

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS Faculdade de
Ciências Médicas “Zeferino Vaz” Departamento de Saúde
Coletiva

Residência Multiprofissional em Saúde Mental

TECENDO REDES, CRIANDO RELAÇÕES

NATHALIA FERRARI GABETTA

Trabalho de conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva
– UNICAMP

Orientador:

Bruno Emerich

Introdução

Esse trabalho foi realizado a partir de minha experiência na Residência de Saúde Mental e Coletiva, na qual optei ficar por todo processo num Caps infanto juvenil, além de outros serviços da rede. Esse arranjo possibilitou uma visão mais ampla da rede de saúde mental da cidade e trabalho mais integrado entre serviços.

Pretendo apresentar um estudo de caso, nos quais os atendimentos foram realizados com uma adolescente, hoje com 18 anos, inserida num Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) de uma cidade de grande porte durante dois anos, nos quais optei por realizar um acompanhamento terapêutico (AT), visando primeiramente a ampliação de sua rede social e de atenção. Através dos atendimentos foi possível percorrer outros dispositivos e fazer a inserção da adolescente num Centro de Convivência próximo ao CAPSi.

De modo geral, as políticas de saúde mental no Brasil são direcionadas aos problemas da população adulta. Segundo Couto et al (2008) no cuidado com crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços tem especificidades que não podem ser contempladas por uma extensão simplista das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil. Uma política de saúde mental específica para essa população impulsionaria a ampliação do sistema de serviços. Segundo esses autores daria institucionalidade à construção de dados e de informações culturalmente relevantes acerca das questões da infância, contribuindo para o avanço das pesquisas nesta área. (COUTO et al, 2008).

No Brasil, historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental. (COUTO et al, 2008; DELFINI e REIS, 2012). Com o objetivo de superar esta lógica e os problemas assistenciais que lhe são inerentes, existem hoje ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para infância e adolescência como um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS.

Para Couto et al (2008) a principal finalidade desta política é a construção de uma

rede de cuidados capaz de responder efetivamente às necessidades de crianças e adolescentes. Os autores completam apontando para duas ações principais em curso nos últimos anos, a primeira é a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), que foram propostos a partir de 2002 sob a mesma lógica que os demais Centros de atenção Psicossocial, e em segundo a construção de estratégias de articulação intersetorial da saúde mental com setores envolvidos na assistência à infância e adolescência, como a saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos e outros dispositivos da rede substitutiva de saúde mental, com vistas à integralidade do cuidado. (COUTO et al, 2008).

Com a implementação dos CAPSi acontece uma ampliação do acesso ao tratamento para casos que até então estavam fora do sistema formal de saúde mental, e para Couto et al (2008), concomitantemente, visam melhorias no conhecimento clínico, epidemiológico e sobre organização de serviços no campo da saúde mental infantil e juvenil. Ainda lembram que a montagem de serviços multiprofissionais, de base comunitária, e especializados para tratamento de jovens com múltiplas e complexas necessidades decorrentes de transtornos mentais vem sendo reafirmada internacionalmente. (COUTO et al, 2008)

Esses autores atribuem a inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental a diversos fatores. Um fator que merece ser destacado é a particularidade do sistema de cuidado. Este sistema, especificamente no caso de crianças e adolescentes, com frequência envolve a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos. Esses setores tradicionalmente trabalham isolados uns dos outros, mas todos prestam serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais, sem que haja uma boa comunicação com os demais.

Para Delfini e Reis (2012) o setor da saúde deve iniciar o processo de montagem da rede de cuidados, para que, em um segundo momento, seja possível que todos se envolvam igualmente e se impliquem no cuidado e atenção da população infantojuvenil. Essa iniciativa exige um entendimento prévio sobre a importância e a especificidade representadas pelas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Para esses autores, no que diz respeito ao protagonismo da saúde mental, afirmam que a intersetorialidade das ações se coloca como única possibilidade para construção de uma

rede de serviços capaz de responder a complexidade dos cuidados a essa população, visto que a condição de criança/adolescente, por si mesma, aciona vários setores já citados acima. (DELFINI e REIS, 2012).

Para Couto et al (2008) os CAPSi são encarregados de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que dizem respeito à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade. Esta modulação para o território, juntamente com o atendimento dos casos, atribui a estes serviços uma dupla tarefa: terapêutica e gestora. A tarefa de gestão engloba a articulação e mobilização de outros serviços e setores no cuidados dessas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

É nessas perspectivas que apresento esse trabalho.

Durante os acompanhamentos terapêuticos, realizados sob uma perspectiva winnicottiana, percorremos dispositivos de cultura, educação, lazer, trabalho, residência, saúde e também de saúde mental. Ao longo do relato apresento a construção do processo terapêutico que possibilitou a inserção da adolescente num Centro de Convivência, que me pareceu mais significativo e efetivo.

História e encontro

S. é a filha mais velha de três irmãos, Z e I, na data de nosso primeiro encontro estava com 16 anos. Inicia tratamento em 2010 no Capsi, pouco tempo após o início do tratamento S é encontrada dentro do ônibus muito confusa. Segundo relatos, teria se jogado em frente ao ônibus e teve de ser contida. Nessa ocasião profissionais do SAMU entenderam a ação como tentativa de suicídio. S acaba sendo internada na enfermaria psiquiátrica da Unicamp, após poucos dias foi transferida para enfermaria psiquiátrica do Ouro Verde, outro hospital geral da cidade de Campinas. Passado um mês de internação recebe alta, sem remissão de sintomas, apresentando alucinações auditivas, visuais e sinestésicas. S recebe diagnóstico de esquizofrenia.

Nesse momento haviam vozes de comando que diziam para não falar sobre "as vozes" e concomitantemente começam as queixas na escola, não conseguia prestar atenção, tinha dores e náuseas, vozes e medo intenso das pessoas. Conta que desde pequena se sentia sozinha e tem medo de ficar só, assim tinha dificuldade de fazer amigos.

Após algum tempo as vozes começaram a se confundir com as de pessoas

conhecidas, o que a confunde mais – xingam e riem dela e, conseqüentemente, ela fica mais persecutória. A voz do pai se torna mais recorrente, quase sempre com conteúdos sexuais, e delírios de abuso ou de tentativa de abuso por parte deste ficam frequentes, assim como delírios de gravidez e o desejo de morte quando aparecem os delírios.

Os pais de S relatam também ter parentes com sofrimentos relativos à saúde mental : o pai conta de um avó psicótico e alguns primos de segundo grau com sintomas psicóticos, a mãe fala de um irmão com traços autísticos e outro irmão com episódios psicóticos e a avó materna de S apresentou alguns surtos psicóticos a partir da segunda gestação.

Mãe de S conta que desde a infância S teve dificuldades em estabelecer amizades e era muito tímida, e fala dos primeiros sintomas (alteração do comportamento) pouco antes da primeira menstruação dizendo que ela se recusava a “virar mocinha”. Sintomas de choro, isolamento social e irritabilidade começam um ano e meio antes de chegar ao CAPSi, com o início da menarca.

Foi relatado pelo pai que a mãe de S não entende e não aceita sua doença e por isso não ajuda e é pouco tolerante com as crises que S apresenta. Pai conta que quando está presente os conflitos diminuem entre mãe e filhos. Mãe de S relaciona a psicose ora com um espírito ruim, ora com falta de educação.

Segundo Winnicott, as doenças psiquiátricas mais primitivas como é o caso da esquizofrenia, tem a etiologia na primeira relação dual, mãe-bebê (winnicott, 1979). A psicose, para Winnicott (1952), remete ao estágio bastante inicial, quando o bebê é inteiramente dependente do meio e não se diferencia deste. Esse autor diz que a base para a saúde mental é instaurada pela mãe desde a concepção e ao longo dos cuidados que ela oferece ao seu bebê, movida pela preocupação materna primária. (WINNICOTT, 1952). Assim, a base da saúde mental é estabelecida nos primórdios da infância pelo provimento de cuidados dispensados à criança por uma mãe suficientemente boa. O bebê depende da disponibilidade de um adulto genuinamente preocupado com os seus cuidados e que se adapte ativamente e de maneira sensível às necessidades da criança.

Ao mesmo tempo em que a adaptação do ambiente às necessidades do bebê constitui a base para o contato entre psique e o meio, ela também possibilita que o bebê inicialmente viva protegido das perturbações externas, isolado em seu próprio mundo interno, sem interferências, tendo seu contato com o mundo estabelecido através de um gesto espontâneo, e assim não resultando na perda da sensação de ser. Conseqüentemente, uma adaptação falha resulta numa intrusão do ambiente sobre a

criança, que a obriga a reagir a essa intrusão, assim levando a perda da sensação de ser, que só pode ser readquirida diante de um retorno ao isolamento, ao estado de não perturbação. À medida que a criança cresce, requer cada vez mais uma organização defensiva, paranóide, para repudiar essas intrusões ambientais. (PALOMBINI, 2007).

Em outras palavras, através de uma adaptação ativa às necessidades da criança, o meio ambiente a torna capaz de permanecer em um estado de isolamento imperturbado, ocupando um espaço em que ela possa desenvolver sua vida de fantasia, um mundo secreto sentido como só seu, onde mais tarde vai se alojar um aparelho psíquico e uma organização dos processos de pensamento. À medida que se repete a experiência de uma adaptação falha, inicia-se a produção de uma distorção psicótica da organização meio ambiente-indivíduo. As relações com os objetos produzem, sucessivamente, a perda do sentido de integridade do self, de modo que, para recuperá-lo, o indivíduo é obrigado a recorrer cada vez mais ao retorno ao isolamento primário. Assim vai se moldando uma estrutura com caráter crescente de organização defensiva como repulsa à invasão ambiental. (WINNICOTT, 1952).

Através de uma provisão ambiental satisfatória é possibilitada ao bebê a experiência da ilusão, ou seja, o ambiente suficientemente bom que é capaz de uma adaptação ativa às necessidades do bebê, apresenta-lhe algo da realidade pertinente ao momento em que o potencial criativo do bebê produz uma alucinação. Essa adaptação, que seria o sucesso do encontro entre a ilusão do bebê e a doação de sua mãe, que permite o estabelecimento de uma zona de contato entre a psique e o meio, de forma que, gradualmente, na medida em que o indivíduo se difere do ambiente, o objeto inicialmente subjetivo encontra as condições para se tornar objetivo. (WINNICOTT, 1969).

Nessa perspectiva, cabe ao terapeuta realizar essa provisão ambiental, para que possa ser experimentada pelo sujeito a fim de estabelecer uma relação de confiança com ambiente, garantindo a continuidade de ser.

Início meus encontros com S. na convivência do Caps infantil. No começo fica muito próxima e durante esse processo percebo uma grande necessidade de S em me ter disponível por longo tempo e numa relação dual. A principio decido responder às suas demandas e necessidades quando preciso, procurando dar atenção e escuta quando solicitada. Isso possibilitou nossa vinculação e início dos atendimentos e mais tarde pude estabelecer um espaço mais definido para os encontros.

Nesse processo de aproximação me chama atenção a presença constante de S no serviço. Encontrávamo-nos todos os dias e nessas conversas me diz que o serviço era o

lugar onde ela se sentia menos mal, que em outros espaços as pessoas a xingavam muito ou a humilhavam. Perguntei em quais outros espaços ela circulava e me disse que apenas em casa, no CAPSi e na igreja. A partir desse momento começo a pensar com S quais outros espaços ela poderia se apropriar, outros espaços que poderiam ampliar sua potencia de vida e circulação social. Eu ficava muito sensibilizada com a situação da adolescente no serviço e do empobrecimento da sua rede de relações e possibilidades de estar no mundo para além dos locais em que frequentava.

S conta que ficava bem em outros espaços quando tinha alguém próximo, mas quando mais pessoas se aproximavam ela se afastava e ficava persecutória, com a sensação de desaparecer literalmente e que isso a deixava angustiada.

As dificuldades relacionais no início da vida, quando o sujeito ainda depende absolutamente do ambiente para sentir-se vivo e real, podem provocar rupturas na sensação de continuar existindo. Estas rupturas não podem ser representadas psiquicamente, mas instauraram a constante ameaça da emergência das agonias impensáveis. Tratam-se de sensações difusas, de difícil expressão e significação, justamente porque não sofreram o processo de representação psíquica. Nessa perspectiva, a psicose não é entendida como um colapso, mas como uma organização defensiva contra o colapso, cuja agonia subjacente tem para o indivíduo um caráter "impensável" (WINNICOTT, 1994).

O acompanhamento terapêutico

Então, tendo que S tinha seus delírios e alucinações diminuídas quando acompanhada de alguém em quem confiasse, propus que iniciássemos os Acompanhamentos Terapêuticos (AT) pensando que seria inicialmente uma forma interessante de trabalhar a rede relações dela com as pessoas fora desses espaços protegidos, por vezes mediando as relações e sustentando a forma singular dela estar no mundo.

Em conversa com os profissionais do CAPSi propus o início do atendimento com a adolescente para fora do espaço desse dispositivo, o que pareceu uma tentativa interessante para equipe. O início dos ATs ou, como S dizia, "passeios" só se tornaram viáveis pela confiança estabelecida com a terapeuta, pela constância no contato S pode dispor de uma continuidade ser.

Segundo Palombibi (2007) os ATs podem possibilitar a ampliação das ofertas

possíveis de laço entre o usuário do serviço de saúde mental e a sua comunidade, respeitando os ritmos e modos próprios à sua singularidade. Para essa autora o AT se define como uma clínica que pode oferecer formas e espaços de expressão e ligação com o mundo, uma vez que as práticas de atenção psicossocial necessitam não apenas acolher e cuidar de uma existência em sofrimento, prestando-lhe proteção e continência nas situações de quebra ou impossibilidade de manutenção dos laços sociais, mas também oferecer atenção continuada e ainda, quando necessário, mediação direta de relações com a rede social.

Quagliatto e Santos (2004) destacam algumas funções desempenhadas pelo acompanhante terapêutico: a continência afetiva às angústias do sujeito acompanhado, a possibilidade de o AT ser tomado como modelo de identificação, o emprego das funções egóicas do AT em atenção às dificuldades do paciente, o desenvolvimento das capacidades criativas do paciente, atenção e respeito ao mundo objetivo, que passaria a ser compartilhado pelo AT e pelo paciente, atuação como agente ressocializador e auxílio nas relações sociais.

Ribeiro (2004) diz que pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica, no tratamento com psicóticos deve-se aproveitar os mais diferentes espaços, relações e situações para que o sujeito possa vivenciar sua existência e enriquecer suas formas de estar no mundo. Assim, o tratamento ganha lugar nas ruas, na aproximação com a cultura e suas produções, nos lares, aproveitando-se de qualquer espaço para algo novo surgir, aproveitando qualquer lugar como ambiente terapêutico e de tratamento. Os acompanhantes terapêuticos tomam ciência dessa clínica do fora, da rua, do mundo. Seu trabalho fundamenta-se no estar junto com seus pacientes, tentar coisas que nunca foram feitas, ultrapassar algumas limitações, expandir potencialidades, buscar autonomias, servir de modelo, estar presente. Completa dizendo que a clínica do acompanhamento terapêutico lhe parece ser uma clínica de tentar o novo com o objetivo de que o sujeito seja, cada vez mais inteiro e autônomo. (RIBEIRO, 2009).

O acompanhante foca naquilo que é vivido nos acompanhamentos, querendo que algo seja experimentado, apostando que uma maior autonomia e circulação no mundo podem provocar uma movimentação psíquica. Ribeiro (2009) aponta que os encontros acontecem em muitos lugares e que podem ser aproveitados naquilo que se constrói com o paciente. O AT ensina que uma postura maleável, disponível ao outro e capaz de receber suas manifestações de maneira receptiva e tolerante é desejada, já que um paciente psicótico tem a necessidade de se encontrar com uma pessoa real, com suas

vivências e experiências, o que é fundamental para o tratamento, no mínimo por servir como modelo de identificação. (RIBEIRO, 2009).

Inicialmente o tema principal dos ATs realizados com S era sua tristeza em relação aos xingamentos e humilhações que ela sofria constantemente em todos os espaços que ela circula, principalmente escola e rua. Falava da certeza de ouvir as pessoas falando e rindo dela e que isso a levava ao desejo de morte. Miranda (2009) lembra que a psicose impõe uma experiência de descontrole, de uma tristeza que vem, de alucinações que se repetem. Nesse contexto, a autora defende que quando os pacientes conseguem (ou quando lhes é permitido) serem atores de seus tratamentos, essa sensação de impotência frente a experiências descontroladas tende a diminuir.

Contava de delírios com o pai, sempre com o tema do estupro e como ela fica confusa, pois tinha certeza do que ouviu, mas todos diziam que eram as vozes internas e não faziam parte da realidade. Na leitura winnicottiana, o psicótico se encontra às voltas com problemas de ordem existencial. Ronda-lhe a dúvida sobre a sua própria existência, tal como dada por aqueles que o cercam, e sobre a realidade do mundo em que se insere. (WINNICOTT, 1994).

Nesse primeiro momento não coloco em xeque se sua percepção do mundo era compartilhada pelos outros ou não, já que em seu discurso existiam complôs para enganá-la quanto aos delírios, assim nesses momentos apenas a ajudava a elaborar e ver outros elementos da cena que aconteceram e pensar se seria mesmo possível a ocorrência do que me contava. Em alguns momentos S tinha crítica, mas em outras não, ficava na certeza do delírio. Segundo Winnicott, no momento de transição entre a diferenciação do mundo interno e externo, não convém interrogar o que foi criado e o que faz parte do mundo externo.

Nos primeiros ATs S me perguntava por que as pessoas na rua ou no ônibus estavam olhando tanto pra ela, e com o aumento do nosso vínculo e confiança, pude dizer que não percebia e não achava que as pessoas estavam encarando ela ou falando dela. A partir disso começamos a pensar em estratégias para diferenciar essas percepções, a separar o que eram as vozes e o que faziam parte da realidade externa. Toda essa confusão lhe causava muito sofrimento e isso me sensibilizava, procurava entender o que sentia nessa situação, sempre numa postura empática, buscando ajudá-la a diferenciar o que era interno e o que fazia parte do mundo externo e compartilhado.

Uma das estratégias era de perguntar às pessoas que confiava se elas escutaram o mesmo que ela e pouco tempo depois começar a analisar sozinha outros elementos da

cena, além das palavras. Como por exemplo, S estava conversando e rindo com G., que a trata bem; De repente outra pessoa chega e S. escuta G. a xingar, assim S questiona como G pode ter mudado tão rápido de atitude e começa a acreditar que são as vozes e não G!

Depois de um tempo S começa a se sentir a vontade para perguntar às pessoas, principalmente aos profissionais do serviço, se eles realmente a ofenderam e abre a possibilidade de dialogo e resgate mais rápido das relações. Antes desse momento, S. ficava na certeza de que as pessoas a estavam xingando e se afastava delas, isso lhe causava muita dor, tristeza e por vezes desejo de morrer. Quando retomava as relações era numa posição de perdoar as ofensas que sofreu.

Sempre que S ficava em dúvida a incentivava a perguntar, conversar para que fosse esclarecido. Quando houve momentos em que S tinha delírios comigo e se afastava, procurava manter a constância e consistência no contato com ela, mostrando que a relação era forte e ainda estava estabelecida.

Para Miranda (2009), o paciente requer que o terapeuta suporte todas as suas ilogicidades, que o perceba do modo como ele pode se apresentar e como pode viver suas agonias. Ou seja, que se adapte ao seu ritmo psicossomático e às suas necessidades emocionais primitivas. Essa percepção e esse suporte é que podem lhe assegurar que há ali (nele) um eu capaz de apropriar-se do seu próprio medo. Uma vivência relacional em que, através da identificação (cujo modelo é a preocupação materna primária), pode ocorrer uma comunicação primitiva em que o sujeito é percebido naquilo que não tem coerência suficiente para ser traduzido apenas em palavras.

Acerca desse trabalho “não interpretativo” do analista, Winnicott (1994) aponta que a psicanálise é, antes de tudo, o fornecimento de um contexto profissional para o desenvolvimento da confiança. O desenvolvimento da confiabilidade requer a capacidade do profissional para a vivência de “identificações cruzadas”, ou seja, a capacidade para se colocar no lugar do outro e permitir o inverso. Através dessa vivência, o profissional encontrará meios de oferecer ao seu paciente um suporte suficiente afim de que este encontre uma solução pessoal para os seus complexos problemas emocionais.

Em meio a essas reflexões, Miranda (2009) defende que o conceito da tão desejada “cura” seja remetido a sua raiz etimológica, que traz a noção de “cuidado”. Mediante essa acepção do termo, essa autora propõe que os profissionais da área de saúde resgatem em suas práticas fenômenos naturais de sustentação e confiabilidade, que todos vivenciamos para nos desenvolver no sentido humano. Na teoria winnicottiana

é proposto que os distúrbios psicóticos sejam tratados através da “provisão ambiental”, que se dá no compartilhamento do cotidiano. Nos ATs isso foi possibilitado pela constância e previsibilidade na presença da terapeuta, bem como a disponibilidade para o encontro com S, que propiciou que a adolescente sentisse segurança na relação com a terapeuta e pode, aos poucos, expandir esse sentimento para outros atores e espaços.

Miranda (2009) fala que quando o trabalho é feito junto de pacientes psicóticos, ocorrem importantes processos em nível pré-verbal, cujo objetivo principal é a construção da crença num ambiente confiável, em que é possível existir e experimentar as agonias inerentes a essa existência. Para esses casos, o terapeuta não é mais um decifrador dos conteúdos inconscientes, mas aquele cuja presença possibilita uma experiência de contato e de comunicação com outro ser humano. Segundo a autora, o sentido geral do trabalho é a comunicação que, para ser efetiva, se estrutura sobre a confiabilidade, as palavras passam para segundo plano, pois está se tratando de estados regredidos, cuja capacidade de compreensão ainda é pequena.

Para Palombini (2007), o tratamento da psicose requer, portanto, uma adaptação ativa às necessidades e o respeito ao processo que se põe em curso ao se proporcionar um ambiente facilitador. Trata-se de “uma experiência primária, não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista”. (PALOMBINI, 2007, pg 155). A função interpretativa da análise dá lugar ao holding, isto é, à capacidade do analista de oferecer suporte ao sujeito através de uma atitude empática. Essa atitude mostra que o terapeuta percebe e compreende a profunda ansiedade que o paciente experimenta, reconhece a tendência do paciente a se desintegrar, a deixar de existir. Ainda, afirma que é importante que o terapeuta seja capaz de sustentar o desenrolar desse momento, renunciando uma atitude interpretativa para mover-se no campo da identificação com o paciente, de modo que este, em fusão com o terapeuta, possa colher os efeitos, na regressão, dessa vivência de uma plena adaptação do ambiente às suas necessidades.

Durante os ATs procurei me mostrar disponível para acompanhar S em seu cotidiano, mas, ao mesmo tempo, tentei fazer uma mediação para que ela desenvolvesse relações confiáveis com ela mesmo, comigo e com o mundo. Foi necessário identificar quais ações necessárias para que S pudesse aproximar-se, ao seu modo, de certo entorno social. Os ATs, além de viabilizarem a entrada em novos cenários relacionais, também possibilitaram que S se aproximasse da realidade sob outros ângulos, o que lhe permitiu ampliar o contato com o mundo externo.

Durante o período de atendimento S. desenvolveu em alguns momentos uma

transferência amorosa por mim e por outras pessoas, principalmente pelas profissionais do serviço. Quando havia muito sofrimento e confusão causados pela dificuldade de interpretar os sinais e gestos dados por outras pessoas, intervi conversando o que seriam esses sinais, e que essa interpretação era algo particular dela e não necessariamente compartilhada, e que essa relações poderiam não existir dessa maneira, esse foi um processo trabalhoso e longo.

Em certo momento, durante passeio, S diz que o amor de Malévola e Branca de Neve eram como o nosso, e a partir daí passo a entender seu esforço para encontrar um lugar adequado para seus sentimentos e relações com as outras pessoas, enxergando o outro de forma mais objetiva e real. Em muitos momentos deixava que ela escolhesse o lugar que eu ocuparia como terapeuta, fui apresentada muitas vezes como amiga nos ATs e deixava que ela respondesse as pessoas quem eu era quando questionada. S achava especialmente engraçado quando me confundiam com sua mãe.

Em certa altura dos nossos encontros, pouco antes de eu sair de licença maternidade, S pede para que nesses últimos encontros, antes da interrupção dos atendimentos, construíssemos um bichinho de feltro e que deixássemos os passeios para outro momento, concordo e durante as compras dos materiais S. me apresenta, pela primeira vez sem hesitar, como sua terapeuta. Pôde, enfim, me diferenciar, como sua terapeuta com existência própria, pertencente a realidade externa.

Separações e finalizações

Nesse processo tivemos algumas interrupções que acho importante apresentar nesse trabalho. A primeira foram minhas férias, na qual fiquei fora por um mês, e pouco antes de retornar S me encontrou por uma rede social e mandou mensagens pedindo desculpa por tudo que tinha me feito e que estava ansiosa por meu retorno, me pareceu angustiada por minha demora em retornar. Pareceu-me que em fantasia havia me atacado e estava preocupada em ter me causado algum mal real, mas com meu retorno, com as mesmas qualidades de antes das férias, me colocando fora de seu controle onipotente, pode conferir a mim um valor de existência própria e pertencente a realidade externa.

Quando chego S fica muito colada, com dificuldade de sustentar minha ausência até por poucos minutos, converso com ela e digo que parece que ela está preocupada que eu fique tanto tempo ausente novamente e acho que minhas férias foram difíceis para

ela, S. confirma que foi um período difícil e que não queria ficar tanto tempo longe. Digo que precisamos conversar disso e conto sobre minha gravidez e que dentro de poucos meses teria que sair de licença e passaria um tempo maior afastada do serviço, sua primeira reação é dizer "Ah não, Nathalia!" e disse estar chorando por dentro, digo que teremos tempo pra conversar disso.

No atendimento seguinte S estava bastante persecutória com as pessoas na rua e levou algum tempo para retomar a relação de confiança, e assim possibilitar o compartilhamento dessa experiência com a terapeuta e viabilizar novamente a reflexão sobre a certeza dos olhares e ofensas dirigidas a ela no trajeto. Achei importante colocar esses dois momentos no trabalho, pois na minha saída para licença houve uma diferença essencial onde já havia uma certa percepção da terapeuta como pertencente ao mundo externo e também pela possibilidade de trabalhar essa separação com calma e tempo, diferente de minha saída das férias (para mim um mês passou rápido e não tive tanto cuidado com essa interrupção), conversamos muito sobre como seriam esses meses afastados e sempre garantindo que eu retornaria.

Próximo à minha saída para licença maternidade S pediu para construirmos bichinhos de feltro, durante o processo me perguntava se eu estava fazendo para minha filha que estava para nascer e que se guardasse em casa poderia lembrar dos ATs; Finalizamos a construção desses objetos e ela levou o que construiu para casa. Entendi a construção desse objeto como a construção de um objeto transicional. Este é um objeto que pode ser materializado em qualquer suporte alicerce da realidade, entre a realidade externa e a realidade subjetiva e dá suporte para S na separação da terapeuta. (WINNICOTT, 1978).

Perto do meu retorno, me mandou algumas fotos dos bichinhos de feltro que estava construindo. Quando retorno S está tranquila, diz que sentiu falta dos atendimentos, mas mesmo com o adiamento de meu retorno os elementos persecutórios não apareceram.

Há uma diferença entre relação de objeto e uso do objeto. A relação de objeto é uma experiência do sujeito individual, como ser isolado. Já no uso do objeto, deve-se ter a relação de objeto como evidente e acrescenta-se novas características que envolvam a natureza e o comportamento do objeto. O objeto para que possa ser usado deve ser necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade compartilhada. (WINNICOTT, 1975).

Uso de um objeto deve ser descrito somente em função da aceitação da existência

independente do objeto, sua propriedade de estar ali sempre. Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção pelo sujeito do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva, reconhecendo o objeto como entidade por seu próprio direito. A mudança do relacionamento para o uso significa que o sujeito destrói o objeto e esse objeto sobrevive à essa destruição. A sobrevivência do objeto à destruição confere valor a tua existência, é a destruição do objeto que o coloca fora da área do controle onipotente. (WINNICOTT, 1975).

Muitos pacientes precisam adquirir através de nós uma capacidade de nos usar, essa é para eles tarefa do terapeuta. O indivíduo precisa testar o terapeuta, para ver se este é capaz de se mostrar sensível e digno de confiança, ou se repetirá as experiências traumáticas de seu passado. (WINNICOTT, 1975).

Os desdobramentos dessa experiência envolvem o delicado processo da separação, em que o analista deixa de ser o objeto subjetivo, sob o controle onipotente do paciente, para ser reconhecido como elemento da realidade externa que tem uma existência própria e independente.

O êxito do desenvolvimento, que permite avançar no sentido do objeto percebido como exterior ao self, está intimamente ligado à capacidade da criança de se sentir real. Essa capacidade tem ainda que se harmonizar com a noção de se sentir real no mundo e de sentir que o próprio mundo é real. O esquizofrênico não pode alcançar um sentimento de realidade no mundo particular das relações que ele mantém com seus objetos subjetivos. Nesse sentido, os sentimentos de desrealização e a perda do contato com a realidade compartilhada representam o oposto da tendência maturativa. (WINNICOTT, 1983).

Num momento avançado dos atendimentos S. pede para ir ao cinema e vemos um filme de terror, na saída S. escuta eu dizendo que iria esfaqueá-la, pondera que eram as vozes, mas que ficou com medo e preferiu me perguntar se eu havia dito ou não aquilo, em certo momento S passa acreditar mais em minha palavra do que no que escuta, um nível grande de confiança e crítica.

Nesse momento fala bastante sobre as vozes, diz que elas começaram quando era pequena, diz que se sentia só na escola e começou a inventar essas coisas para ter atenção das amigas e que isso se tornou real e agora não consegue se livrar dessas vozes, se sente culpada por ter esquizofrenia. Conta sobre duas vozes, uma que fala o tempo todo com ela, como se fosse um narrador e comentador de sua vida, como se

fosse sua consciência falando, mas ao invés de pensar ela escuta, diz que essa voz a ajuda. A outra são as vozes das pessoas que geralmente lhe dizem coisas ruins, a humilham.

Fala que as vozes respondem a ela quando ela pergunta em pensamento, pondero que eu não posso escutar seus pensamentos e que quando isso ocorre parece que realmente são as vozes e não as pessoas respondendo, parece surpresa com a revelação de que seus pensamentos são 'secretos' e fica mais tranquila em relação a isso. Diz ser uma estratégia que utilizará para diferenciar as vozes da realidade. Fala que na época que me conheceu tinha certeza que as pessoas falavam mal delas e que agora ainda não sabe com certeza se são as vozes ou as pessoas, mas que agora ela tem dúvida.

No último atendimento S aceita que sua amiga A. nos acompanhe no AT, durante o passeio S se afasta de mim e por alguns momentos fica mais próxima de A. que tem quase a mesma idade, se descola da terapeuta e pode estabelecer outras relações nesse espaço.

Winnicott (1983) apresenta o trabalho do terapeuta como dedicação ao caso, aprender a saber como é se sentir como o sujeito atendido, o terapeuta torna-se digno de confiança, aceitação por parte do terapeuta em ficar na posição de objeto subjetivo, ao mesmo tempo em que mantém os pés na terra, o terapeuta aceita o amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta, aceita o ódio e o recebe com firmeza, tolera, no sujeito, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade e reconhece todas essas coisas como sintomas de sofrimento. Tudo no caminho para que o sujeito possa vir a estabelecer um contato mais apropriado com a realidade compartilhada e o mundo externo. (WINNICOTT,1983).

Para Winnicott, é necessário viver uma coisa antes de simbolizá-la. Então, as atividades práticas privilegiam essa clínica que você faz no concreto. Podemos fazer um paralelo com essa idéia de fundar o outro através do conceito de objeto subjetivo: ser algo que, de certa forma, o paciente cria e que depois poderá se tornar externo a ele. Poder responder a esse lugar da onipotência para o paciente. Com o tempo, na medida do que lhe é suportável, ele pode se separar do terapeuta.

Nesse último encontro S. sugere que troquemos cartas. Nessa finalização pudemos agradecer, ambas, a experiência e aprendizado desses encontros e trocas.

Tecendo redes

Apresentei parte do processo terapêutico para mostrar como o estabelecimento de confiança com o ambiente pode trazer segurança para que a transferência com outros atores e espaços seja realizada no tratamento de sujeitos que sofrem com distúrbios psicóticos.

Em meio essas andanças e num estágio mais avançado do trabalho terapêutico realizamos visitas e atendimentos dentro de um Centro de Convivência (CECO), que atende prioritariamente o público infanto juvenil e é próximo ao CAPSi onde iniciamos nosso contato. Esse processo foi potencializado pelo fato de eu também estar integrando a equipe do CECO nesse momento, o que serviu de referência para S. poder circular e me encontrar em diferentes momentos.

A realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial e cuidado das pessoas atendidas nos serviços de saúde mental.

Segundo Delfini et al (2009) as equipes devem possibilitar ações integradas, formando uma atuação mais completa, na qual cada equipe possa ora ser responsável direta pelo cuidado ou ação produzida, ora co-responsável, na tentativa de construir o caso clínico a partir das vivências, intervenções, experiências e diferentes olhares dos diferentes serviços e equipes. Esses autores apontam para a importância da responsabilidade compartilhada no cuidado dos casos de saúde mental, cujo objetivo é proporcionar um atendimento mais singularizado e personalizado, possibilitando que as equipes acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde-enfermidade-intervenção de cada paciente.

A co-responsabilização dos casos entre as equipes pretende aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe que recebe o caso, sem necessitar recorrer frequentemente à outros serviços.

Sendo assim, estabelecem-se intervenções, encontros, articulações, transferências, circulação de saberes e acontecimentos na atenção ao sujeito atendido. Embora teóricos, os conceitos discutidos norteiam o trabalho cotidiano, não apenas como uma referência para os técnicos de saúde mental, mas como ferramentas para todos os sujeitos envolvidos na construção de um saber coletivo e de uma prática mais rica de possibilidades. (DELFINI et al, 2009)

Esses novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a

troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde. Nos encontros com outros serviços, seja na transferência de um caso para um CAPS adulto, Centro de Saúde ou outro dispositivo deve-se ter disponibilidade para discussão de casos, troca de experiência e conhecimento sobre o caso, construindo tanto a história de vida como a história de seu tratamento e o trabalho realizado em cada serviço, assim também acolhendo e minimizando angústias e dificuldades dos trabalhadores que recebem um caso novo. Isso foi facilitado por minha proximidade com o caso, pelo formato da residência e inserção nos dois serviços: CAPSi e CECO.

Essa disponibilidade de compartilhar as vivências com cada caso constrói um saber novo e híbrido, composto de diversas visões e experiências e amplia o conhecimento dos atores envolvidos na atenção ao usuário, consequentemente aumentando a capacidade dos profissionais e serviços no cuidado à população atendida.

Essa discussão e compartilhamento nem sempre são simples, mas temos que ter em mente que os esforços podem recompensar, acreditando que essa postura vai aumentar a capacidade de outros serviços em receber, vincular e cuidar das nossas crianças e adolescentes.

Inicialmente o atendimento de S era realizado por mim e outra profissional do espaço, privilegiando as oficinas em grupo. Em pouco tempo começo a sair de cena e S pode estabelecer um vínculo forte não só com a profissional que estava comigo nas oficinas, mas com os outros profissionais do CECO, com os adolescentes e crianças que também estão nesse local, bem como com o espaço em geral. S passa a habitar o Centro de Convivência independente da presença da terapeuta e se apropria desse lugar, chegando a ensinar a técnica de feltro em algumas oficinas juntamente com a profissional que a recebeu.

S pode se apresentar de outra maneira nesse espaço, diante dos profissionais e usuários, se identificando e se reconhecendo não pela patologia que a fez ingressar no CAPSi, mais sim pelas questões da adolescência, habilidades. Pode ressignificar sua existência e descobriu outros modos de estar no mundo.

Ferigato (2013) retomando definição de Galletti (2007) aponta que o mandato social dos Centros de Convivência é a inclusão de pessoas em situação de exclusão, e não apenas aquelas que são diagnosticadas com algum tipo de sofrimento psíquico. Desse modo, são incluídas nesse projeto pessoas com diversas problemáticas e também sujeitos das mais variadas idades e situações sociais que fazem parte da comunidade e simplesmente desejam frequentar os CECOs para conviver, criar um laço, participar de

uma oficina, pensando a inclusão como a construção de redes sociais.

Finalizando

Na direção que apontam as formulações winnicottianas, podemos dizer que a identificação do acompanhante com o sujeito que é acompanhado, vivida em algum momento ao ponto da indistinção entre os processos psíquicos de um a outro, tem a função de permitir, ao acompanhante, se colocar no lugar do acompanhado, sentindo sua dor, dando voz a seu silêncio, encarnando aquilo que são as suas necessidades, anteriores a qualquer vestígio do desejo. Para o acompanhado, essa vivência psíquica compartilhada permite um sentimento de realidade, a partir da diálogo entre fantasia e o mundo.

Para Palombini (2007), "a passagem por essa experiência de quase fusão incide de forma determinante na produção de efeitos que se pode esperar obter das intervenções que impõem limites e produzem frustração, marcando intervalos e diferença, fazendo então advir o desejo". (PALOMBINI, 2007, pg 157).

Sobre a importância da ilusão no processo de constituição da subjetividade e da própria realidade, o AT opera todas aquelas funções próprias de ambiente suficientemente bom que possibilitam a experiência de continuidade do ser, o holding e a continência, a apresentação de objeto, mas também a desilusão e discriminação entre a realidade subjetiva e a realidade compartilhada, a constituição de um espaço transicional, a interlocução de desejos e angústias, entre outras funções.

Segundo Palombini (2007), o AT visa possibilitar ao sujeito experiências que possam prover determinada quebra no self. Quebras que, conforme apontado anteriormente, resultaram-se de falhas produzidas em algum momento da relação do sujeito com o seu meio e quanto mais precoces essas falhas, maior o comprometimento do self, podendo ocasionar uma desordem psicótica. (PALOMBINI, 2007). Assim, empregando-se do potencial terapêutico presente no cotidiano da vida, o AT busca promover a adaptação ambiental que faltou àquele sujeito no seu processo de desenvolvimento.

Os Acompanhamentos Terapêuticos são utilizados como ferramentas, na construção cotidiana das práticas que dão sustentação à sua proposta, não somente a idéia da loucura como experiência-sofrimento na relação com o corpo, mas também a noção de subjetividade, como campo inconsciente e irreduzível que articula o singular ao

coletivo.

Palombini (2007), citando Tenorio (2001), alerta que não é pequeno o risco de recair numa prática que busca o “equilíbrio psicossocial”, fazendo uso do monitoramento de sintomas ou do silenciamento daquilo que, de uma subjetividade, manifesta-se como gritante diferença; o risco, nesse sentido, alcança a própria comunidade, sujeita a tornar-se igualmente alvo de uma “pedagogia da sociabilidade” como nova forma de higienismo com a qual se intenta o êxito nas mediações de que as equipes se fazem cargo.

Essa autora afirma que o AT, em geral, tem uma incidência muito significativa, permite uma aproximação extremamente rica, junto àqueles usuários que se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às propostas de oficinas e outros dispositivos dos serviços substitutivos. (PALOMBINI, 2007).

O AT produz efeitos notáveis também no processo de formação profissional daqueles que se dispõem a ser acompanhantes, particularmente para mim esse foi muito valioso. Segundo Palombini (2007) o AT tem uma incidência que se pode ser chamada de institucional, que são as incursões do acompanhante pelo fora, a céu aberto, possibilitam uma outra visão, uma outra experiência de encontro com o usuário, que é distinta da experiência vivida no serviço. Essa diferença, o AT trata de fazer chegar à equipe; ele a traz, como um mensageiro, para dentro da instituição, o que termina por exigir da equipe um reposicionamento em relação ao caso, abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho, inventando formas inusitadas de ação.

Essa autora também nos aponta para incidência política que ocorre no acompanhamento do usuário, tanto nos seus percursos pelos outros dispositivos próprios às políticas públicas, quanto na experimentação de uma sociabilidade que se exerce em espaços variados da cidade, segundo a autora esse é o próprio processo de implantação da reforma psiquiátrica que é pondo em análise o funcionamento da rede e as formas como as comunidades locais respondem à desinstitucionalização da loucura.

Assim o trabalho clínico do profissional de saúde mental é político e se faz a partir das relações cotidianas do paciente, devendo instigá-lo a aumentar sua autonomia, favorecendo, ao mesmo tempo, transformações sociais. Isso foi algo que procurei trabalhar durante todos nossos encontros, incentivando que ela indicasse o que era de seu desejo, onde e o que gostaria de realizar nesses encontros. Atender dentro e fora, possibilita ela se colocar em outros papéis e ressignificar seu posicionamento no mundo e

com os outros.

O serviço de saúde mental inclui-se como uma das linhas de forças presentes no território, atuando nos contextos reais de vida dos seus usuários, buscando reconhecer possibilidades de produção e potencialização das suas redes sociais, o que, se requer “entrar em relação, mediar conflitos, produzir novas formas de comunicação e de interação” (NICÁCIO, 2003, p.198).

Aos CAPS, além da responsabilidade direta pela assistência, foi delegado um papel estratégico na articulação e tessitura das redes de cuidado presentes no território. Esses espaços passaram a ser investidos com esse propósito, através de leis, portarias, linhas de financiamento, mas ao mesmo tempo em que propulsiona a disseminação e fortalecimento de novos modos (não-manicomial) de cuidar, corre o risco de provocar o seu engessamento, num processo em que as práticas, tendendo à naturalização, perdem a potência de criação; os usuários, passivamente aderidos ao serviço, não vislumbram, para além dele, outros lugares de vida; e o que deveria ser uma rede de serviços apresenta-se como um conjunto frágil de pontos que refluem para o CAPS como seu centro absoluto.

A posição dos residentes é interessante, pois possibilita outra entrada no serviço, mais aberta para formação e assim mais livre. Pode escolher os atendimentos, oficinas e inventar outras coisas que talvez não fossem possíveis no trabalho formal, com a encomenda de atendimentos, oficinas e possíveis lacunas a serem preenchidas na falta de recursos humanos.

Mostrou-se necessário a vinculação da terapeuta com paciente no processo dos ATs, possibilitando um ponto de segurança onde S poderia experimentar outros espaços sem correr o risco de ‘desaparecer’, sentindo segurança em se aventurar em diferentes espaços, com diferentes pessoas, evoluindo de uma relação dual para relação triangular e com o mundo.

Apontado esses elementos, o dispositivo do AT pode afirmar-se como modalidade clínico-política de atenção na rede pública de saúde mental adequada à estrutura, função e dinâmica dos seus serviços substitutivos. Pode ser vista como estratégia de formação na esfera universitária e também na educação continuada dos trabalhadores da rede e como ferramenta útil ao processo de implantação e análise da Reforma Psiquiátrica. O AT se mostra, dessa maneira, em paradigma da direção clínico-política em que uma dada concepção da reforma psiquiátrica pretende seguir.

Referências Bibliográficas

COUTO, MCV et al. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2008.

DELFINI, P.S.S, REIS, AOA. **Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.

DELFINI, P.S.S. et al. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber.** Ciência & Saúde Coletiva, 14, 2009.

FERIGATO, S. **Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo redes de encontros.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

MIRANDA, L. **Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos .** Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2009.

NICÁCIO, M.F.S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PALOMBINI, A.L. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica .** Tese (doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007.

QUAGLIATTO, H.S.M., SANTOS, R.G. **Psicoterapia Psicanalítica e Acompanhamento Terapêutico: uma Aliança de Trabalho.** Psicologia Ciência e Profissão, 24 (1), 2004.

RIBEIRO, A.M. **A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como**

paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. Estudos de Psicologia, 14(1), São Paulo, 2009.

WINNICOTT DW. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT DW. **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT DW. **Os Processos de Maturação.** Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT DW. **Explorações Psicanalíticas.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.