porta de entrada⁵, chegaram a um total de 2712 atendimentos, numa média de 12 atendimentos extras por dia fora o acompanhamento de 25 intensivos (diários), mais 50 semi intensivos (03 turnos semanais) e os não intensivos (03 turnos mensais), cerca de 40 usuários. Os números de presença de semi intensivos e não intensivos podem variar muito de um mês para o outro, porém não os de intensivos que em geral recebem transporte da prefeitura e fazem 03 refeições diárias na unidade.

Note-se que quando falamos de atendimento emergencial em saúde mental está em questão casos que quase sempre passam o dia todo na unidade junto com seus familiares e que freqüentemente envolvem visitas domiciliares. A princípio 12 procedimentos⁶ desses por dia pode parecer um número pequeno, mas não se pensarmos na demanda que isso cria para a equipe fora toda a rotina com a presença diária de mais cerca de 40 cadastrados a dividir os mesmos profissionais e espaço físico.

⁵ O faturamento dos usuários cadastrados faz-se num pacote só, a unidade recebe um valor fixo por usuário intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Nesse caso a unidade não faz um registro por procedimento, temos apenas o quantitativo de usuários cadastrados por categoria, porém o acompanhamento destes inclui os mesmos procedimentos, e de forma rotineira.

⁶ 12 procedimentos não correspondem necessariamente a 12 usuários, pois uma pessoa pode receber mais de um tipo de atendimento no mesmo dia, caso necessário. Em geral as situações mais complicadas no CAPS de Rio Bonito são em torno de duas a três por dia, já tendo dias de enfrentarmos mais de cinco casos difíceis ao mesmo tempo.

Na região o município de Rio Bonito demonstrou grande queda da quantidade de internações bem diferente de alguns municípios próximos, menores inclusive em termos populacionais, porém sem rede alternativa de atenção psicossocial estabelecida.

A equipe não exclui o uso clínico das internações, no entanto ações alternativas são tomadas antes dessa opção ser escolhida, alternativas estas que têm se mostrado extremamente eficientes na maioria dos casos.

Após o censo a equipe do CAPS junto com a equipe técnica do HCRB, elegeu um total de dez pacientes já em condições de alta, com familiares na cidade, os quais foram convocados a um encontro no CAPS, em 29/05/2008. A esse encontro compareceram familiares de 02 pacientes apenas, ansiosos por informar que não havia condições de acompanharem o caso de seu familiar internado no HCRB. A equipe constata a situação com a qual irá trabalhar: internações de longa duração, onde,

“a imagem do institucionalizado corresponde, portanto, ao homem petrificado dos nossos hospitais, o homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar; o homem aplacado e livre dos excessos da doença, mas já destruído pelo poder da instituição... Para o doente, a perda da liberdade que está na base de sua doença se identifica inevitavelmente com a liberdade da qual nós o privamos: ele é a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam” (BASAGLIA, 2005 p. 27).

Posteriormente, em agosto de 2008, iniciou-se com técnico (psicólogo) do CAPS, um grupo terapêutico aos sábados dentro do HCRB com esses mesmos pacientes. A partir de maio de 2009 esses pacientes passaram a freqüentar semanalmente o CAPS, ainda que permaneçam, no momento, internados no HCRB. Paralelo a esse grupo, a equipe CAPS, mantém contato constante com os familiares desses pacientes numa tentativa de aproximação entre familiares, paciente e o serviço de atendimento psicossocial.

Cumprindo a determinação da Portaria 336/GM de responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no território, mesmo nos grandes períodos em que o Programa de Saúde Mental ficou sem coordenação (de janeiro a novembro de 2007 e de maio a agosto de 2008), a equipe do CAPS procurou manter-se, dentro do possível, sustentando suas ações e rotina de trabalho dentro dos princípios da reforma psiquiátrica.

Não ficava clara a existência de um Programa de Saúde Mental, qual o propósito, quais os serviços que dispúnhamos na cidade e como se articulariam. Percebia o total desconhecimento das equipes, no que cada uma realizava, nas ações, na rotina de trabalho, enfim, equipes totalmente estanques e desconhecendo completamente o território em que atuavam. Um certo isolamento da equipe do CAPS, quase abandono, falta de informação, de recursos e de parcerias.

Como sustentar a existência e importância de um programa até então confuso e omissivo diante de seus profissionais, que não se identificavam fazendo parte de nenhum programa, apenas “tocando” seus serviços desconectadamente? A princípio esse parecia ser o principal desafio: manter de pé o Programa Municipal de Saúde Mental, com protocolos claros, equipes coesas, fluxos definidos, independente das mudanças políticas de prefeitos, secretários ou coordenadores.

1.4 – Tecendo a rede:

A equipe do Caps numa tentativa de garantir maior clareza acerca de nosso fazer em saúde mental, iniciou, usando o espaço das reuniões de supervisão no CAPS, uma convocação do território, convocação dos serviços, mantidos ou não pela prefeitura, e das diversas secretarias. As temáticas foram surgindo: tratamento dos casos de crianças e adolescentes com problemas em saúde mental, tratamento dos casos de transtornos mentais ligados ao álcool e outras drogas, saúde mental do idoso, e com mais urgência, a situação do

HCRB. A equipe foi se animando, os desejos de convocações brotavam das muitas dúvidas que tínhamos de como os outros funcionavam.

As equipes, os parceiros, os trabalhadores, vão se chegando, reuniões cada vez mais cheias, iniciadas quase sempre por um momento de desentendimentos e reclamações, compreensível diante da muita “roupa suja” acumulada, e da aparente ansiedade dos profissionais em poderem falar, se encontrar. Muitos pontuavam como históricos esses primeiros encontros, nunca antes conseguidos no município, alguns estranharam tanto o convite que pensavam não terem entendido. A equipe técnica do Tribunal de Justiça, da comarca de Rio Bonito, compareceu fazendo questão de sublinhar que há anos tentavam incentivar e fomentar o início dessa rede, porém, de um lugar não pertinente a essa ação, por terem como determinação enquanto equipe técnica do TJ outras atribuições, porém que eram prejudicadas pela falta de entendimento dos serviços da cidade.

A partir desses encontros, sempre ricos, e que puxavam novos e novos personagens para nossa roda de discussões, foi proposta a criação de um FÓRUM MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, a partir de um primeiro e grande encontro como pontapé inicial, com convidados de outras redes que compartilhassem suas experiências dentro das temáticas que estávamos abordando.

Nada simples organizar um grande evento em Saúde Mental dentro de tal contexto, muitas tensões no ar, no dia temia-se, principalmente os políticos, algum bate-boca público envolvendo o HCRB. E nossa equipe preocupada que caso isso ocorresse que nosso tiro não saísse pela culatra.

Apesar desses temores e de alguns desentendimentos entre secretarias municipais, vaidades, alguns relutando em sair dos seus “quadrados”, como resultado tivemos, em novembro de 2008, um dia inteiro de encontro, com mais de 150 participantes, palavra de familiares e usuários dos serviços, secretários municipais presentes, abordando as questões da saúde mental na cidade e principalmente marcando a existência do Programa Municipal de Saúde Mental, seus dispositivos e atribuições.

1.5 – Um ambulatório de mudança...

Em janeiro de 2008, apesar da reeleição do prefeito anterior, novo mandato, muitas mudanças. Nova secretária de saúde, mas com vasta experiência em saúde mental, que me convidou a continuar na coordenação do Programa de Saúde Mental. Novas frentes de ação...

Os profissionais do ambulatório continuavam apertados nas poucas salas do Centro Municipal de Saúde Dr. Almir Branco, dividindo o espaço físico com todas as demais especialidades que ali funcionavam.

Paralela a essa situação, havia no território um Centro de Reabilitação, construção nova, várias salas amplas disponíveis, porém cerca de 2 km distante do centro da cidade, o que para muitos técnicos argumentavam ser mudança inviável.

Como parte da equipe concordava com a mudança apostamos nesse caminho por entender que serviria para o surgimento de novas possibilidades clínicas e de formação de identidade do nosso ambulatório de saúde mental. Tal ambulatório até então não era sequer cadastrado como serviço do município apesar de atender cerca de 400 pessoas por mês.

Os dois psiquiatras antigos na equipe do ambulatório não aceitaram a mudança, um pediu licença e o outro a exoneração do contrato. Optamos então, a pedido dos próprios médicos do CAPS, por colocá-los cada um atendendo um dia no ambulatório, porém com novas posturas terapêuticas, pois estes percebiam, que a falta de entendimento entre esses serviços, prejudicava em muito a rotina no CAPS.

A experiência que vivi ao iniciar na rede, trabalhando nos dois serviços, foi estimulada sempre que houvesse oportunidade e necessidade, estendendo-se a outros técnicos das equipes que desejassem. Outra estratégia do programa foi a participação da equipe nos mais diversos encontros aos quais a coordenação do programa fosse convidada. Quanto mais a equipe

acompanhava os processos, mais ela se apossava das situações, tomando para si os desafios que se apresentavam o que em parte, ajudou a sustentar o programa, independente das trocas de coordenação e personalismos.

Sabíamos, por experiência própria que na equipe do ambulatório, as rotinas de horários marcados, agendamentos, confinamento nos consultórios, gerava um afastamento ainda maior dos profissionais. O ambulatório precisava participar das demandas do território, das desospitalizações do HCRB, etc. Os técnicos propuseram que todo o funcionamento fosse modificado, que ao invés de passarem dois dias confinados em seus consultórios houvesse agendamento em apenas um dos dias e no outro o técnico ficasse disponível para formar grupos, atender demandas espontâneas sem que fosse necessário um “agendamento de triagem”.

Montava-se uma estratégia de gestão na qual fizemos uma aposta: o compartilhamento dos profissionais entre os serviços de saúde mental. Note-se que no compartilhamento em si não há nenhuma garantia, apostávamos num processo proposital de compartilhamento, onde não havia obrigatoriedade, apenas um estímulo, sempre que o profissional entendesse junto às equipes que seria um momento propício para tal.

De acordo com a situação e com cada profissional esse compartilhamento se deu por diversas vias. Em alguns casos apenas na promoção de reuniões de supervisão com as duas equipes juntas, em outros casos na divisão de carga horária semanal entre os dois serviços, outros profissionais, por questões circunstanciais e/ou de identificação profissional migraram de um serviço para o outro. Outros apesar de continuarem lotados no mesmo serviço poderiam passar certo período, meses, na outra unidade para desenvolvimento de alguma atividade específica. Enfim, muitas se mostraram as possibilidades a partir do momento que nos abrimos para essa situação como potencializadora. Ainda que nem todos tenham se sentido interessados a ponto de viverem em seus próprios corpos tal experiência, certamente os coletivos foram se reconfigurando.

Dentro de tal estratégia era necessário guardar com cuidado o entendimento de que integrar não é identificar ou reduzir. Continuávamos

falando de equipamentos diferentes, com missões diferentes, que constantemente eram revistas, atualizadas, mas nunca homogêneas.

A necessidade de integração urgia, mas não a despeito de se misturar os serviços, ao risco de se perderem em seus objetivos.

Ao CAPS continuavam sendo indicadas as crises graves, neuróticos em fase aguda com necessidade de acompanhamento mais intensivo, esquizofrênicos com histórico de crises com ou sem internações que a princípio precisassem de maior formação de vínculos e acesso mais freqüente aos técnicos, ainda que o diagnóstico de psicose não fosse condição “sine qua non” para acompanhamento pelo CAPS. Houve casos em que por demanda do usuário e por definição do projeto terapêutico construído coletivamente, direcionávamos um usuário do CAPS para acompanhamento pelo ambulatório, tendo um maior cuidado nessa transição, que por vezes não sendo bem sucedida caberia um retorno do usuário ao CAPS.

1.6 – Programa de Saúde da Família (PSFs)

Gradativamente fomos percebendo nossa necessidade de ampliar essa estratégia de compartilhamento de profissionais, com devidas adaptações, na busca de maior vínculo com os profissionais do Programa de Saúde da Família.

No início de nossa jornada na saúde do município entendeu-se como quase uma ofensa meu desejo de aproximação com esse programa, ainda que apenas num desejo individual de conhecer melhor como funcionava. Ouvi um singelo “estamos muito bem, obrigada.”

Mas, entendendo que a insistência, como veremos, estará presente constantemente na prática da saúde mental, continuamos na aposta. A idéia não foi esquecida.

Mesmo após assumir a gestão do Programa de Saúde Mental não se abriam muitas brechas para essa aproximação, apesar de nossos profissionais, tanto do CAPS como do ambulatório, estarem em constante contato com os

agentes comunitários dos PSFs, não havia uma estratégia de aproximação com as equipes técnicas e gestão.

Tal cenário iniciou uma mudança com o envio por parte da equipe PSF para aprovação pelo Ministério da Saúde de um projeto de criação no município do NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família). Projeto de equipe multidisciplinar responsável pela capacitação e acompanhamento das equipes de PSF no território. O projeto entrou em exigência pela equipe técnica do Estado do Rio de Janeiro, justamente pelo fato de constarem no projeto a inclusão de dois profissionais “psi” (psicóloga e psiquiatra), sem, no entanto, haver nenhuma participação do Programa de Saúde Mental municipal, cuja atuação era notoriamente conhecida por essa coordenação estadual, na elaboração e defesa do projeto.

De pronto fomos convocados pela secretária de saúde, que nos deu amplo acesso às modificações necessárias, fato que fizemos questão de acontecer coletivamente, junto com os profissionais que iniciaram a construção do projeto.

Feito isto, conseguiu-se a aprovação, e melhor, a aproximação.

O próximo passo foi conquistarmos um espaço nos cursos de capacitação que ocorriam dentro do programa PSF, onde a saúde mental passou a ter um dia para apresentação de seu programa e atuação, e claro, possibilidade de parcerias.

Surpresas maiores nos aguardavam. Após esse episódio, fui convidada enquanto gestora do programa de saúde mental a compor oficialmente a equipe de supervisão de PSF. A aproximação dos programas parecia finalmente inevitável. Ficamos pouco tempo em tal posição, porém garantimos com nossa saída a permanência da nova coordenadora de saúde mental na equipe de PSF, como sendo algo não ligado à minha pessoa, questão individualista, mas estratégia de saúde do município.

Dentro ainda da estratégia de compartilhamento de profissionais, construímos junto com a equipe CAPS em reunião de supervisão um projeto onde nossa equipe se dividiria em duplas (compostas por todos os trabalhadores da unidade, do motorista ao psiquiatra) que visitariam por pelo

menos dois dias seguidos, trabalhando por pelo menos um período do dia, todas as 12 equipes de PSF em vigor naquele momento.

Num segundo passo, essas equipes, enviariam pelo menos um profissional para trabalharem, de preferência, uma semana em nosso CAPS.

Dadas tais vivências traçaríamos um documento coletivo de integração dos programas de Saúde Mental e PSF.

Apesar dos empenhos em realizar tal projeto, outras urgências adiaram a experiência que por minha saída do programa acabou por não se executar, porém deixamos a idéia proposta em ambos os programas.

1.7- A arte de insistir...

Tantas mudanças só ocorreram com o surgimento de mobilização do coletivo, mas que percebo viver movimentos de expansão e recolhimento. Há sempre o perigo no ar de acomodação, desânimo, descrédito, apesar das muitas experiências que vivemos juntos, das possibilidades de um fazer criativo e imprevisível.

Um caso em especial ilustra esses momentos de esperança, revigoramento, e deixou a todos da equipe profundamente crentes de que era preciso tentar, tentar, insistir, insistir, sabendo que em 90% do tempo recebíamos não como resposta, mas inexplicável era o fôlego que um sim inesperado nos provocava!

Tivemos uma antiga, porém jovem, usuária do CAPS com diagnóstico de transtorno bipolar, grávida supostamente de outro usuário, com 08 meses de gestação e em franca crise maníaca, com humor exaltado, hipersexualizada, situação muito difícil em que a vida do bebê estava em jogo. Nossa equipe soube que ela estava passando as noites pelas ruas, nua, os familiares não conseguiam protegê-la e sabíamos da dificuldade das clínicas psiquiátricas em aceitarem-na tão perto de ter o bebê. A equipe do CAPS, durante reunião de supervisão, se reuniu levantou tudo o que podíamos fazer, sem, porém acharmos nenhuma solução imediata. Sabíamos que ela não fazia o pré-natal, mas que fora a uma consulta com um ginecologista de um posto da prefeitura

assim que descobriu a gravidez. Cogitei procurarmos esse obstetra a fim de tentar uma parceria. A maioria achou que seria em vão, o profissional em questão, além de ginecologista obstetra era ainda perito do INSS e famoso por certa intransigência nas decisões. É certo que essas falas mostram uma predisposição em acharmos que nossas buscas seriam sempre negadas, e nesse caso o argumento pelo qual seríamos ignorados veio rapidamente. Porém parte da equipe nos encorajou a ignorar tais forças e buscar o diálogo assim mesmo.

Conseguimos descobrir que naquele dia ele estava atendendo na mesma unidade do município onde a usuária fez seus exames no início da gestação. Chegando lá a quantidade de pacientes na espera no corredor era desanimadora. Procurei a administração da unidade para explicar do que se tratava, foram até ele que me recebeu após as consultas da manhã, no intervalo entre os dois turnos. Explicado o que se passava, nossa expectativa era de que o colega pudesse nos indicar ou encaminhar a usuária para alguma maternidade que a acompanhasse naquela crise por entender se tratar de gravidez de risco. Colocou-me de pronto a par de suas dificuldades enquanto médico obstetra no serviço público, de que não havia essa disponibilidade de leitos no município e nem nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro e que não conseguiria que outro município recebesse a gestante, principalmente em crise psiquiátrica.

Mas, ao contrário do que pré-julgamos enquanto equipe do CAPS, ele decidiu assumir o caso, isso sim seria possível e papel dele enquanto obstetra do município. Disse que podíamos solicitar a internação psiquiátrica que ele se responsabilizaria pelo acompanhamento do bebê mesmo enquanto ela estivesse internada. Isso sim, durante outra reunião de supervisão, analisamos ter sido além do prescrito de sua atividade: ele se deslocaria até a clínica psiquiátrica por uma escolha, diríamos mais adiante, de estilo. Com tal garantia à clínica psiquiátrica, conseguimos a vaga. Palavra dada, palavra cumprida, visitou-a no dia seguinte na clínica psiquiátrica, transferiu-a para o hospital geral para realização dos exames pré-operatórios e completada a gestação realizou o parto de uma linda menina, saudável, que está sob os cuidados da

mãe e avó, já com cerca de um ano. Isso foi uma etapa do acompanhamento da usuária, que continua, ora em novas crises, ora passeando com sua linda filha, mas que puxou para a equipe um fio de esperança e motivação diante de tantas portas que sempre se fechavam.

CAPÍTULO 2

SUPERVISÃO CLÍNICA-INSTITUCIONAL

“É melhor ter companhia do que estar sozinho, porque maior é a recompensa do trabalho de duas pessoas. Se um cair o amigo pode ajudá-lo a levantar-se. Mas pobre do homem que cai e não tem quem o ajude a levantar-se! Um homem sozinho pode ser vencido, mas dois conseguem defender-se. Um cordão de três dobras não se rompe com facilidade”.
(Eclesiastes)

Podemos definir que nossos movimentos neste território se deram em função de duas estratégias: o compartilhamento dos profissionais, descrito no capítulo anterior, e a insistência na importância da supervisão clínica institucional como um momento de trocas com o território, espaço de se fazer rede, de se convidar os parceiros para a roda, numa aposta na política pública de saúde mental, contra uma prática privatista, centralizadora, hospitalocêntrica, medicocêntrica, autoritária, hegemônica, predominante até então.

Contrária a esse modelo asilar/privatista, nossa proposta baseava-se num modelo público, democrático e da rede que seja sim a responsável pelo cuidado. Ao contrário do modelo asilar, um novo modelo de cuidado, de atenção psicossocial se apresentava. Porém esse precisaria ser construído, numa luta diária, com avanços pequenos, e para tal o espaço da supervisão nos serviria como esse momento em que democraticamente nossas práticas seriam colocadas em pauta.

Esse caminho a princípio não se mostrou muito óbvio, no sentido de que a própria idéia da “supervisão” mal introduzida poderia se tornar instrumento de controle e formação de idéias persecutórias. Apegamo-nos então como estratégia inicial nos pressupostos da reforma para a criação da supervisão nos dispositivos de saúde mental.

Os pressupostos que sustentam a idéia da supervisão em dispositivo da reforma devem ser baseados na Lei Federal 10.216, lei da reforma,

relacionados à idéia de território, de humanização do serviço, de ênfase no acompanhamento e fala do usuário, da participação dos familiares de usuários no cotidiano do serviço, de produção de cidadania.

De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Mental a supervisão deve ser "clínico-institucional", no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscando sustentar uma relação clara e ativa entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política. Trata-se de um momento de trabalho clínico, porém, onde quem se coloca em análise são os próprios técnicos através do fazer clínico de cada um enquanto profissional de uma equipe pública de saúde mental. Poderíamos chamar de clínica da clínica. Trabalho delicado, criterioso, e que por sua simples existência dá indícios da possibilidade de construção de uma equipe que se dispõe a pensar suas atividades e ao mesmo tempo de profissionais que de certa forma estão dispostos a se e expor e confiar nesse coletivo de trabalho. Como afirma Amarante:

“O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, conflitos, tensões” (2007, p. 63).

A partir da segunda chamada para supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Redes de Atenção Psicossocial, houve interesse da equipe⁷ em enviar

⁷ Essa gênese da implantação da supervisão fez toda a diferença para sua manutenção no CAPS, principalmente diante de alguns profissionais que não aceitaram muito bem no início: saber que não foi algo imposto, mas que parte da

projeto, para o qual fomos contemplados e partir do que receberíamos verba própria para contratação do supervisor. A equipe decidiu⁸ por contratar como supervisor o psicólogo Newton Valente, um dos primeiros psicólogos do programa trabalhando na cidade por muitos anos e precursor do projeto de criação do CAPS. Por assumir a supervisão em outros municípios e ainda trabalhar como técnico concursado da Prefeitura do Rio de Janeiro havia se afastado de Rio Bonito, mas disponível naquele momento para a supervisão clínica territorial. O fato de já ter pertencido à rede num momento anterior, trouxe vantagens e desvantagens ao processo. O supervisor conhecer o território seria o bônus. Ser conhecido, ou seja, ter estado na posição de técnico junto com parte mais antiga da equipe e agora “supervisioná-los”, teria, porém, um ônus que estaria presente nas reuniões de supervisões constantemente.

Iniciamos nossa supervisão em janeiro de 2008. Mesmo com edital aprovado e verba depositada pelo Ministério da Saúde, tivemos inúmeras dificuldades burocráticas junto à Câmara dos Vereadores, quanto ao fato de não existir tal função no município e não entenderem sua criação, porém o que não dependeria em nada de verbas municipais, visto que estávamos amparados por projeto federal. Depois de cerca de dois meses de negociações, entendeu-se o processo e fomos autorizados a dar início ao trabalho de supervisão.

equipe mesma enviou projeto que foi aceito em meio a outros inúmeros de todo o país. No ambulatório essa mesma supervisão nasce como decisão da coordenação do programa após certo tempo de funcionamento no CAPS, o que em si trouxe outras reverberações até que fosse aceita e entendida.

⁸ Trata-se de um momento em que não há uma coordenação reconhecida na gestão do programa, a maioria das ações são de decisão da equipe do CAPS que a partir de então luta por sustentá-las. Alguns meses após a implantação da supervisão isso é colocado em análise e como já foi dito acabo na coordenação do programa, mais uma vez a partir de movimentação da equipe do CAPS.

Pudemos escutar na fala de alguns profissionais do CAPS que vieram de outros serviços da prefeitura, confessando que não faziam nenhuma idéia de que trabalho acontecia ali. Numa perspectiva perversa, ser transferido para o CAPS designou-se como sinal de “castigo” dentro da prefeitura. Porém assim que começam a entender a proposta do serviço e equipe, praticamente todos se dizem surpresos por estarem descobrindo novas coisas em suas funções.

Essa idéia de castigo ligava-se ao censo comum do quanto perigoso e difícil poderia ser trabalhar com os loucos, os feios, os diferentes, numa idéia de haver um eminente perigo de ataque. Tanto que sempre que um desses novos profissionais se apresentava no CAPS, por mais de uma vez, fui questionada qual seria o procedimento para se proteger caso de algum usuário agredisse alguém ou começasse a “quebrar tudo”. Para alguns foi inútil explicar que nossa realidade não correspondia necessariamente a essa imagem, às vezes não suportavam mais que um dia de trabalho na unidade.

Os que por fim permaneciam no CAPS, conforme relatavam nas reuniões de supervisão se viam, aos poucos, fazendo outras atividades que não faziam parte de suas rotinas em outros serviços, como se no CAPS houvesse maior liberdade para se autorizarem experimentar mais do que o prescrito de suas atividades. O motorista, por exemplo, relatou estranhar no início sua participação nas reuniões e a importância que dávamos às informações que só ele teria e que em outras unidades isso nunca lhe foi solicitado. No CAPS há espaço para o surgimento de uma série de relacionamentos, envolvendo usuários, familiares, equipe, onde a designação “técnico de referência” é autorizada a circular por todos os profissionais do serviço, independente do trabalho prescrito que entendia que cumpriria ali.

Mesmo depois de quase dois anos de supervisão um novo e grande impasse relacionado a essa idéia de CAPS como castigo profissional se colocou no início de 2010. A administradora do CAPS até então, já na função há cerca de 05 anos, passava por grave crise pessoal e profissional devido a certas ameaças anônimas, coincidentemente ou não, surgidas após algumas

mudanças na equipe, todas de acordo com a coordenação do programa. Nessa situação achamos adequado que esta assumisse a coordenação do ambulatório, a princípio provisoriamente, e designamos outra psicóloga, que estava sendo indicada para a coordenação do ambulatório para o CAPS. Percebemos duas fortes reações:

- 1) Os técnicos e alguns gestores da saúde “colaram” a imagem do CAPS à administradora, no sentido de acharem que ninguém mais conseguiria administrar a unidade dada a impossibilidade de alguém suportar tal cargo, quase que “divinizando” o fato dela ter conseguido tal proeza, e mesmo numa situação de dificuldade pessoal, algo precisava ser feito pra que ela voltasse, pois ninguém mais assumiria tal função no município. Observamos na ocasião que esse peso também fazia mal à funcionária, que percebia tal pressão.
- 2) Ao solicitarmos à psicóloga, em regresso de licença maternidade e anteriormente indicada para assumir a coordenação do ambulatório, que momentaneamente, ao invés disso administrasse o CAPS (o que ainda que por questões circunstanciais afinava-se com nossa estratégia de compartilhamento dos profissionais), houve um estranhamento de certos profissionais e gestores da saúde, exatamente dentro da idéia de CAPS como castigo profissional, que ela não merecia tal imposição a ponto de em vários momentos eu ser questionada do porquê de tal decisão.

Esses posicionamentos claramente estavam relacionados ao não conhecimento das rotinas e trabalho no CAPS e ao grande preconceito em se lidar com os usuários dos serviços de saúde mental. A conclusão de tal operação (efetivada apenas após termos conseguido o aval da própria secretária de saúde e sua interferência nas pressões) foi que essa nova administradora do CAPS, que assumiu em fevereiro de 2010, já em abril do

mesmo ano, por decisão própria não deseja mais sair do CAPS, identificou-se com a unidade, optando por esta ao invés de administrar o ambulatório de saúde mental. Tal fato foi analisado nas supervisões como um ganho para o programa, no sentido de que apesar da grande competência da administradora anterior, os profissionais da saúde no município não conseguiam entender o CAPS como uma unidade como as demais, exatamente por essa profunda marca de ser um serviço perigoso, estranho por lidar com os feios, os diferentes, os que a princípio deveriam estar internados, enfim.

Tratava-se de uma unidade com problemas comuns a qualquer outra administração em saúde pública, que qualquer gestor competente poderia gerir, assim como, onde qualquer profissional comprometido poderia trabalhar, sem que isso fosse considerado um castigo ou sacerdócio.

As reuniões de supervisão na unidade eram semanais, nas tardes de quinta-feira, em geral das 14h às 17h.⁹ Toda a rotina do serviço deveria ser discutida nos encontros de supervisão, tendo destaque para os casos clínicos, e em geral era no decorrer dos estudos de caso que refletíamos sobre as atividades.

Durante um encontro de supervisão, na discussão de um caso clínico onde nosso motorista teve uma grande participação e interferência clínica, esbarramos na temática dos prontuários. Quem poderia usá-los, quem poderia escrever num prontuário? As experiências do motorista, cozinheira, deveriam ser registradas no prontuário? Visto que se trata de documento do usuário e de relato de todo o seu processo terapêutico, tudo de importante que o usuário relata ou que se passa com ele no serviço deve ficar registrado, mesmo que quem tenha vivenciado a situação não seja reconhecido como parte da equipe

⁹ Note-se que a equipe, pela rotina do CAPS, precisava manter a unidade aberta e disponível mesmo durante as reuniões, atendendo apenas as emergências e dispensando os usuários das atividades de rotina. Talvez por essa prescrição quanto ao horário na unidade, não havia nenhuma indisposição quanto ao encerramento das reuniões, pois no caso dessa equipe não há expectativa de se "sair mais cedo", acabando que, em geral não notávamos pressa mesmo quando do horário cumprido.

técnica. Independente da formação acadêmica, todos devem entender serem profissionais de saúde mental numa unidade psiquiátrica substitutiva ao hospital. Profissional de saúde mental: novo ofício, em construção. Mas intrínseco especificamente a esse ofício, desponta a questão de não poder ser estático, de não haver para todas as situações um trabalho prescrito muito claro, pois há constantes mudanças em jogo, que exigem discussão, análise coletiva desse fazer, no que falhou, no que poderia ser diferente:

“Todo viver humano consiste numa prática cotidiana de convivência com o outro, envolvendo redes de conversações. Dotados de uma particular capacidade para viver (considerada em sua força e fragilidade), os humanos estabelecem uma interação no e com o meio, antecipando-se na colocação de problemas, encontrando e inventando saídas, alternativas para os problemas colocados na relação com o meio e consigo.” (BOTECHIA e ATHAYDE, 2007, p. 2).

Pensar essa prática da supervisão nos remeteu ao conceito de comunidade ampliada de pesquisa, as CAPs (curiosa coincidência), proposta que vem se articulando para um grupamento de pesquisadores no Brasil, conforme Botechia, 2006, p. 129.

Essas comunidades, da mesma forma como a supervisão, teriam como função, conforme Botechia e Athayde (2007):

“colocar para circular as informações e percepções acerca da sua própria atividade. Afirmando a posição de que o ser humano, no encontro e no diálogo com o outro (e consigo), constitui a si a ao mundo, será também nesse mesmo movimento que poderá encontrar formas de transformação da realidade.” (p.05)

É na possibilidade de se expor, de ouvir o outro, de confronto constante, que a equipe se recria e cria novas formas de trabalho. Cria-se um espaço para o novo, uma *“rede de trocas de experiências, de afetos, de problematizações e soluções.”* E na medida em que a equipe adentra nesse

universo, percebe-se frágil e ao mesmo tempo cheia de possibilidades de ação. Para tal se requer certa “humildade” dos especialismos, um acreditar na riqueza do saber prático, que circula com os outros saberes da equipe.

“Acreditamos que, ao ressaltar a importância do diálogo – de considerar e potencializar uma rede dialógica – para compreender-transformar o trabalho, o regime de produção de saberes que faz funcionar a Comunidade Ampliada de Pesquisa exige uma maior reflexão acerca da relação trabalho e linguagem (ou das relações entre processos linguageiros e de trabalho). Apostando em que a linguagem comporta potencialidades para revelar a complexidade do trabalho, trata-se, então, de criar condições de possibilidade não somente para que a atividade de linguagem dos trabalhadores emergja, mas também se desenvolva.” (BOTECHIA, 2006, p. 129,)

A dimensão cognitiva aqui não se reduz à mera aquisição e aprendizagem de novas regras, informações, processos, mas é justamente essa capacidade humana de formular novas estruturas inventivas, em processos de desenvolvimento intelectuais e psicológicos.

“Conhecer não é o mesmo que representar, mas antes um processo de invenção de si e do mundo. O vivente humano define-se exatamente por sua capacidade ativa e dinâmica, por estar em constante atividade, logo a cognição deverá assumir esse caráter de uma constante invenção de novos domínios... No domínio dito cognitivo, sujeito e objeto são construídos, inventados, marcados, portanto pelo inacabamento e pela experimentação. O caráter inventivo da cognição abre a perspectiva de redes de encontros que operam para além do indivíduo e do meio, superando a idéia de intencionalidade, mas na interação, numa zona de mediação social.”
(BOTECHIA, 2006, p. 132.)

O caminho teórico das CAPs nessa trajetória de se pensar as cognições e formação de novos sentidos fundamentaram-se nos conceitos da teoria histórico-cultural de Vigotski, onde o pensamento e a linguagem não são formas de comportamento naturais e inatas, mas são determinadas por um

processo histórico-cultural, com leis e propriedades específicas, mas sempre dinâmicas. (BOTEQUIA, 2006, p. 136)

*“O desenvolvimento se dá, conforme esta abordagem, em dois níveis: o real e o potencial. O **desenvolvimento real** corresponde ao nível de desenvolvimento das funções psicointelectuais que se conseguiu atingir, resultado de um processo já realizado, já completado... e o **desenvolvimento potencial** – refere-se àquilo que a criança é capaz de fazer com o auxílio dos adultos ou em colaboração com companheiros mais capazes.”*
(BOTECHIA, 2006, p. 140)

O principal de tal conceito é a ênfase na capacidade humana de reinvenção a partir do contato com o outro, criando-se um campo ilimitado de desenvolvimento, inventividade e novas aprendizagens. Aprendizagem e desenvolvimento podem se dar por irradiação, contato e ampliação. (BOTECHIA, 2006, p. 145).

Como desdobramento desses conceitos Yves Clot (1995) propôs o conceito de Zona de Desenvolvimento Potencial, que segue a mesma perspectiva agora mais especificamente se referindo às atividades de trabalho, em quem da mesma forma, existiria um espaço potencial a ser explorado, que justamente nesse diálogo voluntário ou não com o outro a atividade inevitavelmente se transformaria.

Com relação às CAPs o objetivo é o encontro dos saberes científicos com os advindos das experiências práticas dos trabalhadores, em encontros coletivos desses dois universos provocar-se-ia a circulação de novas aprendizagens.

Com relação à nossa pesquisa, o campo adotado, a supervisão, foi um instrumento não propositalmente construído para esse fim, mas estava anteriormente posto na equipe, onde o encontro já se dava entre os profissionais que podiam ter ou não certo aprofundamento intelectual de suas práticas.

Nosso apoio conceitual nas formulações de Yvet Clot e sua Clínica da Atividade, sobre a qual nos aprofundaremos no próximo capítulo, deveu-se à importância e foco que este colocou na atividade como o que há de mais complexo no universo do trabalho e no quanto toda atividade é sempre dirigida e que o falar ou ser observado provocaria um diálogo do trabalhador consigo e com os demais.

“Em qualquer que seja o trabalho, trabalhar é sempre, de alguma forma, buscar re-conceber a tarefa para colocá-la a serviço de sua própria atividade ou da atividade que é partilhada com os outros.” (CLOT e LITIM, 2001), ou ainda, *“O trabalhador sempre acrescenta algo de seu, singular e coletivamente, ao trabalho realizado.”* (OSÓRIO, 2007, p. 82). A Clínica da Atividade considera as atividades dos técnicos como atividades complexas, dadas as múltiplas forças que estão envolvidas em cada decisão aparentemente simples. A supervisão acaba por ter um forte conteúdo de análise coletiva do trabalho, e por assim dizer, das atividades desses trabalhadores.

O aparente simples fato de falar de suas atividades leva o profissional a ter de refletir sobre o que falar, o que não falar, para quem falar, enfim, nas horas em que seguem as supervisões cada profissional está emergido em seus pensamentos sobre suas atividades, e isso em si é tido pela Clínica da Atividade como uma atividade em si, atividade sobre a atividade.

Percebemos, num primeiro momento, que tanto a equipe do CAPS, quanto a do ambulatório, demonstrava certo desconforto com a situação de, digamos, “supervisionamento” que a palavra sugere. Precisou-se construir a idéia de que o que se esperava era a construção de um espaço de trocas de experiências, de reflexão das práticas e criação de novas possibilidades coletivamente. Os conhecimentos acumulados pela equipe precisavam circular e serem constantemente revistos e isso só seria possível com existência de um espaço tal qual o da supervisão. Onde naquele dado momento histórico, num território específico, nos colocaríamos disponíveis à discussão de nossas

atividades individuais em um serviço que onde o gênero profissional precisa ser construído coletivamente.

É importante colocar que nesses encontros alguns resistiam argumentando que não seria correto a equipe ficar “sem trabalhar” um turno inteiro do serviço em prejuízo ao tratamento dos usuários. Nosso argumento, dentro da fundamentação teórica usada nessa pesquisa, partia do princípio que o encontro de supervisão não deixava de ser trabalho, pelo contrário, trabalho árduo, uma atividade que tinha como objetivo todas as demais atividades realizadas no serviço. Uma atividade sobre a atividade. Ficava claro o quanto isso poderia se tornar cansativo. Um momento em que por estar em análise era necessário ao falar refletir sobre a prática, entrar em embates, rever posições, questionar a atividade de outros pares, enfim, grande trabalho que teria como consequência um serviço de melhor qualidade para os usuários e técnicos.

Convocamos a Clínica da Atividade por sua possibilidade de nos fazer refletir sobre a supervisão exatamente nesse plano de atividade sobre a atividade. Tirando-se de cena o prefixo “super” no que esse possa ter de uma posição acima, visão privilegiada, mas colocando a supervisão no plano do sobre. Sobre no exato sentido de acerca de. O super virou sobre, deixando principalmente de ser um lugar ocupado por um indivíduo que vem de fora “ensinar” como se faz, para se tornar um espaço para o surgimento do gênero, onde esse possa ser descoberto e problematizado. Reafirma-se a aposta nos espaços coletivos de produção de conhecimento.

A análise do trabalho posta como uma atividade ao quadrado, o pensamento como ação, uma atividade sobre a atividade coloca então a supervisão como “sobrevisão”, exatamente nessa modalidade do espaço para a linguagem sobre o trabalho. Importando destacar que quem fala são os trabalhadores, o protagonismo é deles e de seus processos de produção e criação, suas atividades, sem que nenhuma dessas, independente de quem as relate, seja desqualificada em sua capacidade de transformação, seja por questões políticas, intelectuais, afetivas, etc...

Ao estimular a instalação das supervisões no maior número possível de CAPS no Brasil, inclusive com envio de recursos financeiros específicos para tal, entendemos haver uma grande aposta do Ministério da Saúde na circulação da linguagem e poderes, o que estaria absolutamente de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.

Mas cabe-nos destacá-la com esse sentido de sobrevisão que nos é precioso. Entendemos haver aqui uma possibilidade de riscos e equívocos. Assim como desospitalizar não garante o fim do asilamento, a existência da figura do supervisor e das reuniões não garante o surgimento de um campo de discussão coletiva. Pode-se descambar para uma demarcação de lugar privilegiado, análises individuais, desinteresse da equipe, esvaziamento das potencias por diferentes rotas de fuga.

Dentre as estratégias de fuga dos encontros havia os que solicitavam que poderíamos fazer da reunião de supervisão uma reunião administrativa apenas, para falarmos de datas e horários, decisões burocráticas ao invés de avaliação da unidade e das atividades. Talvez entendessem que seria mais ameno, mas desviaria nosso foco, além do que tais encontros poderiam ocorrer em outro momento, próprio para tal, sem prejuízo ao horário destinado à atividade de supervisão clínica.

Reconhecemos que a atividade sobre a atividade pode produzir um desgaste maior do que a atividade em si. Há claramente a possibilidade de maior exposição o que para alguns traz maior desconforto. E nesse sentido alguns “sabotavam” os encontros. Havia, digamos um gasto de energia da coordenação e supervisor em tornar nossos encontros o mais coletivos possível. Não com uma conotação policialesca, mas de convocação, que nem por isso deixava de nos demandar esforço.

Essas forças tornavam mais complexa a atividade do supervisor. No sentido de ter que freqüentemente provocar a equipe em suas rotinas, colocando impasses, questionando o instituído na busca de uma reflexão coletiva sobre os fazeres. Em muitos momentos tal papel parecia transtornar os

técnicos. As respostas surgiam nas ausências, nos atrasos, nas resistências, que em si tornavam-se motivo de análise coletiva nos encontros.

Há sempre o perigo, que ronda os encontros, da paralisia em torno dos temas duros do serviço público: falta de recursos como: remédios, materiais para oficinas, telefone, carro, comida e ainda os baixos salários, carga horária desigual. Enfim, questões importantes, que precisam ser enfrentadas, não apenas no espaço de supervisão, mas em espaços próprios a tais reivindicações, encontros de categoria, manifestações, para não cairmos na armadilha de se transformar nossos encontros de análise clínica e institucional numa paralisia de quem apenas sabe falar dos impossíveis, sem sonhar com as possibilidades da equipe. Trata-se de um constante exercício de análise de todos os movimentos do serviço, inclusive dos esvaziamentos das reuniões de supervisão, ou dos momentos em que a equipe sente necessidade de comparecer maciçamente, seja até mesmo por discordar dos direcionamentos da coordenação.

Apostando na eficácia e necessidade de mantermos esse espaço de capacitação, reflexão e construção da equipe, convencemos em 2009, a secretária de saúde do município a manter com recursos da prefeitura a supervisão clínico-institucional no território. Decidimos estender os encontros também para o ambulatório de saúde mental, não necessariamente no mesmo formato do CAPS.

Durante o processo de construção do trabalho de supervisão, observamos a constante insistência do supervisor em que a equipe estivesse atenta ao espaço clínico psicossocial que precisava ocupar na cidade. Insistência em que a equipe pudesse definir qual o mandato do CAPS, como construir esse fazer. Essas observações nasciam quase sempre nas análises dos casos clínicos. Era importante na rotina das supervisões a possibilidade de avaliação como um exercício permanente de reflexão da equipe. Esse exercício acabaria por validar internamente e de modo constante o trabalho da

atenção psicossocial, a partir do que for discutido durante e posteriormente a esses encontros. (SCHMIDT e FIGUEIREDO - 2007).

CAPÍTULO 3

Considerações Teóricas

“Continuar porque não se pode senão continuar.

Árido este mundo, porque a vida é sempre a vida, a mesma vida.

Porque, se parássemos, ouviríamos um estrondo...

E depois, perturbados, o silêncio do que somos”.

(Paulo Mendes Campos, Hino à vida, in: Testamento do Brasil e O Domingo Azul do Mar)

No capítulo anterior, ao posicionarmos a importância da supervisão clínica-institucional no terreno de formação das estratégias territoriais para lidarmos com os freqüentes movimentos asilares e privatistas iniciamos nossa conversa com os conceitos da Clínica da Atividade sobre os quais nos apoiaremos melhor neste capítulo, não perdendo de vista que toda nossa trajetória até aqui teve como tema central a questão do trabalho, num campo específico, a saúde mental.

Clot considera o trabalho não como uma atividade qualquer, como algo a mais na existência, mas antes numa categoria de formador de subjetividade. No trabalho está a possibilidade de formação de sentido e novas cognições, espaço para novas aprendizagens que reformularão o viver tendo como caminho a atividade. Segundo esse ponto de vista, a atividade de trabalho não apenas tem uma função social, produzindo objetos, serviços e trocas sociais, mas também uma função psicológica, na medida em que possibilita ao trabalhador descolar-se de si e dirigir-se ao outro, bem como a seu objeto de trabalho, desenvolvendo-se como ser humano (CLOT, 2006; OSÓRIO DA SULVA, 2002).

“O trabalho não é uma atividade entre outras. Exerce na vida pessoal uma função psicológica específica que se deve chegar a definir.” (CLOT, 2006, p. 12)

O conceito de atividade, em primeiro lugar não pode ser entendido de maneira simplista. Para Clot (2006) atividade não é somente algo que se realiza, mas todo o conjunto de escolhas que tiveram de ser feitas para a realização da ação, as tensões, o que se deixa de fazer, o que se gostaria de ter feito, o que se pensa poder fazer em outro momento a partir da atividade daquele instante, o que não se faz, o que se faz sem vontade, o que se fazia antes e que não se faz mais para que aquela ação se realize ou o que se faz para que aquela ação não se realize.

Clot coloca que, em geral, para a psicologia ergonômica a tarefa é o que é para fazer, e a atividade o que se faz. (CLOT, 2007). Porém considerada apenas assim a atividade de trabalho não ofereceria quase nenhum espaço para os movimentos subjetivos. Na riqueza que dá ao conceito de atividade está o diferencial, o desenvolvimento teórico e metodológico introduzido por Clot e tão importante para nosso trabalho.

Para Clot há um caráter interativo na atividade, ela é sempre dirigida, um conceito muito importante para a Clínica da Atividade, o de ser atividade dirigida em situação real. Trabalho, nessa perspectiva, é atividade dirigida. A atividade de um sujeito é sempre resposta à atividade dos outros, resposta de outras atividades (CLOT, 2006).

“A ação do sujeito está então relacionada com a atividade dos outros e só se forma através dela, fazendo alguma coisa – ou fracassando em fazer alguma coisa – desta em sua própria atividade. Aqui se coloca precisamente o problema do sentido: ou seja, não só a questão do resultado esperado, mas também daquilo que motiva ou ainda desmotiva a ação. (CLOT, 2007, p. 270)

Quando eu faço alguma coisa no meu trabalho, na verdade estou dialogando com meu objeto e com outra coisa que pode ser meu par, etc. Quando as pessoas falam na reunião elas estão falando de suas atividades, para os colegas, para o supervisor, estão se dirigindo a alguém, mas durante todo o tempo há um terceiro – um interlocutor virtual - atravessando essas falas, há um diálogo inclusive com quem não está presente, com fatores maiores do que aquele momento. Esse outro pode ser inclusive a atividade de outra pessoa que de certa forma atravessa a minha atividade e que pode vir a competir com a minha, ou seja a minha atividade ser atrapalhada, por exemplo, pela atividade do hospital geral ou do hospital psiquiátrico, a ponto de impedi-la. Fica clara a idéia de atividade não apenas como tarefa cumprida, mas como uma teia de opções, escolhas, que inclui o que deixo de fazer, o que faço para fazer, o que gostaria de ter feito, etc.

“Ocorre uma corrente de atividades de que constitui um elo... o trabalho é, portanto ainda uma atividade dirigida: atividade dirigida pelo sujeito, para o objeto e para as atividades dos outros, com a mediação do gênero. Por esse motivo, pode-se dizer que a atividade dirigida é a unidade mais ínfima do intercâmbio social que realiza o trabalho.” (CLOT, 2006, p. 97)

Enquanto atividade dirigida, portanto, a atividade tem sempre conflitos, diálogos, negociações, bem ou mal sucedidas. Na realização da atividade há competições em cena. Dependendo do nível e quantidade dessas competições haverá grande variação na atividade. Quando decidimos um projeto terapêutico ele não leva apenas em questão o estado clínico psicológico do usuário. Certamente estão junto às decisões os familiares e a atividade destes com relação ao usuário, os serviços que este costuma utilizar na cidade, as relações de nosso serviço com estes outros, enfim, a atividade é sempre atividade dirigida e em diálogo com diversos outros atores sociais.

Nesse sentido atividade dirigida é quase sempre conflito. Visto o sujeito pertencer a vários universos simultaneamente, com os quais mantém perpétuo

diálogo – cognitivo, afetivo, fisiológico, social – e sem os quais não se construiria subjetividade.

“A atividade realizada é, portanto um espaço de confronto entre as intenções próprias e as intenções dos outros, bem como algo que se desenvolve na história dos sujeitos no trabalho e fora dele.”
(BOTECHIA, 2006, p. 75)

Teremos desde controvérsias de idéias interessantes e produtivas até o que pode vir a ser conflito aberto, no caso da saúde mental, com a família, com outras unidades da prefeitura, com programa de saúde da família, com diversos hospitais da região, etc. Podendo colocar a equipe totalmente encurralada e impedida em sua atuação.

A estabilização da maneiras de agir, falar, produzir envolvendo determinado meio de trabalho com um histórico de recursos para cumprimento das atividades já reconhecido por determinada comunidade formam o gênero profissional.

Uma boa introdução ao conceito de gênero profissional seria observarmos o fato de duas pessoas nunca terem se visto, não conhecerem nada uma sobre a outra e a partir do momento que lhes for designado determinada atividade profissional que ambas já exerciam ou pelo menos tendo conhecimento acerca desse gênero de atividade, haverá desempenho em conjunto certamente sem muitas confusões.

“O ‘gênero profissional do coletivo de trabalho’ comporta em si uma função psicológica para cada trabalhador, pois, permite que este aja ou se defenda, ou ainda que tire o melhor partido da situação de trabalho. Ele conserva e transmite a história social. Desta forma, o gênero é, ao mesmo tempo, o instrumento técnico e psicológico do meio de trabalho e de vida.”

(BOTECHIA, 2006, p. 147)

Quanto mais definida socialmente e tradicional a atividade, mais o gênero poderá ter informações e prescrições disponíveis ao profissional que o exercerá, e mais amparado esse profissional se sentirá ao ter que tomar suas decisões. Ainda assim, é importante colocar que o gênero profissional nunca estará completo. Pelo contrário, uma das características do conceito é estar em constante transformação social, é mais um movimento do que um estado (CLOT, 2006), por refletir os movimentos históricos de determinado grupo social.

“Meio da ação para cada um, o gênero é também história de um grupo e memória pessoal¹⁰ de um local de trabalho. Diremos às vezes simplesmente gênero para abreviar. Mas sempre se tratará das atividades ligadas a uma situação, das maneiras de “apreender” as coisas e as pessoas num determinado meio. A este título, como instrumento social da ação, o gênero conserva história.” (CLOT, p. 38, 2006)

Com relação aos profissionais de saúde mental dentro da reforma psiquiátrica, podemos pensar se há no momento um gênero definido ou em construção muito rudimentar ainda. O fato de esse gênero profissional estar nessa situação de construção ainda primária certamente inflige sobre os trabalhadores uma situação muito desconfortável em determinados momentos.

“Observamos essa fragilidade do gênero ou do respaldo institucional no trabalho em saúde mental quando, apesar da forte referência ao ‘coletivo de trabalho’ (a equipe), muitos trabalhadores mencionam que se sentem solitários e pouco respaldados em decisões importantes que têm que tomar no curso de sua atividade. O

¹⁰Em trabalhos posteriores o autor passará a definir o gênero como uma memória transpessoal.

trabalho em saúde mental, como já referido, vem se deslocando do hospital psiquiátrico para a cidade, chamando a criações e variações que nem sempre conseguem ser compartilhadas. Assim, um gênero de atividade forte sustentaria a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador. O trabalhador se sente mais seguro ao resolver, mesmo que sozinho, determinada situação de trabalho, porque sabe que será apoiado por um coletivo. Ao contrário, quando o gênero está fragilizado, o trabalhador sente sua decisão solitária, temendo não ter agido da maneira adequada ou ser alvo de críticas futuras.” (RAMMINGER E BRITO, 2008, p. 45)

Sabemos que, dentro das equipes dos CAPS, vários ofícios com gêneros estabelecidos convivem, tendo também, por estarem exercendo seus ofícios num serviço da reforma psiquiátrica, uma nova configuração de gênero específica de “trabalhador de saúde mental”, ainda em precoce construção.

Poderíamos dizer que o gênero “trabalhador de saúde mental” tem como característica manter uma indeterminação no que se refere à lógica dos especialismos.

Falamos aqui de especialismos e não especialidades, no que essa possa ter num melhor sentido da palavra. A negação do especialismo não nega a especialidade. Há lugar sim para ações dirigidas que exigem um tipo de formação da especialidade. Por exemplo, há a necessidade que o médico prescreva as medicações, o que não quer dizer que este não precise da opinião dos demais da equipe com relação às observações e acompanhamento do usuário com determinada medicação. Há lugar para que a assistente social saiba que determinada documentação seria necessária para algum benefício específico, porém esta certamente precisará da participação da equipe em todo o restante do processo de aquisição do mesmo e posteriormente no acompanhamento de um uso consciente dos recursos pelo usuário. Há lugar para essas ações dirigidas que exigem um tipo de formação da especialidade, rechaçando-se, contudo o especialismo.

Observamos, dentre os inúmeros conflitos com os quais essas equipes precisam lidar a existência dessa diferença de posicionamento diante das especialidades. Por exemplo, em determinada reunião de supervisão o supervisor questionava nosso acúmulo de atividades que poderiam ser direcionadas a outras instituições: visto que nossas tarefas já são muitas, por que assumir outras que poderíamos direcionar a quem de direito? Ele se referia a um usuário de primeiro atendimento que desde a manhã daquele dia estava sendo acompanhado tanto sob o aspecto da clínica psiquiátrica como da clínica médica¹¹, e que, só pela tarde a equipe decidiu que havia predominância da questão médica. Como desde cedo identificamos uma questão médica importante, no caso uma diabetes descontrolada, poderíamos tê-lo acompanhado imediatamente ao hospital geral, e continuar dando o acompanhamento em saúde mental em parceria com o hospital geral.

Nessa situação a enfermagem entendeu e argumentou insistentemente que não podiam deixar o usuário sair do serviço sem esse mínimo atendimento da diabetes, e ele, o supervisor, contra argumentava que não era disso que estava falando, falava da necessidade de haver uma maior aproximação dos serviços e nossa equipe dar o suporte, mas não se responsabilizar praticamente o dia todo por uma situação predominantemente médica importante, para a qual não possuíamos os recursos mínimos.

Nisto observamos o impasse: agir como enfermeira, supõe, por suas regras de ofício, nunca abandonar o paciente sob qualquer circunstância. Nesse caso aceitar que houvesse uma continuidade do atendimento por outra equipe, deixar que um psicólogo ou assistente social dessem continuidade a

¹¹ Num primeiro momento nesse texto usamos a expressão atendimento psiquiátrico e atendimento clínico, reforçando um linguajar comum em nossos serviços de saúde mental para se referir ao campo do que poderíamos chamar de biomédico. Perpassa nessa idéia um risco de se pensar então que o que é feito em saúde mental não seria clínica? Por que tal distinção? Assim como mudamos do termo paciente para usuário, cabe também um maior cuidado com o termo clínica.

esse acompanhamento, acompanhando com o usuário ao hospital, não foi aceito pela enfermagem. Foi sugerido, mas não aceito.

Há de haver um grande esforço em se adequar as diferentes perspectivas de ofício que convivem em situações as mais distintas enquanto se propõe trabalhadores de CAPS. Nesse caso, as atividades de um e de outro colidem, concorrem, ditando caminhos que não se coadunam.

Visto que todos os gêneros próprios de cada ofício estão em movimento e são afetados pelas variantes sociais e de estilo, podemos supor que a existência em si desse tipo de serviço que propõe um trabalho coletivo e transdisciplinar há de trazer modificações nos diversos gêneros profissionais tradicionais e mais específicos que ali convivam. Há tarefas prescritas ao ofício médico e que só este pode exercer, porém a equipe constantemente monta esquemas de funcionamento do serviço caso um desses ofícios não esteja presente na unidade. E essa ausência pode dar-se por vários meses, como já tivemos em nosso CAPS períodos de pelo menos três meses sem psiquiatra. Os ofícios não se fundem, mas precisam coexistir de forma a se complementarem produtivamente. Nessa complementação nasce o diferencial do que venha a ser o trabalhador de saúde mental.

Há ainda na construção e variação do gênero profissional outro elemento que poderemos chamar de estilo, como sendo o modo de viver de cada um determinada atividade.

“O trabalhador não possui gênero próprio, mas tem seu estilo, sua maneira única e orgânica de jogar com os gêneros. O estilo individual é antes de tudo, a transformação dos gêneros em meio de ação.” (CLOT, 1999, p. 123)

Serão os estilos diferentes dos profissionais, que têm diferentes histórias pessoais, que na sua atividade produzem efeitos, mudanças, no gênero

profissional no tempo e na história. O estilo é o que põe o gênero em movimento, singulariza, realimenta e mantém o gênero vivo. Nos momentos em que o gênero é perturbado, alterado, questionado, aí é que pode ser visto (CLOT, 2006)

“O estilo retira ou liberta o profissional do gênero não negando este último, não contra ele, mas graças a ele, usando seus recursos, suas variantes, em outros termos, por meio de seu desenvolvimento, impelindo-o a renovar-se.” (CLOT, 2006, p. 41)

A questão é que o gênero precisa ser constantemente realimentado pelas variações que o estilo lhe imprimirá. Essa dinâmica será construída dentro dos conflitos e decisões que as atividades impõem a seus trabalhadores. Certamente haverá grandes e pequenas variações, ou até mesmo o estilo pode vir a não modificar o gênero.

Apesar das necessárias perturbações infligidas pelo estilo, expressas em ações de um sujeito trabalhador, o gênero não é propriedade individual, mas sempre construído e reconstruído coletivamente. O gênero media as relações de determinado grupo de trabalho.

Em paralelo a esses conceitos, mantêm-se as dificuldades em se definir o gênero “profissional de saúde mental”. Primeiro, ainda, pela pouca construção histórico-social acerca dessa atividade, em segundo pela complexa interseção desse gênero com diversos outros, onde os limites e questões de estilo podem ainda causar muito transtorno.

“É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites.” (AMARANTE, 2007, p. 15)

Essa dificuldade de definição traz a necessidade, a nosso ver, de um serviço de saúde mental manter encontros cuja proposta seja da supervisão clínica-institucional (ou similar em outro formato), que a princípio seria um espaço propício para a discussão do gênero, do destaque aos estilos, de aparar as arestas, de forma coletiva, levando-se em conta sempre as condições históricas que o território infligirá sobre esse coletivo de trabalho.

Partindo desse ponto de vista há de faltar recursos que dêem firmeza aos trabalhadores na tomada de decisões. Quando há caminhos anteriormente já adotados e estabelecidos como comuns em determinado gênero profissional os caminhos escolhidos tornam-se mais coletivos do que fruto de inventividade circunstancial, o que em si dá mais tranqüilidade ao trabalhador no exercício de seu ofício. Quanto mais um gênero profissional esteja frágil, mais difícil são as tomadas de decisão pro parte dos trabalhadores que o exercem.

O trabalho, então, é sempre atividade que precisa compor rede, e compor essa rede numa situação onde já há um grande instituído de asilamento e em que o serviço que se presta a instalar é algo que certamente irá gerar muitas competições e conflitos demandando grande mudança em muitos gêneros. A tarefa em questão exige grande demanda intelectual, emocional, física e social. Tornando-se para esses trabalhadores propostos a entrar nessa guerra praticamente uma militância política, tamanho o esforço em se esclarecer essa nova configuração de atendimento em saúde mental na reforma psiquiátrica.

Dentro desses conflitos em se compor rede, poderíamos entender que seria o surgimento de serviços como o CAPS que colocariam em conflito as atividades dos demais profissionais na rede. Mas é importante observar que estes conflitos são anteriores à criação de tais serviços. Tratamos em saúde, e mais especificamente em saúde mental de uma rede em geral muito tensa. Observamos que os profissionais do hospital psiquiátrico constantemente entravam em embate com os do hospital geral, e com serviços como secretarias de bem estar social, educação, etc... A ponto de haver momentos

de paralisação e impedimentos tamanhos que os serviços não se realizavam em grande prejuízo ao usuário, e risco de punição aos técnicos.

As atividades entram naturalmente em linha de choque dada a prática de se manter os serviços isolados sem que haja uma saída coletiva que não impeça a atividade de nenhum dos trabalhadores envolvidos. Cabe justamente aos novos gêneros dos profissionais de CAPS desenvolver recursos para nutrir essa atividade de articular a rede de tal forma que os serviços não fiquem constantemente em choque, mas que haja negociações constantes. Para tanto também são necessários encontros coletivos, parcerias, criando-se pontes entre os mais diversos profissionais que de alguma forma atravessam as atividades dos técnicos do CAPS.

Relacionaremos essas questões ao gênero trabalhador de saúde mental na reforma psiquiátrica. Há que se defender a vigilância em se ter sempre claros os conceitos da reforma para não se correr o risco de realizar dentro de uma unidade que se propõe substitutiva ao asilo, atividades idênticas às dos profissionais do hospício. O fechamento do hospital psiquiátrico não garante o fim dos processos de asilamento, porque esses ficarão na cidade pelas mais perversas maneiras. É necessário então, como função do gênero aqui apresentado oferecer recursos para a análise e alteração do território a partir da prática profissional. Fica claro que esses profissionais percebem isso nos próprios corpos como uma profunda marca de exclusão. O asilamento é uma face sombria da política de privatização, de fechamento, de definição de espaços.

Tal mudança no território não se dá da noite para o dia e muito menos por decreto. São necessárias estratégias como as que apresentamos até aqui, a supervisão como esse território de formação do gênero e trocas com a rede por exemplo. Mas será preciso mais.

Coloca-se a importância então de uma distinção clara entre contra o quê se luta e o quê se quer conquistar. Para tanto traçamos um diálogo com Costa-Rosa (2000) no que se refere haver uma contradição fundamental entre o

paradigma das práticas asilares e o paradigma psicossocial. Aqui se traça um conflito onde uma prática anula a outra e vice-versa. Continuamos na nossa linha de consideração que tais conflitos estão relacionados ao fato de toda atividade de trabalho ser atividade dirigida, e que as instituições de saúde mental mantêm relações diretas com outras as mais diversas, desde a família ao hospital geral, o que faz com que conflitos do contexto mais amplo tragam dificuldades de posicionamento aos profissionais em campo. Tais conflitos podem levar ao extremo de se produzir uma mudança na essência da práxis de um serviço ou manutenção de comportamentos inadequados.

Os discursos dominantes devem estar sob nosso olhar psicossocial, pois apesar da aparente inércia do instituído é preciso encontrar a contradição no interior deste, e, inclusive, a contradição no interior do instituinte. (LOURAU, 1993, p. 12). Aqui há a possibilidade de se recriar e exercitar novas formas de relações sociais.

Destacaremos para nossa análise três, dos quatro aspectos propostos por Costa-Rosa (2000):

- Concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho'.
- Forma da organização institucional;
- Formas de relacionamento com a clientela.

Com relação à concepção do objeto e dos meios de trabalho, podemos conceber no modo asilar um pensamento de que quem trabalha é o remédio, o meio básico de tratamento é o medicamentoso. Há pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que tem como consequência nenhum investimento em sua participação no tratamento. “Numa outra dimensão se pode dizer que não é sequer o corpo, mas sim o organismo o destinatário principal das ações” (COSTA-ROSA, 2000, p. 152). Como o 'doente' é o alvo de todas as ações, não há investimento na família ou no contexto social mais amplo. As aproximações têm apenas caráter pedagógico e/ou assistencial.

Com relação aos meios de trabalho, apesar da possibilidade de se encontrar recursos multiprofissionais as equipes trabalham de forma fragmentada, com um modelo de trabalho onde há diferentes encomendas aos diversos setores da 'indústria'. No modo asilar os profissionais não se encontram para planejar e articular suas ações, o prontuário é o único elo no trabalho da equipe, porém não necessariamente um profissional lê ou se interessa pelo registro do outro profissional, funcionando, até mesmo através do prontuário na lógica do especialismo.

Com relação ao modo psicossocial e o objeto e meios de trabalho, considera-se os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes no processo terapêutico. Os meios básicos serão psicoterapias, laboterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reiteração sociocultural, cooperativas de trabalho, tudo isso além da medicação.

Aqui é decisiva a importância que se atribui ao sujeito como participante principal do tratamento. Daí a ênfase em seu pertencimento a um grupo familiar e social. Todos esses devem ser 'trabalhados' como agentes das mudanças buscadas. O indivíduo "em tratamento" não é um problema descontextualizado. Há, portanto o interesse na formação de grupos como associações de usuários e familiares para suporte nas lutas sociais. Dá-se grande ênfase na reinserção social, há uma busca de resgate da cidadania pela via do trabalho cooperativo.

No modo psicossocial as equipes são caracteristicamente interprofissionais, transversais, buscando superar os especialismos. O objetivo é extinguir o modelo da linha de montagem, onde as ações são segmentadas. Há grande importância num funcionamento psicossocial que os profissionais se encontrem, que haja reuniões semanais, de preferência mais que uma, onde as estratégias e projetos terapêuticos sejam discutidos coletivamente. Daí a importância no investimento da criação das supervisões clínico-institucionais.

“Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no modo psicossocial, por oposição a hospitalização, medicalização e

objetificação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar.”
(COSTA-ROSA, 2000, p. 158)

Quanto às formas de organização institucional, no modelo asilar basta dizermos que se obedece aos fluxogramas piramidais e verticais onde poucos mandam e a maioria apenas obedece. Muitos espaços são interditados aos usuários e população em geral, alguns inclusive aos profissionais. Essa estratificação de poder repercute na relação com o usuário e população, onde estão excluídos de qualquer participação a não ser como objeto.

Espera-se que no modo psicossocial essa forma de organização institucional seja radicalmente diferente. O poder deve circular horizontalmente. Não há fluxo do ápice para a base, muito pelo contrário, as demandas devem ser exatamente definidas por aqueles que usam o serviço. Aqui fica claro o aspecto do ‘controle-social’ implantado com o SUS, onde os conselhos municipais têm importante papel de fiscalização e co-gestão dos recursos e serviços. Nas unidades de saúde mental no modo psicossocial essa participação deve ser instrumentada pelas assembléias de usuários, reuniões de familiares, associações, cooperativas, etc.

Deve haver clara definição entre coordenação e poder de decisão. À coordenação cabe a representação, a promoção da execução das decisões tomadas coletivamente com participação de equipe, usuários e familiares.

“Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam o modo asilar.”
(COSTA-ROSA, 2000, p. 160)

Nossa terceira abordagem é com relação às formas de relacionamento com a clientela.

No modo asilar pode-se definir de forma bem dualista uma relação entre ‘loucos’ e ‘sãos’. A instituição nesse caso funcionaria como depositária e

tutorial. Os que ali entram devem ser 'recuperados' e devolvidos à sociedade como eram, ou então que fiquem afastados do convívio social.

No modo psicossocial espera-se que as instituições assumam um papel de interlocutoras. Diferente do modelo anterior, aqui o sujeito fala, e a instituição deve servir como espaço de escuta e de potência dessa fala da população. Para promover essa interlocução deve haver total liberdade de acesso e circulação do usuário e população, não há aqui um interior da instituição em paralelo ao mundo exterior fora dos muros.

“Interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e territorialização com Integralidade são metas radicais no modo psicossocial quanto à forma de relação da instituição com a clientela e a população, por oposição à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário) que caracterizam o modo asilar.”

(COSTA-ROSA, 2000, p. 162)

Diante da descrição do território feita no primeiro capítulo deste trabalho, e das discussões acerca do trabalho como atividade dirigida tendo como sempre o gênero como interlocutor, gênero esse construído coletivamente, coloco aqui o fato de apesar de se trabalhar seja no serviço que for, pode haver um posicionamento do profissional diante dos conflitos que tenda tanto para o modo asilar quanto para o modo psicossocial. Não há nenhuma garantia de que por se tratar de dispositivo de CAPS haja certeza da prática que se exercerá ali. A não ser o fato de essas práticas serem pensadas e construídas coletivamente em encontros tais como a supervisão clínica.

Haverá, porém, sempre, uma constante pressão para se manter o instituído pelo modo asilar, adaptado por um coletivo que tem muito mais prática no convívio com este modo do que com um modo psicossocial em construção. Muitos anos de lutas e trabalho ainda nos aguardam.

Já visitei certos CAPS onde os portões estavam trancados e que tive que esperar longo tempo para então me apresentar burocraticamente e finalmente ter acesso ao local. Outros onde nada disso ocorria, mas a equipe precisava aguardar o parecer do médico para tomada de qualquer decisão. Outros onde não era possível distinguir mesmo após certo período de observação os usuários dos técnicos.

Ouvi de vários profissionais por muito tempo, em várias rodas diferentes, dentro da lógica do especialismo, que, para os médicos precisávamos fazer determinadas concessões, caso contrário ficaríamos sem eles, face à escassez real de psiquiatras no mercado de trabalho. E foi fato para nossa equipe a experiência de um longo período sem nenhum médico nos serviços, principalmente no CAPS. Pois bem, apesar disso, continuamos acreditando em trabalho e estratégias, e como resultado, nossos serviços, CAPS e ambulatório de saúde mental contam ininterruptamente há quase quatro anos com sérios profissionais médicos psiquiatras, dois desses permanecendo há mais de três anos nas unidades e pactuando com a estratégia de compartilhamento de seus serviços entre estas. Obviamente, por se tratarem de profissionais com mais de 20 anos de medicina a princípio sentiram-se incertos de suas atividades no campo da reforma psiquiátrica, mas que, porém, gradativamente, contando com a parceria da equipe e participação nas supervisões, compartilham suas decisões dentro da lógica psicossocial. As negociações e os conflitos são constantes, porém houve um entendimento que algo diferente se desenhava ali e que apesar dos salários não serem convidativos e a distância menos ainda, os profissionais permaneceram engajados ao território.

Em vários momentos de nosso trabalho e reuniões no CAPS esbarrávamos com posicionamentos nitidamente dentro do paradigma asilar de profissionais que a princípio entendiam lutar por uma prática psicossocial. E quando menos se espera há alguém defendendo o abrigo e adoção dos filhos de uma usuária, ou a laqueadura de outra sem que essa seja consultada, ou aceitando a exigência de determinada família em que fiquemos com seu familiar todos os dias até o fim de nosso expediente por entenderem o serviço

como “creche” para seu familiar. Enfim, são inúmeros os exemplos da constante presença do modo asilar nos serviços que se pretendem psicossociais. Daí a frase final no artigo aqui utilizado, para a qual faço destaque proposital:

“Temos que nos precaver, pois não há, a priori, o que nos garanta um futuro sem riscos para as práticas do modo psicossocial.”

(COSTA-ROSA, 2000, p.167)

Há uma tendência em que os aspectos descritos anteriormente apareçam conjuntamente no modo de funcionamento das instituições. A implantação e conquista de determinado funcionamento psicossocial também impulsionaria a modificação de outros aspectos no mesmo sentido. O fato de poder coordenar o programa sob o paradigma psicossocial impulsionou certas modificações nas práticas das equipes e formação de rede. A posição privilegiada facilitou certo desmonte do modo asilar dentro das equipes de saúde mental. Porém, isso em si não garantiria a promoção do modo psicossocial. Uma constante análise por conta dos próprios profissionais de suas práticas é fundamental à garantia desse funcionamento. O melhor analista do trabalho, para a Clínica da Atividade, é o próprio trabalhador.

A partir do momento em que nossa pesquisa se implanta e o gravador passa a ser utilizado nas reuniões de supervisão, até então já estabelecida na equipe, um novo interlocutor se coloca: a universidade, os professores que acompanhariam tal pesquisa, os alunos do mestrado que também leriam meus relatos, etc. Esses novos interlocutores em nada prejudicam a pesquisa na Clínica da Atividade, pelo contrário, aqui entram como mais atores atravessadores dos pensamentos e auto-análises dos trabalhadores no momento em que se colocarem nas reuniões. Mais uma vez a atividade dirigida movimentou o campo do trabalho.

A análise do trabalho se revela como um instrumento de formação do sujeito na condição de buscar tornar-se um instrumento de transformação da experiência. O que é formador para o sujeito, ou seja, é exatamente isso que aumenta seu raio de ação e seu poder de agir é poder modificar o estatuto do seu vivido: o objeto de análise, o vivido, deve tornar-se meio para viver outras vidas (CLOT, 2000).

CAPÍTULO 4

Análise das reuniões de supervisão

(Enquanto isso, em algum de campo de batalha, digo, trabalho...)¹²

- Eu acho que nós trabalhamos, também, dentro dos nossos limites, tendo parceria ou não a gente acaba tentando manter essa qualidade do atendimento, na orientação, no serviço, com tudo isso que existe de sobrecarga agente tenta manter essa qualidade.

-Supervisor: Mas como mantém essa qualidade? Isso é uma questão importante.

- Acho que se nós não temos essa parceria a gente tenta buscar... Mesmo que eu encontre essa dificuldade eu acho que agente tem que tentar novamente. Bate a primeira porta, a segunda, mas independente da parceria ou não, continua batendo. Eu acho que é fundamental manter essa qualidade que já existe.

-Supervisor: Você fala de uma insistência.

- E não cansa?

Todos riem num desabafo.

- Olha... Cansar até cansa, mas será que não vai ter uma hora que eles vão cansar também? Chega um momento que eu acho que as portas vão se abrir. Uma hora o foco vai ter que vir pra cá.

- O foco vai ter que vir pra cá uma hora.

¹² Quando todas as falas forem de trabalhadores do CAPS não farei nenhuma identificação. Em alguns diálogos identifico as falas do supervisor. Quando há a presença de trabalhadores de outras equipes identificarei apenas CAPS (designando fala de trabalhador do CAPS), Ambulatório (fala de trabalhador do ambulatório) e assim por diante.

-Supervisor: Mas o foco só vem pra cá se a gente fizer algumas ações. Insistir é bem interessante.

-Supervisor: Tem uma coisa muito importante no que vocês estão falando e que eu estou pensando, que o mesmo preconceito que vocês percebem contra vocês, na rede social, de saúde, na própria estrutura da cidade, é o mesmo preconceito que os pacientes sentem na pele.

- Eles percebem...

-Supervisor: Eles sentem por aí, andando na cidade, circulando...

- Não precisa muito... Meu marido não é da área de saúde, ele veio aqui, entrou lá na sala, e estava com duas butucas de olho arregalado desse tamanho! Quando ele entrou lá na sala eu senti que ele teve um alívio, mas tava fingindo que tava tudo bem, fingimento mesmo, estava morrendo de medo. No outro dia o "Sicrano" (usuário) virou pra mim e disse: Seu marido tem medo de vir aqui?

-Supervisor: A gente tá falando dessa cidade, mas isso não é só uma questão nossa. Isso é igual em diversos outros municípios, a coisa está pelo não ter respeito pela diferença, vocês lidam com isso no trabalho de vocês.

- Entre eles mesmos há preconceito.

-Supervisor: Acrescente a isso a complicação maior que causa quando numa cidade com 50/60 mil habitantes há um grande hospital psiquiátrico!

- Eu me lembro bem que havia uma paciente no hospital colônia que foi internada na época por ser insuportável.

- Ela foi internada por ser insuportável?

- É. Isso por 30 anos. Foi esse o diagnóstico, eu li, tava lá: insuportável.

- A "Sicrana" (se referindo a uma usuária), apesar de nosso acompanhamento e de ter diagnóstico de doença psiquiátrica, também é insuportável pra família, pra cidade...

- Tô lembrando o Alienista.

- Não posso deixar meu marido ouvir isso não, se não ele vai querer me internar.

-Supervisor: Ainda bem que agente está com problema de vagas...

-Só para homens, sobram vagas de mulher, sabia? (80% da equipe).

Nosso trabalho, como dito na introdução, de acompanhamento das reuniões de supervisão começa anteriormente à pesquisa. A princípio, como trabalhadora do CAPS acompanhei a concorrência junto ao Ministério da

Saúde e toda a implantação, portanto freqüentei praticamente todas as reuniões de supervisão ainda antes de iniciar o mestrado.

As reuniões de supervisão tiveram início em março de 2008. As gravações se deram entre fevereiro e abril de 2010¹³.

A inserção do gravador, por mais que aparentemente fosse ignorado, afeta os diálogos dos trabalhadores enquanto naquela situação de análise. Insere um observador: se eu antes participava como psicóloga-coordenadora, agora participo como pesquisadora. Nesse momento o aumento da crítica do que se deve ou não falar é parte constitutiva da avaliação que o sujeito faz de suas escolhas e do que considera adequado ou não, não trazendo prejuízo à pesquisa, antes podendo até servir como fator enriquecedor. Curiosamente em alguns momentos, quando, por exemplo, era citado algum professor da UFF, onde alguns dos técnicos estudaram, estes se lembravam do gravador, como presença da instituição universidade ali também como interlocutora, e mesmo que em tom de brincadeira me pediam pra apagar e não mostrar seus comentários aos professores por talvez haver uma preocupação ainda maior com o que deveriam demonstrar para o universo acadêmico.

As gravações foram em sua maioria transcritas por mim, o que no decorrer de tal atividade me serviu como meio de auto-confrontação, dada a distinção entre o fato de participar das reuniões e depois revê-las transcrevendo detalhadamente cada fala. Novos sentidos se deram, novas escutas, e em certas horas um sentimento estranho de querer poder voltar no tempo e fazer determinadas colocações que só me vinham à mente agora, num outro momento, em outra situação.

¹³ Após aprovação da pesquisa submetida à Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário Antônio Pedro. Os profissionais assinaram termo de livre consentimento, cientes de que os conteúdos das gravações seriam utilizados para esta produção.

4.1 – Trabalhador de saúde mental: um gênero atarefado!

Nossa afirmação de tratar-se de um gênero em construção, por certo não sugere nenhuma ociosidade pela falta de definição de tarefas. Parte das atividades desse gênero já se faz conhecida, respeitando-se as diferenças territoriais, de forma semelhante nos diversos CAPS de nosso país. Digo parte das atividades, por acreditar que ainda há muito a ser conquistado, inventado e instituído.

Como forma oficial de orientação às equipes há publicação do Ministério da Saúde “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (Brasil, 2004b), conhecido como Manual dos CAPS” onde a indicação é de que todas as atividades no CAPS tenham finalidade terapêutica, visando a construção de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, nas mais diversas modalidades de tratamento.

Dentre as práticas mais difundidas na maioria dos CAPS está a recepção ou acolhimento, que certamente também irá variar de um território para o outro, mas guardando seu caráter de primeiro encontro das partes: usuário/serviço.

No CAPS de Rio Bonito o usuário, independente da forma como soube do serviço, seja por encaminhamento, indicação, etc., deverá ser recebido com os mesmos procedimentos. Assim sendo, cabe ao profissional que estiver na escala de recepção do dia, podendo ser inclusive mais que um, realizar o primeiro atendimento individual ou em grupo.

Nesse primeiro contato verifica-se a demanda, as queixas iniciais para posterior apresentação à equipe, existindo a possibilidade de havendo convicção de não ser caso indicado ao CAPS o usuário ser orientado em como resolver sua questão no serviço adequado. É fundamental, sempre que possível que esse funcionário que acolheu o usuário, ainda que o encaminhe a outra unidade, tente de todos os meios fazer contato com a mesma, seja por

telefone, por escrito, via e-mail, a fim de facilitar o desenvolvimento da questão, mesmo nos casos em que o encaminhamento seja para serviços não da saúde.

Note-se que há os mais diversos tipos de demanda, pelos mais diversos problemas de saúde, incluindo ginecológicos, cardíacos, etc., às questões sociais, envolvendo INSS, enfim, sendo um serviço teoricamente novo ainda gera todo tipo de dúvida possível. Essa diversidade da demanda leva os trabalhadores à obrigação de estarem atualizados acerca dos recursos do município sabendo informar onde seria a unidade correta para atendimento da demanda. O fato de todos entrarem na escala de recepção implica que essa recepção terá maior ou menor qualidade em função do quanto o trabalhador conhece o território.

Em Rio Bonito os médicos não entram na escala de primeiro atendimento, porém participam do processo na medida em que a partir do que for observado na recepção haverá necessidade de atendimento específico deste. Apesar da presença diária de pelo menos um médico na unidade, há grande demanda para esse ofício, visto que acabam respondendo por toda a medicação prescrita na unidade. Numa lógica de organização das tarefas esses acabam sendo retirados de determinadas atividades preliminarmente, como por exemplo, a recepção e visitas domiciliares de primeira vez. Há sempre o cuidado de que outro trabalhador defina a demanda inicial.

Havendo decisão pela continuidade do acompanhamento pelo CAPS, ainda que eventualmente haja dúvidas da indicação e/ou definição do caso, estabelece-se um “Técnico de Referência”, a princípio o mesmo que fez o primeiro contato ou quem o usuário demonstrar maior afinidade. Esse “Técnico de Referência”, junto com o usuário e seus familiares definirá um “Projeto terapêutico”. Tradicionalmente, tornou-se hábito estes casos serem discutidos na reunião de supervisão, apesar de que, mesmo antes da implantação das mesmas os técnicos montavam estes projetos com participação de outros técnicos, ainda que somente com a parte da equipe presente no seu dia de atendimento. Nesse momento serão definidas as atividades e a frequência no

serviço, que poderá ser intensiva (de 2ª a 6ª nos dois turnos), semi-intensivo (3 turnos por semana) e não intensivo (3 turnos por mês).

As demais tarefas prescritas da equipe seriam:

- atendimentos individuais: atendimento psicológico, orientação social, nutricional, prescrição médica, etc.
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas geradoras ou não de renda (artesanato, dança, beleza, horta e jardinagem, etc.), atividades físicas, passeios, atividades culturais, grupos terapêuticos, oficina de leitura e confecção de jornais ou murais, festas temáticas ou comemorativas, etc.
- Atendimento para a família: Reunião de Familiares (mensal), atendimento psicológico a todo grupo familiar ou individual, lazer com familiares incluindo participação nas festas e passeios, visitas domiciliares, etc.
- Atividades comunitárias: Participação em eventos de diversos setores da comunidade sejam oficinas ou festas comunitárias, passeatas, fóruns, etc.
- Assembléias com toda a comunidade do CAPS e/ou reuniões para organização do serviço;
- Apoio na reinserção no universo do trabalho, encaminhamento para entrada na rede de ensino oficial, obtenção de documentos e benefícios junto aos diversos órgãos públicos.
- Visitas domiciliares e institucionais;
- Supervisão clínica-intitucional.

Acredito que até o leitor mais distante desse universo conclua, por essa rápida lista, tratar-se de um trabalho árduo e sem fim, envolvendo demandas

para as quais não houve nenhuma formação anterior. Uma quantidade imensa de tarefas a serem cumpridas diariamente e sempre culminando na produção de muitas outras numa engrenagem extremamente complexa de atividades com inúmeros atravessamentos.

Uma observação foi constante e muito presente nas falas da equipe principalmente durante as reuniões de supervisão: um certo “orgulho” no serviço desempenhado, uma convicção de se dedicarem ao máximo enquanto trabalhadores da saúde, uma crença de que em outra unidade possa haver engajamento igual mas não superior aos deles no que se refere à relação que mantém enquanto trabalhadores com os usuários e com o serviço.

(durante a fase de planejamento da implantação da Unidade de Pronto Atendimento - UPA surge a discussão sobre a construção de protocolo da recepção pela UPA dos casos de saúde mental)

-O que está aparecendo aqui é que temos que falar com a secretária que a gente precisa ser participante mesmo dessa discussão, porque mesmo quando a gente tem um técnico de plantão que não é médico é ele que dá conta da recepção.

-E a gente dá conta mesmo. E tem outra questão, nós somos os técnicos do território, a gente conhece tudo aqui. Essa equipe vai ser montada, beleza, mas o território eles não conhecem, e a gente muitas vezes resolve as coisas por esse conhecimento que a gente tem. Por quê? Porque a gente se interessa também.

-Muitas vezes a gente resolve um problema só com um telefonema, e até evita uma internação.

-É um patrimônio que a gente tem que eles vão perceber que não vai andar se não tiver isso.

Supervisor: E a gente vai precisar colocar nessa discussão o que seria uma classificação de risco pra saúde mental, como a gente deixa claro isso num protocolo? Acho que primeiro a gente precisava definir isso pra nós mesmos.

-Até porque duas situações aparentemente iguais elas podem ter um risco muito diferente.

-Por isso que eu falo na questão de conhecer o território, se você conhece a clientela atendida, se você conhece um ou outro você sabe o risco um pouco melhor. Mas como que se coloca isso num protocolo?

-Boa questão, uma coisa é eu saber quem é quem, outra coisa é escrever isso pra uma equipe que não conhece o território.

-Supervisor: E não podemos esquecer que de um modo geral o entendimento que se tem é de que todo paciente doente mental é perigoso...

-Até que se prove o contrário.

-Supervisor: Essa é nossa cultura, e aí a gente reforça dizendo que ele é de alto risco?

-Pra nós. E pra ele? Tem que definir qual é o risco pra ele.

-Um paciente numa crise de catatonia, por exemplo, pode não fazer nada com você, vai ficar ali parado, mortificado e se você não fizer nada, não der um soro, uma comida, ele morre, o risco é dele. Ele não vai mexer um fio de cabelo seu, o risco é dele.

Supervisor: É um tema muito interessante e a gente tem que discutir isso com eles lá.

-A nossa diferença é essa, a gente conhece bem o território, e a gente também conhece bem os pacientes que a gente lida no dia a dia do CAPS, e o que é melhor ainda, a gente tem um bom vínculo com eles.

-Fora que a gente trabalha bem com a família também, porque se a família também não colaborar o trabalho não anda, e a gente também tem esse trabalho de reeducar a família. Aí vem a questão do PSF, que a gente já trabalhou com eles, agora vem a UPA se a gente não reeducar esse pessoal pro sistema dar certo a gente vai ficar numa situação meio estranha.

Trata-se de uma equipe que defende suas decisões pelo fato de acreditarem que visam sempre o bem estar do paciente dentro do que for possível. Ainda que para tal seja necessário discordar da supervisão, da coordenação, da secretária de saúde, prefeito, etc. Acho interessante pensar que ajuda nessa batalha o fato de quase toda a equipe ser de estatutários (com estabilidade) e ironicamente, como o CAPS seria o castigo não há o que temer. Acrescente-se o fato de terem se adaptado bem ao CAPS, reconhecido como um trabalho muito difícil, isso os convence de que estariam prontos pra qualquer outra unidade.

Apesar do grande esforço da coordenação do programa de saúde mental e do CAPS além do próprio supervisor em se ter a presença de todos os técnicos nos encontros semanais de supervisão, dificilmente isso era atingido. As reuniões foram modificadas inúmeras vezes de horário e dias da semana, numa tentativa de abranger dias em que a maioria da equipe estivesse na unidade, sempre, porém, havia alguma impossibilidade, alguém não podia

trocar o dia, enfim, um grande esforço nesse sentido permeava o trabalho, até que se chegou ao consenso das quintas feiras às 14h, determinando-se a partir de então todos os novos profissionais que fossem alocados no serviço trabalhassem nesse horário. Ainda assim nem sempre isso se mostrou de fato possível. Nesse caso a grande dificuldade era que praticamente toda a equipe tinha mais que um vínculo empregatício, em alguns casos chegando a três ou mais!

Apesar das dificuldades, com essas trocas que certamente sacrificaram muito mais a agenda do supervisor, que também possuía outros vínculos de trabalho, ao final de um ano de supervisão conseguiu-se que toda a equipe pelo menos por determinado período tivesse participado dos encontros e tivesse noção da importância do que ali estava sendo tratado. Percebíamos o interesse em se manterem informados do conteúdo das reuniões. Houve técnicos dispostos a mudanças nas suas escalas a fim de garantirem presença na supervisão.

4.2 – Descontinuando...

Supervisor: Outra coisa que eu acho que é um sintoma dessa equipe, logo que eu cheguei aqui eu percebi isso, as coisas começam, mas não têm continuidade, e isso desanima, e a minha tendência é ficar cobrando mesmo, baixa um certo “Chefe Apache” lá do Maranhão... Uma oficina que começa, porque não tem continuidade?

- Falta material, eles não querem fazer, desistem, a gente chama, meia dúzia já levantou.

- A psicóloga do ambulatório falou uma coisa aí agora, um grupo de idosos, chamaram seis, agora só tem dois...

Supervisor: Pois é, e elas cancelaram? Não.

- A gente tem oficina aqui. Fuxico, de saúde, beleza. Mas são só dez minutos, mais de 20 sai todo mundo.

Supervisor: Vamos falar de como é que se coordena uma oficina. (várias conversas paralelas) Vamos falar de como se fazer uma oficina, tem várias coisas no que vocês estão falando. Nossos pacientes são pacientes graves, têm um histórico de serem abandonados, têm “uma voz que manda”, então eles têm essa desistência das

coisas muito mais aflorada na pele, mas nós não, temos que ter uma postura de não desistir, de insistir, agora, oficina de 10 minutos?

- No máximo.

- E aquelas oficinas de fibra de bananeira (na secretaria de meio ambiente) de informática, como é que ficou aquilo tudo.

- Eu encaminhei uma usuária pra de bananeira no fim do ano e estava parada.

- Ocupar o tempo deles das 8h à 17h é impossível.

- Pra fibra de bananeira eu encaminhei vários, quem ficou mais tempo foi apenas um usuário, mas depois ele saiu, foram feitos vários encaminhamentos inclusive eu liguei pra quem coordena lá e ela queria vir aqui fazer uma palestra com eles, sempre que eu encaminhava eu ligava informando mas eles acabavam não indo. Nós já levamos grupos pra conhecer lá.

Supervisor: Eu acho que isso acaba desanimando vocês.

- Lógico.

Supervisor: Aí que tá, porque que desanima, não deveria, eles são assim mesmo, às vezes a gente tem que pegar pelo braço, levar, cansa, mas a gente já deveria saber que é assim mesmo. A gente interrompe aquele projeto terapêutico começa outro, é cansativo mas é assim mesmo.

- Ainda tem a questão da família também.

Supervisor: Tem, aí já é outro problema.

- Eu tinha a oficina de fuxico, funcionava, elas vinham, mas aí tem a questão, eu parei pela necessidade de atender à demanda, são muitos casos de encaminhamentos, foi em função disso, isso nossa administradora inclusive sabia e concordou, tem muita gente vindo pra atender, pra poder desafogar um pouquinho, mas também não querem participar de grupo...

Supervisor: Espera aí gente, tem muita gente falando, vamos ouvir a colega!

- A demanda tem sido grande, tem muita gente pra atender, um atrás do outro eu acabo repetindo o esquema de ambulatório. Acaba acontecendo. Eu recebo encaminhamento de médico, todo mundo encaminha como é que eu vou dizer que não dá pra atender?

- Concordo com ela, teve um tempo atrás que eu acabava ajudando na cozinha, era muita coisa pra eu fazer, tava muita sobrecarga, eu não conseguia fazer a oficina com eles. Ficava muita coisa, fazia meu serviço, ajudava na cozinha e ainda fazia a oficina, não dava tempo.

Supervisor: Quando se fala em gestão também é muito engraçado esse esquema, se pensa que os gestores são só os coordenadores, vocês também são os gestores que vão dirigir, organizar o tempo de vocês, o tempo pra organizar, o tempo pra fazer alguma coisa da cozinha, quer dizer, tem uma gerência do tempo que vocês é que tem que fazer, que não adianta a administradora ficar no pé de vocês que é muito chato isso.

- *Eu comecei um caderno, eu queria me organizar pra tentar dar conta.*

Supervisor: Isso! Isso é um trabalho de vocês com vocês mesmos: organizar a questão do tempo, se não fica tudo muito confuso.

- *Tem dia aqui que a gente não para um minuto, trabalha o dia todo.*

Supervisor: Quero fazer uma pergunta pra gente trabalhar um pouco em cima dela, é uma provocação, não estou falando mal da equipe, não tomem dessa forma, na verdade o supervisor é a favor do Caps, pela continuidade do trabalho do Caps, e que este consiga fazer valer a atenção na clínica psicossocial. Vocês falaram do lugar da supervisão, equipe reduzida, muitas demandas de atendimento e a repetição do esquema de ambulatório, que é uma coisa séria, muito séria. É o seguinte, precisamos de mais profissionais, a coordenadora do programa está com essa idéia ela vai insistir, mas não pode ficar uma tarde dois profissionais, é pouco, na minha maneira de ver, precisamos rever essas escalas...

- *Quarta- feira atendo no ambulatório e ao mesmo tempo cubro as emergências daqui.*

Dentre os temas recorrentes nos encontros estava uma crítica antiga ao que designavam descontinuidade das ações. Havia uma reclamação explícita com relação a essa descontinuidade, mas que em geral nós mesmos a repetíamos.

Descontinuidade das gestões, descontinuidades nas rotinas do CAPS, descontinuidade pela mudança dos profissionais, principalmente os médicos que no caso eram os únicos não concursados do serviço, além das coordenadoras, porém, mesmo os profissionais concursados, por vezes mudavam ou eram mudados do serviço, em geral sem muitos esclarecimentos à equipe.

Essas descontinuidades, segundo avaliação dos trabalhadores, trouxeram grandes prejuízos ao programa, correndo um risco real de se diluir em outro qualquer da secretaria, tamanhos foram os problemas e falta de definição de para quê existia. Houve fases em que o programa ficou completamente acéfalo e sem direcionamento, o que ocorria justamente no momento em que se iniciaram as reuniões de supervisão.

A preocupação com a continuidade das ações foi inicialmente o tema mais trabalhado nos encontros. Havia um alerta da necessidade de se colocar o programa de pé, de se traçar metas. Era importante definirmos nossas ações e rotinas de trabalho. Percebia-se, e eu sentia isso muito claramente no meu corpo, a dificuldade em se traçar rotinas mínimas das atividades diárias, chegando ao cúmulo de acreditar que a única atividade que certamente iria estar cumprida ao fim do dia seria a confecção do boletim de produção (formulário obrigatório para faturamento da unidade servindo como relatório dos procedimentos dos técnicos durante o dia de trabalho). As situações se modificavam muito rapidamente, os planejamentos em geral eram atropelados por alguma emergência. Mas independente disso se mostrava necessário criarmos metas, ações das quais não poderíamos abrir mão, ainda que não fosse possível num determinado dia, que ficasse planejado para o outro. A palavra talvez fosse exatamente essa: planejamento. Trata-se de uma atividade onde é preciso vigiar o planejar, caso contrário não se consegue manter nenhum fio condutor, em prejuízo principalmente para os usuários do serviço.

Na prática era quase impossível que a equipe cumprisse os horários estabelecidos para as oficinas, para o bom-dia¹⁴, para os grupos, para os atendimentos individuais, enfim, havia a constante possibilidade de tudo o que se pensou não ser executado em função de outras demandas que se colocavam com maior urgência. A constância dessas situações culminava numa desmotivação em se planejar e tentar elaborar qualquer coisa que se mantivesse no tempo.

¹⁴ Aproveita-se a chegada dos usuários ao serviço, enquanto se prepara o café da manhã, para uma conversa coletiva informal acerca do que se espera daquele dia, um planejamento das atividades que ali acontecerão. Ao mesmo tempo o usuário tem a oportunidade de relatar se está passando por algum problema naquele dia, do que estaria precisando.

Esse ponto gerou muitos conflitos entre a supervisão e parte da equipe. Havia uma evidente desmotivação e sabotagem de alguns em se tentar planejar e criar novas oficinas, grupos terapêuticos, e até mesmo em se cumprir as rotinas do bom-dia e despedida¹⁵, um bate papo coletivo após o café da tarde, quando a maioria iria embora.

A justificativa se dava com relação à falta de material e recursos adequados para as oficinas, falta de habilidades por parte dos técnicos, a falta de demanda dos usuários para essas atividades, enfim, o fato é que não se conseguia manter no tempo alguma atividade que tivesse engajamento dos técnicos e usuários. Sempre que se começava algo, com alguns meses ou até menos se desistia.

A meu ver, o fato de não existir nenhuma tradição no serviço com relação às oficinas, em se tratando de um CAPS muito jovem, somado ao desafio imenso de se dar conta das emergências, gradativamente fez com que os técnicos acreditassem que deveríamos viver um dia de cada vez. Os técnicos, ao chegarem à unidade, nunca sabiam ao certo o que os esperaria naquele dia, como se a atividade em questão envolvesse exclusivamente o cumprimento de um plantão, o que de fato era a rotina de muitos em outros vínculos empregatícios que mantinham paralelos ao CAPS. Num plantão não se chega com um horário estabelecido para determinado usuário, nem para um grupo terapêutico, ou uma oficina. Fica-se à disposição para os imprevistos, além de se cumprir uma rotina de acompanhamento dos que estão na unidade naquele dia, mas sem muita sistematização, pois esta quase sempre será atravessada pelo imprevisível.

No CAPS há uma mistura de pronto socorro com unidade de acompanhamento terapêutico, as duas coisas funcionam ali, tudo ao mesmo

¹⁵ Conversamos algumas vezes na supervisão sobre essa necessidade de tal qual o bom-dia, haver uma "despedida" coletiva do usuário do serviço no intuito da equipe observar como o usuário terminava o dia, num contraponto com o bom-dia e como uma possibilidade de observação terapêutica. Mas isso não chegava a acontecer.

tempo e no mesmo espaço. É uma dificuldade a mais para o trabalhador ter que se dividir entre esses dois pólos distintos de atividade. Uma situação mínima, mas que exemplifica essa dificuldade era o fato de haver apenas uma sala de recuperação na unidade que por vezes era utilizada para descanso de algum usuário que não estivesse muito bem naquele dia. Sempre que chegava uma emergência que precisasse do leito, poderia haver alguém já dormindo ali, o qual tínhamos que acordar e explicar que precisávamos da cama. Nem sempre éramos atendidos, o que gerava mais um esforço para o trabalhador.

Quando assumi a gestão do programa, via que algo parecido poderia ocorrer com relação às minhas rotinas, guardadas as devidas diferenças. Muitas eram as reuniões de última hora, as emergências nas quais era necessária alguma negociação. E na coordenação do programa os problemas se davam por vezes em várias unidades ao mesmo tempo. Nesse caso, também era muito importante tentar estabelecer alguma rotina, que fosse ao menos: estar presente no CAPS e no ambulatório pelo menos dois dias na semana, estar presente nas supervisões, estar presente nas reuniões de coordenação estadual. Estabelecer certas prioridades que eventualmente até poderiam ser impedidas, mas às quais eu manteria sob vigilância, foi a forma que encontrei para não me perder e quebrar um pouco o estigma da descontinuidade pelo menos no que se referia à gestão do programa.

Reforçávamos, sempre que possível, o quanto na nossa atividade de trabalhador de saúde mental, a continuidade das ações, no tempo, teria importância clínica. Para a clínica o estabelecimento de vínculos é de suma importância e apesar de sermos atropelados pelo inesperado, havia necessidade em se tentar manter certas rotinas nas atividades terapêuticas.

A preocupação com essa temática da continuidade me tomou a tal nível e a alguns técnicos que nos empenhamos em planejar com cerca de cinco meses de antecedência a mudança da gestão do programa num intuito de não sofrermos novas quebras que se refletiriam na clínica.

4.3 – Por que parou? Parou por quê?

Para a equipe parecia no início praticamente impossível que parássemos os atendimentos para a reunião de supervisão. Argumentavam que, por sermos a porta de entrada do município, não seria cabível permanecer em reunião por todo um turno. A novidade parecia impraticável. Um desafio real.

Nas primeiras reuniões muitos continuavam seus afazeres mesmo após o início das discussões, o ambiente ficava cheio de conversas cruzadas, interrupções constantes que poderíamos comparar facilmente com a expressão “conversa de bêbado” (ou de maluco). Tudo misturado e ninguém se entendendo. Usuários que não tinham ido embora, atendimentos acontecendo, telefone tocando, e a reunião rolando.

Alguns familiares e usuários questionavam: *“Não sei pra quê tanta reunião? Vai mudar o quê? Vocês estão planejando alguma coisa! Aí vem bomba!”*

O fato é que gradativamente a poeira foi baixando, construindo-se aos poucos o entendimento que não se tratava de parar o trabalho, mas mudar a forma de trabalhar, numa outra atividade, não menos importante, muito pelo contrário.

A casa onde funciona o CAPS tem justamente na sua maior sala de frente para a rua, com as paredes todas de janelões de vidro, rua essa a principal avenida da cidade. Onde fazer as reuniões? Muitas vezes preferíamos uma sala menor mais reservada a ficar visível o fato de estarmos todos parados “conversando”. Como que numa unidade de saúde as portas se fecham e todos ficam de conversa! Nós mesmos nos sentíamos assim no início.

Colocávamos um aviso na porta informando que só atenderíamos às emergências, pois estávamos em reunião. Em geral não havia emergências durante as reuniões, as dificuldades eram em relação aos casos que chegavam

pela manhã e que às vezes se arrastavam por toda a tarde deixando alguns fora da reunião. Nesse caso definíamos quem precisaria acompanhar a situação e quem permaneceria na supervisão. Quase sempre essas situações envolviam os médicos de plantão e algum técnico de enfermagem.

4.4 – Ampliando a roda de conversa...

Supervisor: Na verdade o CAPS, eu até anotei aqui, a gente tinha combinado que o CAPS é a porta de entrada da rede, então as demandas espontâneas são bem vindas.

- A gente recebe todas. Nós não recusamos não.

Supervisor: Alguém que surtou a primeira vez, por exemplo, ou numa crise de angústia, numa crise de depressão, seja por problema com álcool, tendo a idade que for, tem que vir pro CAPS primeiramente. Foi assim que a coordenação estabeleceu desde o ano passado, não é isso?

- Eu acho até interessante porque muitas vezes quem falou foi um conhecido, então nós já estamos ficando conhecidos, e a pessoa que indicou sabe que nós vamos receber todos os casos. A gente não pode recusar.

Diante das inúmeras reclamações que toda a equipe fazia acerca de todos os necessários parceiros para a construção da rede, a supervisão tomou como direcionamento chamar as instituições para rodas de conversas, dividindo esses encontros por temas.

A primeira temática abordada foi a da saúde mental da criança e o adolescente. Confesso que nos primeiros meses no CAPS não entendia (assim como o restante da equipe) que seríamos responsáveis por atender qualquer caso de menor de 18 anos. Simples assim. Apenas dizíamos que não era conosco, visto até então nunca termos recebido nenhum direcionamento quanto aos casos de crianças e adolescentes.

Durante as primeiras supervisões surge a pergunta: quem atende os casos de autismo, neuroses graves, enfim, os casos de saúde mental na infância e adolescência neste município?

Como não tínhamos a resposta iniciamos uma pesquisa em todas as unidades de saúde e de educação a fim de colhermos informações sobre o quantitativo de crianças autistas e com outras questões de saúde mental.

Uns estranhavam nosso interesse outros vibravam com a iniciativa.

Feita a pesquisa convidamos então para uma reunião o Conselho Tutelar, A secretaria de Trabalho, Habitação e Bem-Estar Social, a Secretaria de Educação, a Fundação Pestalozzi, o ambulatório de saúde mental e a equipe técnica do Tribunal de Justiça. Nesse dia percebemos o tamanho da encrenca que precisávamos encarar. Era trabalho nosso sim, e como fomos ingênuos em achar que fugiríamos da questão.

A partir de então os trabalhadores do CAPS começaram a enunciar, nas demais reuniões, quais então seriam suas atribuições no território. Concluímos que faltava falarmos da saúde mental do idoso e dos casos de transtornos com uso de álcool e outras drogas, além de movimentar verdadeiramente a desinstitucionalização dos pacientes do HCRB.

Nos seis primeiros meses foi essa a encrenca. Reunião após reunião a equipe revendo seus posicionamentos e a infinidade de tarefas que até então não tomávamos como nossas. As perguntas que nos eram feitas em alguns momentos ficavam num grande silêncio: quem na cidade é responsável pelo atendimento das crianças com transtornos mentais? Quem cuida dos problemas com álcool e drogas? Com relação à saúde mental do idoso, o que é feito?

Não sabíamos ao certo por onde começar, e não se fugimos das questões. A primeira decisão foi cobrar da então secretária de saúde que indicasse uma pessoa para assumir o programa, pois os técnicos estavam conscientes do tamanho da responsabilidade que estava sobre eles. Como

reconhecimento da força do grupo ela decidiu que a equipe indicasse um nome de dentro dela. Acabei na coordenação.

Daí para a organização do Fórum Municipal de Saúde Mental foi um pulo, na ocasião um sucesso com cerca de 150 participantes das mais diversas áreas, durante todo o dia. Aqui mais uma atividade nova se colocava aos trabalhadores. Sentíamos que tudo poderia acontecer. Estávamos colocando a “cara à tapa” com muita coragem. Praticamente toda a equipe foi ali, numa roda muito maior, sem saber o que seria dito. A palavra estaria circulando “pro que der e vier”.

Nascia assim, digamos publicamente, o Programa de Saúde Mental de Rio Bonito.

Interessante que numa reunião de fevereiro de 2010 já aparece um relato do ambulatório ter sido procurado pela equipe do CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) com uma lista de pessoas que eles queriam que fossem atendidas. Porém, quando a psicóloga recebe a lista, ao invés de ligar e agendar o atendimento a todos, preferiu inverter a ação e convidar a equipe do CRAS para vir à reunião mensal do ambulatório, apresentar o trabalho feito por eles, no intuito da equipe também poder encaminhar outros usuários para as atividades ali oferecidas, enfim fazermos trocas. Ao mesmo tempo elas explicariam que grupo seria esse que estavam encaminhando, mas isso para toda a equipe. A lógica da participação coletiva começa a criar raízes.

4.5 – CAPS e ambulatório: que parentesco é esse?

A temática da construção de rede, de busca de recursos fora da unidade, do quanto esse distanciamento e preconceito com o trabalho feito ali os atrapalha, essas questões aparecem na grande maioria das falas. Dentre as parcerias necessárias algumas relações aparecem afetando muito a equipe: a relação com o ambulatório de saúde mental, com o Hospital Regional Darcy Vargas e com o Hospital Colônia de Rio Bonito.

Com relação ao ambulatório, no início de nossas reuniões quase nada se sabia ou se podia interferir. Sem uma coordenação no programa naquele momento e com um histórico de coordenações que não aproximaram as unidades, as atividades dos profissionais de ambas as unidades não eram planejadas uma em relação à outra, apesar do grande poder de uma equipe influenciar nas atividades da outra e vice-versa.

Assim, muitas vezes, a equipe do CAPS acabava por assumir, ainda que “provisoriamente” um caso que avaliava ter indicação para o ambulatório, por receber informações vagas que lá não haveria pronto atendimento para aquela pessoa, que ela entraria numa fila que demoraria meses e pela urgência da situação seria melhor colocá-la no nosso primeiro atendimento, ficando às vezes por meses nessa situação, sem mesmo fazermos o prontuário, pois este só era confeccionado para os usuários que seriam matriculados por ter indicação para o CAPS. Nesses casos o registro do primeiro atendimento ficava com várias páginas, o que nós mesmos avaliávamos como completamente incoerente, mas que continuava sendo feito “pensando-se no usuário”.

Nos primeiros meses de reuniões no CAPS, parceiros de outras secretarias e até os que tinham relação direta com a prefeitura iam se achegando, mas estranhamente ninguém do ambulatório atendia aos nossos convites. Havia um tom de mágoa entre as unidades. Pelo muito que uma podia impedir a atividade da outra estas se tornaram grandes estranhas e ao invés da cooperação passaram à lógica da competição.

Desmanchar esse sentimento custou muito a todos. Com uma nova gestão no programa e tendo a prefeitura assumido para si os custos com a supervisão, implantamos a supervisão também no ambulatório, mas mantendo a lógica do respeito às diferenças não funcionaria necessariamente com a mesma fórmula, porém preservando-se sua essência de espaço democrático onde se realizava uma atividade sobre as atividades.

Criado o espaço, com dificuldades parecidas com relação aos horários de trabalho e escala dos profissionais, aos poucos formou-se um perfil próprio para o trabalho ali. Uma estratégia, específica dessas duas unidades, por serem do mesmo programa, foi a constante tentativa de participação de algum profissional presente na reunião da outra sempre que possível, ainda que não houvesse nenhuma encomenda pela presença. Precisávamos não nos sentir uma visita estranha um em relação ao outro, apesar de mantermos as diferenças entre nossas atividades. Exemplifico com uma supervisão no CAPS, com a participação de uma psicóloga do ambulatório, as questões mais comuns:

CAPS - Eu vou fazer um encaminhamento normal, mas tem algum tipo de observação pra você saber que é um caso que já está sendo acompanhado aqui, eu geralmente escrevo isso.

Ambulatório - Pode, porque é pra gente dar continuidade. Mas quando transfere daqui pro ambulatório a gente vai ter que fazer o acompanhamento psiquiátrico e psicológico da pessoa, é isso?

Supervisor - Vai depender da avaliação da pessoa.

CAPS - Eu geralmente coloco que precisa atendimento psiquiátrico e psicológico.

Supervisor - Mas se vocês acharem que não precisa mais da psiquiatria pode encaminhar só pra psicologia. Ou se acharem que poderá ser um atendimento em grupo, alguma questão específica devem escrever, lá eles também vão pensar isso a partir do que vocês escreverem.

CAPS - Eu só coloco psiquiatria quando o médico daqui acha que é pra continuar...

Ambulatório - Eu tô falando porque têm aqueles casos que estão em atendimento aqui com a psiquiatria e psicologia, mas quando transfere pode ser que não precise mais dos dois.

Supervisor - Então está definido que a recepção de lá é 2ª 4ª e 5ª sendo que 5ª pra crianças e adolescentes. É bom ter isso anotado aqui pras pessoas não se perderem...

Coordenadora do CAPS - Vou colocar no quadro de avisos.

Ambulatório - Mas lá já temos psicólogos todos os dias, se for um caso de emergência fora desses dias agente também faz o acolhimento.

CAPS - Encaminhando ele é atendido?

Ambulatório: Se for um caso urgente no mesmo dia, senão a pessoa retorna no dia do grupo, mas vai ser na mesma semana. A demanda é muito grande, estava tendo fila de espera pro acolhimento, e aí se esperava 2 ou 3 semanas e se entrava na fila de espera pra psicologia, a gente quer tentar que as coisas sejam um pouco mais dinâmicas. As coisas estão ainda sendo construídas, nós saímos do antigo prédio e desde então tem muita coisa pra organizar, tem muita coisa pra gente reformular, esse grupo de recepção é uma dessas coisas que a gente tá revendo.

Supervisor - Mas olha só essa pequena reformulação pra mim já tá melhor do que o ambulatório que funcionava antes na outra instalação, porque era um ambulatório tradicional, onde ninguém se via, todo mundo só trabalhava, trabalhava, e ia embora... entendeu?

Ambulatório - Hoje já tem mais uma identidade, a gente consegue se reunir, pensar algumas coisas juntos, nas próprias reuniões, quando falamos dessa orientação familiar, uma disse eu quero, a outra também quer, e a gente vai se organizando. Essas coisas que estão acontecendo, com a supervisão, as coisas estão melhorando.

CAPS: Quantos psicólogos estão atendendo lá agora?

Ambulatório – Somos oito mais os três médicos. Hoje a fila da psicologia é bem maior que da psiquiatria.

CAPS - Mas então, agora vocês devem dar uma adiantada nesse número de atendimentos, nessa fila.

Ambulatório – Mas às vezes quando um chega outro sai de licença...

Supervisor - Mesmo assim vai ter fila, eu acho que o que faz andar fila, não é exatamente isso, se a gente botar três milhões atendendo, dependendo da forma de trabalhar isso não adianta... Eu acho que a maneira de como elas estão começando a trabalhar é que faz isso melhorar, de uma outra forma que não seja trazer o consultório particular pra dentro do serviço público.

Ambulatório - O atendimento aqui é muito diferente, eu quando trabalhei aqui via isso, aqui todo mundo é atendido, não tem isso de ficar na fila esperando, vem pra psicóloga, vai pra psiquiatra, então é tudo muito dinâmico, isso vai acontecendo ao mesmo tempo, não tem aqui um usuário que não tenha um psicólogo de referência, e lá são vários sem o atendimento, nenhuma referência. É o que estamos tentando fazer com esse grupo de recepção agora, que a pessoa fique lá no grupo. É isso...

Mais ainda, o suporte dessas decisões de fluxo são as decisões clínicas: Quem teria indicação pra onde? Para isso os discursos precisam estar

constantemente afinados, pois os casos são os mais diversos possíveis e essas equipes precisam concordar sobre as decisões terapêuticas conjuntamente, sob pena de uma atrapalhar e até impedir a atividade da outra. Concordar com isso foi um longo trabalho na supervisão.

4.6 – Confiança se conquista.

Supervisor: Na avaliação de vocês o que vocês acham nesses oito anos? O CAPS cumpriu seu mandato? Avançou? Não avançou? O que vocês acham?

- Eu acho que ele suporta muita coisa, já suportou... É o caso do “Fulano”, que eu vou falar que é um paciente tirado lá do fundo do poço realmente, de dentro de um rio, tirou-se da Colônia, e que hoje ele é um cidadão, é como se ele fosse um sucesso pra gente, mas a tia não está mais conseguindo, não quer mais ficar.

Supervisor: Eu acho que você lembrou um caso difícilíssimo pro CAPS, ele passou quanto tempo no hospital?

- Na colônia ele não ficou muito tempo não, ele foi internado por um período que ele estava em crise, mas ele ficou internado lá em baixo (Niterói) por que tinha um problema de pulmão, mas ele vivia mais na rua por aqui, ele tem retardo, vivia atirando areia, o pai morreu, a mãe o abandonou e mora no ES.

- Acho que em alguns aspectos agente avançou e em outros até perdeu...

- Não no tudo dependia da gente, mas do sistema.

- Mas eu acho que numa coisa que a gente avançou muito, posso até estar errada, mas penso assim, a relação nossa com os hospitais, com o Darcy Vargas e com a Colônia, nisso a gente melhorou muito, estar no meio desses dois e conseguir articular um pouco melhor... A gente era colocado da porta pra fora do hospital...

Supervisor: Mas essa preocupação de agente conseguir, esse é um dos mandatos do CAPS, de ser uma unidade de comunicação, de retomar os laços.

- De parceria mesmo.

- Inclusive essa questão de comunicação que é fundamental.

Supervisor: Eu acho que você falou uma coisa muito importante, o papel da coordenação municipal de saúde mental,

- É um papel político isso...

Supervisor: E por isso eu acho importantíssimo, ela tem toda razão nesse momento, infelizmente você vai sair, eu não queria que você saísse, e a gente vai ter que ter muito cuidado nessa transição.

- Tem que ter muito jogo de cintura...

- Tem que ter muito cuidado com o que se vai falar...

- Porque a gente se queima, quando dá a palavra e não cumpre. Não sei vocês lembram, daquela de uns 90 anos que apareceu aqui numa sexta-feira umas 16h da tarde, isso foi muito legal, não sei quem lembra? Recolheram ela na pista, numa sexta à tarde, a gente avaliou que ela não tinha indicação de internação, que devia ser um caso súbito de esquecimento..

- Talvez uma isquemia transitória...

- E que a gente não podia fazer uma AIH (autorização de internação hospitalar) pra ela, que não fazia sentido levá-la para uma clínica psiquiátrica distante, porque a família iria procurá-la, aí a gente relatou pra secretária e pro Darcy que a gente precisava de uma vaga, só pro sábado e domingo, porque a família iria aparecer, e se não aparecesse a gente ia recebê-la de volta na segunda, e eles confiaram na gente, confiaram que não era balela, não era caô, numa sexta à tarde acharem que a gente estava querendo se livrar do caso, e no sábado a família apareceu no hospital, estavam de bicicleta procurando por ela.

- Alguém a reconheceu lá no hospital.

- Isso foi um caso que provou que confiam na nossa avaliação, que sabem que a gente não está aqui fazendo qualquer coisa...

- O caso do "Fulano" também foi um. Quanto tempo eles ficaram com ele lá?

- O "Sicrano" ficou 10 dias lá de alta... Enquanto a gente arrumava a vaga na psiquiatria..

Supervisor: Tá claro que para além de toda questão clínica, que é muito importante, fundamental, existe uma política na cidade, e que forças políticas podem tranquilamente tomar conta dessa coordenação de saúde mental e ficar mais evidente a questão desse preconceito e dessa cultura manicomial. Eu acho isso muito importante às vésperas de 8º aniversário do CAPS, às vésperas de uma Conferência Nacional de Saúde Mental, eu acho importante isso, a gente tá passando por um momento de transição que é fundamental.

- Na 2ª feira passada, nós recebemos aqui, a "Fulana" que está fazendo tratamento aqui com a gente há uns 3 meses se não me engano, eu acho que é isso. O CAPS não tinha nem começado a funcionar naquele dia. Era umas 7h40, aí fiquei conversando aqui com o pai dela, que não conhecia o nosso trabalho, aí veio começou a conversar, ao que disse que a usuária está muito bem, ele não acreditava nesse

trabalho aqui. Convidei ele pra o bom-dia e ele veio participar, fez questão de dar seu testemunho no bom-dia. Ele elogiou muito o trabalho, fez muitos elogios à equipe, pra quem tinha uma mala de exames e remédios, a filha não está tomando mais a mesma quantidade de remédio que tomava antes, o pai deu testemunho aqui no bom-dia, a filha mudou muito de comportamento. A gente recebe muitas críticas, às vezes mais destrutivas que construtivas, e eu achei muito bom essa atitude dele.

A partir do momento que a equipe do CAPS deu-se conta desse perfil de distanciamento e competição entre unidades de saúde do município, situação que poderia vir a impedir seu trabalho, e do grande sofrimento que isso causava, as atividades se voltaram para estratégias de aproximação, como as descritas até aqui.

Como posicionamento político, percebemos que nossos acordos precisariam ser extremamente cuidadosos, isso por parte de toda a equipe do CAPS. A palavra dada por um técnico seria a palavra de toda a equipe, portando devíamos medir bem os compromissos que assumíamos e cumpri-los.

Se disséssemos que iríamos fazer o acompanhamento de um usuário apesar de ele estar internado no hospital geral esse pacto precisava ser cumprido, sob pena de quebrarmos a relação com nossos parceiros. Aos poucos nossa credibilidade foi aumentando e a via foi se tornando de mão dupla.

Para tanto a gestão também pactuava com a equipe que não os comprometeria em nenhuma situação sem que a equipe colocasse o que seria possível realmente cumprir.

Aparentemente, com o tempo, funcionou. A equipe passou a planejar suas atividades clínicas envolvendo outras unidades, mas com uma confiança de que o diálogo seria possível e que as coisas funcionariam em conjunto.

O caso relatado na reunião acima ocorreu em março de 2010, numa sexta-feira, às 16h30. Uma senhora aparentemente muito idosa, talvez com

mais de 80 anos, com roupas limpas, chinelo e uma sacola plástica com um pequeno cobertor, foi trazida pela equipe de socorro da rodovia ao CAPS. Completamente desmemoriada, foi encontrada perambulando na beira da autopista, sem nenhum documento ou informação que pudesse nos ajudar. O quê fazer? O único sintoma psiquiátrico era a falta de memória, não havia nenhuma agitação, nenhum delírio, nada que justificasse um laudo para a Central de Regulação de pedido de uma internação psiquiátrica. Não havia nem mesmo qualquer outro problema físico, pressão boa, glicose boa, sinais vitais verificados, enfim, havia a falta de memória, que precisaria de uma investigação neurológica é claro, mas dificilmente o hospital internaria alguém apenas por esse sintoma, necessitava de acompanhamento, mas não necessariamente internação. Porém não podíamos deixá-la ali, quem seria responsável por aquele caso? Quem a ficaria acompanhando?

Visto que não funcionávamos no final de semana, assim como nenhum serviço da prefeitura, e sabendo que pra qualquer familiar a principal referência de busca seria o hospital geral da cidade (instituição filantrópica sem gestão municipal), fizemos contato com a equipe e direção de lá, solicitando a internação, justificada pela situação médica (que poderia ser questionada) porém agravada pela situação social. Colocamos que a partir de nossa avaliação em saúde mental certamente não haveria indicação de internação psiquiátrica, além de ventilarmos a possibilidade de que algum familiar a procuraria justamente lá no hospital, e caso isso não ocorresse que nos responsabilizávamos enquanto prefeitura, na segunda feira em manter essa parceria no acompanhamento da senhora.

Agora, entenda-se, falamos de um hospital lotado, inúmeros casos de dengue e de equipes que por muitos anos acreditavam que uma empurrava o serviço para a outra, justo numa sexta-feira um pedido desses dificilmente seria atendido. Nesse caso, não só o foi como de fato os familiares apareceram no sábado, os exames foram feitos, tratava-se de um problema neurológico que teve posterior acompanhamento na prefeitura. Finais felizes são sempre encorajadores.

4.7 – Trabalhando no meio do tiroteio.

Dentre as atividades dos trabalhadores do CAPS talvez a que demonstrasse maior nível de tensão eram os casos de desospitalização do HCRB que precisaram ser feitos sem muito tempo para negociação e preparo dos familiares.

O fato de o CAPS ser o regulador do território das internações psiquiátricas desdobra-se em muitas outras atividades para equipe. A AIH (autorização de internação psiquiátrica) é o mecanismo de faturamento dos hospitais junto ao SUS. A emissão dessa autorização depende de laudo médico no ato do pedido de internação e de avaliações periódicas para renovação.

Sempre que um paciente com AIH internado num hospital psiquiátrico precisa de outro tipo de internação para tratamento de outra doença que não a mental a AIH psiquiátrica é cancelada e emitida nova AIH pela instituição para onde o paciente foi transferido.

Quando da alta médica dessa nova instituição, é necessária nova avaliação psiquiátrica para se emitir ou não a AIH de retorno ao hospital psiquiátrico. Quem é responsável pela avaliação do caso e pedido ou não da nova AIH deve ser a porta de entrada do território, em geral os CAPS.

Em se tratando do HCRB falamos de uma maioria de pacientes com longa data de internação, em geral com outros problemas de saúde dadas as condições da instituição, a idade dos pacientes e a situação de confinamento em si propícia para contaminações. A maioria dos pacientes apresenta-se psiquiatricamente estável, muitos inclusive com laudo de alta emitido pela

própria equipe do hospital, porém sem condições sociais de deixar a instituição¹⁶.

Nesse cenário são freqüentes as transferências entre o hospital psiquiátrico e o hospital geral. Todas são prontamente comunicadas ao CAPS, pelo hospital geral, que passa imediatamente a acompanhar o caso ainda enquanto internado no hospital geral, independente de qual fosse o município de origem do paciente. Obviamente informávamos e convocávamos o município de origem para o acompanhamento do caso. Essas situações costumavam demandar várias visitas ao hospital e inúmeras negociações. A equipe do CAPS ficava responsável pela prescrição dos medicamentos e acompanhamento do paciente, pois o hospital não mantém equipe própria de saúde mental nem psiquiatra em seu quadro de funcionários. Essa parceria fazia parte de uma série de acordos entre o hospital e a prefeitura. Visto que de qualquer forma o CAPS seria o responsável pela emissão de qualquer laudo para a solicitação da AIH, antecipa-se assim a atividade e melhoram-se as condições de avaliação com esse acompanhamento preliminar.

O nó da questão para a equipe do CAPS estava nos casos em que não havia mais indicação psiquiátrica para nova internação. Se o paciente tivesse familiares esses eram contatados desde a transferência de uma instituição para outra, se não tivesse familiar iniciava-se um grande sofrimento para elaborar hipóteses de saída para o impasse. Tínhamos pela frente muitas ligações, reuniões e acordos com a equipe de origem do paciente ou dentro do município caso a origem fosse nossa.

Nessa questão o trabalho de acompanhamento da desospitalização também feito pela equipe do CAPS àqueles que permanecem no hospital

¹⁶ Pela lógica da desospitalização o governo deveria fiscalizar a renovação das AIHs e não renovar as desses casos que não tivessem mais indicação. Porém tal atitude imediatamente geraria a necessidade de se criar alternativas sociais para essas pessoas: residências terapêuticas, por exemplo. Evita-se isso simplesmente renovando-se as AIHs.

colônia seria de suma importância na construção de estratégias anteriores essa situação limite: conversas com as famílias acerca da reforma psiquiátrica, apresentação do benefício do De Volta Pra Casa¹⁷, até chegarmos a uma desospitalização voluntária por parte do familiar. Porém o CAPS só é responsável pelo acompanhamento de seus munícipes e em geral as dificuldades se davam justamente com aqueles que não tinham nenhum acompanhamento dos demais municípios e nem familiares.

Nos casos com familiares identificados residindo no município de Rio Bonito, sempre que ocorriam essas transferências entre os hospitais e verificávamos que o paciente não teria mais indicação de internação psiquiátrica, cabia aos trabalhadores do CAPS convencer os familiares de que não havia alternativa a não ser a alta, independente dos vínculos e condições desses familiares. Isso se tornava uma atividade extremamente desgastante ao mesmo tempo em que se assumia o compromisso de dar todo o suporte necessário a esses familiares, o que de fato haveria um grande esforço em se cumprir, ainda que se esbarrasse em atividades que não dependiam da equipe. Nesses casos mais uma vez iniciavam-se novas rodas de negociações muito tensas.

Essa atividade torna-se tão desgastante para os trabalhadores, que não foram raros os atritos e discordâncias sempre que essas situações se colocavam. Quando recebíamos um ofício informando transferência da colônia para o hospital geral a equipe automaticamente ficava em expectativa pelo que viria pela frente, como se tivessem recebido uma péssima notícia.

Um caso tornou-se emblemático. Um paciente com 18 anos de HCRB, com diagnóstico de retardo mental, sem quadro de doença psiquiátrica alguma, mas que fora internado pelo pai quando ainda vivo e que após o falecimento

¹⁷ Auxílio-reabilitação oferecido pelo Governo Federal àqueles com mais de dois anos de internação ininterrupta antes de 2003 e que tiverem alta hospitalar, podendo ser acumulado com aposentadoria ou qualquer outra renda.

deste, a família ficou composta por sua mãe muito idosa e uma irmã com problemas neurológicos após traumatismo craniano por agressão do companheiro e que tinha 05 filhos: duas gêmeas de 12 anos uma em tratamento de câncer, dois adolescentes com problemas com drogas e acompanhados pelo Conselho Tutelar e uma jovem que cuidava de todos. A renda de toda a família se resumia à pensão da senhora idosa.

Nesse cenário caótico o paciente é transferido para o hospital geral com problemas estomacais. Já durante a internação a sobrinha, ainda que desesperada e sem perspectiva, dizia que queria o tio em casa por sentir-se muito mal em saber que ele estava abandonado no hospital. A decisão de tentar a reinserção familiar não foi baseada apenas nesse pedido dela, antes no fato de realmente não haver indicação para internação psiquiátrica. Mas o que fazer diante do quadro social?

Começamos então todas as articulações possíveis. Tirou-se a documentação do paciente, deu-se entrada nos possíveis benefícios financeiros, negociou-se com o bem-estar social a reforma da casa, além de um mutirão em prol de conseguir tudo que eles precisariam para recebê-lo. Foi feita uma parceria com o posto de PSF próximo à residência, enfim, um grande esforço. Os desdobramentos, porém foram, e talvez continuem muito desgastantes para todos.

Supervisor: Vamos aos casos.¹⁸

- É apenas um: "Fulano" que vocês já conhecem bem. Eu abri o processo no INSS pra desbloquear o retroativo, consegui. Ele recebeu mais ou menos três mil reais, abri uma poupança deixei esse dinheiro guardadinho pra quando a casa estivesse pronta pudessem comprar uma geladeira, que eles não tinham, as obras foram iniciadas, subiram as paredes, quando chegou em ponto de laje, mais ou menos em novembro do ano passado, o "responsável" (funcionário da secretaria de assistência social) mandou suspender, disse pra eles recolherem todas as ferramentas e parou a obra.

¹⁸ Reunião em fevereiro de 2010.

Supervisor: Quem?

- O “responsável”. Aí comecei a ligar, ele me mandando esperar que estava em processo de licitação. Eu ficava ligando, e aí? Ah na outra semana. E aí? Ah na outra semana. E aí? Ah na outra semana, quando foi agora a uns vinte dias atrás eu liguei e falei pra ele que já tinha mais de um mês que eu tinha ligado pra resolver a situação e aí? Ah, eu quero saber de você como é que ficou aquele benefício do “Fulano”? Eu falei: Olha o quê que tem haver uma coisa com a outra? Ele me disse: Essa semana eu vou lá fazer uma visita com a assistente social. Depois eu fui lá, a “Sobrinha” não queria nem me receber, ficou muito chateada, porque o quê que está acontecendo? Com essas chuvas a cama dele está apodrecendo, o colchão está apodrecendo, tudo o que eu consegui está acabando, os cobertores que eu consegui apodreceram, porque a chuva vem em cima e a cama dele fica bem encostadinha na parede. A casa corre o risco de desabamento porque a chuva tá levando o alicerce por baixo, e a que estava sendo construída a chuva também está destruindo.

Supervisor: Ah meu Deus! Você acha que parou só porque ele está recebendo o benefício?

- Eu fiquei sabendo, através de uma colega, que está correndo um boato que a “Sobrinha” recebeu uma indenização de 15 mil reais, e que os pedreiros diziam que ela chegava no quintal muito bem vestida, que não precisava daquilo, pereré, pereré, pereré, enfim, essa pessoa deixou muito, muito, muito claro pra mim que o bem estar social não vai fazer a casa, ou seja...

Supervisor: As pessoas também são muito mesquinhas...

- Foi feito um projeto, foi feita a licitação, foi liberado o dinheiro, e a casa não vai ser feita. (batendo na mesa) Não vai ser terminada, não vai ser terminada e ponto.

-Inclusive eu fiquei sabendo que os pedreiros que estavam na casa de “Fulano” estão fazendo uma reforma em outra casa. Eu já mandei um ofício pra secretaria de promoção social pedindo uma resposta deles por escrito, até agora esse ofício ainda não chegou às minhas mãos. Hoje eu já sentei ali no computador e já digitei um relatório pro Ministério Público falando de tudo o que está acontecendo, porque no meu ponto de vista foi uma desinstitucionalização mal feita, mal pensada, mal conduzida, a família não foi preparada, não teve nenhuma condição, e a meu ver o CAPS, pelo menos eu, fui até onde podia, eu esgotei todas as minhas possibilidades, esbarrou no bem estar social.

Supervisor: Na casa nova o quê que está faltando? Só o telhado?

- Não, só levantaram as paredes, tá faltando laje, acabamento, portas, janelas...

Supervisor: E quer dizer que está certo que não vai haver continuidade...

- Pela fonte que eu tenho está, mas não oficialmente.

Supervisor: Ela tem condições de continuar essa obra? A “Sobrinha”?

- Recebendo 500 e pouco?

Supervisor: É, mas não têm os três mil reais?

- Ela comprou geladeira... Mas três mil reais não dá pra fazer uma casa.

Supervisor: Eu sei, mas é melhor ver isso daí pronto, eu tô pensando no paciente mesmo...

- O quê que acontece, são nove pessoas, a arquiteta deixou o projeto pronto ela só aceitou fazer dois cômodos, um tem que ser pra “Fulano”, porque ele grita e cospe o dia todo.

Supervisor: Como é que ficou a situação dele?

- Continua a mesma coisa, contido no leito, grita, cospe, urinando, defecando, cheio de mosca, não tem banheiro, não tem pia, não tem chuveiro, não tem tanque pra lavar a roupa...

- Elas tomam banho agachadas numa bacia velha...

Supervisor: Mas olha só, você acha que tudo parou por causa desse boato de quinze mil reais?

- Não só, eu acho que é um monte de coisa, eu acho que é porque a “Sobrinha” se veste bem.

- A questão é que a vida da menina parou pra cuidar dele.

- Bem, o CAPS fez um estudo, fez um acordo com o bem estar social, e isso quebrou.

- Não tem mais acordo.

Supervisor: Pois é... Isso é que tem que ser pensado. Agora, esses comentários que ela se veste bem, que tem celular, não cabem, essa desinstitucionalização é responsabilidade do CAPS, é do programa de saúde mental, então quando você fala uma desinstitucionalização mal feita, nós também estamos nessa.

- Lógico, eu também acho que foi mal feita, mas não por nossa culpa.

- Eles não têm condições nenhuma, você nunca foi à casa dele, se você for você desiste na hora.

Supervisor: A gente não está desemplicado dessa situação, nós somos muito responsáveis por essa situação, porque essa desinstitucionalização ocorre por conta de como o CAPS conduziu, se tá sendo mal feita, nós temos responsabilidade sobre

isso, o CAPS e o programa de saúde mental, então é um tiro no pé, você dizer que a desinstitucionalização está sendo mal feita, mal conduzida,

- Nós estamos fazendo o papel do bem estar social... Cadeira pra tomar banho, colchão, roupa de cama, comida, tudo nós conseguimos pra ele...

- E aí esbarrou numa coisa da obra, a gente não tem como tocar adiante.

- Mas é lei fazer a obra?

- É, mas como a gente vai tocar isso adiante?

- Se ela anda bem vestida isso não tem nada haver...

Supervisor: E o "Fulano" vai ficar lá todo ferrado por causa da sobrinha estar bem vestida?

Supervisor: Eu não estou dizendo que é falha nossa, eu só estou dizendo que é um tiro no pé dizer que a desinstitucionalização foi mal feita, porque nós somos do time da desinstitucionalização, o próprio juiz vai estranhar: Ué, como é que a própria equipe que está conduzindo tá dizendo que está fracassada? Você não acha isso estranho?

- É, mais ou menos, porque nesse caso o que fracassou não foi o trabalho da equipe foi a outra parte...

Supervisor: Mas enquanto isso, o que nós vamos fazer com o "Fulano"? Ele está em condições péssimas, não é?

- Tá, mas essas condições dele péssimas sempre foram assim, ele está medicado e acompanhado.

Supervisor: Ele está bem? Quer dizer, fisicamente?

-Está. Ele grita muito, os vizinhos reclamam.

- É o quadro dele.

Supervisor: Mas por que ele grita?

- Quero água, quero leite. Mamãe! Mamãe!

- Ele gritava assim mesmo na colônia, mas é que a colônia é grande e ninguém ouvia!

Há risos

- Café! Quer café!

Supervisor: Então está melhor, a situação está melhor, pelo menos tem alguém ouvindo os gritos dele.

- *Por esse ponto de vista tá melhor, tá melhor. Em casa ele fala bem mais e começou a andar coisa que não fazia antes. Dá mais trabalho, também.*

- *Tá melhor. Só não tá melhor pro eixo da família que é a "Sobrinha". Porque se essa menina cai, cai todo mundo.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tudo deu certo, meu velho Heráclito, porque eu sempre consigo atravessar esse teu outro rio com o meu eu eternamente outro...

Mário Quintana

Considero que as atividades e processos narrados até aqui não são privilégio de Rio Bonito. Há em toda essa trajetória de nossa equipe num pequeno município fluminense algo de comum a tantas outras equipes de trabalhadores que lidam não só a temática da saúde mental, mas de uma democracia institucional em oposição a uma lógica privatista e autoritária.

A história dos movimentos mundiais em direção a um novo posicionamento com relação aos “tratamentos da loucura” ganhou força após os horrores da 2ª guerra mundial, principalmente no que se referiu às barbáries dos campos de concentração e extermínio. Com a reconstrução dos países da Europa, os hospícios passaram a sofrer críticas a seus atos violentos e excludentes no tratamento da loucura, semelhantes às práticas nazistas, eclodindo em vários movimentos de participação democrática e de bem estar social. (JORGE, 1997)

Com relação a esses movimentos podemos dividi-los em três grandes grupos, de acordo com Birman e Costa (1994):

1. *Os movimentos que priorizavam as críticas à estrutura asilar: Estão incluídos os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e da Psicoterapia Institucional (França).*
2. *Movimentos que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria. Nesse grupo incluem-se a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor.*

3. *Movimentos instauradores de rupturas na constituição do Saber médico sobre a loucura. Estão presentes neste grupo o movimento da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.*

Desse cenário é justamente com o movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, fortemente baseado nos ideais de Franco Basaglia, que a reforma psiquiátrica brasileira irá se identificar, principalmente com relação às questões da democracia institucional.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, semelhantemente, ganhou força após um período histórico repressor. O país passava por um processo de redemocratização de suas instituições com o restabelecimento da participação popular após longos anos de ditadura militar, relatos de violência oficial, repressão política, etc. Inúmeras foram as denúncias contra a violência e repressão que incluíram o campo da saúde mental com suas instituições psiquiátricas.

Poderíamos correlacionar que no Brasil a reforma psiquiátrica está para a saúde mental tal qual a reforma sanitária para a saúde, que culminou com a nova Constituição de 1988 declarando saúde como direito de todos e dever do Estado, convergindo poucos anos depois na elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) completamente organizado sob o princípio da democracia, distribuição de recursos com lógicas de matriciamento e participação popular. A Reforma Psiquiátrica é para nós o SUS da saúde mental.

Essa gênese na participação popular e democrática para construção de um novo modelo de atenção e cuidado em saúde mental em momento algum pode ser negligenciada, sob risco de retrocedermos em nossas conquistas.

Os princípios da reforma democrática de Basaglia, que muito influenciaram nossa reforma brasileira, se davam sob a lógica de uma nova forma de atender, tratar e lidar com a loucura, mas não da suspensão dos cuidados. Não propunha o simples fechamento dos hospitais, mas na medida

em que esses fossem desativados, seriam substituídos por novos centros de saúde mental, em áreas demarcadas de um determinado território. Assim, toda busca de transformação nos modelos psiquiátricos não devem se limitar simplesmente a abolição das estruturas manicomiais, mas a construção de novas formas de possibilidades e de inventividade, onde os atores envolvidos tenham participação ativa em todos os processos de mudanças. (JORGE, 1997)

São exatamente esses princípios de uma reforma psiquiátrica democrática que fizeram liga com nossos movimentos, porque estávamos num momento de estado de exceção, de perda de garantias democráticas, garantias cidadãs. É uma luta pela democracia institucional. Como luta pela democracia institucional ela é uma luta pelo público, porque a democracia pressupõe um direito cidadão de todos, direitos esses, portanto públicos.

O tema da implicação se coloca exatamente no dever de enquanto participantes desse movimento estar cientes e conscientes dos lugares que ocupamos no território e de que maneira essa relação entre o público e o privado fica em muitos momentos, perversamente misturada.

A história da saúde mental está povoada de lugares privatizados. O manicômio é um lugar de privatização, e o manicômio em questão, o HCRB é privado, é um manicômio familiar, numa lógica da cidade que é toda ela privatista, nesse cenário os trabalhadores da reforma psiquiátrica dizem: Vamos tornar pública a saúde mental fazendo dela uma luta do território. Ao invés de se esconder e privatizar o louco, não, leva-se pra praça, pras ruas, denunciando que ele tem que habitar o espaço público porque foi lá que foi produzido e será somente lá que haverá qualquer perspectiva de saúde. A ênfase no território é a ênfase nessas praticas democrática, de desprivatização.

Nosso trabalho foi atravessado obrigatoriamente pela análise dos lugares que ocupamos, que quanto a mim particularmente, foram

extremamente privatizantes. Colocamos em análise esses lugares privatizados em nome de outro lugar, um lugar público e a esse chamamos de território.

Nesse caminho de protagonismo dos diferentes sujeitos, não por acaso, escolhemos a parceria com o trabalho de Yves Clot, que também de certa forma inspirou-se no pensamento italiano, via Ivar Oddone¹⁹

“Eu decidi traduzi-lo porque ali está posto que o problema não seria o de propor uma psicologia do trabalho alternativa, mas de mudar os protagonistas da psicologia do trabalho. Essa é uma idéia muito forte de Oddone, que é a de os trabalhadores “entrarem” na psicologia do trabalho por meio da “comunidade científica ampliada” e, de certa maneira, seria a psicologia do trabalhador. Assim, deve-se mudar a maneira de fazer a psicologia do trabalho e não propor uma outra psicologia do trabalho.”(CLOT, 2006b, p.99-100)

Aqui paralela à idéia de saúde mental democrática e territorial trabalhamos com o tema de que esta não será feita por leis e decretos apenas, mas principalmente pelas práticas dos trabalhadores que estão construindo esse novo gênero profissional: trabalhador de saúde mental na reforma psiquiátrica.

“A comunidade científica deveria deixar ao trabalhador a possibilidade de ele mesmo afetar e controlar a psicologia do trabalho mediante formas de cooperação entre eles, como a co-análise do trabalho, que é o dispositivo de transformação.”

(CLOT, 2006b, p.100)

Afirmamos aqui a supervisão clínica-institucional como dispositivo já instituído na reforma psiquiátrica adequado à co-análise do trabalho, do

¹⁹ Psicólogo italiano que atuou como assessor de conselhos de trabalhadores. No Brasil, a partir da década de 80 teve influência importante na área de Saúde do Trabalhador, tanto nos órgãos municipais, quanto nos serviços públicos de saúde.

território e da construção de rede, com protagonismo dos próprios trabalhadores e participação da comunidade científica, no caso representado pela figura do supervisor.

Diante do tamanho indescritível das dificuldades enfrentadas por esses trabalhadores nesse processo de resignificação e passagem de um modelo asilar a um modelo psicossocial é fundamental a criação de um espaço onde se faça a atividade sobre a atividade, espaço reflexivo de invenção e análise do dia-a-dia dos serviços, reafirmando a força do coletivo sobre os mecanismos privatistas e autoritários de poder.

Esse exercício acadêmico em si, dado seu caráter de relato de uma trabalhadora de saúde mental no olho do furacão da experiência, sonha servir como potência e inspiração a outros parceiros engajados nos mais diversos processos de mudança em prol da humanização e democratização de nossos serviços de saúde pública.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. *Saúde mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

BARROS, R.D.B. *Grupos: a afirmação de um simulacro*, São Paulo, Tese de doutorado em Psicologia Clínica, PUC, 1994.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Garamong, 2005.

BIRMAN & COSTA (1994) in: AMARANTE, Paulo (org.), 1995. **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei 10216 de 06 de abril de 2001*. Em: Legislação em saúde mental. 1990-2004. 5ª Ed. Ver. Atual. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004a.

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

BOTECHIA, F.; ATHAYDE, M. *Um regime de Produção de saberes sobre o trabalhar e suas relações: a comunidade ampliada de pesquisa*. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007.

BOTHECHIA, F. O Desafio de compreender-desenvolver um regime de produção de saberes sobre o trabalho e suas relações: a “Comunidade Ampliada de Pesquisa”, Dissertação de Mestrado, UERJ, 2006.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. *Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?* UFF, 2004.

CLOT, Y. *Ivar Oddone: os instrumentos de Ação*. In: Les Territoires du Travail: les continents de l'expérience, nº3, 1999 (Tradução provisória de Milton Athayde & Claudia Osório).

CLOT, Y. A formação pela análise do trabalho: por uma terceira via. In: Maneiras de agir, maneiras de pensar em formação. 2000. (Tradução provisória de Claudia Osório, Kátia Santorum & Suyanna Linhales Barker).

CLOT, Y.; LITIM, M. *Le sens du travail*. Documento de Trabalho, 2001.

CLOT, Y. Clinique du travail, clinique du réel. *Le journal des psychologues*, nº 185, pp. 48-51, mars 2001.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*, Petrópolis, RJ, Vozes, 2006.

CLOT, Y. (Entrevista) *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2006b, Vol. 9, nº 2, p. 99-107.

CLOT, Y. *Trabalho e sentido do trabalho*. p. 265-277 In: FALZON, P. Ergonomia, Editora Blucher, São Paulo, 2007.

COSTA-ROSA, A. *O modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar*. In: AMARANTE, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade./Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000.

DELGADO, P. In: *Foco – Informe Epidemiológico Saúde Coletiva*, ano VI, n. 16, p. 41-43, 1997.

JORGE, M. A. S. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.

LOURAU, R. René Lourau na UERJ, 1993, Análise Institucional e práticas de pesquisa. UERJ, RJ, 1993.

LOURAU, R. *Implicação e sobreimplicação*, 1990. IN: ALTOÉ, S. (org.) René Lourau: Analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004

NOGUEIRA FILHO, I. *Inventividade, atividade de trabalho e transtornos mentais graves: um ensaio no campo da cognição*. Dissertação de Mestrado. UERJ, 2008.

OSÓRIO DA SILVA, C. *As ações em Saúde do Trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho*. Em Rosa, Edinete et al (orgs). *Psicologia e Saúde: desafio às políticas públicas no Brasil*. 2007 pp. 75-90.

OSÓRIO DA SILVA, C. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2002.

PASSOS, E.; BARROS,R.B. *Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo*. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa ((PUC/RJ), PUC-RJ, v. 13, p.89-99,2001.*

RAMMINGER, T. *“Cada Caps é um Caps”*: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. Tese de Doutorado, ENSP, 2009.

ROTELLI, F. *Empresa Social, construindo sujeitos e direitos*. Em AMARANTE, P. *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. *O Homem sem Qualidades. História Oral, Memória e Modos de Subjetivação*. Em *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, Ano 2, N. 2, 2004.

SARACENO, Benedetto. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*, Rio de Janeiro, IFB / Te Cora Editora, 1999.

SCHMIDT, Moema Belloni e FIGUEIREDO, Ana Cristina: “Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento – uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: COUTO, Maria Cristina Ventura e

RAMMINGER, T.; BRITO, J. *O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional; 33 (117): 36-49, 2008.

MARTINEZ, Renata Gomes (org.). *Saúde Mental e Saúde Pública, questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. NUPSUAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007, 152 p.

TOMSOM, A. *Recompondo a memória. Questões sobre a relação entre história oral e as memórias*. Projeto História. São Paulo, v. 15, p. 51-84, 1997.