

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Programa de Aprimoramento em Saúde Mental

**Intersetorialidade e a Clínica em Saúde Mental: construindo e  
ampliando redes para a inclusão.**

**Patrícia Coghi Poletti**

Supervisores: Rosana Onocko Campos

Lílian Miranda

Campinas

2008

## *Agradecimentos*

À Rosana Onocko Campos por arremessar-me em desafios, acreditando que pudesse enfrentá-los e acompanhando-me em minha jornada de tijolos amarelos.

À Lílian Miranda por mostrar a delicadeza e a fortaleza de sua clínica.

Aos aprimorandos por colocarem-me frente ao diferente, ao estranho, permitirem que me aproximasse de seus mundos e que também pudesse mostrar o meu.

À Ana por ter sido meu porto onde encontrei sossego, o vento que soprou as velas de meu navio a águas nunca antes navegadas. Por ter me ajudado a tampar os buracos de minha estrada quando esta se tornou difícil de trafegar.

À equipe do CEVI que deixou que fosse criança em aprendizado e adulta autônoma em minhas condutas. Por emprestarem-me um pouco de sua paixão pelo trabalho com seus meninos perdidos e compartilharem de minhas “estranhas” propostas. Por acrescentarem a meu sonho clínico e político, a aspereza da realidade, não o tornando impossível, mas caracterizando-o como humano e possível.

À minha família que encontrou palavras quando estas me faltavam e deu-me silêncio enquanto um turbilhão de vivências, pensamentos e sentimentos tomava-me.

A meu parceiro de vida que esteve ao meu lado em meu encontro com a loucura, em minhas confusões, em meus devaneios, em minha razão, em minha euforia, e depressão, permitindo que pudesse entregar-me totalmente à experiência com a loucura e muitas vezes tornando-me louca um pouco.

À Dorothy que permitiu que eu conhecesse seu Mundo de Oz, suas flores e pedras, sua casinha de doces no meio da floresta.

À Ema e Henrique que confiaram nessa menina crescida, que estava perdida e que propôs uma diferente viagem a sua filha, outro caminho a ser conhecido, para que cada uma pudesse encontrar suas estradas de tijolos amarelos.

## *Apresentação*

Este trabalho pretende apontar algumas questões para reflexão sobre o campo da Saúde Mental: a importância da construção do trabalho em redes e da Intersetorialidade para a clínica. Essa reflexão se dará a partir de minha experiência como psicóloga aprimoranda num Centro de Atenção Psicossocial Infantil, CEVI, e da assistência a um caso. O CEVI é um equipamento de saúde mental da prefeitura de Campinas destinado a assistir crianças, adolescentes com transtornos mentais graves e suas famílias. Essa inserção se deve a realização, durante um ano, do Aprimoramento em Saúde Mental, no Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Universidade de Campinas - Unicamp.

Ao realizar minha formação no equipamento, a equipe encomendou-me a assistência a um caso e as condutas e desafios vividos então, trouxeram claramente algumas questões e especificidades da clínica e da política neste campo.

Este trabalho, portanto, pretende apontar alguns caminhos para a realização de parcerias com os diversos setores políticos do município e também da construção e ampliação das redes existentes e necessárias para a inclusão e assistência de um caso. Discutir não somente a política da clínica, mas trazer a clínica da política. Para isso, faz-se necessário retomar os princípios e movimentos da Reforma Psiquiátrica, sua implantação em conjunção com o SUS, a Política de Saúde Mental Infantil, apresentar os equipamentos substitutivos que aparecem no contexto brasileiro – CAPS - e a discussão sobre o tecer de redes e o conceito de intersetorialidade. Trazer o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica, retomar alguns conceitos e discursos, é imprescindível para analisar e compreender a situação atual no cuidado à loucura. Trazer a história e as diretrizes políticas até então delineadas não é burocratizar ou querer sacramentar o passado, é fundamentar o que se vive hoje, para que a luta anti-manicomial não se perca de vista, não se dilua no cotidiano do trabalho, ou os valores até então combatidos serão reproduzidos. É revisar toda a trajetória da loucura, mas também a minha trajetória na formação profissional.

Trazer a questão da intersetorialidade, construção de redes e a delicadeza da clínica neste trabalho refletem algumas das intensas vivências, questionamentos e aprendizados que tive durante todo o ano como psicóloga aprimoranda. É buscar dar alguma luz não só as minhas reflexões, mas que possam servir a outros. Durante todo meu aprimoramento no Centro de Vivência Infantil (CEVI), o único CAPS Infantil da rede municipal de Campinas, pude experimentar as dificuldades para a atuação num extenso território, estando distante de onde nossos usuários moram e percebendo a dificuldade destes no acesso ao CAPS, pela

distância e também pela dificuldade em locomover-se num extenso território, muitos utilizando o sistema público de transporte, com uma criança com algum transtorno grave. Mas a tudo isso, enxerguei como obstáculos, que sempre podem ser superados, mas nunca vi impossibilidades.

Durante todo o ano, ouvi desta equipe e compartilhei de suas falas sobre a dificuldade de se estar mais próximo dos usuários e da rede básica de saúde, de serem um serviço que não está no território, a falta de apoio ao trabalho desenvolvido de outros setores como os apoiadores distritais, a falta de transporte aparecendo como o grande fator para a inviabilização do trabalho no território, o isolamento que sentem em relação a rede de assistência, e muitas vezes a separação entre a assistência no CAPS e fora dele, como se pudessem optar por uma delas, ou privilegiar alguma. Foram nestas falas que meu interesse por espiar por cima dos muros do CAPS foi aumentando a cada dia sentindo a necessidade de estar fora dali, fora do centro da cidade, fora de um lugar protegido. Necessidade de transformar a idéia de não se estar no território como o principal obstáculo ao trabalho nele, mas sim de ter que atuar em toda a sua extensão. Queria estar onde os usuários daquele serviço moram, como vivem, queria andar pelas ruas de seus bairros, que cada criança me mostrasse sua escola, onde brinca. Foi diante deste desejo, desejo de conhecer outros lugares, lugares onde cada usuário encontra um porto, um lugar onde possa estar ancorado, que meu trabalho no CEVI se construiu, diante também dos limites que encontrei para a clínica que procurava desenvolver, limites estes que fazem que o trabalho intersetorial ganhe sentido e que as redes se construam. São nos limites terapêuticos que podemos identificar outros braços, outros caminhos a serem percorridos longe e perto do CAPS.

### *Era uma vez...*

M. Foucault, em “História da Loucura: na Idade Clássica” de 1961, apresenta-nos que, até o Renascimento, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. O mundo da insanidade era sentido, apreendido e reconhecido; era sonhado e prolongado nas representações artísticas. A loucura era o devaneio da razão, sua aventura natural. A partir da era clássica, destaque da razão humana, pela primeira vez, a insanidade assume o aspecto de fato humano e adquire variedades de personagens, tipos que a sociedade reconhece e isola: o devasso, o dissipador, o homossexual, o suicida, o libertino. A loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho, adquire concretude, e assim se constrói seu reconhecimento e julgamento. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de outro lugar e de outra coisa, não é porque o louco vem de um outro céu, o do insano, ostentando seus signos, é porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética. A todos estes personagens do desatino, o isolamento era o único destino e o hospital seu lugar.

Até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica, eram destinados a abrigar os indivíduos considerados “indesejáveis” à sociedade, aqueles que não obedeciam às normas, aqueles que precisavam estar foras das vistas, aqueles que precisavam estar fora do social.

A Revolução Francesa com as idéias de liberdade, igualdade, fraternidade e a nova ordem econômica que vinha se estabelecendo com a livre circulação de mercadorias, serviram como pano de fundo para questionar-se a privação da liberdade dos doentes e assim, a reclusão dos alienados passa a ter que se dar somente se definida como terapêutica e indispensável. A exclusão social da pobreza, miséria e doença não justificava mais o isolamento e as práticas coercitivas. Os hospitais deveriam possuir finalidade médica e assim a loucura transforma-se em objeto de estudo e de cura. Tratava-se então de distrair os “alienados mentais”, isolar os pacientes para que seus corpos/cérebros pudessem ficar em repouso, reprimindo a vividez e exaltação de idéias. Essa era a base do tratamento alienista, tratamento moral. Os alienistas como Pinel e Esquirol colocavam que o isolamento do meio era preciso já que este criava distúrbios. A loucura converteu-se em entidade clínica, abandonando socialmente o campo da exclusão, sendo agora preciso descrevê-la e pesquisa-la para se encontrar a cura, onde então a psiquiatria entra para atender a estas demandas.

Do século XIX até meados do século XX, os hospitais psiquiátricos eram considerados a mais eficaz modalidade terapêutica à loucura. O isolamento social e as práticas coercitivas eram suas ferramentas, considerados um gesto humanitário e civilizatório, condições fundamentais para o “tratamento moral” colocado por estes primeiros psiquiatras.

Erving Goffman em 1961, traz-nos um vivo relato que se aplica fielmente a estes “lugares de cura”, publica “Manicômios, prisões e conventos”, apresentando-nos às instituições totais, que têm caráter de fechamento, de limitar as relações, espaços e tempo de seus membros. Seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo, por regular o ir e vir. “(...) um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.” (Goffman, E.; 1974; pág. 11)

A instituição total rompe com as separações entre as esferas da vida estabelecidas pela sociedade, como o dormir, brincar e trabalhar em lugares diferentes e com diferentes participantes. Reúne todos os aspectos da vida a serem realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Uma segunda faceta da instituição total nos traz que cada fase do cotidiano do participante é realizada juntamente com outros, todos tratados da mesma forma e obrigados a estarem todos juntos. Em terceiro lugar, o caráter total traz que todas as atividades são preestabelecidas, predeterminadas e impostas de cima, seja por regras seja por autoridades. E por fim, todas as atividades obrigatórias estão reunidas para supostamente cumprir os objetivos da instituição.

Mostra as mutilações e perdas que o eu passa nas instituições totais. A primeira é a barreira entre o internado e o mundo externo, e a perda dos papéis sociais do internado. Já no processo de admissão, o internado deve se despir de tudo que é seu, deve assumir e se adequar as maneiras de ser na instituição. O internado deve enquadrar-se neste papel, e a instituição ignora suas bases anteriores de auto-identificação. Ao despojar-se de seus bens, o internado despoja-se de seu eu, em substituição a estes, a instituição lhe fornece bens como roupas, objetos para higiene, que trazem ao internado a identidade e o pertencimento àquela instituição assim como sua homogeneização, sua objetualização.

O hospital psiquiátrico, enquanto instituição total, funciona no interior de uma rede de instituições totais que se defronta com pessoas que apresentam geralmente algum "distúrbio social". Exerce duas funções principais dentro do sistema social: a de punição e a de controle social do comportamento desviante do enfermo mental. A função terapêutica do hospital aparece praticamente superposta por estas duas dominantes. O paciente é ainda objeto de uma

"carreira moral", influenciada pela categoria instituída de enfermo mental, expressão de um destino social de característica geralmente excludente. Também difunde e transmite socialmente, através de suas práticas instituídas, concepções e representações de conteúdos excludentes que contribuem para construir e/ou reforçar estereótipos, estigmas e discriminações em relação ao usuário identificado como doente mental/desviante.

As iniciativas reformadoras sempre ocuparam seu lugar dando orientação científica aos estabelecimentos especializados, mas foi somente a partir da Segunda Guerra Mundial, com o crescimento econômico e social, o grande desenvolvimento de movimentos civis e a maior tolerância às minorias que as críticas a este modelo terapêutico e a insuficiência do asilo ganharam força e novas experiências puderam ter espaço. Além disso, as descobertas de medicamentos psicotrópicos, sua eficácia no tratamento de alguns transtornos mentais, a experiência da psicanálise e a inserção da saúde pública nas instituições psiquiátricas também foram grandes propulsores para o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Goffman traz-nos o retrato vivo dos hospitais psiquiátricos, a instituição total da loucura, modelo a ser superado através do movimento que se inicia na segunda metade do século XX, a Reforma Psiquiátrica.

Neste movimento, outra grande ator faz sua contribuição trazendo sua experiência clínicas e que desejo trazer aqui, Franco Basaglia, que desloca a loucura de uma compreensão individual ou familiar para o produto de uma sociedade que precisa excluir.

Em "As instituições da violência", Basaglia (2005) inicia apontando que as instituições que nos são apresentadas e da qual participamos, como família, escola, fábrica, universidade e hospital, apresentam como base a divisão nítida de papéis, a divisão do trabalho, divisão entre quem tem e quem não tem o poder. Divisão de onde se pode deduzir que a subdivisão dos papéis nos apresenta a relação de abuso e violência entre o detentor do poder e o dominado, onde quem se submete é excluído por quem o domina. Assim, a exclusão e a violência estariam na base de qualquer relação que se instaure na sociedade. Essas instituições podem ser definidas como as instituições da violência.

Nesta sociedade que se apresenta como bem-estar e abundância, mas que por trás se baseia na exclusão e violência, deve buscar meios de mascarar esta outra face, mas mantê-la. Outras figuras entram então para administrar este poder e esta exclusão: os técnicos, que mediante novas formas de violência, como o tecnicismo, buscarão novos excluídos.

O técnico-especialista, como o psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo organizacional, o sociólogo industrial, reduzirão o conflito entre o excluído e excludente buscando confirmar cientificamente a inferioridade original do excluído diante

daquele que o exclui. Dessa maneira, o ato terapêutico se coloca reprodutor da discriminação produzida por uma ciência criada para defender-se com a “norma”.

O ato terapêutico deveria buscar que a consciência do doente de sua condição de excluído se deslocasse da esfera familiar para uma compreensão global, em que há uma sociedade que não o quer. Assim como é preciso que os terapeutas, os detentores do poder e da violência, se conscientizem de que também são excluídos no momento em que são objetificados em seus papéis de excludentes.

“Atuar dentro de uma instituição da violência (mais ou menos mascarada), significa recusar o seu mandato social, dialetizando no campo prático esta negação: negar o ato terapêutico como prática de violência mistificada, aliando nossa tomada de consciência sobre o fato de sermos simples empreiteiros da violência (e, desta forma, excluídos) à tomada de consciência dos excluídos – a qual devemos estimular – sobre sua exclusão, evitando qualquer esforço no sentido de adaptá-los a essa exclusão.” (Basaglia, F A., 2005, pág. 96)

Não é somente a abordagem terapêutica do doente mental que reproduz a exclusão e violência, o sistema sócio-econômico em que as relações se estabelecem também determina os significados que aquele doente pode assumir e os tipos de vínculos estabelecidos com ele. Dessa maneira, se evidencia que o problema não é somente a doença em si, mas o tipo de relação que vem a instaurar-se com o doente e com a doença. A doença deve confirmar a necessidade de exclusão da sociedade dos enfermos, deve confirmar a norma por ela criada. A “objetualidade” estabelecida entre doente e técnico revela não só a necessidade deste para afirmar sua subjetividade, revela também a necessidade da sociedade de ter áreas de compensação onde possa relegar e esconder suas próprias contradições.

Basaglia propõe frente a tudo isto que os terapeutas, àqueles para que foi imposto agir sob o poder e a violência, ajam com a negação, conduzindo à recusa do ato terapêutico como normatizante, como resolutivos de conflitos sociais. Propõe uma nova dimensão institucional: a comunidade terapêutica, um processo de liberação que, partindo desta realidade violenta, repressiva, produtora de homens sem poder social, econômico, contratual, tenta o caminho da reviravolta institucional.

De fato, somente hoje se coloca que o caminho para o tratamento do doente é o retorno à liberdade. A abertura dos portões do manicômio para a realidade revela como um lugar paradoxalmente construído para tornar o doente inofensivo e tratar dele, traz o completo aniquilamento de sua individualidade, sua total objetificação. Assim, o doente já não se apresenta mais como um homem intimidado pela força e autoridade, agora não mais deve

aceitar sua objetificação pelos técnicos, seu estado de não-homem. O doente deve despertar para um sentimento de oposição ao poder que até ali o determinou.

“Viver dialeticamente as contradições do real, é portanto, o aspecto terapêutico do nosso trabalho. Se tais contradições – em vez de serem ignoradas ou programaticamente afastadas, na tentativa de criar um mundo ideal – forem enfrentadas dialeticamente; se os abusos de uns sobre os outros e a técnica do bode expiatório forem dialeticamente discutidas – em vez de serem aceitas como inevitáveis – de modo que se possa compreender suas dinâmicas internas, então a comunidade se torna terapêutica. Mas a dialética só existe quando houver mais de uma possibilidade, isto é, uma alternativa.”(Basaglia, F. A., 2005, pág. 115)

No contexto dessas discussões preconizadas por Basaglia, a Reforma Psiquiátrica passa a ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é composta de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incidem em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. É colocada no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, sendo marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. A Reforma Psiquiátrica é uma experiência que está acontecendo, ainda não se deu por completo e não sei se pode se dar. Experiências ocorrem em diversos cantos do mundo, cada um com suas peculiaridades buscando alternativas para que não reproduzam ou mascarem a dinâmica manicomial.

A reforma psiquiátrica representa muito mais do que a renovação dos serviços de assistência à saúde mental, trata-se de uma nova relação com a loucura e suas formas de abordá-la, instaurando uma nova resposta social ao adoecimento mental. É a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se na sociedade. As razões pelas quais a psiquiatria não foi capaz de oferecer essa outra resposta começam no mandato social que a legitima (o mandato de reclusão dos loucos), passam pelos valores culturais e sociais mais amplos de segregação da diferença, incluem o caráter refratário ao laço social característico da própria psicose e culminam na dificuldade técnica e gerencial de promover com eficácia e abrangência essa outra resposta.

A expressão “problema social da loucura” e a atribuição à psicose de um caráter refratário ao laço social não contêm juízo de valor nem engendram algum tipo de cinismo. A

chamada loucura é, para o corpo social, um problema. Em certa medida, a loucura é justamente aquilo que aparece no corpo social como não redutível a outras categorias que tentam dar conta da diferença, dar conta do que aparece como incomodamente dissonante. Pode-se mesmo dizer que aquilo que aparece na cultura como diferença irreduzível é chamado de loucura – formulação que já nos faz perceber que a pretensão de harmonizar loucura e sociedade é problemática em si mesma.

*...Num reino não tão distante...*

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica ocorre num segundo momento, depois de experiências como a francesa e italiana, mas é um processo que está ainda por se consolidar. O início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, produção de tecnologias de cuidado e das lutas pela redemocratização do país. A Reforma Psiquiátrica surge a partir do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no fim dos anos 1970, que traz a necessidade de melhor qualificação da assistência psiquiátrica, mas também das transformações das relações sociais e a discussão das formas de isolamento e segregação social. Assim, um dos pilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira será a luta pela desinstitucionalização, buscando a superação da cronicidade, a transformação dos modelos e paradigmas da assistência centrada no manicômio, dos internos e da internação como única resposta à doença mental. A noção de reforma também ganha uma inflexão diferente: a condenação do terapêutico normatizante e controlador.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre em 1987, num momento em que o país vive a total crise política, fortalecimento dos movimentos civis pela redemocratização, crise econômico-financeira na Previdência Social, total inadequação do sistema de saúde vigente acelerando a reforma e implantação do Sistema Único de Saúde. Agrega-se a este processo a nova Constituição que vem em 1988, trazendo a característica essencial à Reforma Psiquiátrica Brasileira: o desafio de devolver a cidadania aos doentes mentais. Nesta conferência, reafirma-se a crítica ao modelo asilar e aproxima-se o modelo terapêutico a alguns princípios do SUS, como universalização e equidade do acesso aos serviços de assistência aos doentes mentais, descentralização na gestão e assistência, ações integradas de saúde.

Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental foi de grande importância não somente ao movimento da Reforma, mas a afirmação e fortalecimento do SUS. Traz as recomendações gerais sobre o modelo de atenção propondo a adoção dos conceitos de território e responsabilidade como forma de "ruptura com o modelo hospitalocêntrico" e de garantir "o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte" (Ministério da Saúde/Brasil, 1994, p. 22). O

relatório pedia ainda a implementação de programas de atenção em saúde mental na perspectiva da municipalização, já prevista em lei.

No entanto, é somente no ano de 2001 que a Reforma Psiquiátrica é implantada definitivamente como política oficial com a promulgação da lei 10.216/2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e associando-o ao movimento do Sistema Único de Saúde de ampliação de redes e a necessidade do ingresso da saúde mental. Vale destacar que traz a reinserção social do paciente em seu meio como a importante meta do tratamento e a internação de pacientes em instituições com características asilares vedada. Também neste ano, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirmando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental.

As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania. A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde. A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Nesta perspectiva é necessário que os municípios desenvolvam, de acordo com as diretrizes do SUS e da nova política de saúde mental, a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. E isso trouxe então desafios e obstáculos a serem superados, dos quais trataremos mais adiante, já que se faz necessário primeiramente a apresentação de um dos serviços substitutivos de grande importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, e no qual esta autora esteve imersa: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

### *...Uma casinha na floresta...*

A Lei Federal nº 10.216 de abril de 2001, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Os serviços substitutivos do modelo asilar e que redirecionarão o modelo assistencial aparecem descritos em fevereiro de 2002, segundo a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde. Nela, os CAPS seriam os mais representativos desses serviços, que têm como prioridade “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (Art. 1º, 1).

Os CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, e territorializados, que oferecem atendimento diário e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS tem como essência e trabalha com a importante noção de território, que apresenta então dois planos: o primeiro se refere a área de abrangência dos atendimentos num distrito, referindo-se à área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo de população. Entretanto, há um segundo plano, aquele que preconiza que o território também é gerador de uma dinâmica em que os grupamentos humanos se criam e se organizam numa territorialidade geográfica, política e simbólica. Território onde cada sujeito estabelece seus pontos de ancoragem, apoio, relação.

Tem definido algumas ações terapêuticas possíveis pela regulamentação legal: atendimentos individuais e em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades socioterápicas, atividades de cultura, esporte e lazer, entre outras); oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; e "atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social" (Ministério da Saúde/Brasil, 2002).

O CAPS deve trabalhar com a idéia de projeto terapêutico singular, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Deve, ainda, considerar o cuidado intra, inter, e transubjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial. Os CAPS, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.).

Estes serviços apresentam outras características descritas ainda na Portaria como a responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito de seu território ou do módulo assistencial.

Foi citada anteriormente a afirmação de que mudar o tratamento dado ao doente mental consiste em duas grandes ações: oferecer uma rede de cuidados que ajude o paciente a viver na comunidade e construir uma atitude nova da sociedade em relação ao doente mental. Aparentemente, há aí dois planos: um mais estritamente técnico, da rede e das práticas de cuidados, e outro mais amplo, dito social. Aqui se coloca as duas funções ou mandatos que o CAPS deve possuir: clínico e político. A discriminação desses planos é em alguma medida necessária para que não se perca a especificidade do que deve ser feito em cada frente de ação, mas que dizem respeito a um mesmo fato: o agenciamento social da loucura. Vale dizer que mesmo a ação técnica mais específica está animada pela questão de como agenciar o pertencimento social do louco (no caso da reforma, de como agenciá-lo positivamente). Dessa dimensão ela extrai sua legitimidade e nela encontra seu sentido.

Quando se fala em substituição asilar, deve-se ter em mente que, há duzentos anos, a psiquiatria foi inventada e instituída como aparato social encarregado de responder ao problema da loucura, este que antes batia à porta de outras instituições sociais, passou a bater à porta da psiquiatria, respondendo esta com a internação, mantendo a mesma prática social anterior à sua fundação e que lhe deu origem. Um dos desafios dos equipamentos de saúde mental implantados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foi instaurar uma nova postura, uma outra ética de cuidados e uma nova forma de lidar com o doente mental frente a trabalhadores da saúde mental que não compartilhavam da Reforma Psiquiátrica e também a ampliação disto para os trabalhadores da rede de assistência que ainda estão impregnados do modelo focado no sintoma, no orgânico, deixando de lado a escuta as diversas singularidades a respeito do sujeito que adoecer e sofre.

A tendência dos trabalhadores é reproduzir o referencial aprendido e exercido durante anos, um trabalho burocratizado e alienado de seu objeto e objetivo, principalmente no trabalho frente à loucura que pode refletir mais uma defesa da sociedade frente a esta. O que fazer então para que os novos serviços e seus trabalhadores efetivem realmente novas políticas, novas respostas, novas posturas entre os usuários? Como decodificar os princípios políticos, ideológicos e éticos da reforma psiquiátrica no cotidiano de assistência a saúde?

Acredito que fazer a sociedade repensar a relação estabelecida com a loucura, de segregação ou normatização do sujeito ao meio, mesmo que isto lhe custe o apagamento de

uma subjetividade, é um dos pilares da Reforma Psiquiátrica, já que a verdadeira reabilitação psicossocial passa por adaptações também do meio físico e social, pretendendo-se instaurar uma nova resposta social à loucura, aumentando a permeabilidade da comunidade ao convívio e diminuindo a segregação, com e apesar das diferenças. Essa discussão é de extrema importância e básica aos profissionais da saúde, sendo uma forma de sensibilizá-los ao contexto e novo paradigma da Reforma Psiquiátrica que também carrega uma concepção de sujeito, e não mais do sujeito louco.

No caso dos CAPS, serviços que carregam a encomenda da Reforma Psiquiátrica de inovação e de compromisso com a mudança em relação ao imaginário social da loucura, tudo isto se torna enfaticamente imprescindível. Porém, sendo parte do Sistema Único de Saúde, que já está perenizando formas de atuação, adquire um desafio em manter o caráter instituinte da Reforma muito mais presente e vivo. O apoio a equipes da atenção básica pela saúde mental e a educação permanente são apenas duas ferramentas que poderiam ser utilizadas para este fim: trazer a subjetividade à assistência à saúde, novas formas de atuar e a discussão da loucura. Já a supervisão clínico-institucional traz movimento e nova dinâmica à estrutura do trabalho, buscando a desburocratização e a desrigidez da clínica.

O paradigma da Reforma Psiquiátrica na inspiração basagliana propõe colocar a doença entre parênteses, e isto se amplia não só a doença mental, mas a todo tipo de adoecimento. O olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico, e é o usuário, a pessoa que passa a ser o objetivo do trabalho, e não mais o sintoma, a doença. A ênfase da assistência volta-se a reprodução da saúde, invenções de formas de atuação, já que a singularidade está em evidência e a reprodução social do paciente. Corre-se o risco de que muitos não colocam a doença, que existe e se apresenta, entre parênteses, mas a negam, negligenciam-na, ocultam-na por trás do véu da Reforma, contribuindo para um esvaziamento da discussão e do sujeito que está ali. Percebe-se que há o risco da Reforma ser tomada como uma idealização da loucura, negação das dificuldades reais do portador do adoecimento psíquico, partindo-se para a negligência e quebra de princípios éticos e também da assistência no Sistema Único de Saúde, como a equidade e integralidade. Assim como a luta contra a internação, que é totalmente legítima, acaba adquirindo um caráter totalitário, no sentido de ferir a necessidade do sujeito quando ela existe, de negar a assistência mesmo quando há a necessidade declarada, por um ideal deturpado.

Acredito que a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde, com seus nós a serem desatados, contribuem para a assistência ao sofrimento humano trazendo a clínica do sujeito, a clínica ampliada que centra sua ação sobre o sujeito que está ali, não somente

marcado por uma biografia singular, mas que também seu corpo, dinâmica corporal e psíquica é marcado por sua singularidade. Não se descarta a doença, pois ela existe, mas se traz o sujeito que sofre à tona, ao foco, em cena. A clínica ampliada refina o paradigma tanto da Reforma Psiquiátrica quanto do SUS, ao colocar na atuação, o resgate da singularidade, o resgate do sujeito antes imerso em sua doença.

### *...Peter Pan e os Meninos Perdidos...*

Esta produção surge a fim de revelar a experiência que tive por um ano, num CAPS Infantil. Faz-se necessário assim, trazer e se discutir sobre a Saúde Mental Infantil, sua clínica e seus impasses: o que foi feito para e com crianças até agora? O que se propõe a fazer? Também foram isoladas e trancadas nos grandes hospitais? Qual é o caminho para a política de saúde mental para crianças e adolescentes?

A assistência a crianças e adolescentes atravessou séculos ligadas ao ideário da proteção e circunscritas à pobreza e violência. Modelo este com uma única tendência: a institucionalização. Crianças eram destinadas ao apoio do Estado como se fossem órfãs ou abandonadas, em geral para ações reformadoras, ou a entidades religiosas ou filantrópicas. Até o início do século XX, a concepção da criança a ser assistida era: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinqüente). O resultado desse longo processo que visava assistir crianças e adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão. Nas tramas desse processo, passaram ‘silenciosas’, mas não isentas de suas conseqüências nefastas, uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Incluídas na rubrica de deficientes, como, aliás, todas as outras, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado.

O amplo movimento pela redemocratização do País, no final da década de 70, deu visibilidade e ampliou as condições de possibilidade para que essas questões estruturais pudessem ser alteradas e superadas. Resultado de um amplo processo de debate por toda a sociedade brasileira, a promulgação da Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos, teve o mérito de afirmar sem ressalvas a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes “o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, conforme descrito no artigo 227 da Carta Magna. Esse mesmo processo de afirmação da condição de sujeitos de direitos tributado a crianças e adolescentes resultou na promulgação de Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente. Entretanto, a promulgação de um texto legal não operaria por si as mudanças necessárias.

Em 1992, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens ganhou destaque e em 2001, com a III Conferência, a determinação nas ações político-assistenciais para que um novo modelo de assistência fosse implantado ao cuidado da população infanto-juvenil. As linhas gerais que descrevem a Política Pública de Saúde Mental Infantil, aproxima-se de muitos princípios da Reforma Psiquiátrica como não reduzir o trabalho à pedagogização do tratamento, à medicalização do sofrimento ou à institucionalização do cuidado.

Os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.

Outros princípios no segmento de crianças e adolescentes encontram suas bases na ética e lógica de cuidado da Reforma Psiquiátrica e do SUS, como o acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede, a noção de território orientando suas ações, no entanto, gostaria de destacar, o que acredito que trouxe grandes mudanças à clínica: considerar a criança ou adolescente um sujeito, sujeito responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. Sujeito de direitos e desejos, não se tomando o que se diz desses como substituto de suas próprias palavras. É preciso dar voz e reconhecer o sofrimento mental da criança como próprios. Deve-se incluir no centro do espectro da doença a criança como sujeito, com suas responsabilidades, peculiaridades e singularidades, não se negando aqui o segmento familiar, social, sendo assim o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela. Temos que, de partida, reconhecer neles a condição de sujeito e, a um só tempo, fazer a aposta de que há um sujeito a ser reconhecido. Isso só pode ser feito um a um. Para alguns, a linguagem, a palavra falada e articulada, será o ponto de partida. Para outros, sons aparentemente sem sentido, palavras soltas, comportamentos bizarros.

A política nacional vem promovendo um dos pilares da assistência no segmento da saúde mental infanto-juvenil, o qual discuto neste trabalho, a Intersetorialidade e a Co-responsabilidade, ou seja, a articulação entre os diferentes campos de atuação que prestam assistência a essa população e a responsabilização compartilhada com os outros parceiros da

rede. Isso se torna a base na assistência, já que toda criança não chega sozinha aos serviços, vem com um familiar, com a escola, com a igreja, com órgãos da justiça, com o esporte, lazer e cultura, traz consigo todas as outras instituições e agenciamentos que atravessam sua vida. Assim, o trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir em suas ações as intervenções junto a todos estes equipamentos, lógicos ou não, que estejam envolvidos e entrelaçados à vida desta criança.

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos formais da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), e também nos informais como a comunidade em que este sujeito vive, sua família, as relações que têm estabelecidas, laços que não obedecem à uma lógica. Essas ações visam a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território e a ação na lógica de rede.

Operar na lógica de rede é mais do que reunir um conjunto de serviços. Uma rede de cuidados não constrói um ‘cuidado em rede’ de uma vez por todas. O ‘cuidado em rede’ indica uma lógica de funcionamento. Ou seja, deve funcionar com responsabilidade compartilhada e não ser atravessada por ações paralelas e/ou sobrepostas. A rede de cuidados não é algo abstrato. Ela só será operatória se puder articular, a partir de cada nova situação, os serviços e as ações dos diversos campos de intervenção que constituem a assistência à infância e adolescência.

A intersetorialidade parte do pressuposto que as instituições apresentem um objetivo comum, o cuidado para a população infanto-juvenil, porém cada uma tendo suas ações partindo de lugares diferentes, campos de atuação diferentes. Não se propõe uma homogeneização dos campos que assistem à população infantil, mas que cada campo possa se questionar sobre o lugar a partir do qual está autorizado a intervir.

No entanto, operar nesta lógica traz alguns perigos como o de ninguém tomar para si a responsabilidade por articular as intervenções, pois a criança faz fronteira com vários campos de atuação e instituições. Por outro lado, apenas um serviço pode assumir de maneira centralizadora toda a assistência e cuidado à criança, desresponsabilizando os outros possíveis parceiros, perdendo a chance de se atuar numa clínica ampliada e muitas vezes até destituindo a família de seu próprio papel.

A intersetorialidade nos convoca a ação do cuidado nos entornos do serviço, ao mundo dos portões para fora do CAPS, a outros serviços de natureza clínica que podem ou não se aproximar da saúde mental, à agências sociais que atravessam a vida das crianças e jovens, à outros fios que ajudam a tecer, enroscar-se, darem nós, serem desatados, e servirem de ponto de apoio aos nossos usuários.

Trabalhar nesta lógica e com esta clientela exige de nós um luto resultante da percepção de que não se pode tudo o que é planejado, não se realiza tudo e os efeitos de nossa ação não podem ser controlados ou previstos. Não somos onipotentes e muitas vezes nem tão potentes quando gostaríamos que fôssemos. Somos tão “falhos” quanto nossas crianças que tanto desejamos cuidar.

Como não recuar diante dos fracassos? Como não tomar os furos da rede como ponto de acusação mútua entre os parceiros? Como não deixar a intersetorialidade e o tecer de redes para um núcleo e não considerá-la como ação e ferramenta clínica do campo da saúde mental? A idéia é apostar que tais questões possam ser um reenvio ao trabalho.

### *...Dorothy e a estrada de tijolos amarelos...*

O que se fazer com crianças com transtornos mentais? Como se trata? Será que se trata? O que se trata? Dentre estas questões e outras mais, optei por formar-me como aprimoranda em saúde mental no CEVI, CAPS infantil do município de Campinas. Já havia tido experiências no atendimento de crianças na clínica-escola da faculdade, em abrigo, em ambulatório, mas não com crianças ditas comprometidas, e não com a proposta terapêutica do CAPS.

Minha imaginação correu longe, imaginei rostos, comportamentos, falas e ações para estas crianças, lotadas de “pré-conceitos”, mas a realidade veio bater em meu rosto, com puxões de cabelo, abraços, olás e silêncios, chamando-me de tia e convidando-me para jogar uma bola. Um mundo que imaginava mudo e em branco e preto, apresentava-se vivo, cheio de cor, diferentes sons, falas e ruídos, silêncios ensurdecedores, cheiros e possibilidades, o mundo destes “pequenos loucos”, destes “meninos perdidos”.

Já fazia cerca de duas semanas que estava no CEVI, e durante uma assembléia em que se encontram crianças, cuidadores, famílias e profissionais, uma menina aparece na janela. Anda em círculos, toda vestida de rosa, segurando uma bolsa da mesma cor e grita chamando pela mãe. Quer ir embora. Não pára de gritar e repetir “Mãe, vamos embora!”. Sua mãe, dentro da sala, tenta não olhar para a filha, parece constrangida, com a cabeça baixa. Uma terapeuta vai até a menina e a leva a outro espaço. A assembléia pode então continuar. Mais tarde em minha jornada, essa menina voltará a cruzar meu caminho.

Neste primeiro mês, fui convidada e convidei-me a participar de inúmeras atividades no CEVI, estas endereçadas a crianças e adolescentes. Em meio a um turbilhão de vivências e pessoas, pude inserir-me em algumas práticas da instituição e propor também as minhas. Diante de meu desejo em atender alguns casos individualmente, a equipe apresenta-me àquela menina que queria ir embora toda vestida de rosa, que aqui chamarei de Dorothy<sup>1</sup>.

Dorothy tem 13 anos e está no CEVI há 4. A equipe me relata que apresenta baixíssima frequência nas atividades e acreditam que se beneficiaria de um atendimento individual, pois estava muito ansiosa e irritada, recusando-se a vir ao serviço e a participar de atividades. Quando consegue vir ao CEVI, Dorothy não quer permanecer, grita repetidamente que quer ir embora. Tem como projeto terapêutico a participação em duas oficinas no único período que frequenta, uma vez na semana. Estas oficinas são denominadas “Oficinas de Escolhas”, em que se faz a oferta de duas ou três atividades, com meios e fins diferentes, e

---

<sup>1</sup> Todos os nomes apresentados neste trabalho são fictícios para preservar a identidade.

cada usuário se coloca na que deseja. Em geral, escolhe atividades que envolvem artesanato, mas busca fazer a produção que deseja e não a proposta pelos profissionais. Desde que entrou no equipamento, quando comparecia, participava de atendimentos em grupos, em sua grande maioria tendo a produção artística como meio terapêutico, fazendo as mesmas coisas, tendo a mesma produção. Sua mãe, Ema, é apresentada como resistente em aceitar o quadro psicodinâmico da filha, colocando todos os problemas da menina num câncer cerebral que teve aos 6 anos, também se recusando a participar de qualquer atendimento proposto pela equipe. O pai, Henrique, não participa do tratamento da filha, dando à mãe e esta aceitando, todas as responsabilidades por ela. A equipe deseja que Dorothy seja atendida durante a assembléia de usuários, familiares e profissionais pois nesse espaço fica muito ansiosa, gritando que quer sair e voltar para casa.

Diante desta encomenda endereçada a mim, Dorothy aparece como um incômodo a ser tirado das vistas dos outros, uma pedra no sapato da família, da equipe e que não se quer mais. Uma pedra que estando no sapato machuca e se quer tirar, e estando fora não pode resistir em voltar. E por que não se pensar também que sou um incômodo, alguém que não se quer presente o tempo todo, uma estranha que chega devagar, mais observando que falando, mas que escolheu estar ali, neste lugar que também lhe é estranho e novo.

Algumas questões foram disparadas em mim: Por que encomendar uma psicoterapia de um caso que não aparece no serviço? O que já havia sido feito em relação à baixa frequência da usuária? O que fazer com um caso que não chega até o CAPS ou que não se quer que chegue? Como dar a assistência se o paciente não vai até o equipamento? A assistência do caso somente pode se dar ali no CAPS? O que impede neste lugar a clínica para fora? Será que é realmente a usuária ou a família que não quer o atendimento? Como se pode querer estar num lugar onde quando se mostra como se é, quando se mostra suas partes mais frágeis, a quem tirar das vistas? Onde a loucura tem lugar neste CAPS?

Dorothy parece não habitar o CAPS, ocupa o lugar de um “não desejo”. Então que lugares habita? Que lugares ocupa? Qual é sua história? O que tem a dizer? O que tem a desejar? O que esta mãe tem a dizer sobre sua história? Foram nessas interrogações, na insatisfação do caminho que uma psicoterapia no CAPS tomava e se tentar reestabelecer um vínculo que se propôs uma clínica também fora dele. Uma clínica em busca destes outros lugares, habitar os lugares habitados por Dorothy, que se propôs iniciar atendimentos na casa, na rua, no trajeto ao CEVI, uma clínica no lugar do desejo, onde quer que ele estivesse, iniciando no lugar que está colocado e buscando ampliá-lo e desviá-lo para outros espaços. Ampliar os encontros e ampliar a escuta, construindo a rede de vínculos que ela possui,

potencializá-los buscando ampliar a assistência não somente à usuária e à sua família, mas buscando outros olhares e parceiros. Para se ter o desejo, precisa-se de um lugar para se desejar, Dorothy não construiu este lugar no CAPS, se apossou de lugares que a equipe e a mãe lhe colocaram. Ocupa lugares no desejo do outro, mas precisa ocupar seu lugar no seu desejo.

Trazer a família e o usuário para a participação na construção do projeto terapêutico, discussão de condutas e para a escuta a estes sofrimentos foram importantes para que a vinculação pudesse ser reestabelecida possibilitando que esses atores tornassem-se também sujeitos de suas histórias e que estas pudessem ser contadas por outros participantes que não a equipe. Passo a encontrar-me com Dorothy e sua mãe Ema para conversarmos sobre o quadro da menina, o tratamento, conhecer sua história e posteriormente apresentar a proposta da clínica fora do CAPS, e que acabou tornando-se também um espaço que a mãe utiliza para revelar seu sofrimento, seus desejos, conflitos e incompreensões. São convocadas a participarem desta nova construção, deste novo projeto, trazendo seus saberes cotidiano e vivencial sobre Dorothy, como a mãe acredita que deva ser a assistência à filha, que coisas precisa dentro e fora do CAPS e o que a menina acha de tudo aquilo. Esta mãe que foi apresentada como resistente ao tratamento da filha, não participativa, agora a cada encontro traz novos dados, novas idéias para ajudar a filha, e que juntas vamos delineando e traçando as novas condutas para o caso.

Ema sente-se incompreendida pela equipe do CEVI pois acredita ser vista como alguém que não quer cooperar, que não se esforça, mas revela que é muito difícil sair de onde mora, atravessar toda a cidade, com uma filha com “problemas”. Traz que sempre quer levar a filha para os tratamentos, não só no CEVI, mas nas outras instituições que faz acompanhamento médico devido ao tumor que a filha teve, no entanto, Dorothy é inconstante, num momento quer ir e logo em seguida se recusa, ficando ansiosa e agressiva. Relata que percebe que quando a filha vem ao CEVI, fica diferente durante o resto do dia, mais agressiva, falando mais sozinha e recusando-se a fazer qualquer coisa. Sente-se muito cansada e desacredita que Dorothy possa ter alguma melhora, já que está no CEVI há quatro anos e não consegue ver nenhuma diferença. Traz que precisa de um lugar que possa ajudar sua filha mais próximo de onde mora, que seja mais acessível à família, acreditando que assim, Dorothy não resistirá tanto em ir. Acredita que se a equipe do CEVI conhecesse seu dia-a-dia, o lugar onde mora e a condição que vivem, entenderiam pelo que passa e não a condenariam. Verdades ou mentiras, não estou aqui para dizer quem as carrega, até porque não sei se há alguma, trago a minha vivência, as falas que ouvi, os sentimentos que senti e minhas

impressões, estas que me dizem que neste caso família e CAPS não se colocaram do mesmo lado, não são parceiros para a assistência desta criança que necessita, colocam-se em lados opostos, um atacando o que o outro faz ou deixa de fazer, um dizendo o que o outro deve fazer, cada um construindo seu saber, sua proposta, sua intervenção. E Dorothy dentro disso tudo? Onde está?

A clínica compreende trabalhar não só com o sujeito, mas com todas as instituições que traz consigo - família, escola, comunidade, etc – dando voz, potencializando e ampliando seus pontos de ancoragem. Fazer clínica é trabalhar com a intersetorialidade, com os dispositivos formais e informais que aquele sujeito se liga, o que não pressupõe racionalidade ou lógica. Trabalhar com a intersetorialidade é trabalhar entre os limites onde se começa e termina os domínios de uma instituição. Fazer clínica é habitar os lugares habitados pelos usuários, é atuar em seus territórios, em que há construção do espaço e produção de sentidos ao lugar habitado, espaço que vai além da delimitação geográfica e que diz respeito a transformação social que o homem inscreve e produz. Não atuar no território é considerar a doença uma produção somente subjetiva, daquele indivíduo, deixando de lado seu componente familiar, social, histórico. É retornar à prática manicomial, deixando somente a doença no sujeito quando se sabe que há muitos outros donos. Trabalhar com a família também é trabalhar com a intersetorialidade, apesar de ser um agenciamento informal.

Apresento a Ema e Dorothy minha proposta de estar mais próxima delas, conhecendo suas dificuldades e tentando encontrar saídas para ajudá-las. Dorothy dá risada, diz que fica feliz e já planeja o que fará quando for até sua casa, quer mostrar seu quarto. Ema parece desconfiada, diz que terá que pensar e conversar com seu marido Henrique. Faz a sugestão de eu acompanhar Dorothy na escola para que possa ver como ela é difícil. Relata que a filha não assiste às aulas, faz palavras cruzadas e fica entrando em várias classes procurando ficar somente com professores que gosta e indo embora antes do horário. Parece querer alguém para estar com a filha onde ela não está autorizada a estar, onde a família instituição não pode invadir os redutos de outra, a escola. Coloca-me como alguém a espiar Dorothy por ela, sua cúmplice. Coloco-me como alguém que não está indo até Dorothy e aproximando-se da família, de sua casa, para verificar se o que a mãe diz sobre a filha é fato ou não, estou indo até lá para estar com Dorothy, e somente isso. Não vou para ensiná-la a parar e olhar para os lados quando for atravessar a rua, nem para mantê-la quieta sentada na cadeira enquanto assiste a uma aula de Biologia fazendo palavras-cruzadas. Estou aproximando-me de Dorothy e de seu mundo, estar com ela nas coisas que ela deseja fazer e estar nos lugares onde ela quer estar, e não onde eu gostaria que ela estivesse.

Com a proposta das visitas e da co-construção do projeto terapêutico de Dorothy, filha e mãe deslocam-se do lugar de doente, que não têm nada a dizer, só a ouvir e seguir, para o lugar de sujeitos de sua história, sujeitos de direitos e desejos. Desloca o profissional do lugar de único sujeito do saber e colocá-lo diante do inesperado, do não-planejado, do compartilhamento de poderes e saberes. Desloca o CAPS de lugar de refúgio, de lugar que garante a clínica, para a rua, onde ocorre movimento, rede, fluxo e devolvendo a loucura ao social.

Para que o primeiro encontro com Dorothy e seu mundo fora do CEVI pudesse se concretizar, um mês se passou, tempo de muitas conversas tanto para que Ema pudesse apaziguar um pouco de sua ansiedade em se ter um representante de uma instituição controladora, praticamente um espião, vendo como moram, em que condições, se são pobres ou não. A idéia da visita domiciliar como avaliação da qualidade de vida da família e o que a instituição CEVI acharia ou melhor dizendo, se aprovaria, foi um fantasma que permeou nossos acertos. Também dizer que foi um tempo para que pudesse digerir a idéia do inesperado, entregar-me à uma nova maneira de cuidado, abandonar meu lugar de segurança dentro das salas do CEVI, de brincar de interpretar, dos muros do CAPS onde sempre posso recorrer a um outro técnico sempre que precisasse. Estar num lugar que desconheço, entregue ao mundo de Dorothy e não ao meu, abandonando o tempo clínico de 50 minutos e deixando que o tempo de Dorothy pudesse ser reconhecido, deixando de lado os brinquedos e trazendo a minha escuta e minha companhia como ferramenta. Precisou-se de um mês para que todos os acertos pudessem ser feitos, todos os pingos fossem colocados em cada i da história. Os primeiros tijolos amarelos desta nova estrada estavam sendo colocados, esta onde não sabia onde iria dar, poderia ser num longo caminho cheio de curvas, penhascos e pedras, numa rua sem saída, numa trilha no meio do mato, poderia encontrar o homem de lata, o leão e o espantalho, cada um em busca do que lhe falta. Caminho este que Dorothy traçaria, com os personagens que lhe atravessam. Saio da onipotência da clínica e torno-me potente.

Finalmente tudo acertado, datas, horários e a função do que estaria fazendo, sou recebida por Ema e Sabrina, irmã mais nova de Dorothy de 5 anos, na porta de sua casa. Esta mãe, que antes não sorria, sempre com os braços cruzados, cabeça baixa e falando baixo, recebe-me mostrando todos os dentes, abraça-me e pede que não repare porque é casa de pobre. Sabrina esconde-se atrás da mãe, olhando-me desconfiada, com o dedo na boca e sorrindo sedutoramente. Entro na sala, e Dorothy espera-me sentada no sofá, de banho tomado e arrumada para visita, como diz Ema demonstrando orgulho. Dorothy sorri ao me ver, segura em minha mãe e carrega-me até seu quarto, mostra-me o quadro que havia feito

em nossos atendimentos no CEVI pendurado na parede junto com outro de Cinderela, Branca de Neve e Bela Adormecida, há a cor rosa por toda parte, assim como no primeiro dia em que a vi pela janela. É tudo muito arrumado e organizado, até demais. Ema conta que a filha arrumou toda a casa, “uma das manias dela” disse, e é sempre assim, todo dia, todo o tempo. Dorothy quer arrumar tudo, organizar tudo, como se pudesse deixando tudo em ordem fora, o de dentro também ganhasse alguma ordem e contorno. Dorothy mostra seus pertences, brinquedos, materiais da escola. Quer mostrar o quarto dos pais e o telhado que o pai construiu. Mostra tudo com detalhes, dizendo como é seu dia-a-dia, o que faz, que coisas utiliza.

É em casa que uma outra Dorothy se mostra: falante, espontânea, criativa, falando as palavras que deseja e não mais repetindo frases de outros. Ema e Sabrina disputam minha atenção para contarem o que Dorothy faz em casa, não só as dificuldades e problemas que enfrentam, mas “as coisas boas que Dorothy faz” como Ema disse. Sou recebida neste mundo que tanto temi como alguém que pode estar lá e é desejada por aqueles que lá vivem. Alguém que deve ser apresentada ao mundo que vivem, à realidade daquela família, e não aquela que pensamos conhecer.

Dorothy convida-me para fazer as coisas que ela gosta. Brinca de casinha, para espanto e desconforto de Ema, já que considera a filha grande para isso. Faz comidinha a todas nós e não quer ser interrompida no processo. Todas comemos o que prepara, como toda visita que chega numa casa. Convida-me a brincar num computador, no seu brinquedo, naquele que ela conhece e eu não. Brinquedo este que adora e a mãe traz com orgulho a facilidade que a filha tem em “mexer nessas coisas”.

Neste encontro com Dorothy, Ema e Sabrina, sou apresentada ao território desta menina, as coisas que fazem parte e que lhe são importantes, as relações que estabelece e de que maneira. Não sou eu que estou apresentando o mundo à menina, é Dorothy quem está apresentando seu mundo, seu território. “Podemos entender o território como um campo que ultrapassa, em todos os sentidos, o recorte meramente regional ou geográfico que, no entanto, importa em sua constituição. É tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: o lar, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde, o hospital, o trem, o morro, o conselho tutelar, o CAPSi, e todas as outras, cuja importância é função da relação do sujeito com cada uma delas, incluindo, centralmente, portanto, o próprio sujeito na construção do território. Trata-se de um campo interinstitucional mas também intersubjetivo, que constitui o lugar psicossocial do sujeito ou recorte do campo do Outro que inclui os elementos

sócio-institucionais e pessoais que interessam a um sujeito” (ELIA, L., 2004). O território sempre subordina-se a um sujeito, e assim os setores a que se liga e traz consigo. Desta maneira, o trabalho intersetorial a que esta concepção de território convoca, o traz à natureza e à essência da clínica em saúde mental. Não se pode deixar de ampliar a clínica para fora dos portões do Caps, pois outros eixos atravessam a vida dos usuários.

O próximo encontro, Dorothy planeja-o comigo no CEVI nos atendimentos individuais que realizava. Planejar e desejar apresentar sua escola, seus professores, amigos, sua sala e o lugar que senta, torna-se naturalmente o próximo passo nesta estrada. Espera-me ansiosa, já havia tomado banho e cuidava do cabelo quando cheguei. Ema conta que a filha havia começado a arrumar-se para levar-me até sua escola, duas horas antes do habitual. Dorothy não queria atrasar-se, não queria perder tempo. Quando chego em sua casa, ela veste o uniforme e sua mãe precisa lhe avisar que ainda falta tempo para o horário escolar. Dorothy acalma-se e consegue esperar chegar o nosso tempo, o tempo cronológico, pois o seu já havia chegado há muito tempo. No caminho para a escola, Dorothy não pestaneja, conhece-o e faz de maneira automática. Olha para o chão, e não conversa comigo. Vamos silenciosas até a escola. Lá, Dorothy cumprimenta a todos que encontra. Sabe o nome de cada um. Muitas meninas vão até ela conversar e é aí que meu lugar ganha contorno. Dorothy apresenta-me como sua psicóloga do CEVI. Apresenta-me a todos os amigos, professores, todos a abraçam e dizem o quanto é importante alguém estar mais próximo dela, de seu cotidiano, das coisas que lhe são familiares. Dorothy quer mostrar sua sala, o lugar que senta, os lugares de seus colegas, este lugar que ela construiu, que deu o seu sentido e do qual se apropriou. Dorothy apresenta-me seus outros pontos de ancoragem. Havia apresentado sua família, agora a escola, amigos e professores. Outras relações, diferentes vínculos, outros olhares à Dorothy, outro lugar assumido por ela, mais um tijolo para compor a estrada, mais uma peça de seu território.

Ao retornar à casa de Dorothy para encontrar o motorista que me levará de volta ao mundo do CEVI, Ema espera-me ansiosa. Deseja saber o que a filha fez, se olhou para atravessar a rua, pergunta se acredito que Dorothy pode ir sozinha à escola pois a filha sempre pede muito, mas teme que algo lhe aconteça, se conversa com outras pessoas, “se fez tudo certo” como diz. Quanta ansiedade para a adequação da filha, mas também quanto medo de que esta se adeque, se cure, e assim o lugar de doente fique vago para alguém preencher.

No trabalho de construção de redes, de busca de parceiros no cuidado de Dorothy e sua família, o primeiro parceiro a ser convocado é o Centro de Saúde. Este que está mais próximo e que é co-responsável no caso. A proposta das visitas, da aproximação da Saúde Mental a esta família, a esta menina e a seu território, e de outras propostas de cuidado “não-

capscêntrica”, vêm de encontro com a busca da Atenção Básica. CEVI e Centro de Saúde colocam-se frente a frente para a discussão do caso, para construí-lo juntos, suas condutas e estratégias. A equipe recebe à mim, à assistente social e à psiquiatra do CEVI. Dorothy é apresentada por cada um de nós, cada uma de seu núcleo, com seus saberes e experiências diversas com esta menina e sua família. Deixa-se enfatizado que a busca da ajuda da atenção básica dá-se nos limites que o caso alcançou, de quase abandono do serviço devido a inúmeras faltas e o desejo exposto pela família de um local mais próximo de casa. O trabalho intersetorial como lógica de cuidado do CAPS, e o cuidado no território de Dorothy, e se fazer a clínica ampliada, são um dos pressupostos para se envolver a Atenção Básica no caso. Saímos de lá com uma proposta de cuidado: Ema poderá ingressar num grupo de psicoterapia e Dorothy pode participar do Grupo de Caminhada quando desejar, não somente para a saúde física, mas para que possa estar sozinha com sua mãe somente, já que é uma oportunidade rara pois Sabrina, a irmã menor, toma grande atenção da mãe e esta demonstra ter preferência em dá-la.

Ema comparece tempo depois trazendo que não esperava que os cuidados seriam com ela, desejava um tratamento para a filha ali no Centro de Saúde, mas que irá tentar comparecer aos encontros. Digo-lhe que é importante que esteja no grupo, pois não é fácil ter filhos, e ainda um filho que precisa de cuidados especiais, e que há outras questões que ela pode trazer lá e que talvez não se sinta à vontade em trazer no CEVI, é um espaço que ainda nenhuma das partes se conhece, e assim Ema pode desviar de seu lugar da mãe de doente, da mãe que não quer a melhora da filha. Ema passa a frequentar o grupo, com faltas, já que não é fácil falar de seu sofrimento e conflitos, mas tentando estar presente. Desta maneira, Dorothy pode começar a desviar do lugar de única pessoa da família a precisar de ajuda, cuidados, apoio. O sofrimento da doença passa a ser compartilhado e Ema pode assumir suas fragilidades e quem sabe assim, assumir as potências de Dorothy.

Nas próximas visitas que faço à família, tento conversar com Ema sobre a necessidade da família manter-se presente na assistência a Dorothy, trazendo as dificuldades que passam para a equipe do serviço para que possam pensar juntos alternativas para a ação, da necessidade do investimento em Dorothy pois neste ano em que pequenas mudanças foram feitas na condução do caso houve grandes ganhos como a maior vinculação ao serviço, maior implicação da equipe no caso, sendo este constantemente trazido à discussão. Ema, passa a trazer pedaços da história desta família, sua e de Dorothy, que resistia em falar ou não se conhecia. Por exemplo, conta sobre o fato de ter ficado grávida de Dorothy ao mesmo tempo que a ex-mulher do marido e que sofreu muito quando sua filha nasceu “diferente”, temendo o

abandono do marido. Conta também sobre o sofrimento que passou quando descobriu o câncer de Dorothy e a batalha contra ele que ainda continua, o medo de que ele retorne e as conseqüências para sua filha e ela mesma. Também fala sobre o fato de quando Dorothy ficou doente aos 6 anos, não acreditou em sua recuperação e então decidiu engravidar novamente, no desejo de substituir aquela que já considerava perdida. Dorothy parece não ter sido desejada, nem em sua gravidez, nem quando nasceu, pois estava “quebrada”, e quando está se constituindo, é dada como morta com o câncer. A história de Dorothy e sua família pode agora ser revisitada, experimentada de outras formas e quem sabe assim novas linhas serem escritas.

Na visita seguinte, sou recebida por Sabrina que vem atender-me no portão. Dorothy está na sala e quando me vê, pergunta se eu não havia lhe trazido vasos para pintar, estes que utilizamos nos atendimentos no CEVI. Respondo-lhe que não sabia que era para trazer pois ela não havia dito nada, mas que ali estávamos para fazer outras coisas, coisas diferentes das que fazíamos no CEVI. Dorothy cala-se, fica em silêncio e então pergunta se pode cortar minhas unhas. Não espera minha resposta e sai pela casa à procura do cortador. Não encontrando, pede para ir comprar comigo no supermercado. Quer fazer minhas unhas, cortá-las e pintá-las com esmalte. Proponho fazer uma lista das compras pois a mãe relata que Dorothy quer sempre comprar tudo o que vê, pensando que desta maneira pudesse dar algum limite. Dorothy escreve num pedaço de papel o que quer comprar: cortador de unha, esmalte branco e com brilho. Proponho irmos somente eu e a menina e então Ema mostra-se temerosa, diz que Dorothy não sabe preços, não sabe que tem que pagar, pega o que quer e não devolve, grita e pode me fazer passar vergonha. Digo-lhe que estou ali para estar com Dorothy, principalmente nas dificuldades e que se qualquer coisa acontecesse, seria uma oportunidade para que isso pudesse ser trabalhado.

No caminho para o supermercado, Dorothy caminha olhando para o chão, quando então reconhece uma pessoa na rua, um rapaz. Começa a dar risadas e sussurrar. Pergunto quem é, e ela responde que é seu tio. Parece envergonhada, pergunto se são amigos e Dorothy rapidamente responde “Não é nada não”. Parece não poder dizer sobre este tio, a relação que estabelece com ele ou que deseja estabelecer é proibida. Lembro-me então que Dorothy demonstrava os mesmos risos e comportamento quando falava de seu tio Ricardo, falava somente o nome, e o resto “não era nada não”, não podia continuar dizendo nem sentindo. Ema também trouxe que a filha pensava o dia inteiro neste tio, relacionavam-se muito bem, com brincadeiras, mas temia que esta relação pudesse abandonar a inocência e adquirir outras

qualidades. A filha não podia desejar, não podia querer estar com outro, deveria permanecer criança sendo assim somente desta mãe.

No supermercado, Dorothy faz a compra seguindo sua lista, não pergunta preços, nem sabe quanto de dinheiro precisa, e aparecendo sua dificuldade surge a possibilidade de novas e desconhecidas relações se estabelecerem. As vendedoras se aproximam, ajudam-na a escolher os produtos, explicam-lhe da falta da cor que desejava e lhe dão outras possibilidades. Dorothy aceita a aproximação desconhecida, pergunta o nome e telefone, o que não esquecerá já que tem uma grande memória. Em casa, Ema espera-nos ansiosa para saber se “deu tudo certo”. Demonstra sua preocupação da filha estar adequada ou não a uma situação. Espanta-se quando respondo-lhe que deu tudo certo, o certo do jeito de Dorothy, do jeito que ela conseguiu fazer a compra e não da maneira que a gente espera que aconteça.

Dorothy quer cortar minhas unhas e Ema pergunta se confio na filha, aconselha-me a não deixar pois poderia machucar-me. Resolvo arriscar mas olho bem de perto, já que é meu dedo que agora serve de ferramenta terapêutica. Dorothy corta minhas unhas perfeitamente. Ema cala-se e senta-se para olhar a filha que demonstra todo seu potencial de manicure. Dorothy pinta minhas unhas com perfeição, não deixa nenhum espaço sem esmalte, é muito carinhosa e delicada com minha mão. Quando tudo termina, Ema parece aliviada, pois tudo “deu certo”.

A próxima visita está sendo planejada por Dorothy enquanto este trabalho está sendo feito. Manifesta já há um tempo, o desejo de me levar para conhecer o Tear das Artes, Centro de Convivência da região onde mora. “Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. Centros de Convivência e Cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura” (Ministério da Saúde, 2007, pág. 64).

Dorothy quer fazer bonecas de lã, pintar quadros, brincar na brinquedoteca, usar os computadores, fazer artesanato. Dorothy nos aponta mais uma instituição que deseja fazer parte, que deseja que se torne seu território. Mais um parceiro para ajudar a pavimentar a estrada de tijolos amarelos de Dorothy.

*...E viveram felizes para sempre?*

Com estas poucas visitas, Dorothy não é mais a menina que não aparece no CEVI, não some mais, ela sempre dá um jeito de estar presente, mesmo quando se recusa a ir ao serviço, aparece nos constantes telefonemas que a equipe recebe procurando-me para contar o porquê de não querer ir. Quem antes não aparecia, era um fantasma que assombrava o serviço de vez em quando, agora ganhou corpo, forma e voz, conquistou o seu lugar, e deseja apropriar-se de outros.

Ema, antes apática, tomada como resistente ao tratamento da filha, não implicada no cuidado e não-responsável, agora participa dos atendimentos no Centro de Saúde, mesmo trazendo que não gosta, mas que percebe que é importante, não só para seu bem-estar, mas também para ajudar a trabalhar e mudar sua relação com Dorothy. Uma mãe que começa a se empenhar em trazer a filha as atividades no CEVI, que traz suas dificuldades cotidianas para que possamos pensar juntas maneiras de amenizar ou transformar a situação, mãe que ajudou a construir o projeto terapêutico da filha e que se sente agora implicada em colocá-lo em prática. Mãe esta que agora é sujeito e não passiva ao que lhe acontece e a sua filha, deslocando também Dorothy para este lugar, de sujeito de suas ações, responsável por seus atos e dando voz a seus desejos. Desejos estes que finalmente ganharam lugar e remetente, partindo-se então para o encontro com os limites, com o princípio da realidade, para que Dorothy possa compartilhar deste mundo.

Dorothy pode agora desejar estar em outros lugares, pois seu lugar está sendo construído, ganhando forma. Foi preciso que o meu desejo e de sua mãe estivessem voltados a Dorothy para que o seu pudesse advir. Seu desejo agora é seu, e não o da equipe ou de sua mãe. O trabalho clínico nas psicoses consiste em um investimento, uma aposta no usuário, possibilitando que construa sua história e assim sua condição de sujeito. Reconhecer e aceitar sua condição particular com que os ditos loucos portam-se socialmente, o sofrimento que expressam e sua relação com a falta de arrimo na cultura é uma das vias para se modificar o trato com a loucura, e assim atualizar a proposta da Reforma Psiquiátrica na clínica do cotidiano. Apostar que da loucura pode advir um sujeito desejante, de direitos e saberes é abandonar a negativa produzida pela exclusão. É modificar a relação com a loucura. Laço social implica em reconhecer uma alteridade, um diferente, um outro sujeito. Na psicose há um apagamento do outro enquanto diferente, o psicótico não é sequer visto, não há laço social. Trazer Dorothy e Ema para a discussão do projeto terapêutico, aproximar-me de seus

territórios e vínculos, proporcionar um espaço em que cada um possa tomar o lugar de seu desejo é resgatar o valor de suas falas, reconhecer suas diferenças e instituir o laço social que havia se quebrado.

O trabalho intersetorial e de construção de redes é propiciar vias de acesso à produção de novas significações e maneiras de se inscrever na sociedade, transformar seus laços sociais.

A proposta das visitas, de minha aproximação de Dorothy e seu mundo foi a de resgatar a menina de seu começo de enclausuramento, utilizando o espaço social como dispositivo para essa terapêutica. A clínica fora do CAPS a que me propus fazer buscava encontrar uma outra Dorothy: não aquela Dorothy ensimesmada, alienada e incapaz de estabelecer conexões com o que a cercava no CAPS, mas a criativa, inovadora, desejante e potente.

A psicose não está inscrita no social, é deixada de lado, debaixo do tapete, cabe então a sua clínica, superar esta fronteira entre o social e o louco. Deve-se investir na inserção social mais além da vida privada, trazendo novas redes, novas possibilidades de ser. Assim, o trabalho intersetorial e a construção de redes abandonam aqui seu caráter político, e adquirem também o terapêutico, tornando-se dispositivos que tratam e que alteram o laço social com a loucura.

A estrada de tijolos amarelos começou a ser pavimentada com as visitas a Dorothy, ganhou braços que chegam a outros lugares, diferentes direções. Cabe a nós ajudá-la a percorrê-la.

### *...O patinho feio.*

Atuar como psicóloga aprimoranda em um serviço substitutivo ao modelo asilar e sendo este peculiar lugar essencial para as reflexões dispostas neste trabalho, cabe também trazer sobre o aprimoramento e a minha função assim exercida ali.

Questões disparadas por estar num outro lugar, podendo oscilar entre duas posições sendo profissional diplomada mas ainda em formação, poder olhar uma instituição de fora e de dentro, podendo aproximar-me para ver seus detalhes ou afastar-me para garantir uma visão panorâmica. Ser o estranho no ninho, um patinho feio que mostra suas penas negras, mas que também pode trazer e mostrar sua beleza.

Ser aprimoranda é estar sempre vivendo contradições: ser um profissional formado em formação; inserir-se na equipe mas não ser apenas mais um, não cair na homogeneidade que estar em grupo pode trazer e garantir que a sua singularidade possa aparecer. Ser aprimorando é poder perguntar, assumir que não se sabe e precisa-se de ajuda, mas é também trazer o que se sabe para contribuição. É provocar com o estranhamento do novo, é aprender compartilhando cada dia com aquela equipe e com cada usuário, lidar com o inesperado assustador e o de sempre da loucura. É buscar incorporar e construir novas práticas e é buscar a nossa prática, única, singular.

Estar no CEVI foi poder ter o gosto doce e amargo da clínica. Foi um conflito de sentimentos, identificando-se com os usuários, como uma criança que está por crescer, que quer uma direção, mas que como adulta, algumas já foram tomadas e também de estar sendo um pouco assistida por esta equipe tão feminina e maternal. Foi sentir um chão como apoio mas perdendo-o no momento seguinte. Estar com Dorothy, cuidando dela, traçando e construindo condutas das quais nunca tinha pensado em tomar foi amedrontador, e sendo isso também novo a esta equipe a solidão e o medo tornaram-se sempre presentes. Sentia-me sozinha, sem ter um lugar para falar de Dorothy, talvez porque ela não tinha lugar ou será que era eu que não o possuía? Muitas vezes, sentia que a loucura era minha em propôr algumas condutas, ter algumas falas, dar ouvidos a esta mãe, que tanto me advertiam a não confiar e a Dorothy, uma criança perdida, uma criança louca. Muitas vezes o sentimento de impotência começava a tomar conta de mim diante das dificuldades que apareciam não somente quando experimentava este novo, mas quando o cotidiano do serviço e da equipe se apresentava, com seu amplo território, os limites do transporte de apoio e também até de encontrar parceiros dispostos a reservar um lugar a esta menina que nunca teve um.

Já terminado este percurso, já percorrido um longo caminho em minha estrada de tijolos amarelos, levo do CEVI a importância do trabalho intersetorial, de buscar cada vínculo por mínimo que seja e no lugar que estiver colocado, dar escuta a estes meninos e meninas que sabem sim dizer sobre si. Não somente dar voz a quem não fala, é importante que se escute o que cada um está dizendo. Levo a importância de se trazer a família para o tratamento, como parceiros, como sujeitos que têm a contribuir para nosso trabalho com um outro saber, não aquele ensinado nas universidades ou que se fazendo um estágio se adquire, mas aquele do dia-a-dia, aquele do lugar de mãe e pai desta criança. Levo a necessidade de se trabalhar os limites, não só em dá-los às crianças, mas principalmente em reconhecer os meus, os de minha clínica, os de minhas ações, sair da onipotência de achar que posso tudo e da impotência que me encontro em não poder fazer nada e buscar parceiros para garantir a potência do cuidado.

## Referências Bibliográficas

BASAGLIA, F. A. As instituições da violência. In: Estudos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica; organização de Paulo Amarante. Rio de Janeiro; Garamond; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.”. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, Florianita C. B. O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Campinas. 2000. UNICAMP.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. Betim, 2002.

ELIA, L. I. O CAPS e a Reforma Psiquiátrica. In: A rede da atenção na Saúde Mental – Articulações entre CAPS e Ambulatórios. Organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental; Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

FILHO, Nilson G. V. e Nóbrega, Sheva M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Natal, Estudos de Psicologia, vol. 9, nº 2; 004.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo; Perspectiva; 2007.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 1974.