

ELIZA PICOLI

Orientação: Bianca Bruno

Memórias de uma gestora

**Histórias sobre a
Presença na Atenção
Psicossocial**



2024



Sumário

Apresentação	03
Introdução	04
Carta ao Leitor	06
1. A gestão e o trabalho de desinstitucionalização.....	09
1.1 Joana, um casaco e o frio de quem viveu muito a solidão do hospício.....	09
1.2 Reginaldo, um tchau no portão e a construção de um caminho.....	10
2. A gestão e estratégias de cuidado no território.....	11
2.1 Camila, a descoberta do mar e de uma presença lado a lado	11
2.2 O Sarau: inclusão na cidade pela arte e pela cultura	11
3. A Gestão e a administração dos efeitos de uma ruptura: a pandemia.....	13
3.1 Jo, e os ecos de uma ausência duramente sentida.....	13
4. A gestão, democratização e corresponsabilidades nas direções de cuidado e de organização dos serviços.....	13
5. A gestão e os desafios da atenção psicossocial na comunidade.....	15
6. A gestão e o suporte a reconstruções de lugares de pertencimento.....	16
6.1 Sérgio, um pedido de ajuda, o acolhimento e a volta para casa.....	16
Bibliografia.....	18

Apresentação

O “Memórias de uma Gestora: histórias sobre a presença na atenção psicossocial” é um produto técnico, fruto da dissertação de Eliza Picoli no Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MEPPSO/IPUB/UFRJ).

Acompanhar a construção do trabalho dissertativo de Eliza foi, antes de mais nada, uma alegria! Alegria pelo reencontro com ela, com quem eu tinha trabalhado por anos antes de meu ingresso na carreira docente. Alegria por poder ir acompanhando – agora de outro lugar e em outro tempo – as elaborações de Eliza sobre a prática de gestão de serviços substitutivos – prática esta que eu já recolhia, anos antes, como supervisora clínico-institucional do CAPS Franco Basaglia, dispositivo por ela dirigido entre 2015-2021.

Mas orientar Eliza em seu processo de pesquisa foi também acompanhar, muito de perto, os desafios de conciliar as exigências acadêmicas com tudo o que demanda a direção de serviços substitutivos, em especial aqueles com funcionamento 24h. Eliza, gestora implicada, tinha pouco tempo e energia para as execuções propostas inicialmente para sua pesquisa. Foi preciso rever o objeto de estudo algumas vezes. Foi preciso rever caminhos metodológicos. Foi preciso relativizar as expectativas iniciais dela própria e foi, sobretudo, preciso acompanhar o processo de Eliza nesse encontro com o universo acadêmico que a convocava, ainda que parcialmente, para fora de seu “mergulho no serviço”. Foi preciso fazer de sua própria experiência objeto de pesquisa; incluir seu modo de fazer gestão como material para análise e para produção teórica.

A construção da dissertação da Eliza foi, então, se dando a partir da constatação de um tema que se mantinha: a presença. Tendo sido seu mestrado, logo de início, atravessado pela Pandemia de COVID 19, a intenção inicial de discutir a necessidade de reorganização do serviço a partir dos protocolos de isolamento social foi abrindo espaço para a verificação da importância da presença como operador de cuidado. A rebote disso, vieram indagações de como é “ser uma gestora presente”, o que faria da presença da gestão um dispositivo, em si, de transmissão, uma transmissão em ato sobre modos de fazer operar uma assistência em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Localizando o que seriam esses pilares de uma assistência de fato reformista, e advertida de que a existência de serviços substitutivos não basta para garantir um cuidado que, de fato, rompa com a lógica manicomial, Eliza propõe uma reflexão sobre como a gestão pode favorecer as ações de desinstitucionalização; como pode facilitar práticas de cuidado construídas coletiva e democraticamente; como deve viabilizar modos de trabalho que privilegiem ações no território e a potencialização de uma rede; como a gestão pode, de fato, ajudar a construção de estratégias de manejo à crise nos dispositivos substitutivos e com suporte da comunidade; como fazer da presença da gestão uma extensão do cuidado a usuários, familiares e equipes.

A trajetória de Eliza foi, portanto, incluída no processo de construção deste produto técnico: suas memórias, histórias recolhidas durante seu percurso, ancoram e ilustram os apontamentos teóricos sobre um modo de operar o cuidado (LEAL e DELGADO, 2007), em muitas esferas, na lógica da atenção psicossocial. Uma pesquisa de base autoetnográfica que resulta numa coletânea de narrativas. Estas, por sua vez, fazem emergir a função/gestão, num exercício de estar lado a lado.

A partir do “Memórias de uma gestora: histórias sobre a presença na atenção psicossocial, esperamos dar espaço para o quanto o registro de experiências pode ser material de pesquisa. Esperamos por fim, que as histórias retomadas aqui, com as articulações aos temas propostos, possam inspirar outras práticas no campo e possam transmitir a importância da disponibilidade de estar presente.

Bianca Bruno Bárbara, março de 2024.

Introdução

O exercício de pesquisa num Mestrado Profissional, como é o caso do MEPPSO, parte, fundamentalmente, da experiência do estudante/pesquisador que, a partir de sua prática clínica, endereça ao espaço acadêmico suas questões e, a partir delas, delimita um campo de pesquisa. Como marca específica deste tipo de Programa de Mestrado (o profissional), além da escrita de uma dissertação, cabe aos mestrandos e seus orientadores a elaboração de um produto técnico que, com formas e naturezas bastante diversas, busca transmitir ao campo – no caso do MEPPSO, o campo da Atenção Psicossocial – algo que o retroalimente, num exercício constante de fazer circular o diálogo entre a academia (e os conhecimentos que ela produz) e o campo da prática clínica – fonte igualmente potente de conhecimentos.

No nosso caso, para a elaboração deste produto técnico, partimos de uma pesquisa autoetnográfica, que visa refletir sobre a importância da presença no cuidado as pessoas com sofrimento psíquico, entendendo que a estruturação fundamental de um CAPS considera que o encontro é um dos grandes alicerces do trabalho. Soma-se a isso a proposta de refletir sobre o papel da gestão, considerando, também, que estar e ser presente é fundamental no trabalho com a equipe.

Na autoetnografia a memória do pesquisador é fundamental, pois é a base para a expressão de sua própria experiência vivida. Assim é possível recolher informações sobre o passado vivido que contenha dados relevantes para caracterizar o objeto de estudo. Esse movimento de se voltar para a sua própria experiência é um caminho de reflexividade, de olhar para as questões que envolvem o próprio pesquisador no estudo do objeto da pesquisa. A autoetnografia surge para estudar a experiência pessoal. Segundo Santos (2017, p. 6): “Assim posto, o que caracteriza a especificidade do método autoetnográfico é o reconhecimento e a inclusão da experiência do sujeito pesquisador tanto na definição do que será pesquisado quanto no desenvolvimento da pesquisa.”.

Esta pesquisa autoetnográfica resultou então na dissertação intitulada “A Transmissão e o Cuidado pela Presença: Histórias e Considerações Sobre a Gestão de Serviços em Atenção Psicossocial” (PICOLI, 2024), e neste produto técnico, tecido a partir de histórias recolhidas na trajetória de sua autora. O registro de lembranças, articulando-as às considerações sobre o lugar e a função da gestão de serviços substitutivos, é base para a proposição do “Memórias de Uma gestora: histórias sobre a presença na atenção psicossocial”, uma coletânea de narrativas pessoais que, esperamos, talvez possa incidir sobre o trabalho de gestores da rede do município do Rio de Janeiro.

Optamos por compartilhar histórias e lembranças sobre como a gestão pode, por sua presença, ser operador de cuidado e de transmissão de direções clínico/políticas na atenção psicossocial. Destacando alguns dos orientadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, esperamos que este produto técnico possa favorecer as reflexões de quem o ler, inspirando exercícios de gestão que reconheçam a presença como operador de cuidado e a importância de uma gestão presente para assegurar, por uma transmissão em ato, que o serviço encarne uma prática de fato reformista. Mas o que marca uma prática assim? A que um/uma gestor (a) deve atentar-se para favorecer e sustentar a Lógica da Atenção Psicossocial?

Numa relação dialética e diametralmente oposta às práticas manicomiais, a assistência nos serviços substitutivos deve favorecer a trocas interdisciplinares, o convívio entre pessoas, a circulação pela cidade, a utilização de recursos múltiplos para um cuidado singular, sustentando a aposta de que a presença possa, em oposição ao isolamento e à segregação, produzir, para usuários, novos modos de ser e de estar no mundo e, para a sociedade, uma nova forma de ver e de dar lugar à loucura.

Priorizando o trabalho de desinstitucionalização (inclusive das práticas de cuidado!); a intensividade no acompanhamento de situações de vulnerabilidade psicossocial; o trabalho sobre o estigma; a construção de uma coletivização das práticas em rede – dentro e fora do serviço –, o gestor pode ocupar-se da orquestração do cotidiano da assistência, de modo a fazer do seu lugar e da sua presença a ponte de transmissão da direção de cuidado proposta à equipe. Se falamos da presença como operador do cuidado frente aos usuários, falamos também da presença como operador de um lugar de gestão que sinalize aos

profissionais o caminho a seguir. Um lugar de gestão que esteja junto à equipe, de mãos dadas frente a missão de produzir espaços de saúde, de diálogos, de invenção da vida e das estratégias de cuidado.

Como fortalecer e amadurecer essa função de transmissão que a gestão pode ter? Mantendo, em alguma medida, o lugar da clínica no fazer gestão. Deixando-se orientar pela escuta do que é singular... Escutando singularidades do território onde o serviço se insere, da equipe que ele/ela lidera. Singularidades de usuários acompanhados, dos parceiros no cuidado. Esse modo de operar a gestão, orientada pela escuta e que faz da presença e seus efeitos na clínica com pacientes graves uma transmissão em ato, pode favorecer também a relações mais horizontalizadas no serviço.

A prática da escuta por parte da gestão, afeita ao recolhimento de singularidades e disposta a fazer-se presente, acaba por facilitar a democratização de decisões no serviço o que, por sua vez, facilita as relações de trabalho. Severo e Dimenstein (2011) apontam para a necessidade de rever os processos de trabalho e gestão, considerando a importância para que se avance na Reforma Psiquiátrica nos campos assistencial, cultural e político. Nesse estudo, as autoras discorrem ainda sobre a coexistência entre um paradigma hospitalocêntrico e outro psicossocial no que diz respeito à organização das equipes no trabalho. No paradigma hospitalocêntrico, a equipe pode ser multiprofissional, mas ainda se organiza de forma fragmentada, tendo o discurso médico como pilar na organização do cuidado. Da mesma forma, as relações entre trabalhadores e gestão são verticais, tendo a última, uma forma mais autoritária nas decisões. Em contraponto ao paradigma hospitalocêntrico, o paradigma psicossocial propõe formas mais horizontais nas relações, mais alinhado aos ideais da Reforma Psiquiátrica.

Dentre as funções de um gestor está, portanto, a de criar espaços em que seja possível a interação entre as pessoas que compõem o serviço, considerando a importância destas na organização e invenção de estratégias de cuidado, valorizando o saber de cada um na tentativa de democratização das relações. Estando em consonância com as diretrizes do SUS, adotando o paradigma psicossocial, o gestor deve estar disposto a renunciar ao seu “poder” em prol do compartilhamento das decisões com todos os atores que compõem o serviço. Ainda que haja decisões que precise tomar em nome próprio, colocar-se disponível a compartilhar situações e direções de trabalho pode ser fundamental para a construção de parcerias no cotidiano do serviço que, por sua vez, contribuem para a sustentação do trabalho da gestão (MOREIRA e ROCHA, 2019). Diz-nos Campos et. al. (2014, p. 987): “ (...) na realidade, ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com frequência, uma tendência à reprodução de formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários”. Essa pesquisa pretende exatamente lançar luz sobre um modo de fazer gestão que não empobreça, nem subjetiva e nem socialmente, os atores do campo. Com as narrativas recolhidas em “Memórias de uma gestora: histórias sobre a presença na atenção psicossocial” espera-se transmitir o quanto ações de um gestor produzem efeitos sobre os trabalhadores e usuários de um serviço. O gestor que se alinha com a direção de trabalho da lógica da atenção psicossocial, com essa “horizontalidade” nas relações, nessa transmissão em ato, deve sustentar algumas diretrizes fundamentais para que a lógica do cuidado em liberdade - esta, nunca completamente garantida - possa enfrentar as resistências sem recuos.

Eliza Picoli e Bianca Bruno

Carta ao Leitor

Quando paro para pensar hoje, me pergunto como consegui chegar até aqui, entregando esse produto técnico. Juro que por diversas vezes pensei seriamente em desistir. E sempre achava uma explicação que me culpasse por não ter força de vontade suficiente, ou por não ter me organizado melhor, ou simplesmente por não ser capaz mesmo... Até aqui não havia parado para pensar de fato como é estar na gestão de um serviço 24h e inventar fazer um Mestrado Profissional. Não sei ao certo se o final desse meu relato te incentivará ou não a fazer o mesmo, mas tenho a impressão de que pelo menos, tentarei mostrar como tem sido esse caminho tortuoso. Eu mesma estou aqui na expectativa de onde chegarei com esse relato tão pessoal. Mas vocês chegarão comigo!

Preciso contar para vocês, e enquanto faço isso tenham certeza de que estou recontando para mim mesma a minha própria história, um pouco do percurso que me fez chegar até a gestão de um serviço. Alguns momentos me marcaram de um jeito que eu nunca esqueci e fazem parte da minha formação enquanto profissional da Saúde Mental. A primeira cena que me vem à cabeça, foi ainda na minha graduação, quando atendi pela primeira vez um rapaz psicótico: ele me disse que sua pele era como de uma cobra e que ele via as trocas que se faziam em seu corpo, nas mudanças da pele. Eu sinceramente não soube o que dizer. E eu ouvia nas aulas antes de começar o estágio, de professoras que foram muito especiais para mim, que, como psicólogos, tínhamos obrigação de ter a experiência de atender psicóticos; que lidando com eles, conseguiríamos lidar com qualquer outra situação de atendimento. Ou seja, eu não sabia o que fazer e ia me ferrar! Rsrtrs...

Lembro desse rapaz até hoje e faria muitas coisas diferentes no atendimento a ele se tivéssemos nos encontrado em outro momento, comigo já tendo experimentado outras maneiras de estar lado a lado com a loucura. Ele me fez aprender, me fez querer algo mais. Eu não sei se pude fazer algo semelhante por ele. Mas a partir daí, decidi o meu caminho profissional. Pela primeira vez em toda a graduação, senti que algo fazia sentido para mim e que era isso que eu queria fazer ao me formar. Segui com a minha formação.

O segundo momento que me recordo sendo impactante, foi quando a gestora de um dos serviços por onde passei, ainda na minha formação, me disse algo parecido com isso: “Se eu não estiver aqui, nada funciona!”. Essa fala bateu em mim de forma tão apavorante, que nunca a esqueci. Como alguém poderia carregar tamanho peso em suas costas?! Como seria possível viver o trabalho como se nada fosse possível sem você?! Eu não sabia muito bem o que aquilo que ouvi significava exatamente, mas eu tive certeza que não gostei do que ouvi. Com essa fala, já naquela época, eu entendi que não queria aquilo para a minha vida. Não queria aquele peso de ser responsável pelo funcionamento de um serviço, como se não houvesse mais ninguém capaz de ajudar naquela tarefa. Até hoje sinto o peso daquelas palavras.

Alguns anos depois, fui trabalhar pela primeira vez em um CAPS III, em Campinas, e tive o grande privilégio de ter como chefe Clarice Scopin, que foi muito importante para mim. Eu admirava a maneira como ela conduzia as questões com a equipe, sua delicadeza no trato com as pessoas, seu jeito calmo, mas firme, quando era necessário. Foi ela quem me disse, também pela primeira vez, em sua despedida desse serviço, se eu já havia pensado em ser gestora. Eu, surpresa, respondi a ela que não. E ela de maneira muito generosa me disse: “Pense nisso, Eliza. Você tem a principal característica para estar na gestão: a forma como você trata as pessoas.” Eu não tinha dimensão de tudo que significava o que ela havia me dito naquela época, mas hoje, nesse exercício de lembranças, me dei conta de que o principal pilar que me sustenta nessa função é justamente a maneira como me relaciono com as pessoas com quem trabalho e cuido.

Lá em Campinas eu vivi uma experiência muito radical de vida, tanto pessoal, quanto profissional. Eu havia terminado a residência multiprofissional há mais ou menos 6 meses e fui para uma cidade onde tudo que eu havia estudado, acontecia. Foi tão maravilhoso ter vivido os anos que vivi lá. Trabalhei no CAPS III David Capistrano, numa região bem pobre de Campinas, distrito sudoeste. A experiência que tive nesse lugar marcou profundamente a minha trajetória na saúde mental e, junto com a equipe com a qual trabalhei, apostamos em estratégias de cuidado que nunca vivi aqui no Rio de Janeiro. Foi um rio que passou em minha vida... Mas que bom que nadei nesse rio! Era uma rede que eu via funcionar “ao vivo

e a cores”. Talvez lá tenha sido, sem que eu soubesse, uma grande formação para mim, gestora futura. Clarice exercia sua gestão com delicadeza, firmeza e nos dava liberdade para gerirmos nossos próprios trabalhos com responsabilidade. Acho que muito do que escrevo hoje nessa dissertação tem inspiração nela. E eu nem tinha a dimensão de quanto eu me recordaria dela neste percurso.

Tem um fato engraçado que me aconteceu lá em Campinas. Não acho que tenha muito a ver com o tema desse meu produto técnico não, mas como resolvi que tudo que ficasse “martelando na minha cabeça” entraria aqui, então vamos lá! Como eu disse, eu trabalhava no distrito sudoeste, região bem pobre da cidade e, obviamente, eu passava por lugares bem miseráveis ao sair para fazer visitas. Em uma delas, lembro que eu estava na Kombi com o sr. Eduardo, o motorista que era um grande parceiro nosso, e entramos num bairro, chamado Cidade Nova, que quem conhece Campinas sabe que lá não tinha nada de novo, com ruas de terra, as casas muito simples, esgoto a céu aberto em alguns pontos, enfim, o cenário de miséria. Nos perdemos num dado momento, e entre procurar a rua certa, olhei para a placa da rua onde estávamos: Rua Jacques Lacan!!! Eu achei tão surreal, que nunca esqueci essa cena. Rsrtrs... Uma outra história desse tempo em Campinas, mesmo lá eu não estando na gestão, considero importante trazer para esse trabalho e será narrada adiante.

Penso que esse Produto Técnico, com minhas histórias e memórias, possa trazer ao leitor a dimensão do trabalho que exercemos, enquanto gestão, estando em um CAPS III. Nessas memórias, tentei trazer histórias que permitam refletir sobre a função do gestor em um CAPS III, elencando diretrizes muito importantes para o trabalho na atenção psicossocial. Que possamos manter uma posição de nos revermos dia a dia no nosso trabalho, enfrentando as dificuldades de maneira a seguirmos na mesma direção, em busca de serviços que estejam pautados nos fundamentos do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Espero que esse registro possa ser, não um manual com fórmulas para a realização do trabalho de um gestor, mas um espaço onde os colegas, se reconhecendo ou não no meu cotidiano, possam também, refletir sobre sua maneira própria de lidar com esse trabalho.

Eliza Picoli

**Numa trajetória,
muitas
histórias...**

1. A gestão e o trabalho de desinstitucionalização

“Doutora Eliza, eu era muito briguento e revoltado quando não me sentia bem. Um dia, me seguraram à força, me amarraram, botaram um negócio na minha boca e me deram choque. Eu não lembro de muita coisa depois, mas não acho que isso era tratamento. Tratamento é conversar como fazemos aqui.” Essa lembrança, compartilhada comigo por um usuário do CAPS, também me faz refletir bastante. Nessa cena, o usuário marca uma diferença entre o que viveu no hospício e o que vivia no CAPS. Estarmos atentos aos modos de cuidado que produzimos nos serviços é fundamental para garantir que tenhamos estratégias condizentes com a clínica da atenção psicossocial. Ao gestor cabe garantir que os espaços de “conversar” sejam potentes nos serviços, para que usuários como esse das minhas lembranças, possam se sentir acolhidos e participantes nas direções tomadas em seu projeto de cuidado.

Muitos usuários dos CAPS por onde passei e onde estou atualmente, ainda guardavam recordações dos tempos de internações nos hospícios. Muitas dessas recordações eram permeadas de vivências violentas, inclusive sexuais. Todas as histórias tinham o cenário do descaso, da falta de cuidados, da solidão, como principal pano de fundo. Elas contrastam com as novas histórias vividas no território, que passou a ser então, o novo cenário do cuidado na atenção psicossocial.

Pensando sobre a desinstitucionalização e sua importante função na clínica da atenção psicossocial, Leal e Delgado (2007, p. 137) apontam que esse é um desafio central dos CAPS, enquanto dispositivo de saúde estratégico na reforma psiquiátrica. Para que os CAPS desempenhem sua função primordial na desinstitucionalização, eles precisam estar fundamentados no seguinte tripé: rede, clínica e cotidiano. Segundo eles:

O modo “caps” de operar o cuidado, ou seja, essa outra lógica de atenção, não é algo abstrato, impalpável. Trata-se de um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, grades das tarefas dos profissionais, grades das atividades realizadas no cotidiano dos serviços, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas; e da ligação que se estabelece entre tais elementos. (...) Um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e para aquele que a experiencia se, no seu dia a dia, no seu cotidiano, inventar um outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade.

Leal e Delgado (2007) acrescentam, que o processo de desinstitucionalização de uma pessoa traz grandes desafios, como: as dificuldades que surgem no cotidiano dessas com a comunidade; a necessidade de um trabalho mais intenso no território, seja no acompanhamento à rede de suporte do usuário, caso exista, seja possibilitando acesso aos direitos sociais que possibilitem sua permanência fora de uma instituição e a construção de redes alternativas de suporte na comunidade, que vão além dos vínculos familiares que possam já existir. Desafios importantes que requerem uma organização do cotidiano do serviço que viabilize o trabalho de enfrentamento dos mesmos. Nesta direção, a gestão tem lugar preponderante para que ações de desinstitucionalização sejam prioridades no serviço, na sustentação das possibilidades de vida e de da circulação pela cidade de usuários egressos de longos períodos em instituições asilares. Nas mediações necessárias para um reencontro com a “vida comum” fora de muros hospitalares, o gestor não deve perder de vista que a vida em liberdade é um dos pilares mais fundamentais do campo da atenção psicossocial. As histórias que se seguem contam, por si, impactos da reclusão por longa data. Narram também as descobertas de quem pôde, ainda que tarde, se reencontrar com o mundo extramuros...

- Joana, um casaco e o frio de quem viveu muito a solidão do hospício...

Usarei o nome fictício de Joana para falar sobre uma senhora, que após viver mais ou menos 60 anos institucionalizada, conseguiu sair para morar em uma Residência Terapêutica. Lembro de ter ficado muito impactada com a discussão desse “caso” em uma das reuniões que tínhamos antigamente chamada “GT de Desins”. Nessas reuniões discutíamos sobre as pessoas que ainda se encontravam internadas, mas com indicação de

saída para as Residências Terapêuticas. A história de Joana me deixou profundamente impactada e tomei como missão, que ela saísse ainda a tempo de viver seus últimos anos de vida em uma casa. Não entrarei em pormenores da história porque o que quero mesmo é contar uma das lembranças mais marcantes que tenho de meus encontros com ela.

Joana já estava vivendo na Residência Terapêutica vinculada ao CAPS, onde eu estava como diretora naquele momento, há mais ou menos uns dois anos e meio, quando passamos por uma crise que trouxe muitas dificuldades ao projeto municipal das RTs, com os profissionais sem pagamento já há alguns meses, sem repasse para as despesas da casa, sem férias, etc. Até que foi preciso, um dia, levarmos todos os moradores para o CAPS, já que não sustentávamos mais a permanência dos profissionais sem salários. Ao ser explicado à Joana que ela então, teria que deixar sua casa, ela imediatamente foi buscar seu casaco, demonstrando preocupação. Vendo o movimento, uma das cuidadoras lhe perguntou sobre o casaco, já que estava calor. Joana imediatamente respondeu: “No hospital faz muito frio”.

Nunca esqueci essa frase. Nos meus pensamentos, essa frase sempre me levou para o lugar frio, de solidão, que talvez Joana, se conseguisse expressar toda a experiência que viveu, tenha lembrado ao ter que deixar sua casa. O hospício onde ela viveu por quase 60 anos, gelado e vazio. Vazio não de pessoas, porque lá havia muitas, mas vazio de acolhimento, de presença no cuidado, vazio de condições dignas de vida. Ela não estava voltando para o hospício naquele momento, estava indo para o CAPS. Mas que diferença isso poderia fazer para ela se, no fundo, ela estava sendo obrigada a sair de sua casa? Ela estava sim, se reencontrando com a lembrança do frio e da solidão. Me afetando por esse acontecimento, entendi que naquele momento estávamos fazendo o que era possível para que os moradores da RT continuassem sendo acompanhados, mas entendendo que precisaríamos providenciar o retorno deles para casa o quanto antes. Nenhum leito, seja no CAPS ou em qualquer outro serviço, substitui uma casa. Mesmo sabendo que o problema estava acima da minha possibilidade de resolução, o que me manteve firme foi a direção de que essa falsa solução deveria ser breve.

- Reginaldo, um tchau no portão e a construção de um caminho...

“Ele só vive sentado no chão, catando guimba de cigarro. Isso quando não fica pelado também!”. Assim começo a lembrança sobre Reginaldo (nome fictício), que viveu institucionalizado por cerca de 20 anos e que chegou até o CAPS, pois tinha indicação para morar em uma das nossas Residências Terapêuticas. Como estávamos no começo do trabalho, ele ia alguns dias ao CAPS passar o dia e depois voltava para o hospital onde estava aguardando a saída para casa. Seus primeiros dias no CAPS foram meio caóticos: ele não queria levantar-se do chão; não aceitava trocar de roupa, ficando com o uniforme do hospital; não podia ver uma guimba de cigarro que já pegava e dava sinais de que seria um trabalho de desinstitucionalização bem complicado.

Com o passar do tempo, achamos melhor que ele ficasse conosco no acolhimento noturno, ao invés de retornar para o hospital, até que fosse possível sua ida para a RT. Aos poucos, Reginaldo foi começando a interagir mais conosco; adorava assistir os jogos do Flamengo; aceitou usar roupas novas, compradas com o dinheiro do seu benefício; já não passava o dia no chão e, apesar de não deixar as guimbas de lado, passou a permitir que jogássemos fora as que pegávamos em seus bolsos. Como um terceiro passo, ele passou a visitar a RT onde seria morador. Foi se acostumando com a casa e os colegas de moradia; foi criando um caminho que adorava percorrer quase todos os dias, passando pela barraca de frutas e parando na lanchonete que vendia empadas; foi se apropriando de si, da casa e do seu novo bairro. Até que foi possível ele ir embora. Saiu do CAPS sorrindo, de roupa nova e acenando para todos, dando tchau.

Lembro dele dando tchau no portão do CAPS até hoje. E lembro dele depois já na RT nas visitas que eu fazia à casa. Como foi e é completamente extasiante participar desses momentos de desinstitucionalização, em que vejo uma pessoa encarcerada há tantos anos indo morar em uma casa! O trabalho com as RTs sempre me inspirou muitíssimo. O fragmento que eu trouxe contando um pouco da saída de Reginaldo, retrata o trabalho de

desinstitucionalização em ato.

Durante esse percurso de saída de Reginaldo, pude acompanhar e participar da seguinte maneira: participando das reuniões iniciais de discussão do caso, com a Superintendência de Saúde Mental e o hospital onde ele estava internado, entendendo a indicação de saída para a RT; organizando os profissionais que seriam referência para ele no CAPS, os quais começariam a construção e acompanhamento do seu projeto terapêutico; começando articulações com a Clínica da Família referência do território onde estava situada a RT, de modo que ele tivesse acesso ao acompanhamento clínico necessário; participei das reuniões de equipe de seguimento, compartilhando inicialmente a discussão do caso, o projeto de saída e a reorganização necessária na casa; possibilitando a vinda dele para o acolhimento noturno do CAPS, antes de sua saída definitiva para casa, entendendo que isso seria mais uma etapa do cuidado pensado para ele; possibilitando que os profissionais estivessem com ele fora do CAPS, nas visitas à RT e nos passeios em outros lugares e assistindo seu “tchau” com o coração cheio de alegria e orgulho pelo trabalho feito.

2. A gestão e estratégias de cuidado no território

- Camila, a descoberta do mar e de uma presença lado a lado

O cartaz afixado no mural da entrada do CAPS trazia a notícia aguardada o ano inteiro por muitos usuários. No cartaz havia a descrição dos dias, horários e valores do famoso passeio a uma das praias do litoral paulista. Eram em torno de 4 dias, onde profissionais e usuários ficavam em uma pousada próxima à praia. Levávamos as medicações de cada um e organizávamos os quartos, sempre tendo algum profissional com os usuários mais graves. Na praia, todos queríamos nos divertir!

Em um desses passeios, levamos uma usuária gravíssima do CAPS, apostando que seria possível sua permanência. No primeiro dia, seu encontro com o mar foi belíssimo: ela nunca havia ido à praia. Com o maiô que comprou especialmente para a inauguração de sua descoberta com o mar, ela conseguiu se molhar, riu e pareceu alegre.

Depois desse primeiro momento, Camila (nome que darei de forma fictícia), começou a demonstrar sinais de que talvez a empreitada tivesse sido mobilizadora demais. Passou a ficar mais delirante, mais hostil, demonstrando muita angústia, sinais que normalmente dava, quando não estava bem. O que fazer? Dentro do que nos era possível, fomos tentando manejar com o que tínhamos: a presença, as medicações e o território. Sabíamos que em algum momento poderíamos ter que acessar os equipamentos de urgência e emergência, mas a estratégia primeira foi nos revezarmos em seu acompanhamento, dia e noite, dentro da própria pousada e na rua. À noite, ficávamos sempre em dupla no quarto com ela. E assim, foi possível terminarmos os dias do passeio e retornarmos com ela para casa.

Essa lembrança me fez refletir sobre alguns aspectos importantes para a “função gestão”: o gestor enquanto transmissor da direção de cuidado, ajudando também na organização das estratégias necessárias para lidar com o momento e compartilhando dos mesmos desafios com o restante da equipe; o cuidado no território e o processo de desinstitucionalização; a importância da equipe multiprofissional; a atenção à crise que deve acontecer também fora do CAPS; a missão de transformação do lugar da loucura na sociedade.

Nesse caminho onde o CAPS representa a possibilidade de uma mudança radical na lógica de cuidado, não podemos perder de vista a importância em mantê-lo um ator vivo na tessitura da rede, um agente de transformação nas maneiras de cuidar e, acima de tudo, com a missão de ajudar a organizar a rede de atenção que responda de uma maneira ampliada às necessidades de determinado território, de cada usuário. Há, de acordo com Yasui (2010), uma tarefa primordial, que é, não só o reconhecimento das dificuldades de cada território, mas também os recursos existentes nos mesmos, enfrentando de forma estratégica as demandas advindas com soluções que incluam a criação dos projetos de

cuidado articulados à rede de atenção psicossocial. Tomando emprestadas as palavras de Yasui (2010): “O cuidado se faz com pessoas e em um determinado lugar, ou seja, se faz em um território” (p. 124). Para ele:

O CAPS, que é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência, produtora de cuidados, regidos pela alegria, pela beleza e pelos bons encontros. Cuidado que se inicia com o acolhimento, agenciado pela equipe, e que se tece em rede em uma apropriação no território e na produção de sentidos que potencializam e transformam a vida. (p. 156 e 157)

Ainda pensando sobre a possibilidade que o território nos traz de radicalizar a experiência do cuidado na atenção psicossocial, expandindo seus limites também para que esse cuidado inclua uma transformação social, lembrei de um outro momento que foi muito importante durante meu tempo no CAPS III Franco Basaglia...

- O Sarau: inclusão na cidade pela arte e pela cultura

Estávamos mais ou menos com um ano de funcionamento e resolvemos fazer uma comemoração através de um Sarau, onde seria possível expressões artísticas diversas e aberto a todos os CAPS do município. Fomos atrás de um local impactante para a realização do Sarau e conseguimos no Espaço Oi Futuro, em Ipanema. Abrimos as inscrições e vários usuários, também de outros CAPS e projetos de cultura e lazer, participaram. Foi um dia inteiro de exposições, teatro, apresentações musicais e bate papo. O evento foi lindo e muito marcante para a equipe. Não trago na lembrança nenhuma fala ou acontecimento específico de um usuário, mas a experiência do Sarau em si.

Essa experiência me pareceu radical em vários aspectos: na inclusão dos usuários em um espaço de arte e cultura que normalmente eles não acessariam; na articulação com outros serviços do município; na alegria de festejar o início de um serviço com um evento como esse; em pensar que arte e cultura também são estratégias de cuidado; na articulação com o território para que o evento acontecesse; na possibilidade da equipe ter liberdade de planejar e organizar a atividade; na perspectiva da gestão, nesse momento, ser um espectador, no sentido de que equipe, usuários e familiares assumiram o protagonismo na realização e composição do evento.

Amarante (2015), sobre as características esperadas de um serviço com o CAPS, diz o seguinte:

(...) Um Centro de Atenção Psicossocial não deveria ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador”; isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde. (p 124 e 125)

Um evento que se emprestava também para desestigmatizar a loucura, para colocar em cena não o sofrimento psíquico de usuários, mas suas possibilidades de criação. Lancetti (2016), contando sobre a experiência de desconstrução e posterior fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, durante os anos de 1989 a 1994, conta sobre a mudança observada nos pacientes, quando eles começaram a sair do enclausuramento do hospital e passaram a transitar pela cidade novamente. A cidade passou a servir como setting para a produção de subjetividade e cidadania. Para ele: “O trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o cenário do hospício, a organização dos espaços-tempos é promotora de identidades cronificadas e que a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem manicomial” (p. 21). Neste processo de desconstrução do hospício e de organização de novas formas de cuidado, ficou evidente que, ao substituir os espaços manicomial pela vivência nos espaços coletivos da cidade, as possibilidades de produção do desejo de viver fora do hospital eram cada vez mais potentes e numerosas. “Clinicávamos para pôr de pé os cidadãos psiquiatrizados” (LANCETTI, 2016, p. 22) e para tornar a cidade um espaço de resgate da vida.

3. A Gestão e a administração dos efeitos de uma ruptura: a pandemia

As lembranças registradas nos itens anteriores trazem histórias em que se evidencia a importância da presença na transmissão do cuidado; que remetem à riqueza de estar no território com as pessoas, habitado por encontros. Na contramão disso estão as recordações das dificuldades vividas no momento da Pandemia devido à COVID 19: tempo de suspensão da presença, de indicação de isolamento social. Tempo de lidar com o medo, tempo de cuidar da dor de perder pessoas queridas.

- Jo, e os ecos de uma ausência duramente sentida

Em março de 2020, quando foi decretada a obrigatoriedade do isolamento social, lembro de chegar no CAPS no dia seguinte e levar um susto: o espaço que sempre viveu cheio de gente, estava vazio. No trajeto até o CAPS, praticamente ninguém nas ruas. “Eliza, como vamos fazer agora?”.

A pergunta feita por uma das profissionais da equipe, que foi sendo respondida aos poucos, conforme eu também começava a receber orientações dos gestores acima de mim: organiza escala para a equipe; libera profissionais com comorbidades para trabalho não presencial; notifica; acompanha profissionais e usuários sintomáticos na realização dos testes; acompanha o estado de saúde de cada um; verifica os EPIs; verifica a limpeza do ambiente; etc. E a cada passo nessa nova organização do serviço, tentando me manter centrada no que era necessário fazer, vinha um frio na espinha quando eu pensava na possibilidade de que alguém agravasse o quadro.

Um mês depois do início da Pandemia ou um pouco mais, um dos usuários com quem eu tinha uma relação muito próxima, tendo que ir buscar suas medicações, me encontra e diz: “Eliza, que situação né?! Olha o CAPS como tá vazio! Lá em casa minha mãe e minha irmã estão com medo. Eu também tô com medo, Eliza. Mas estamos bem. Vai passar né?! Mas Eliza, cadê o Jô?”. Essa foi sem dúvida nenhuma, a pergunta mais difícil de responder. Nosso grande amigo Jovacy, controlador de acesso, que fazia parte da equipe desde a abertura do CAPS, havia falecido devido às complicações da COVID. Tive que explicar não só a esse usuário, como dei a notícia para toda a equipe.

Hoje penso que talvez o Jô tenha me inspirado muito na construção desse estudo baseado em tantas histórias. Perdi a conta de quantas vezes eu me sentava ao seu lado, no portão do CAPS, e ouvia suas histórias engraçadas sobre o tempo em que trabalhou como fotógrafo, cobrindo momentos do futebol, dos clubes e jogadores; de como descobrimos que ele, coincidentemente, conhecia um dos meus familiares; de como ele me via na gestão do CAPS; sobre problemas de outros colegas, enfim, esses momentos eram para mim um respiro no meio da correria do CAPS. Durante a sua internação, mantive contato com sua filha, pois a esposa de Jô também adoeceu. Após seu falecimento, também orientei a família sobre o que era necessário fazer em relação a sua situação trabalhista. Chorando, escrevi para a equipe sobre seu falecimento. E chorando, fomos nos encontrando aos poucos no CAPS e lidando com a perda do nosso grande amigo. Nesse momento, entendi que a minha equipe não tinha condições de cuidar de ninguém, pois estávamos devastados.

Levando isso em consideração, conversei com a Superintendência de Saúde Mental e pedi que pudessemos cuidar da equipe, diminuindo por alguns dias a resposta às demandas e a quantidade de usuários no acolhimento noturno, entendendo que não estávamos passando por um momento qualquer. Sustentei essa reorganização por duas semanas, acolhendo os profissionais e abrindo espaço para pudessemos lidar juntos com a dor da perda. Lembro que me sentei na varanda do CAPS, sozinha, olhei em volta e tentei lembrar do meu amigo de forma alegre, com o sorriso que ele sempre me dava. Ele preenchia os espaços com seu jeito extrovertido. E faz falta até hoje!

4. A gestão, democratização e responsabilidades nas direções de cuidado e de organização dos serviços

A Política Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS (disponível digitalmente, acesso em 15/03/2024) existe desde 2003 com o objetivo de qualificar as políticas públicas nacionais, fortalecendo os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, além de indicar a necessidade de relações mais solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Segundo o Ministério da Saúde:

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Lembro que durante meu período no CAPS III Franco Basaglia, formamos o nosso Colegiado Gestor, composto pela gestão, profissionais, usuários e familiares. Promover uma maior relação entre todos esses atores, além de incluí-los em algumas decisões e dificuldades da própria gestão do serviço, proporcionou criar relações menos hierarquizadas entre todos. Antes do período da Pandemia, quando passamos por muitas dificuldades relacionadas a fragilidade dos contratos profissionais, à manutenção do serviço, pagamento dos salários, dentre outras, a presença dos usuários e familiares foi fundamental para que nos sentíssemos acolhidos e o fato deles estarem participando do problema, nos colocou lado a lado na luta por uma solução. O mesmo aconteceu durante o período da Pandemia, em que foi fundamental a participação, principalmente dos usuários do Colegiado, na orientação aos outros usuários e familiares; na recepção às pessoas que chegavam, ajudando a distribuir as máscaras e a identificar quem, porventura, pudesse estar com sintomas gripais. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (disponível digitalmente, acesso em 15/03/2024):

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

O Colegiado Gestor do CAPS teve seu embrião nas Assembléias, quando discutíamos, além dos temas levados pelos usuários, questões relacionadas à estrutura do serviço; saídas e entradas de profissionais; questões burocráticas importantes de serem compartilhadas, como falta de algum recurso, por exemplo; dentre outros assuntos. Eu fazia questão de participar desse espaço, entendendo que, além de ser minha obrigação, era uma excelente oportunidade de incluir os usuários nas demandas e soluções que faziam parte do nosso cotidiano.

Eu e alguns profissionais, os que tinham um investimento importante nesse espaço da Assembléia, começamos a perceber que alguns usuários se sobressaíam nessa função de serem mais participativos e ativos em relação a se apropriarem do funcionamento do CAPS. A partir daí, começamos a pensar na organização do Colegiado Gestor próprio do CAPS, de maneira que, algum tempo depois, fizemos a eleição e começamos seu funcionamento.

Compartilhamos vários problemas ao longo dos anos nesse espaço, mas uma ideia que surgiu em uma dessas discussões me chamou atenção: os usuários que compunham o Colegiado queriam participar do cuidado aos colegas. Surgiu então, a ideia do “usuário cuidador”, que ajudaria estando mais próximo dos colegas que não estivessem bem, apontariam problemas no serviço que porventura tivessem escapado à gestão, ficariam mais atentos a problemas estruturais do CAPS, etc. Durante a Pandemia, dois usuários em especial, fizeram parte da equipe que recepcionava as pessoas que chegavam ao serviço, orientando quanto aos sintomas da COVID, quanto ao uso dos EPIs necessários para estar no CAPS e acolhendo seus colegas.

Estar na gestão é possibilitar que espaços como os das Assembleias e Colegiados se organizem e se fortaleçam. Poder exercer uma gestão democrática, dando voz a todas as pessoas que fazem parte do CAPS; fortalecendo o protagonismo da equipe, dos usuários e familiares; incentivando os profissionais a seguirem em frente com as ideias que podem enriquecer e estruturar melhor o cuidado, são tarefas que considero essenciais a essa função.

Ao estar na Assembleia, ao favorecer o surgimento do Colegiado, tenho certeza de que algo se transmitiu sobre a horizontalidade necessária para se fazer a gestão de um CAPS.

Campos et. al. (2014) retomam a questão do Apoio Institucional e cogestão no contexto do Paideia, em que a participação social é desejável em todos os níveis de gestão, com a criação de estratégias que possibilitem que isso aconteça. “O método Paideia propõe-se a construir ativamente espaços com essas finalidades, integrando-os em sistema de gestão participativa segundo vários planos” (p. 986). Nesse contexto, entende-se que o processo de gestão não está apartado das relações que surgem entre os profissionais, usuários e familiares, entendendo que a gestão não deve se distanciar desses atores.

Ainda em Campos et. al. (2014), os autores indicam que, uma das estratégias relacionados ao Paideia para construir novas maneiras de gestão, seria do gestor “se colocar na roda”, ou seja, ele deve se incluir no processo. Para isso, é impossível se manter distante, neutro. Aproximando ao que venho tentando apontar, o gestor precisa assumir uma posição de estar junto, de se colocar também em discussão, em análise, de forma que a construção dos processos de trabalho possa surgir desse encontro com o outro, com os profissionais e usuários. Nesse sentido, a minha idéia de gestão se aproxima totalmente da idéia de “estar na roda”, de estar junto com todos que compõem o serviço e isso só é possível, sendo presente no cotidiano da assistência e na colaboração com a equipe, sustentando uma ética de cuidado pelo contágio de boas práticas.

5. A gestão e os desafios da atenção psicossocial na comunidade

Percorrendo ainda as histórias que carrego comigo desses anos, lembrei de outro fato que considero importante nesse percurso. Aliás, dois fatos, todos relacionados à Rocinha, porém em momentos diferentes. O primeiro deles foi, quando ainda na função de coordenação técnica, estávamos com uma situação clínica bem grave de uma usuária que já era acompanhada por nós há muitos anos. Não podíamos chamar o SAMU, pois o mesmo não chegava na parte da comunidade onde essa usuária morava. Não podíamos deixá-la em casa, devido à gravidade.

Pedimos ajuda à Clínica da Família de referência da usuária e saímos eu, uma assistente social do CAPS, uma ACS, uma enfermeira e um médico para a casa da usuária. Subimos até lá, passando por alguns becos bem difíceis. Sandra (nome fictício da usuária) morava em um barraco com chão de terra, esgoto a céu aberto, ratos passando, muita miséria... Ela não estava conseguindo andar. Pegamos uma cadeira e ela foi retirada da casa sentada. Só foi possível levá-la para a UPA com a ajuda da comunidade, já que um morador, vendo a situação, ofereceu seu carro para ajudar. Assim, Sandra pôde receber os cuidados que necessitava naquele momento.

Olhando hoje para essa história e relacionando com o que venho escrevendo nesse trabalho, reconheço estratégias de cuidado afinadas com a clínica da atenção psicossocial, como: trabalho em conjunto com a Atenção Básica; abordagem multiprofissional da situação; o cuidado sendo pensado no território; a gestão transmitindo em ato com a sua presença o cuidado necessário a ser realizado; a inclusão da comunidade na resolução do problema; trabalho sendo tecido em rede; olhar integral para a saúde da usuária.

Nicácio e Campos (2004) refletindo sobre as mudanças necessárias para a implementação de uma lógica de cuidados territorial, substitutiva à lógica asilar anterior, pautada basicamente no isolamento como forma de cuidado, discutem sobre questões voltadas para a atenção à crise, a partir da experiência da criação do NAPS de Santos. Segundo eles (p. 73):

Trata-se de evidenciar que no contexto das políticas públicas locais de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da reforma, as redes e serviços substitutivos no território têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que, confrontando o abandono e as diferentes formas de desassistência, prescindam da internação no hospital psiquiátrico, ou, melhor, que decodifiquem e transformem a “demanda de hospital psiquiátrico”, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura.

Na busca por novas maneiras de “inventar” o cuidado, Nicácio e Campos (2004) destacam que, ainda a partir da experiência do NAPS, em Santos, foi necessário pensar estratégias diferentes para compor o trabalho da equipe, uma reorganização do cotidiano institucional, que favorece o diálogo entre as pessoas, de forma que a prática terapêutica fosse centrada nos usuários. Em contraposição ao modelo de cuidado fragmentado, a proposta de cuidado pelo NAPS passa a ser pautada em um acompanhamento do usuário em vários momentos de sua vida, de forma que, no surgimento de uma crise, esse momento faça parte dessa continuidade de acompanhamento para que não seja um episódio isolado de sua vida e de seu tratamento. Para os autores (p. 75):

No dia a dia do NAPS aprendíamos que lidar com as situações de crise exige arriscar-se a entrar em relação: processo continuamente construído, reconstruído, repensado que, a partir das necessidades dos usuários, da validação de sua singularidade e contratualidade e, criticando as distâncias produzidas pelas hierarquias e pelas diversas formas de objetivação e de cristalização das relações, requer proximidade, intensidade de relações e de afetos. Prática singularizada e, ao mesmo tempo, inscrita na hospitalidade e na convivência no NAPS que poderia se configurar como um dos recursos nesse processo.

A segunda história relacionada à Rocinha, porém comigo na gestão de outro CAPS da mesma área programática, foi na época em que houve uma situação de violência muito grave lá e foi necessário tirar todos do CAPS. A coordenadora da CAP me ligou e perguntou se seria possível alocarmos todos os usuários que estavam no acolhimento noturno do CAPS Maria do Socorro, junto com os profissionais, no CAPS Franco Basaglia. Assim fizemos. Foi necessário reorganizarmos o serviço para recebê-los, compartilhando espaços entre os usuários e as duas equipes. Eu ria, dizendo que estávamos parecendo um acampamento! E não é com ações parecidas com essa que fortalecemos a RAPS?!

Aceitando ser um “acampamento” durante um pouco mais de quinze dias, ajudamos não só do ponto de vista da segurança das pessoas que estavam no CAPS Maria do Socorro, mas também, cuidamos dos usuários da área, entendendo que o acolhimento noturno do CAPS é do território. Além disso, pudemos experimentar o compartilhamento do cotidiano entre duas equipes diferentes e a reorganização do espaço e das atividades, de modo que acolhêssemos os novos usuários que estavam conosco.

6. A gestão e o suporte a reconstruções de lugares de pertencimento

- Sérgio, um pedido de ajuda, o acolhimento e a volta para casa

Estando localizados na zona sul do Rio de Janeiro, não era incomum recebermos no CAPS pessoas de vários cantos do Brasil e até mesmo estrangeiros. Uma vez, recebemos em crise uma pessoa que estava já há dois anos em situação de rua. Nos pediu ajuda após viver inúmeras violências durante esse tempo. Ele ficou em acolhimento noturno no CAPS, a equipe foi começando a conhecê-lo melhor, ele foi se vinculando mais ao serviço e fomos descobrindo a sua história.

Sérgio (nome fictício), havia saído de onde morava, em Belo Horizonte, onde trabalhava no Sindicato dos Bancários, tendo ocupado cargo importante lá. Largou tudo em “busca da liberdade da cidade maravilhosa” (sic.). Sua família não sabia do seu paradeiro e achava que Sérgio havia morrido. As referências fizeram contato com o Sindicato, que confirmou que Sérgio havia trabalhado lá; nos ajudaram no contato com os familiares e custearam o retorno dele para casa, pagando as passagens dele e da profissional que o acompanhou até lá.

Esse trabalho só foi possível porque produzimos balizados pela lógica de cuidado da atenção psicossocial. Não tenho dúvidas que em anos anteriores, com o modelo asilar, Sérgio teria ficado esquecido em algum hospício e nunca mais teria a possibilidade de retornar a sua vida anterior. Seu retorno para Belo Horizonte foi fruto do trabalho potente de uma equipe investida no cuidado e nas necessidades de Sérgio; trabalho que visa o fora do CAPS, o cuidado em ato no território. Para que isso se consolide, no entanto, por vezes é preciso acolher, escutar, emprestar o CAPS e sua equipe para receber relatos e ser depositário de histórias que nos deem a direção. É função do gestor criar espaço para que esse deslizamento, de um dentro pra fora, aconteça.

Os CAPS devem estar articulados com a rede de atenção psicossocial para ampliar as estratégias de cuidado aos usuários em situação de sofrimento. Porém, para que essa rede seja de fato potente e possibilitadora de ampliação de cuidados, é necessário trabalho e investimento. Como diz Pitta (2001), “pensar uma rede de atenção às pessoas que sofrem por transtornos mentais é um desafio que mexe com nossos desejos e utopias de enfrentar injustiça, iniquidade e exclusão social (...)” (p. 277). Ela continua dizendo o tamanho do desafio que é criar uma rede de atenção que seja efetiva, incluindo a dimensão, chamada por ela lindamente de “tecnologia da sensibilidade”, mas respondendo também às demandas burocráticas sobre a sua eficiência. Além disso, uma rede que favoreça uma dinâmica mais coletiva, ao mesmo tempo que respeita as singularidades de cada usuário, fazendo florescer uma cultura de solidariedade entre todos os atores envolvidos.

Yasui (2010), considerando que os CAPS devem ser os maiores articuladores na construção e fortalecimento da rede de atenção, diz:

Defendo aqui que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. (p. 115)

Nesse caminho onde o CAPS representa a possibilidade de uma mudança radical na lógica de cuidado, não podemos perder de vista a importância em mantê-lo um ator vivo na tessitura da rede, um agente de transformação nas maneiras de cuidar e, acima de tudo, com a missão de ajudar a organizar a rede de atenção que responda de uma maneira ampliada às necessidades de determinado território, de cada usuário. Há, de acordo com Yasui (2010), uma tarefa primordial, que é, não só o reconhecimento das dificuldades de cada território, mas também os recursos existentes nos mesmos, enfrentando de forma estratégica as demandas advindas com soluções que incluam a criação dos projetos de cuidado articulados à rede de atenção psicossocial. Tomando emprestadas as palavras de Yasui (2010): “O cuidado se faz com pessoas e em um determinado lugar, ou seja, se faz em um território” (p. 124). Para ele:

O CAPS, que é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência, produtora de cuidados, regidos pela alegria, pela beleza e pelos bons encontros. Cuidado que se inicia com o acolhimento, agenciado pela equipe, e que se tece em rede em uma apropriação no território e na produção de sentidos que potencializam e transformam a vida. (p. 156 e 157)

Com as histórias e reflexões postas aqui, espero ter podido transmitir, ao menos um pouquinho, o quanto um/uma gestor/gestora pode ocupar-se de organizar a assistência de modo a potencializar relações de cuidado vivas, menos hierárquicas, mais potentes – para usuários, familiares e equipes. Com o relato de algumas de minhas memórias e suas articulações com pontuações de teóricos do campo, talvez tenha sido possível dar notícias da pesquisa que originou esse produto técnico: pesquisa que aborda o tema da importância da presença como operador do cuidado, refletindo sobre as diferenças entre o modelo manicomial no lide com a loucura e a lógica da atenção psicossocial, que propõe, dentre outras coisas, o cuidado em rede. Abordamos também a importância de uma gestão presente nos serviços, de modo que o gestor seja transmissor dessa lógica de

atenção pautada em diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Uma transmissão que aconteça pela presença em ato.

Em “Memórias de uma gestora: histórias sobre a presença na atenção psicossocial” , entre teorias e narrativas pessoais, tece-se uma colcha de relações e de reflexões sobre a importância da presença para a concretização do cuidado em uma lógica substitutiva à manicomial.

Referencias

AMARANTE, P. Teoria e Crítica em Saúde Mental. Textos selecionados. Zagodoni Editora. São Paulo. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - HUMANIZASUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizadasus>

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; JUNIOR, N. P.; CASTRO, C. P. A Aplicação da Metodologia Paideia no Apoio Institucional, no Apoio Matricial e na Clínica Ampliada. Interface - Comunicação Saúde Educação. 2014. Disponível em Scielo: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHpg9tJfGD5yVkk/abstract/?lang=pt>

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. HUCITEC. 10ª Edição. São Paulo. 2016.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos.. (Org.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v., p. 137-154.

MOREIRA, R. M.; ROCHA, K. B. O Trabalho na Gestão dos Serviços Substitutivos de Saúde Mental: aproximações entre saúde coletiva, saúde mental e psicanálise. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(2), e290216, 2019. Disponível em Scielo: <https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n2/e290216/pt/>

NICACIO, F., CAMPOS, G. W. S. A Complexidade da Atenção às Situações de Crise – Contribuições da Desinstitucionalização para a Invenção de Práticas Inovadoras na Saúde Mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004.

SANTOS, S. M. A. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. Plural vol. 24. Nº1. São Paulo. 2017. Disponível em: www.revistas.usp.br

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Processos de Trabalho e Gestão na Estratégia de Atenção Psicossocial. Psicologia & Sociedade, 23(2), 340-349. 2011. Disponível em Scielo: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/mMLhkg84gZK4Yf9HBf58QhN/?format=pdf&lang=pt>

YASUI, S. Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2010.