RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EM CRISE PSÍQUICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EXPERIENCE REPORT OF A PSYCHICAL CRISIS INTERVENTION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Ruben Artur Lemke
Psicólogo, Especialista em Saúde Mental Coletiva
Mestrando do PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS
rubenlemke@yahoo.com.br
Sérgio Eduardo Gonçalves
Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental Coletiva
Coordenador do CAPS I Primavera de Dois Vizinhos - PR
sergioenf@pop.com.br

RESUMO
O presente texto é o relato de uma experiência de intervenção na crise psíquica de um jovem realizada em visita a uma unidade da Estratégia de Saúde da Família pelo Programa de Interconsulta em Saúde Mental na Atenção Básica da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS. O leitor é convidado a transitar na cena da crise e acompanhar o concomitante processo de estranhamento, reflexão e construção de propostas de mudança nas práticas ligadas ao cuidado com a loucura no referido programa. A partir do arcabouço teórico/pratico da Saúde Mental Coletiva, o evento é transposto do plano individual para o coletivo na tentativa de colocar em perspectiva o isolamento a que o sofrimento psíquico intenso é condenado.

PALAVRAS-CHAVE
Saúde Mental. Atenção primária à saúde. Estresse Psicológico.

ABSTRACT
The present text is an experience report of an intervention in the psychical crisis of a young man, carried out in a visit to a unit of the Family Health Strategy by Consultation-liaison in Mental Health in the Basic Attention Program of the Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS. The reader is invited to transit in the crisis scene and to follow the simultaneous process of astonishment, reflection and the construction of change proposals in practices related to the care of psychosis in that program. From the Collective Mental Health theoretical/practical structure, the event is transposed from the individual to the collective plan in an attempt to put the isolation that the intense psychic suffering is fated to, into perspective.

KEY WORDS
Mental Health. Primary Health Care. Stress, Psychological.

A CRISE DE RÔMULO

Tarde ensolarada de quinta-feira. Fazíamos nossa visita semanal à Equipe de Saúde da Família e havíamos cumprido com algumas de nossas rotinas vinculadas ao Programa de Interconsulta em Saúde Mental na Atenção Básica da Residência Integrada em Saúde quando a equipe nos comunica que um dos "loucos" da comunidade estava em crise. Perguntaram-nos se poderíamos ir ao local ver o que era possível ser feito e fomos informados de que a família estava desesperada e já havia tentado de tudo: não existiam ambulâncias disponíveis porquê, em nosso município, elas não atendem casos de saúde mental; chamaram a polícia para conduzi-lo à internação, e esta não obteve sucesso, pois, quando se aproximou, Rômulo, como passará a ser chamado, fugiu escondendo-se no mato. A família assustada não via alternativa para se proteger além da sua internação.

Era preciso fazer algo. O que poderíamos fazer? Procuramos medicamentos na Unidade de Saúde da Família para o caso: não havia - as unidades daquele distrito sanitário não possuem medicação para crises psíquicas, embora tenham medicações para outros tipos de emergência.

Fomos até a casa de Rômulo. Vivia com seus avós e um irmão gêmeo, o Remo, usuário de crack acompanhado no ambulatório de referência daquele bairro. Deparamo-nos com uma cena de pavor e, como toda a família, nós também fomos tomados por aquele sentimento. Nós, o agente comunitário de saúde e seus avós dentro da casa, Rômulo na rua. Gritava, ameaçava matar a todos, sacudia as portas, dizia que o estavam matando, tirando sua energia, que estava seco por dentro e não produzia mais uma gota de esperma. Sua avó, visivelmente constrangida com o palavreado desenfreado, soltou um riso quase inaudível. "Está rindo do quê, sua vadia?", gritou Rômulo furioso. Nós nos sentíamos, como o restante da família, oprimidos, apavorados e impotentes. Não tínhamos recursos, não sabíamos o que fazer. Havia um 'titã' furioso na rua, e sua fúria parecia ameaçar a todos. Quantos homens eram necessários para segurar Rômulo? Onde e como poderíamos interná-lo? Teríamos que contê-lo mecanicamente? Esses eram os pensamentos que tínhamos. Contudo, um imperativo ético nos dizia algo diferente; precisávamos ao menos tentar falar com ele, perguntar se havia como ajudá-lo.

Sentamos ao sol, a uma distância em ele pudesse nos ver, e nós a ele. Rômulo nos observava com um olhar que nos parecia ameaçador. Estávamos em um canteiro que dividia duas ruelas estreitas por onde carros passavam em alta velocidade. Qualquer movimento em falso poderia resultar em uma tragédia. Dirigimos-nos a Rômulo: "Podemos falar contigo?" Ele não responde. Insistimos na pergunta e ele, desta vez, aproxima-se num brusco movimento, parando diante de nós. "Por que estás tão bravo?" Rômulo continua impassível. "Por que tu estás com tanto medo? A gente está vendo que tu estás apavorado. O que está acontecendo? A gente pode ajudar?" Ele finalmente senta ao nosso lado. "Ninguém pode me ajudar", responde, "só se vocês forem ao inferno buscar a minha alma". "A gente não precisa ir ao inferno buscar tua alma", dissemos a ele, "tu já estás, aqui e nesse exato instante vivendo um verdadeiro inferno". "Verdade!" e segue: "eu estou sentindo! Estou sentindo! Ela está voltando! Será que vai doer? Será que vai doer quando a minha alma entrar de volta no meu corpo?" Respondemos: "Não sei. Depende do estado em que ela se encontra. Quer dizer, se é que entendemos bem o que tu queres dizer" - dando-nos conta da estranheza de nosso diálogo.

A partir desse momento iniciamos uma conversa muito interessante. Embora nos falasse

numa linguagem que se referia a um plano astral e a espíritos, discorria com muita lucidez sobre os tormentos pelos quais estava passando. Parecia se sentir bastante aliviado e falava como se tivesse sido sacado de uma dimensão de grandes tormentos e de uma solidão abissal. De fato, sofria muito e em completo isolamento há muitos meses; estava sem esperança e com intensas angústias paranóides em relação aos seus familiares.

Agora não existia mais um "titã" a nos ameaçar; tínhamos uma pessoa fragilizada e em intenso sofrimento. Então, dissemos ter como ajudá-lo e falamos das opções que conhecíamos no momento. Ele, por seu turno, demonstrava plena confiança e nos entregou a decisão de como ajudá-lo. As opções eram: ser medicado e voltar pra casa ou, caso não estivesse "suportando" estar com sua família, ser internado. Falamos claramente o que representa a internação em termos de privação de liberdade. Ele preferiu a medicação, mas estava descrente em relação ao seu benefício. Começou a fazer perguntas sobre outras dimensões, sobre o seu espírito e os fenômenos que sentia em seu corpo. Dissemos que muitas questões relacionadas à sua alma - ele era de religião espírita - provavelmente demorariam mais tempo para serem respondidas: "E na verdade, sobre estas coisas não sabemos muito, mas o que a gente sabe é que tem que te tirar agora desse inferno astral!", e dissemos a ele que a medicação poderia amenizar seu sofrimento. Paralelo a isso, inicia-se uma negociação junto à família no sentido de construir uma estratégia de cuidado diferente da internação.

Nesse momento, nos deparamos com a desarticulação dos recursos de nosso município. Nossas ambulâncias recusam-se a "carregar loucos". O serviço de emergência psiquiátrica, localizado no bairro onde estávamos, só atende pessoas do interior do estado. Não nos restava alternativa a não ser ir à emergência psiquiátrica que ficava do outro lado de nossa cidade que funciona como uma central de leitos e é referência para crises psiquiátricas para todo o município. Rumamos para lá no velho Passat de seu velho avô, situação inimaginável quando chegamos à sua casa. Esperamos numa fila e chegamos a um guichê, igual a esses que existem nos bancos e rodoviárias. "O que está acontecendo com ele?", nos perguntou a recepcionista. Antes falávamos em espíritos, dimensões e planetas. Agora, como traduzir isso para a linguagem psiquiátrica, hegemônica naquele lugar? "E agora Rômulo, como a gente explica pra ela o que está acontecendo contigo?" Criou-se uma cena estranha, houve um silêncio tenso e começamos a rir de nervosos. Foi o choque de dois sistemas explicativos inconciliáveis. "É que eu estou vendo e conversando com espíritos". "Entendi!", respondeu a senhora, enquanto alimentava o seu computador com estas informações: "você está ouvindo vozes!". Simples desse modo, uma experiência de extremo sofrimento e complexidade foi reduzida, por um golpe, a um sintoma catalogável num computador. Um efeito de compactação semiótica.

Rômulo foi medicado e voltou para sua casa. Combinamos de visitá-lo na manhã seguinte, e assim o fizemos. A família estava grata e visivelmente aliviada. Conversamos longamente, muitas coisas precisavam ser feitas para que Rômulo e sua família permanecessem bem.

A crise de Rômulo teve o efeito de contágio de nos colocar também em crise. De mostrar que, para além de uma subjetividade, está todo um modo de vida contemporâneo que tende a isolar o sofrimento psíquico intenso, além de um sistema de saúde que se propõe a um cuidado integral da saúde de uma população e o quanto ele ainda precisa caminhar para lidar com a questão da subjetividade e da loucura. Pusemo-nos em crise em relação a algumas de nossas práticas na Estratégia de Saúde

da Família. A crise de Rômulo foi, para nós, o que Guattari (2002) chamou de evento advento, um acontecimento que produziu aberturas e impulsionou a experimentação de outros modos de trabalhar a saúde mental na comunidade. Não era mais possível apenas desempenhar nossas funções de atenção agindo como canais transmissores de nossos especialismos, alienados dos processos de trabalho das equipes e do funcionamento do sistema de saúde no nível local.

O TRABALHO EM SAÚDE E OS PROCESSOS DE GESTÃO

O arcabouço ético-político que passou a orientar nossas práticas foram os eixos conceituais da auto-análise, da auto-gestão (BAREMBLITT, 1998) e da autonomia dos sujeitos de nossas intervenções. Deste modo, não foi mais possível seguir trabalhando para que coletivos adquirissem mecanismos próprios para pensar e gerenciar suas próprias questões, se nós - como trabalhadores de saúde - seguíamos operando dentro da lógica hierárquica de um paradigma tecno-burocrático-científico, com um trabalho centrado no modelo sintomatológico (TENÓRIO, 2001) que não dá conta da maior parte do sofrimento que continua silencioso dentro da comunidade, assim como seguíamos reclamando da falta de recursos e confiando a instâncias distantes o planejamento das ações e as diretrizes de trabalho. A partir de uma crise, ligada à história da existência de um sujeito, pudemos ver que os estabelecimentos que teriam a responsabilidade pelo cuidado não possuíam a sensibilidade necessária para acolher essa demanda.

O episódio com Rômulo nos fez pensar em algumas questões. Primeiramente, na forte dicotomia que perpassa todos os âmbitos de nosso sistema de saúde entre o que é o sofrer do corpo e o sofrer do psiquismo. Apesar de a integralidade ser um princípio constitucional, não há lugar para as manifestações psíquicas em muitos territórios da saúde. A maioria dos estabelecimentos não está preparada para dar uma atenção biológica à sua população: as ambulâncias não atendem crises psicóticas e, na hora da internação, essas pessoas são relegadas a um lugar em separado dos demais usuários. Também passamos a pensar a organização de nosso processo de trabalho e sua relação com as diversas instâncias do sistema, concluindo que algumas mudanças na configuração dos recursos existentes poderiam trazer melhoras significativas. Por último, refletimos sobre a questão dos efeitos subjetivos suscitados pelo encontro com a loucura. Em nosso modo de ver, esta questão se relaciona diretamente com as anteriores, com a dicotomia ainda presente nos sistema de saúde e no tecido social e com a organização de processos de trabalho baseados no encaminhamento.

Operamos as seguintes mudanças em nossas práticas: passamos a ocupar alguns espaços coletivos na comunidade como uma escola do bairro (realizando um grupo com os professores), a unidade de saúde (realizando um grupo com os agentes comunitários de saúde) e procuramos nos aproximar da associação comunitária; abandonamos o papel de "especialistas em saúde mental" que nos havia sido outorgado e começamos fomentar espaços de reflexão, não mais aceitando os casos que nos eram encaminhados. Todas as intervenções de que nos ocupávamos eram realizadas em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde ou com algum técnico da Equipe de Saúde da Família em trânsito pela comunidade ou pela unidade de saúde. Esses procedimentos buscavam trabalhar a desconstrução da idéia que, como manifestações psíquicas, só poderiam ser matéria de trabalho para especialistas, reforçando a dicotomia mente/corpo. Pensamos

que a subjetividade e suas manifestações também podem ser da alçada das Equipes de Saúde da Família, de acordo com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde e uma vez que essas equipes já realizavam muitas ações em saúde mental, embora suas intervenções não fossem valorizadas. Propomo-nos a discutir os casos de sofrimento psíquico que os agentes comunitários acompanhavam e a fazer algumas intervenções conjuntas, sempre cruzando conhecimentos, compartilhando responsabilidades e construindo. Foi sugerido em uma discussão que cada trabalhador da unidade de saúde procurasse servir de referência para a família de uma pessoa em sofrimento psíquico.

Quanto à questão da organização do nosso trabalho, buscamos provocar um processo de discussão nos locais de assistência e nas instituições de formação às quais estávamos ligados sobre a possibilidade de construir outro modo de operar as atividades do Programa de Interconsulta em Saúde Mental na Atenção Básica. Este programa, que é vinculado ao Ambulatório Melanie Klein e que faz parte das atividades de formação em serviço da Residência Integrada em Saúde, funcionava, na época, com uma dupla de residentes que visitavam semanalmente as unidades de saúde com a função prioritária de ordenar os fluxos de referência e contra-referência. O projeto que foi sendo construído coletivamente dizia respeito à formação de micro equipes, que operariam em alguns turnos com a lógica do apoio matricial especializado (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007), trabalhando de maneira transversal às equipes de saúde da família e em co-responsabilidade com elas, oferecendo apoio técnico e pedagógico. Entramos em contato, embora de maneira insuficiente, com os Conselhos Local e Distrital de Saúde para falarmos das idéias que estavam sendo construídas e ouvir suas sugestões. No ano seguinte, foi possível uma aproximação da equipe do Programa de Interconsulta com a Equipe de Saúde Mental do Município que atendia naquela Gerência Distrital. As discussões em torno do projeto foram balizadas pelo pensamento estratégico de Mario Testa (1992), conjugando forças dentro dos poderes político, técnico e administrativo.

Assim como os demais integrantes da família de Rômulo, a brigada militar e o serviço de saúde local, nós, que já estamos familiarizados aos fenômenos relacionados com a loucura, também ficamos com muito medo e com uma sensação de desesperança quando nos aproximamos da cena da crise. Também não sabíamos o que fazer; tudo o que queríamos num primeiro momento era poder passar a responsabilidade do gerenciamento dessa situação para outras pessoas. Entretanto, não havia para quem passar essa responsabilidade - que naquele momento era nossa - e, se não pudéssemos acolher a situação, a cena certamente se encaminharia para um seqüestro violento, com marcas traumáticas pra toda a família, pois a loucura, principalmente em seus momentos críticos, realmente gera fortes efeitos subjetivos nas pessoas que entram em contato com esse singular fenômeno da humanidade. Tradicionalmente, a psicanálise vem conceituando esses efeitos como reação contra-transferencial; especificamente, utiliza o mecanismo kleiniano da identificação projetiva (SEAGAL, 1990) para explicar a produção desses afetos. Foi assim que, para nós, foi possível pensar que aqueles eram os gritos e atitudes ameaçadoras de um rapaz extremamente assustado.

No entanto, gostaríamos de lembrar aqui de um outro conceito, proveniente do movimento institucionalista, que teve um efeito mais determinante nessa situação: o de implicação (BAREMBLITT, 1998). Foi o modo com que estamos implicados com o desejo de uma so-

ciedade sem manicômios e com os princípios ético-político-estético (GUATTARI, 2000) com os quais norteamos nossas práticas que tornou possível que atravessássemos a barreira do medo e da desesperança e que, fora de nosso território habitual de ação, pudéssemos responder a esse pedido de socorro de extremo sofrimento. Com efeito, um pouco de boa vontade e improviso resgatou do inferno uma alma e trouxe um imenso alívio a uma família.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O evento advento que foi pra nós a crise de Rômulo possibilitou que nos puséssemos em crise e tomássemos um distanciamento critico em relação à prática que vínhamos desenvolvendo na Atenção Básica como trabalhadores da Saúde Mental. Percebemos a necessidade de desconstruir a lógica operante que resulta na produção do isolamento da questão do sofrimento psíquico nos aparelhos de atenção. Não basta desospitalizar e desinstitucionalizar indivíduos ou evitar, como no caso de Rômulo, a hospitalização de alguns; é preciso desinstitucionalizar os nossos modos de lidar com a loucura. É curioso que a montagem delirante de Rômulo falasse justamente de uma alma ejetada de um corpo, inacessível e sofrendo sozinha em algum distante inferno. Seria reproduzir uma lógica opressora, com todos os seus efeitos de culpabilização sobre o indivíduo, pensar que bastaria uma intervenção na ecologia subjetiva (GUATTARI, 2002) de Rômulo, lembrando que ele é um corpo e que por isso ele não poderia estar em outro lugar, senão aqui neste exato instante. O evento nos mostrou que é preciso desconstruir esses mecanismos de ejeção da alma e de responsabilização solitária do indivíduo também nas concepções com as quais trabalhamos nos estabelecimentos de atenção e no contexto comunitário. O que poderia ter parecido apenas o sintoma de um indivíduo retratou uma realidade. Seu sofrimento naquele momento era solitário e inacessível, porque os estabelecimentos de cuidado não possuem sensibilidade estética para essa dimensão da totalidade integral da existência.

Entendemos a práxis da Saúde Mental Coletiva como

um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida (FAGUNDES, 2001).

Trata-se de, na práxis da Saúde Mental Coletiva, não reproduzir modos normalizantes de lidar com o sofrimento, mas de poder trabalhar cotidianamente numa micropolítica processual (GUATTARI; ROLNIK, 1986) que propicie modos de subjetivação singularizantes.

É imprescindível que os trabalhadores de saúde possam acreditar nas próprias experiências e que, a partir delas, construam os modos de organização no cotidiano dos seus serviços. Dessa forma, os trabalhadores da saúde da família, agentes comunitários e mentaleiros de toda ordem, que possuem uma penetração tão ampla na vida da comunidade e das famílias, não reproduzirão práticas de controle, mas produzirão invenção de vida (ROTELLI, 1990) na construção de um outro mundo possível, onde a loucura possa ter lugar.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. F. **Cinco lições sobre a transferência.** São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

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

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposto de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

CAMPOS , G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodolologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407. 2007.

CASTRO, M. G. et al. Conceito de mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n. 1, p. 39-43, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, 2001. **Relatório final.**.. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2002. 213 p.

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

FAGUNDES, S. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTE, M. T. (Org.). **Saúde mental:** campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001. p.265-276.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GUATTARI, F. **As três ecologias.** Campinas: Papirus, 2002.

_____. **Caosmose:** um novo paradigma estético. 34.ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura 7:** saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2000.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura.** São Paulo: Hucitec, 1992. v.2.

_____. **Vida capital:** ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SEAGAL, H. Alguns aspectos da análise de um esquizofrênico. In: SPILLIUS, E. B. **Melanie Klein hoje**. Rio de Janeiro: Imago. 1990. v. 2.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.