

Manejando a crise: uma proposta ético-inventiva

Managing the crisis: an ethical-inventive proposal

Luísa Bianchi Zandoná

Resumo

O presente artigo visa discutir sobre crise e seu manejo, buscando pensar em como os CAPS podem dar lugar à crise, vendo-a como objeto e parte de seu trabalho. Para tanto, partimos de uma concepção acerca da vida em sociedade, entendida como geradora de mal-estar, para problematizarmos sofrimento e saúde. Partindo de formulações relativas à crise, fazemos uma proposta de manejo orientada à criação de formas de viver, que encontra lugar numa experiência de trabalho em equipe de um CAPS do município de São Paulo. Da experiência, observamos que um trabalho entre os vários envolvidos com esse momento, compreendendo a crise como produto do viver no social, permite que o indivíduo e o entorno encontrem possibilidade de construção e reinvenção de si, o que viabiliza sua travessia. Posto isso, afirmamos a importância de um trabalho em equipe orientado a criar condições de sustentação da crise no território.

Palavras-chave

Crise; Manejo; CAPS.

Abstract

This article aims to discuss the crisis and its management, trying to think of how CAPS may give rise to the crisis, seeing it as object and part of its job. Therefore, we start from a conception of society, understood as a generator of malaise, to problematize suffering and health. Starting formulations for the crisis, we make a management proposal geared to creating ways of living, which finds place in a work experience team of a CAPS in São Paulo. From experience, we observed that a job between the various involved with this moment, understanding the crisis as a product of living in social, allows the individual and the environment to find the possibility of building and reinventing itself, which enables its crossing. That said, we affirm the importance of teamwork oriented to create the crisis support conditions in the territory.

Keywords

Crisis; Management; CAPS.

Luísa Bianchi Zandoná

Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo - SES-SP

Psicóloga formada pela Universidade de São Paulo. Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental, vinculado à Fundação para o Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP, da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo - SES-SP.

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços especializados de saúde mental, baseados no modelo de uma lógica substitutiva aos hospitais psiquiátricos, proposta buscada e almejada pelo Movimento da Luta Antimanicomial, que, desde o fim da década de 1970, visa à mudança radical de discurso em relação a como a loucura é vista e tratada. Da experiência de um ano de imersão¹ em um CAPS do município de São Paulo, atentamo-nos a como essa lógica substitutiva pode encontrar lugar e expressão, observando os momentos de crise com os quais a instituição tem de lidar em seu cotidiano. Podemos entender crise, aqui, como um momento que marca certa ruptura na estabilidade (ou à estabilização) psíquica do sujeito e assinala uma fenda que se abre no cotidiano.

Com a implementação dos CAPS em território nacional, há a inauguração e a sustentação de um novo modo de operar em saúde mental. Propõe-se que os cuidados sejam proporcionados dentro de uma lógica territorial, com a oferta de uma atenção psicossocial especializada, numa perspectiva de rede. Visa-se, portanto, à articulação com os equipamentos de saúde e assistência do território, a fim de prover, em conjunto, atenção maior e mais integral ao usuário, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, das quais fazem parte os serviços de atenção primária, os Centros de Atenção Psicossocial, como serviço de atenção especializada, pontos de atenção de urgência e emergência, serviços de atenção residencial de caráter transitório, serviços de estratégias de desinstitucionalização e serviços de atenção hospitalar, com enfermarias especializadas em hospital geral e a presença de hospitais psiquiátricos.

Há o estabelecimento de uma rede de cuidado, a implementação de equipamentos substitutivos e territoriais; no entanto, ainda há manutenção e financiamento pelo Estado de instituições hospitalares especializadas, os hospitais psiquiátricos, que, em geral, ficam distantes do território de articulação dos serviços e oferecem ainda uma possibilidade de manejo segundo uma lógica segregatória e desvinculada dos meios em que a loucura é produzida e vivenciada, perpetuando e ratificando uma lógica manicomial. Quando, nos CAPS, nos vemos diante de uma crise e optamos por uma internação psiquiátrica, enunciamos um fracasso desse dispositivo, dessa lógica de atenção e cuidado territorial.

Diante da crise, o que percebemos é que, apesar da territorialização da atenção e do cuidado, “o sistema [ainda] constitui um verdadeiro empuxo à internação, mesmo onde há boa-fé” (TENÓRIO, 2002, p. 34). Último dispositivo a ser acionado, ela atesta o fim das formas de cuidado, legitimando que a crise seja apartada da sociedade, que o sofrimento psíquico deve ser enclausurado. Dentro de uma luta que deve ser feita continuamente, em nosso cotidiano, como fazer resistência a essa lógica, arraigada historicamente, na cultura na qual estamos inseridos e da qual somos também produtos e (re)produtores? Como tornar os CAPS serviços para acolher a crise, lugar de possibilitar o trânsito, de invenção do cotidiano, considerando a história do usuário? Como os CAPS podem dar lugar à crise, vendo-a como parte e objeto de seu trabalho?

A partir dessas questões que se fazem presentes em nosso cotidiano nesses serviços, propomos pensar, dentro dessa prerrogativa nova, ações concretas que suportem a crise no território. Para tanto, partiremos de uma discussão a respeito de uma concepção de vida em sociedade, para pensar o sofrimento e a saúde. Em seguida, proporemos um manejo possível da crise, a partir de formulações relativas a ela. Por fim, traremos a experiência de um trabalho orientado por uma determinada ética e os efeitos dele.

1

Esse texto é produto da experiência possibilitada pela realização do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental (2015), vinculado à Fundação para o Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP, da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo – SES-SP.

Considerações acerca da vida em sociedade: o sofrimento e a noção de saúde

Freud (1930/2010), em “O mal-estar na civilização”, adverte-nos e alerta para o fato de que a condição social é produtora de mal-estar. A sociedade é fundada e perpetuada num mal-estar, que é o nosso contrato de ceder um *quantum* de felicidade em troca de proteção. Define felicidade de modo positivo e negativo em relação a sua meta: presença de fortes prazeres e ausência de dor e desprazer. Trata-se, portanto, de um contrato de renúncia pulsional, que produz mal-estar, inerente à vida em sociedade, na qual o sujeito se constitui. Temos, assim, que um sujeito saudável não é aquele que não sofre, mas talvez aquele que inventa modos de atenuar essa restrição de felicidade que é viver em sociedade. Freud fala a respeito da incessante busca por um equilíbrio nisso que é da ordem de “uma desavença na casa da libido” (p. 116). Ficamos entre a felicidade individual e a união entre os seres, entre as exigências internas e as culturais, constituímos-nos nisso e atualizamos esse embate cotidiano intrassubjetivamente.

Por nossa constituição, a possibilidade de felicidade fica restringida. Sofremos ameaça a partir de nosso corpo, do mundo externo e das relações com outros seres humanos e, por isso, aceitamos o laço social e suas leis. Concordamos, entretanto, sustentando a promessa de um dia sermos felizes. Assim como o programa de ser plenamente feliz é irrealizável, já que podemos fruir intensamente apenas o contraste, é também impossível evitar a busca incessante por meios de aproximação de sua realização. A questão é que a nossa sociedade tende a exigir mais e mais dos sujeitos, que eles cedam mais de sua felicidade em prol do desenvolvimento social, e encontra formas de cobrar isso, tendo na ênfase no trabalho um modo eficiente de fazê-lo.

Em face das demandas sociais, do acionamento contínuo de leis restritivas, retirando possibilidades de prazer e imputando mais desprazer, o indivíduo pode adoecer. O mal-estar gera angústia, algo que escapa à simbolização e produz sofrimento. O modo como cada qual responde ao mal-estar é singular e depende da posição do sujeito em relação ao social, ao campo da linguagem. Essa posição afirma uma forma de viver, um modo de organização na linguagem, e oferece uma gramática ao sofrimento. O sofrimento e a possibilidade de tratamento são diferentes nas distintas formas de vida, que são entendidas como perspectiva provisória, numa relação entre universal e particular, como aponta Dunker (2011). Isso é importante para pensar em estratégias de tratamento do sofrimento, que táticas usar, quais os manejos possíveis.

Canguilhem (1995) fala da saúde como sendo uma polaridade dinâmica. Não há vida sem normatividade e que seja alheia ao meio em que se dá. A vida é influenciada pelo meio bem como influencia o mesmo. Diz que o adoecimento é momento em que houve alguma ruptura no curso de algo. É o sofrimento de vida contrariada. A patologia, para ele, é vista com uma normatividade que opera em menor resolubilidade, uma vez que restringe a ampliação do léxico no campo existencial, diminuindo a plasticidade de respostas às variações do meio e aos problemas que delas surgem. Na patologia, há também, portanto, normatividade.

A loucura, uma forma de viver, aponta para um modo de relacionar-se com a realidade. Quadros de adoecimento podem ser apresentados por loucos e não loucos, perante exigências sociais, produtoras de mal-estar. Loucura não é, pois, sinônimo de doença, mas pode apresentar momentos em que sua normatividade não é eficiente do ponto de vista da resolubilidade diante das exigências do social. O adoecimento subjetivo ocorre numa relação com o social e as suas exigências. A transposição respectiva entre o binômio doença-saúde e loucura-normalidade não é coerente e não

se sustenta nesse modo de conceber a vida, a saúde. A saúde, por Canguilhem (1995), implica a doença e é concebida como uma capacidade de produzir novas normas para dar conta de uma situação emergente.

Olhares sobre a crise: uma proposta de manejo

No Caderno de Atenção Básica 34 – Saúde Mental (BRASIL, 2013), da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, há uma evidente preocupação com o termo crise. Pensa-se sobre a palavra, que vem do grego e remetia, em sua origem, a um momento de decisão, de mudança súbita, de separar, decidir, julgar. No mesmo caderno, faz-se referência a como, na história da Medicina, a crise era considerada um decisivo momento na evolução de um quadro patológico, apontando para vida ou para morte. Recorre-se ainda ao significado tido pelos chineses, que associam à ideia do risco e de oportunidade. Em seguida, diz-se que a crise psíquica é uma tentativa de cura ou de resolução de problema e sofrimento cruciais na vida de pessoas de um núcleo familiar e comunitário. Afirma-se que os sintomas, de modo geral, devem ser acolhidos e suportados.

Nesse caderno, que representa uma posição oficial do Estado brasileiro de orientação para a saúde pública, afirma-se ainda que o suporte à crise nem sempre é feito pela psiquiatria; pode haver um endereçamento por cuidado a instituições religiosas e outras formas culturais. Isso depende dos equipamentos disponíveis no território e de como aquele fenômeno é reconhecido e concebido nele. Assim, aos serviços de saúde cabe apenas o tratamento de uma parcela das crises. Assinalando que vários podem ser os acolhedores da pessoa em crise: médico, enfermeiro, vizinho, familiar e/ou outros.

Segundo dell'Acqua e Mezzina (1991), crise diz respeito a um valor-limite atribuído, considerando as estruturas psiquiátricas de determinada área em um momento histórico particular. A entrada da pessoa em crise no circuito psiquiátrico é definida de acordo com os sistemas de reconhecimento de um determinado tecido social no que concerne a limites de sofrimento, de distúrbio, de periculosidade social, de miséria individual, de peso das relações familiares ou de trabalho, de diversidade de comportamentos, de intolerância e de violência. Trata-se de um valor estipulado a depender de contexto social, portanto. Isso acarreta modos de lidar diferenciados, determinando campos variados de suporte ao quadro, de tolerância à diferença, de sanção a modos de existir.

Viganò (2012) traz a dimensão histórica de corte na vida de um indivíduo em crise, fala de ser um momento de experiência da pessoa, também fenomênico. A emergência da crise diz respeito a um momento de manifestação contingente de insuportabilidade, ligada sempre à condição de vida do sujeito. Nessa situação, não sabemos quem é o sujeito, como ele se organiza. Por essa leitura, não podemos, em tal ocasião, fazer uso de qualquer diagnóstica na tentativa de pensar o sofrimento da pessoa. Há alguma suspensão do modo como ela se estrutura subjetivamente durante a crise, instante em que o sujeito tem de se haver com o problema de sê-lo. Viganò (2012) afirma que uma crise deve produzir um sujeito. Nesse aspecto, trata-se, assim, de momento privilegiado para advir algo da ordem da subjetividade. O rearranjo, para invenção de uma forma de vida, diante da existência no social, vai depender da oferta de Outro² que possibilite sustentação, que viabilize a travessia desse momento difícil e de certa suspensão, para organização subjetiva.

A crise pode ser vista, assim, como um fenômeno, não alheia às condições da vida no meio em que se produz. Inspirados em Canguilhem (1995), podemos pensar num quadro em que há uma interrupção do curso de algo, em que uma normatividade está sendo posta à prova, por sua baixa

2

O Outro é campo da linguagem, dos significantes e da significação, lugar de reconhecimento, no qual e por meio do qual é constituída nossa subjetividade. É onde se dá o laço, o social.

resolubilidade ante as oscilações e as exigências do meio, operando com normatividade menos plástica, no sentido da criação de normas que visem à estabilização, ao ultrapassamento de condições adversas, à perpetuação da vida. Trata-se, entretanto, também de um momento potente para reestruturação do mundo vivido e, com isso, o surgimento de um outro modo de vida. Na crise, há abertura para criação e invenção do indivíduo e do entorno, das relações e do meio.

O Ministério da Saúde assinala a ideia de que a crise faz parte do cotidiano dos sujeitos, que estão continuamente lidando com momentos em que têm de se reorganizar diante das exigências da vida em sociedade. Desse modo, há a concepção de que ela é parte da vida. Considera-se a crise um fenômeno essencialmente relacional, “conflito ou quebra de consenso entre um sujeito e outro sujeito” (BRASIL, 2013, p. 100). E propõe-se, como questão central para atender e olhar esse fenômeno, o restabelecimento da relação consensual e contratual, com responsabilização compartilhada entre os sujeitos. Afirma-se, pois, a crise como efeito de relação, de uma operação encarnada num sujeito, mas que revela ruído relacional.

Pela Cartilha 34, a posição oficial de orientação do trabalho em saúde mental é de atenção longitudinal e territorial, nos contextos existenciais das pessoas, com serviços trabalhando em rede, na perspectiva de acolher, operando no sentido de evitar a internação. A orientação é de que a crise seja olhada em território nos meios em que ela é criada, em meio às condições materiais com as quais se deu, nas quais emergiu. E o objetivo é de ofertar possibilidade de reinstaurar o diálogo, que também é ação terapêutica. “O profissional deve investir na *mediação* entre o usuário e seu conjunto de relações, visando à inclusão, à legitimação e à corresponsabilização dos envolvidos na produção de novas pactuações, ainda que provisórias.” (BRASIL, 2013, p. 101).

A crise aponta para uma insuportabilidade e um bloqueio, ela remete a um momento em que a pessoa se vê diante da tarefa de fazer uma escolha, de se haver com sua subjetividade no social. É um momento em que há uma perturbação das relações sociais, com quebra, devido a uma situação conflituosa, intra e intersubjetivamente. Essas perturbações bem como a possibilidade de o sujeito fazer escolha, de se inventar, só podem se dar no social, considerando sua complexidade inerente. A travessia da situação de crise é, pois, viável no campo de relações existenciais do sujeito, cenário de fundação e criação subjetiva. Para isso, o trabalho deve visar à elaboração, a um processo criativo de vida, de orientação para a saúde. E só é possível se em equipe, num exercício entre vários, dada a complexidade da demanda (VIGANÒ, 2012; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Em situações de crise, diante da agudização de sintomas, delírios e alucinações, frequentemente, há o pedido pela retirada do sujeito. A crise configura, assim, um momento-limite para a determinação de destino da emergência de um sofrimento. Em momentos de crise, é comum haver o ingresso do indivíduo naquilo que Goffman (2015) aponta como sendo a “carreira moral do doente mental”. A escolha por uma internação psiquiátrica oferece, assim, um entendimento sobre o mal-estar, sobre como operar nele, e pode determinar o disparo de uma história de expropriação, na qual o indivíduo se vê praticamente sem direitos, sem poder contratual e, em geral, cai num descrédito de si, para si e para outros, tornando-se um doente mental.

Nesse ponto, é imprescindível haver diálogo entre os trabalhadores de uma equipe, para que haja discurso comum em relação a como intervir na crise, como proceder, elegendo as estratégias no campo. No cenário de possibilidades, pela orientação oficial em saúde pública, a internação psiquiátrica deve ser evitada, objetivando a sustentação do usuário no seu contexto de vida.

A internação precisa ser considerada como último recurso e quando necessária, como instrumento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não como resposta a uma situação específica. Devendo também, quando necessário, ser realizada prioritariamente nos Caps, com a lógica do acolhimento integral e nos hospitais gerais de forma articulada com a rede. (BRASIL, 2011, p. 101).

Um manejo orientado a sustentar a crise no território existencial do sujeito deve, assim, investir nas possibilidades encontradas na rede, afirmando que a rede é uma possibilidade de circulação, como aponta Viganò (2012). Quem faz a sua eficiência são as pessoas: a criação de possibilidades de invenção no território é produto de articulação humana. O sucesso da rede não é garantido pela lei, pela diretriz, que tem espaço para várias interpretações. Os entendimentos da equipe determinam o acionamento de dispositivos na rede, dentre eles a possibilidade de internação em hospitais psiquiátricos, que compõem a rede. Configura-se, desse modo, disputa que envolve pressões advindas de uma cultura manicomial, o que pede por resistência da equipe ante a possibilidade de lançar mão de internação psiquiátrica, expressa em pedido do usuário, de familiares e mesmo dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Para Basaglia (2010), a manutenção de hospitais psiquiátricos, na tentativa de coexistência pacificada com ações e propostas reformistas no âmbito da saúde mental, induz e sanciona discurso e prática de exclusão, com base em gravidade, do ponto de vista social, e nos recursos econômicos disponíveis. Esses dois campos estão interligados e operando na determinação um do outro, numa relação de poder. O hospital psiquiátrico representa uma lógica de destino de uma classe, em geral, e:

[...] ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença, foco de infecção, não só em sua função de reconhecimento-codificação e expropriação do sofrimento enquanto distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e as regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e a expulsão que daí resulta; mas também na medida em que, com sua própria existência, pré-forma os conteúdos da demanda, endereçando-as aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contenção. (2010, p. 247).

Com objetivo de evitar a internação psiquiátrica, o trabalho em equipe configura campo propiciador de circulação das possibilidades, das invenções, das estratégias disponíveis, das táticas passíveis de serem inventadas e adotadas. No diálogo com os pares, podemos encontrar interlocução para dar vazão à angústia devido ao trabalho e diante dele, para encontrar um discurso comum bem como saídas inventivas, a fim de fomentar um trabalho promotor de vida. É por onde se faz resistência a respostas imediatistas, orientadas a aplacar a angústia sem considerá-la parte necessária ao trabalho e inerente à vida. Tais respostas sancionam modos de viver e podem operar num sentido de achatam existências, reduzindo-as a um quadro sintomático, com base em gravidade, periculosidade social e pessoal. Por meio da equipe, podemos fazer resistência a nós mesmos, que também somos produtos e (re)produtores de uma lógica manicomial, uma lógica arraigada histórica e culturalmente.

O pedido por uma internação psiquiátrica fala de uma demanda por alguma continência de sofrimento. A existência dos manicômios e sua estrutura apontam, como observa Viganò (2012), para uma estrutura que pode oferecer apaziguamento do sujeito e do social. O autor sugere, para o

trabalho com psicose, que os profissionais de saúde de um serviço de saúde mental sejam muros vivos, simbólicos, para o psicótico, que sofre da invasão do Outro. Pensamos, assim, que, também na crise, os operadores do serviço de saúde mental do território, dos CAPS, devem desempenhar essa função de muros vivos, oferecendo contorno ao sofrimento, possibilidade de continência, visando ao laço.

Na crise, há uma invasão do Outro, que, com suas exigências, produz mal-estar insuportável ao indivíduo, nas suas relações. Desse modo, devemos tratar o campo do Outro, objetivando contato, estabelecimento de uma relação de confiança, para o profissional ofertar-se como Outro a quem a pessoa em crise possa endereçar palavra, pedido. Esse trabalho de muro vivo e circulante no território tranquiliza o entorno e lança a crise num campo de relações, viabiliza a criatividade a partir desse momento de circulação e relação dificultadas. Toma a crise como efeito social, de mal-estar, que adoce e esgarça ou rompe relações.

Para isso, deve haver uma ação que considera o tempo da crise. Viganò (2012) fala de um tempo de escanção, da ordem do nascimento do sujeito. Devemos, assim, acolher a crise no seu tempo, o que exige certa prontidão da disponibilidade do serviço e dos técnicos. O respeito ao tempo da pessoa em crise, de acordo com dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 68), é “um ulterior fator de reforço/conservação das suas potencialidades de 'sujeito' e não 'objeto', dominado e institucionalizado”. Pela consideração desse aspecto na oferta de cuidado, abre-se espaço para a subjetividade e para a restituição de poder contratual. Com isso, a adoção da estratégia de acolhimento é de extrema importância para atender à demanda nessa situação, desburocratizando o acesso e possibilitando ações mais efetivas, propiciadas pela atenção e pela disponibilidade de escuta, considerando o tempo da pessoa que sofre (MÂNGIA et al, 2002).

A presença do serviço, no momento de crise, redimensiona a periculosidade do quadro e oferta possibilidade de este ser considerado parte do social, fenômeno do social (DELLACQUA; MEZZINA, 1991). Com isso, há a diminuição da ansiedade do entorno e a possibilidade de viabilizar à sociedade um novo modo de conceber a vida e a invenção da vida. Proporciona, portanto, que a crise seja também atravessada pela sociedade. Manejar a crise no social é oferecer ao indivíduo e à sociedade espaço de invenção, a fim de uma reorganização de si, considerando os tensionamentos existentes na vida comum. Isso atesta possibilidade de mudança na normatividade social, das normas que se estabelecem no tecido, considerando-o como organismo vivo.

Depois de ofertar essa sustentação visando à invenção e a partir da (re)estruturação subjetiva, quando já há formulação ou disposição à criação sintomática ou de delírio, é possível pensar em tratamento, em elaboração de PTS, em encaminhamentos, discriminando demanda. Nesse momento, podemos intentar diagnosticar formas de vida, reconhecendo, a partir disso, um campo de demandas, a fim de oferecer atendimento adequado, com os dispositivos do território, no intuito de criar as condições para expressão de demanda existencial, considerando o social amplo.

Do trabalho nosso ao trabalho do sujeito: operando entre vários

Em meados de abril de 2015, somos atravessados por uma ausência. Clara³ usuária do CAPS desde 2008 e com presença frequente no serviço, deixa de comparecer. Ela, que é comumente vista e percebida na ambiência, na assembleia, durante o almoço, em alguns grupos, faz falta para as pessoas que lhe são próximas. Sua ausência é notada por uma técnica que a acompanha em um grupo, que tenta contato com ela por telefone seis dias

3

Os nomes citados nesse texto são fictícios, a fim de preservar a identidade das pessoas.

4

O CAPS em questão recebe, semestralmente, oito residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e, anualmente, oito aprimorandos do Programa de Aprimoramento da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo – SES-SP.

após sua última ida ao CAPS. Há um estranhamento por essa quebra do cotidiano, e a profissional, por reconhecê-lo e questionar-se a respeito, pode ofertar uma resposta rápida para intervenção àquilo que, posteriormente, nomeamos como crise.

Por essa ligação, conseguimos contato com Bruna, irmã de Clara, com quem divide o apartamento. As duas, após a morte da mãe, há cerca de dois anos, permanecem residindo no apartamento da família. Bruna fala que Clara está em crise, que não quer sair de casa porque está com muito medo. A irmã faz a hipótese de que seja devido a uma mudança de medicação. Clara e a equipe estavam negociando sua medicação, a pedido dela, pensando as doses e os tipos de medicamento. Esse contato propicia que a equipe intervenha o mais rápido possível, objetivo necessário a esse tipo de trabalho, como afirmado por dell'Acqua e Mezzina (1991), a fim de permitir uma operatividade e também conectar “a crise a todas as outras demandas psiquiátricas que se exprimem em modos diversos da situação emergente” (p. 57).

Duas de suas referências próximas discutem a possibilidade de realizar uma visita domiciliar. Tentam contato com Clara e Bruna por telefone e, sem sucesso, vão até o apartamento onde elas vivem. Investem, assim, na aproximação, para manter um ponto de referência em direção ao qual se pode dirigir, prerrogativa necessária ao trabalho segundo dell'Acqua e Mezzina (1991). Lá, encontram as irmãs. Clara tem tomado medicação com irregularidade. Está com medo e tem seguido a sua irmã. Fala da sua relação com o CAPS, das atividades de que gosta, diz que é sua segunda casa e não sabe por que não consegue ir. Sua irmã diz que Clara está ouvindo coisas fora e dentro da cabeça e que tem flertado com a janela do apartamento, falando em morte. As profissionais conversam com Bruna convidando-a a se aproximar do tratamento da irmã e combinam que ela acompanhará a irmã até o CAPS no dia seguinte.

Elas não vão ao serviço, mas entram em contato por telefone. Profissionais da equipe discutem a situação e decidem fazer uma visita domiciliar no dia seguinte a fim de ver como está Clara e de convidá-la a ir ao CAPS. A usuária é referencializada a uma das três equipes clínicas da instituição, que se organizam de acordo com a territorialização, com as UBS de referência do serviço. Cada usuário do serviço tem três referências mais próximas: médica, técnica e de enfermagem, que fazem parte de uma equipe com vários outros profissionais. Embora haja referências próximas, a possibilidade de referencialidade dos usuários é remetida a todos da equipe, que discutem, organizam e partilham os processos de trabalho.

Diante disso, nesse momento de crise anunciada, há uma intensificação da presença de vários membros da equipe a fim de ofertar para Clara mais possibilidades de parceria e de partilhar a sustentação da crise, que, como apontam Viganò (2012) e dell'Acqua e Mezzina (1991), dada a complexidade, requer a presença de vários. A orientação da equipe de ampliar a referencialidade vem ainda no intuito de que as parcerias sejam plurais, sejam várias, para que, na saída de um profissional, o usuário não fique desamparado, sozinho em seu cuidado.

Uma das suas referências e uma residente de enfermagem⁴ que compõe a equipe em tal época vão até a casa de Clara para buscá-la, para que ela participe do grupo de referência, que ela vinha frequentando com alguma regularidade. Esse grupo de referência, implementado a partir do fim do ano de 2014, passou a ser o dispositivo mínimo de cuidado disponibilizado para os usuários e seus familiares. Nos grupos de referência, estão profissionais de uma determinada equipe, usuários e seus familiares. São organizados para pensar, coletivamente, o PTS do usuário, considerando as várias pessoas envolvidas nele. Trata-se de um dispositivo que oferece a possi-

bilidade de mais profissionais conhecerem os usuários, de participarem da organização do trabalho e da construção do PTS.

Clara está resistente a sair de casa, concorda em ir ao CAPS e pede que sua irmã a acompanhe. No entanto, não conseguem chegar a tempo do grupo. Ao fim deste, a equipe propõe um atendimento compartilhado com as duas irmãs. Nesse atendimento, estão presentes as três referências próximas bem como mais três profissionais da equipe. Clara fala pouco. Diz estar morta e não se sentir bem. Relaciona isso à saída de seu médico anterior e de um psicólogo do Programa de Aprimoramento, que se despediu do serviço em março de 2015. O médico psiquiatra que a acompanhava antes havia saído do CAPS em meados de 2014. A usuária tem um histórico de médicos homens, que se tornam figuras significativas no seu cuidado. Seu pai era médico e uma pessoa importante para ela, afirmando que era seu melhor amigo. A partir da saída desse médico, a equipe implementa os grupos de referência. O profissional médico que assume a sua referência em seguida a essa saída passa, assim, a trabalhar junto a grupos de referência e fazendo, quando necessário, atendimentos individuais prioritariamente de modo compartilhado, com outros profissionais da equipe.

Bruna diz que Clara não está tomando a medicação regularmente. Fala que sua irmã está com muito medo, que tem ficado bem próxima a ela. Os profissionais presentes ajudam Clara a organizar sua medicação que está dentro de sua bolsa. Conversam para negociar o uso de medicação. Nessa circunstância, ela concorda que sua irmã a ajude na administração medicamentosa. Conversam para pensar quais os dias que Clara gostaria de ir ao CAPS, de quais atividades gostaria de participar. Há a proposta de participação nos grupos de coral, escuta musical e escrita. Ela fala sobre a importância da arte para a saúde, diz que uma alimenta a outra. Clara gosta, sobretudo, de cantar, sua expressão artística predileta. Aprecia ainda a escrita e costuma andar com um caderno. A equipe firma, junto a ela, o compromisso de ir buscá-la para ir ao CAPS e acompanhá-la nesse momento.

Clara permanece no serviço no período da tarde, junto com sua irmã. Continua a dizer que não está bem e que está morta. Fala que morreu no dia em que parou de frequentar tal instituição e diz querer ver sua lápide. Fala sobre a morte de seu pai e sobre a falsidade de pessoas do CAPS que considerava serem suas amigas. Vai junto a sua irmã ao refeitório, para almoçar, mas quase não consegue comer. Joga objetos no chão, grita com pessoas na ambiência e no refeitório. As pessoas da equipe de referência que estão pelo serviço bem como os demais profissionais da instituição que estão abertos para acolhimento ficam mais próximos de Clara, sustentando esse momento em que sua circulação pelo social fica dificultada. Oferta-se a possibilidade de continência, devido a uma organização do trabalho que contempla acolhimento como estratégia, que afirma uma postura de disponibilidade e não exclusão, como assinala Mângia et al (2002).

No dia seguinte, na reunião de equipe, os profissionais que tiveram contato com Clara ao longo da semana falam sobre como ela tem estado. Há uma discussão e um posicionamento da equipe orientando o trabalho para uma proximidade da equipe em relação à Clara. Há uma organização para fazer contato, fomentar sua presença no CAPS, no intuito de ofertar a ela a possibilidade de se reposicionar diante de si e dos outros, a fim de inventar novas formas de lidar com o mundo, para poder viver. A equipe atua, assim, num sentido de promoção de vida, a partir de um pensamento de que a crise é parte da vida e deve ser, prioritariamente, manejada em seu território existencial, considerando os conflitos a partir dos quais ela emerge. Assim, pensam-se respostas de sustentação para que a usuária em crise possa encontrar espaço para expressão e possibilidade de construção e reinvenção de si, de uma nova normatividade, como podemos pensar a partir de Canguilhem (1995).

Na semana seguinte, a equipe segue orientação discutida em reunião e organiza-se em, no mínimo, duplas, para acompanhar Clara na ida ao CAPS e na volta à casa. Em geral, as pessoas que acompanham no período da manhã não são as mesmas do período da tarde, a fim de partilhar os cuidados, não sobrecarregar os trabalhadores e ofertar mais pessoas a quem Clara possa endereçar suas palavras e seus atos, mais possibilidade, portanto, de criação de parceria. Na segunda-feira, duas das três referências vão até sua casa para buscá-la. Bruna convida as técnicas a subirem. Diz que Clara tem tido momentos de raiva e tem quebrado objetos da casa. Clara continua a dizer que está morta e que gostaria de visitar o túmulo de seu pai. Fala a respeito de pessoas falsas no CAPS. Depois de algum tempo, concorda em ir para o serviço, no entanto, ao chegar lá, não quer entrar e diz querer morrer. Entra e fica irritada, fala sobre mortes que viu, ameaça ir para a rua e se lançar em frente aos carros. Joga água ao chão, arremessa objetos e grita com pessoas.

Nesse dia, Bruna, diante da situação, fala sobre a recusa de Clara em tomar a medicação e sobre querer a internação da irmã. Ficamos mais próximos à Bruna, para partilhar o cuidado e evitar o recurso da internação como possível solução imediatista, que furtaria Clara de seu território e da possibilidade de invenção de si nele, lançando-a num cenário de produção de doente mental, como aponta Goffman (2015). Passamos, junto a Bruna e Clara, a ajudar em relação à medicação e a investir no contato e na presença nossa, aproximando-nos das irmãs. A equipe acredita na possibilidade de manejar a crise em território, aposta num processo elaborativo de Clara, que, embora de um modo invasivo, sentindo-se perseguida e fixando-se em números, aparentemente e à primeira vista, desconexos, traz elementos vários de sua história, falando sobre datas, eventos difíceis de sua vida. Ela traz suas memórias e diz do tempo e das pessoas.

As tensões da relação das duas acentuam-se. Diante de discussões entre as irmãs ou quando Clara sai do apartamento e se expõe, vizinhos vão até elas para oferecer-lhes ajuda. Bruna, já cansada e irritada com a irmã, que lhe cobra presença e paciência, sente-se ameaçada pelos vizinhos e pelos porteiros, temendo possíveis responsabilizações, o que reforça nela a ideia de uma internação psiquiátrica para a irmã. Fazemos atendimentos compartilhados com as irmãs, para nos aproximarmos de Bruna e viabilizar que haja diminuição da angústia em relação aos cuidados da irmã, para que ela possa compartilhar conosco e com Clara as dificuldades da relação delas, a fim de propiciar elaboração e travessia desse momento. Desse modo, operamos no sentido da consideração de conflito como parte da vida e objeto de nosso trabalho e de intervenção na crise, o que propicia enfrentamento de questões conflituosas para elaboração e travessia, contemplando, para tanto, as relações sociais e existenciais da pessoa em crise, no cenário em que o quadro irrompe.

São cerca de duas semanas buscando e levando Clara com carro. Conhecemos pessoas do prédio, porteiros e vizinhos, que participam do seu contexto existencial e acompanham esse momento difícil das irmãs. Nossa presença oferta possibilidade de o quadro ser considerado parte do social. Os porteiros participam de vários dos momentos de tentativa de contato com a usuária, por meio do interfone, acompanham as difíceis e exaustivas saídas e chegadas, com resistência de Clara a movimentar-se, falando do passado. Nas semanas seguintes, passamos a fazer o trajeto a pé junto com ela, que vai em um ritmo próprio e lento, dizendo do caminho, que faz há anos. Fala de prédios de familiares seus que moram nas ruas por onde passamos. Traz histórias relacionadas a familiares e vividas naqueles espaços. Vai caminhando devagar, em alguns momentos, recua, caminha no sentido contrário. Seguimos pensando em estratégias para movimentação de Clara. Muitas vezes, uma pessoa da dupla vai à frente, para criar uma tendência a seguir adiante. Outra a acompanha em suas histórias, ofertando campo para o resgate de sua narrativa, por meio de uma escuta interessada,

para que ela possa dizer de si e se reposicionar em sua história. Seguimos funcionando como os muros vivos de que fala Viganò (2012).

Nas semanas subsequentes, a equipe vai atenuando sua presença com Clara, fazendo ligações para falar com ela, convidando-a a ir ao CAPS. Ela passa a ir sozinha, a pé ou de transporte público, e nos dias que escolhe ir. Tem momentos difíceis, sofre, expõe-se a vulnerabilidades da vida, passa noites em claro. A cada ida sua ao CAPS, alguém da equipe se disponibiliza a estar com ela. E, assim, nasce a possibilidade de uma escuta e de elaboração de Clara, que continua a sofrer e a buscar possibilidades de inventar sua vida, por meio de música, de palavra, de circulação no território.

Conclusão

Advertidos pela ideia de um mal-estar inerente à vida em sociedade, que se funda e se perpetua nele e por meio dele, podemos pensar o sofrimento existente ante as exigências sociais, que impõem restrição de fruição aos indivíduos e geram angústia. Em face das demandas sociais, do acionamento contínuo de leis restritivas, o indivíduo pode adoecer, apresentar um momento de uma diminuição da plasticidade e da eficiência de normatividade ante as oscilações do meio. Saúde, aqui, é concebida como uma normatividade que cria condições de lidar com as variações do ambiente no sentido de promover a vida.

Desse modo, podemos pensar em crise como um estancamento de funcionalidade e operatividade em relação a uma normatividade. Está relacionada a uma ruptura da narrativa existencial, uma fenda que se abre para a possibilidade de invenção e criação de uma nova normatividade que opere na perpetuação da vida. Crise, assim, está associada também a uma possibilidade de advir um novo, algo da ordem da subjetividade, trazendo para a cena a oportunidade de reestruturação subjetiva, reorganização diante do social. Nesse caso, vemos que há uma suspensão de uma forma de vida e que pode ser vivida – e manejada – no sentido de uma possibilidade de invenção.

Sendo a crise associada a um excesso de mal-estar, de uma insuportabilidade contingente, relacionada, portanto, ao social, afirmamos que ela só pode ser atravessada no cenário de sua emergência e produção, contexto simbólico e material daquele que sofre. Com isso, pode-se ofertar a possibilidade de reparação das relações que se esgarçam e se rompem nesse momento bem como a possibilidade de elaboração e travessia aos sujeitos envolvidos. Assinalamos a capacidade de invenção por parte do sujeito que sofre a crise encarnando-a em seu corpo e do entorno.

A proposta de assumirmos a função de muros vivos, simbólicos e circulantes, oferecendo-nos como espaço de endereçamento e interlocução ao sujeito que sofre, permite a construção, a existência e a permanência de um ponto de referência bem como a criação de relações de confiança. Isso abre campo para atravessamento desse momento, que é, como apontado, de certa suspensão na organização subjetiva, e propicia invenção de uma nova normatividade, de um novo modo de estar diante do social. Viabiliza ainda que, após a crise, possa haver tratamento, já num momento em que há condições de formulação de sintoma e de delírio.

Os delírios, as formações alucinatórias, os sintomas são importantes reveladores das relações que o indivíduo faz com o meio e contêm os elementos narrativos de sua vida, por meio dos quais é possível haver uma experiência, uma cura como arte de bem-dizer. As falas e os atos devem ser, assim, considerados, na crise e no trabalho de sustentação dela, fomentando o resgate da história do indivíduo, a construção e evidenciação de sua narrativa, em seu cenário existencial, a fim de encontrar possibilidade de travessia, invenção e diminuição da angústia num trabalho orientado a promover criação de vida.

A presença do CAPS no território, como vemos, oferta a possibilidade de uma invenção do sujeito e da sociedade. Trabalha no sentido de aliviar a angústia do entorno e de redimensionar a periculosidade construída e sustentada historicamente. Propicia alteração de pensamento arraigado que produz segregação de formas de sofrimento, sobretudo da loucura, e convoca as pessoas das relações no território a participarem do momento, sendo pontos de acolhimento da crise no contexto existencial do indivíduo. A presença de agentes de saúde mental é fundamental a esse momento, para disponibilizar várias possibilidades de parceria, no intuito de ampliar a rede de relações do sujeito e ser o CAPS ponto de referência territorial de endereçamento deste bem como daqueles que lhe são próximos.

Para esse trabalho, atestamos que é imprescindível uma equipe na partilha do cuidado e da atenção, a fim de prover mais agentes na função de muro e, com isso, aumentar disponibilidade para acolher o tempo da crise, com mais possibilidade de contato e aproximação para criar relações de confiança. Na crise, pede-se certa prontidão da disponibilidade do serviço e dos operadores, para acolhimento dela no seu tempo e para proporcionar respeito ao tempo daquele que sofre, remetendo-o a um lugar de sujeito, autorizado a falar por si e a fazer escolhas. Tal estratégia desburocratiza o acesso e viabiliza mais efetividade no sentido de uma aproximação para uma escuta orientada a promover invenção da pessoa em crise.

O trabalho em equipe deve contemplar diálogo, para a existência e a criação de um discurso em relação ao trabalho e à orientação das ações. Ele oferta ainda a possibilidade de invenção da própria equipe e dos agentes que dela fazem parte. No diálogo com os pares, é viável o reconhecimento de pontos de estancamento de soluções ante o trabalho assim como a invenção e a criação de saídas para isso. É num trabalho entre vários que encontramos possibilidade de invenção de nós mesmos, de atravessar momentos de impasse diante de tomadas de decisão, evitando cair em saídas imediatistas que retiram o indivíduo de seu contexto. Com isso, pode-se evitar o recuo diante do difícil e do mal-estar, não cedendo da crença e da aposta na invenção da vida.

Desse modo, a crise pode encontrar lugar num CAPS pela consideração da importância de um trabalho em equipe, com disponibilidade de acolher esse momento, respeitando o seu tempo e as demandas do indivíduo e do entorno, a fim de sustentá-la no território de sua criação. Vemos que isso só é possível se há um trabalho avivado por pessoas que dialogam e operam em favor da possibilidade de circulação, fomentando a rede de relações no território, criando e inventando. A disposição ao diálogo permite encontrar, no outro, possibilidade de interlocução, no intuito de prover mais continência à crise e ao sofrimento, para possibilitar a travessia desse momento, por meio da assunção da invenção como forma de existir no social, considerando o mal-estar inerente.

Sobre o artigo

Recebido: 15/03/2016

Aceito: 05/05/2016

Referências bibliográficas

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BRASIL. **Projeto de Lei 3.657 de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3.088/GM de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DELLACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: DELGADO, Jaques (Org.). **A Loucura na Sala de Jantar**. São Paulo: Ed. Resenha, 1991, p. 53-79.

DUNKER, C. I. L. Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacanianiana a partir do perspectivismo animista. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 115-136, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702011000100006&lng=en&nrm=iso>.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, S. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GOFFMAN, E. A carreira moral do doente mental. In: FREUD, S. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015, p. 109-143.

MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13890/15708>>.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59, jan.-abr. 2002.

VIGANÒ, C. In: ALKMIM, W. D. de. (org.). **Carlo Viganò: Novas Conferências**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.