

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas – FCM
Departamento de Medicina Preventiva e Social – DMPS

**Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento
Profissional – Saúde Mental em Saúde Pública**

A minha vivência em uma equipe de Saúde Mental que
lida com Adolescentes em situações de Vulnerabilidade e
Risco.

Débora Estela Massarente Pereira

Supervisores: Rosana Onocko

Alberto G. Dias

Fevereiro, 2010.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus pais, que sem os quais não poderia estar aqui.

Agradeço a minha família e amigos que sem os quais não poderia ser hoje quem sou, pois foi com eles que me tornei o que sou. Àquelas pessoas especiais, Tiago, Mariana, Du, Le e Ani sempre disponíveis a me escutar, apoiar e me fazer rir, porque não?

Agradeço ao bom senso que proporcionou que a educação, a saúde e a política se unissem e proporcionassem a profissionais como eu a possibilidade de se aprimorar.

Aos colegas de aprimoramento com quem pude dividir momentos, impressões, angústias, alegrias, num círculo de amizade e confiança.

Agradeço ao Alberto G. Dias, vulgo Tato, que nos deu suporte, apoio com sua presença, conhecimento e disponibilidade; aos professores, especialmente Gastão e Solange, pelos ensinamentos os quais podemos encontrar nos livros e aqueles os quais não podemos encontrar: ética, respeito, humildade; e principalmente à Rosana pela ética, disponibilidade em ensinar e surpreender com sua maneira de sempre enxergar o lado avesso do avesso e nos mostrar novas formas de compreender e agir.

Agradeço especialmente à equipe do CRAISA, dos que ficaram aos que já saíram, pelo respeito ao meu tempo e meu agir, pela disponibilidade em estar comigo, pela disponibilidade em me deixar ser e estar, pelo profissionalismo, pelos ensinamentos, pela sensibilidade, amizade, risadas, crises, críticas e companheirismo.

Agradeço aos adolescentes do CRAISA, principalmente aos que passaram pelos meus cuidados como terapeuta, pela confiança, disponibilidade, carinho e empatia que compartilhamos juntos.

*Que a força do medo que tenho
Não me impeça de ver o que anseio
Que a morte de tudo em que acredito
Não me tape os ouvidos e a boca
Porque metade de mim é o que eu grito
Mas a outra metade é silêncio.*

*Que não seja preciso mais do que uma simples alegria
Pra me fazer aquietar o espírito
E que o teu silêncio me fale cada vez mais
Porque metade de mim é abrigo
Mas a outra metade é cansaço.*

*E que a minha loucura seja perdoada
Porque metade de mim é amor
E a outra metade também.*

Metade – O. Montenegro.

RESUMO:

A partir de um contexto de aprimoramento profissional e da vivência em uma equipe de Saúde Mental (SM) que lida com adolescentes em situações de vulnerabilidade e risco, pretendi com este trabalho esclarecer algumas questões de âmbito político municipal, institucional, social e profissional que interferem nas ações de uma equipe de SM inserida na Saúde Coletiva. Desenvolvo meu trabalho discutindo sobre a concepção de adolescência que acredito ser predominante na Saúde Coletiva, o trabalho com adolescentes em situação de vulnerabilidades e riscos, e momentos de crise e transformação que vivenciei na equipe em que estive inserida, e o que é ser uma equipe de Saúde Mental inserida no contexto do SUS. Ressalto elementos na equipe tais como trabalho em equipe, disposição profissional, gestão; dispositivos fora dela como gestão/apoio, recursos; e ainda a situação social, e clientela como elementos que favorecem ou não ações da equipe enquanto grupo e também na clínica. Ao fim, avalio que estive inserida numa equipe potente, pois diante de problemas ela é ativa e se implica na tarefa proposta. Pela vivência de experiências diversas e intensas considero, portanto, ter participado sim de um aprimoramento profissional, um aprimoramento dos meus conhecimentos, da forma de agir profissionalmente, da forma de lidar com acontecimentos.

Palavras-chave: adolescência, equipe de saúde mental, situações de vulnerabilidade e riscos, Saúde Coletiva.

Sumário

-Introdução.....	01
-O Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente (CRAISA).....	02
-O trabalho com adolescentes.....	03
-O trabalho com adolescentes em situações de extrema vulnerabilidade e risco.....	04
-Primeiro momento.....	07
- Equipes de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde Brasileiro.....	10
-Segundo momento.....	15
-Terceiro momento.....	17
-O que estes aspectos contribuíram para o meu aprimoramento profissional.....	20
-Conclusão.....	21
-Bibliografia e Referências Bibliográficas.....	23

O intuito deste trabalho é falar da experiência em e de uma equipe de saúde mental. O trabalho sofrerá o viés de um olhar diferenciado... Um olhar de quem não está fora do serviço ou da equipe, mas de quem tem uma vivência dentro da equipe refletindo sobre ela fora dali...

O tema deste trabalho estava claro para mim desde o começo do meu aprimoramento. Entrei para esta equipe num momento de revisão da clínica, da política, do modelo de atenção, das atividades. Diante dos momentos vividos com esta equipe, e do impacto que teve em mim como profissional e aprimoranda, o objeto deste meu trabalho se delineou. Porém, ele se transformou também. Por três vezes, em diferentes momentos deste ano de aprimoramento escrevi sobre minha vivência nesta equipe.

Em um primeiro momento, ainda no primeiro semestre de 2009, o que me chamava a atenção era a situação desconfortável na qual os profissionais se encontravam no questionamento de suas práticas e da política de atenção à saúde mental do adolescente do município. Apesar de achar este movimento de revisão de ações saudável, ele trazia angústias. Era um momento de movimento, de ação, mas também de crise no qual a equipe parecia presa na pré-tarefa¹.

Um segundo momento se deu, quando escrevi o projeto deste trabalho de conclusão. Em uma noite sentei, e delineei os tópicos para este trabalho. Foi simples e fácil. O movimento da equipe ainda era meu foco, e eu coloquei em análise, também, os aspectos que o influenciavam. Este momento era de dúvidas. A tarefa² teve início, a equipe bancou as mudanças, mas estas ainda não tinham começado efetivamente e por isso havia um sentimento de insegurança.

Então me vi num outro momento com a equipe. Tive férias, e fiquei afastada do cotidiano do serviço. Quando voltei, o movimento já era o de instituir novas práticas, articular com os distritos as mudanças, receber novos profissionais, ou seja, executar a tarefa. Por isso, muitos dos aspectos que tinha pensado em discutir neste trabalho, hoje parecem não caber mais. Não porque não aconteceram ou não tiveram importância, mas porque eles se dissolveram, foram internalizados nas ações atuais da equipe.

Assim, por fim, neste trabalho abordarei os aspectos importantes da minha vivência nestes três momentos. Aspectos estes que me levaram a muitos momentos de reflexão, e

¹ O conceito de 'pré-tarefa' utilizado neste trabalho foi desenvolvido por Pichon-Rivière. A pré-tarefa é caracterizada pelo medo do novo, do não-saber ou da discriminação diante de uma 'tarefa' a ser realizada. Pichon-Rivière reconhece um sentimento de ansiedade confusional nesta fase, que é considerada de aprendizagem.

² O conceito de 'tarefa' utilizado neste trabalho também foi desenvolvido por Pichon-Rivière. A 'tarefa' consiste em resolver as situações estereotipadas e dilemáticas que surgem da intensificação das ansiedades surgidas em situações de aprendizagem.

foram marcantes para o meu aprimoramento profissional. Esta tarefa fica um pouco difícil para mim, pois foi um ano de experiências e aprendizados intensos, portanto as palavras não serão suficientes para descrever e nem comentá-los plenamente, mas possibilita o início de uma discussão de como podemos nos reciclar, aprimorar, e melhor atuar como equipe.

O presente trabalho então, será apresentado tendo como referencial estes três momentos. Porém, antes, contextualizarei onde foi feito o campo prático do meu aprimoramento profissional e falarei um pouco da clientela da qual o serviço era referência.

O Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente (CRAISA)

Descreverei inicialmente o serviço na época em que iniciei meu trabalho e no qual passei a maior parte do aprimoramento atuando. Houve mudanças no CRAISA ao longo do ano até chegar na situação atual em que se encontra.

O CRAISA era um serviço de referência em Saúde Mental para adolescentes entre 10 e 18 anos, em sofrimento psíquico e com alto grau de vulnerabilidade e risco. Esse centro de referência fazia parte da rede municipal de saúde que conta com 62 Centros de Saúde (CSs), sendo que, dentre estes, cerca de 1/3 contam com equipe de Saúde Mental (SMSC, 2010).

A atuação do CRAISA contemplava, a partir da compreensão das necessidades apontadas pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS): ações de matriciamento enquanto manejo para o acompanhamento implicado em conjunto com as Equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com as Equipes de Saúde Mental quando houvesse; ações de promoção em saúde junto aos territórios de cada UBS, contribuindo com o núcleo de saber da atenção ao adolescente; e ações de assistência interna do próprio serviço.

As ações de matriciamento eram dirigidas para as Equipes de Saúde da Família, para Equipes de Saúde Mental dos CSs e para projetos e serviços de outras secretarias e ONGs que estivessem envolvidos com o cuidado desta clientela.

As ações de assistência interna dirigiam-se aos adolescentes e suas famílias levando-se em conta a complexidade de cada caso sob o enfoque da clínica ampliada e da atenção integral na rede de saúde, com a intensidade demandada pelo Projeto Terapêutico Singular.

A equipe do CRAISA era constituída por: psicólogos, terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira, 1 psiquiatra, 1 pediatra e 1 coordenadora. A equipe estava dividida em 5 mini-equipes de referência de forma a contemplar a lógica matricial aos 5 Distritos de saúde existentes no município. A

programação da atividade da mini-equipe se dava em conjunto com o Distrito a que estivesse ligada. A proposta de trabalho do CRAISA, portanto, vinha de encontro à necessidade de ampliação no âmbito de atuação em Saúde Mental que reconhece a necessidade de levar o cuidado mais próximo ao território e às famílias.

As principais causas de encaminhamentos eram: uso de substâncias psicoativas; conflitos familiares; transtornos emocionais; vulnerabilidades sociais; evasão escolar; tentativas de suicídio. Além destas, o perfil da clientela era relacionado a atos infracionais/cumprimento de medidas sócio-educativas; situação de rua; exploração sexual e violência doméstica.

O trabalho com adolescentes

“... (a) adolescência, enquanto experiência humana, parte de um processo que não tem um sentido único, não é homogêneo, nem tampouco linear e, muito menos, com um único significado, pois é dependente das condições materiais/objetivas e subjetivas de existência de sujeitos reais (p. 55, Peres, 1998).

No convívio com profissionais da rede da área da saúde pude perceber o quanto é difícil e até um pouco assustador imaginar-se trabalhando com adolescentes. Ouvi por diversas vezes comentários de que adolescentes são “chatos”, “insuportáveis”, entre outros. Isto que me fez pensar em qual seria a concepção de adolescência para profissionais em geral da rede de saúde (não incluindo os profissionais do serviço em questão).

Em um trabalho sobre a concepção de adolescência na área da saúde pública, Peres (1998) afirma que a visão predominante é a biomédica. Utilizando um paradigma biomédico para descrever a adolescência, temos que esta se caracteriza por transformações biológicas, ligadas à puberdade, que transcendem às esferas psicológica e social em direção à maturidade bio-psico-social; constitui um período "crítico," crucial na vida dos indivíduos, por se tratar de momento de definições de "identidade" - sexual, profissional, de valores, etc., que gera "crises" que beiram ao patológico, chegando a merecer, por parte de determinados autores da área da "psi", a caracterização de um quadro "típico" da adolescência, como inerente a ela, conhecido como "síndrome da adolescência normal". O adolescente é entendido como todo indivíduo que se encontra na faixa etária de dez a vinte anos, que necessariamente passa pelas crises descritas em busca da maturidade ou da "identidade", usando as palavras dos autores desta vertente (Peres, 1998).

Logo, penso que esta concepção de “crise”, período “crítico” é o que está por trás deste sentimento de repulsa à adolescência. Por diversas vezes, perguntei a estes profissionais o que eles achavam de tão complicado na adolescência, e, ouvi de alguns que este sentimento talvez estivesse relacionado à própria adolescência vivida. Ou seja, para estes profissionais, as suas próprias experiências como adolescentes foram críticas.

Reconhecer, pois, que o sujeito não é neutro ao estudar questões que dizem respeito à vida/existência humana, e neste caso, lidar com a Adolescência significa assumir concretamente a necessidade de nos expor sabendo, de antemão, que o nosso olhar face ao nosso objeto estará marcado pelo significado de nossa experiência vivida e refletida (Peres, 1998).

A questão da adolescência, portanto, é um tanto mobilizadora para quem lida com ela. Assim, se se trata de um período crítico para todos, o que faz alguns profissionais estarem mais disponíveis em lidar com esta clientela? Não tenho resposta para esta pergunta. Mas reflito um pouco sobre as características que pude encontrar nesta equipe de saúde mental.

Algumas vezes a equipe recebeu críticas por ter “se comportado como adolescentes”. Sobre isto, o autor Bleger (1989) teoriza, analisando que qualquer organização tem tendência a manter a mesma estrutura do problema que tenta enfrentar e em função do qual foi criada. “A instituição sofre daquilo que pretende tratar”. Ao refletir sobre esta crítica pensei em que aspectos a equipe se aproxima da adolescência, e cheguei a alguns: são questionadores, críticos, criativos. Pude até viver algumas crises junto com esta equipe: “crises de identidade” – o que somos, para onde estamos indo, o que queremos ser? Por diversas vezes nós nos sentimos perseguidos e abandonados. Não quero com esta análise rotular, nem dizer que este é o movimento da equipe. Mas é interessante notar os elementos que aproximam a instituição de sua clientela.

Se eu estiver correta nesta análise, esta equipe se beneficia, portanto, deste movimento. Uma equipe que está todo o tempo questionando, tanto a si própria, quanto as instituições com as quais lidam, acaba por provocar mudanças. O tempo todo ela se revê, e portanto, se aperfeiçoa. Ao questionar, não permite acomodações.

O trabalho com adolescentes em situações de extrema vulnerabilidade e risco

Além do exposto acima, há mais uma característica da clientela com a qual o serviço lida que são as situações de vulnerabilidade e risco em que estes adolescentes se encontram.

A vivência de situações adversas desencadeia nos indivíduos diferentes respostas, algumas adaptativas, outras que os expõe a riscos ainda maiores. O comportamento dos sujeitos perante esses eventos depende de sua vulnerabilidade. Este conceito pode ser definido como uma predisposição para o desenvolvimento de disfunções psicológicas ou de respostas pouco adequadas à ocasião (Zimmerman & Arunkumar, 1994, apud Reppold, Pacheco, Bardagi, & Hutz, 2002) Trata-se de um atributo pessoal que opera somente quando um risco está presente portanto refere-se a uma variável individual, ao passo que o risco é uma dimensão mais abrangente, a qual envolve o ambiente em que o indivíduo está inserido (Hutz et. al, 2002).

Fatores de risco são condições ou variáveis que estão associadas a uma alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis. Dentre estes, incluem-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo (Jessor, Van Den Boss, Vanderryn, Costa & Turbin, 1995, apud Hutz et. al, 2002).

Um dos fatores de risco para o desenvolvimento psicológico e social é o baixo nível sócio econômico (Hutz, Koller, & Bandeira, 1996; Hutz & Koller, 1997; Lytton, 1990, apud Hutz et. al, 2002). Dentre outras situações que caracterizam famílias pobres e que operam como fatores de alto risco, podemos citar: baixa remuneração parental, baixa escolaridade, hostilidade e negligência parental, famílias numerosas e ausência de um dos pais (Hutz, Koller, & Bandeira, 1996, apud Hutz et. al, 2002).

Além destes, Sierra & Mesquita (2006) citam outros tipos de riscos: os inerentes à dinâmica familiar que são os problemas relacionados ao alcoolismo, aos conflitos entre casais que fazem da criança a testemunha de ofensas e agressões; enfim, toda forma de violência doméstica, traumas, abusos sexuais, carências afetivas, etc.; os riscos relacionados ao lugar de moradia: a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança, a proximidade a localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas; os riscos relacionados à forma de repressão policial às atividades do tráfico de drogas e a violência urbana; os riscos à saúde: compreende a ausência de um trabalho de prevenção e o acesso ao atendimento médico e hospitalar; os riscos do trabalho infantil: muitas são as crianças exploradas até pela própria família, trabalhando na informalidade; o risco da exploração da prostituição infantil: crianças provenientes de famílias pobres que se prostituem por dinheiro.

Posso perceber qual o impacto do quadro de vulnerabilidades e riscos nos quais nos deparamos dia-a-dia no CRAISA. Na maioria dos casos, muitos destes fatores de riscos estão juntos. E é muito comum este quadro ser na realidade uma repetição na família, ou seja,

muitas vezes os pais ou familiares destes adolescentes se desenvolveram em situações muito semelhantes, o que, acredito eu, aumenta ainda mais a vulnerabilidade. Muitos familiares, na discussão dos casos, alegam não saber como lidar com seus filhos, sobrinhos e netos, uma vez que eles próprios não tiveram condições para um desenvolvimento psicossocial e emocional saudável e, portanto realmente não sabem a melhor forma de educar e demonstrar afetividade.

Muitos dos adolescentes atendidos no CRAISA vivem neste contexto familiar deteriorado, pouco afetivo e amistoso, num contexto social difícil em relação à pobreza, às relações na vizinhança, à proximidade a localização de pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas, poucas ofertas educativas, culturais.... Enfim, esta situação me deixava muitas vezes paralisada, sem enxergar formas diferentes de agir. É um problema que vai muito além da saúde, é um problema de políticas públicas para a garantia de direito humanos. Vai muito além também, da minha imaginada onipotência profissional. Entrar em contato com todas estas carências e riscos já é angustiante por si só. É diferente falar sobre problemas e vivenciá-los junto com o usuário.

As políticas públicas de assistência e saúde são insuficientes. Na assistência (e na saúde também) o entendimento e discussão dos casos muitas vezes é difícil, e os serviços com os quais deveríamos contar têm falta de profissionais, falta de leitos, etc. As ONGs, no caso da assistência, aqui ganham espaço. No caso da saúde, temos que contar com os serviços destinados para os adultos.

Acompanhando este quadro de vulnerabilidades e riscos, o CRAISA atende então muitos adolescentes usuários de substâncias psicoativas que é a maior causa de encaminhamentos ao serviço.

Sobre a situação dos usuários de SPA no município, o que encontramos é mais desassistência. Uma matéria no site da PUC- Campinas revela (Medeiros, 2009):

“(…) Outro problema registrado em Campinas é a falta de uma clínica específica para a recuperação de viciadas. O acompanhamento é realizado no Centro de Referência de Atenção Integral a Saúde do Adolescente (Craisa), que não oferece internação. “Em casos mais graves, de dependência, fazemos o encaminhamento para hospitais da cidade, como a Unicamp e a PUC-Campinas. A eficácia destes centros de internação é questionável. Os jovens, às vezes, ficam isolados por vários meses e depois retomam o uso de drogas. O que fazemos no Craisa é o monitoramento desses jovens. Procuramos fazer o acompanhamento psicológico e médico sem tirar a pessoa do seu convívio social. É um trabalho que envolve também a família”, explica o médico psiquiatra da Secretaria de Saúde, Deivisson Viana. “O grande problema está com as garotas de rua, que não têm para onde ir depois da saída da internação”, completa. O Conselho Tutelar já encaminhou um ofício à Vara da Infância e Juventude relatando o problema.

NÚMEROS

173 adolescentes são monitorados pelo Craisa, em Campinas. O centro funciona há um ano.

11% dos adolescentes do Brasil têm algum tipo de envolvimento com as drogas. Campinas mantém a média. A estatística é do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid).”

Sem questionar as informações deste relato, esta é uma situação concreta da realidade que mostra que não há respaldo suficiente na rede para a população adolescente usuária de substância psicoativa.

Sobre esta situação desafiadora, a citação de Cunha & Dantas (2008): “O desafio, ao se deparar com situações paralisantes de qualquer ordem, é poder lidar com elas.” (p.52). Este foi um desafio enfrentado por mim neste ano. Foram necessárias supervisões e principalmente o apoio e experiência dos colegas profissionais para me ajudar a lidar com tais situações.

Primeiro momento:

Posso me recordar dos questionamentos que fazia quando cheguei ao serviço. Via profissionais com capacidade técnica acima da média, criatividade, profissionalismo, porém muitas vezes um serviço vazio, sem muitos adolescentes, parecia que não havia muita demanda. Mas também pude perceber esgotamento dos profissionais e um refúgio na sala de equipe... mas de que?!

A equipe que está atuando há mais tempo na rede de saúde já conhece a clientela, já presenciou muitos prognósticos, viveu formas de atuar e organizar que deram certo ou não. Já trabalhou com e na rede, já conhece os problemas e as dificuldades. Assim, é comum se acostumar com alguns obstáculos, facilidades e dificuldades, e aprender formas de lidar com isso. Logo, uma forma de atuar se institui.

Acredito que seja importante saber um pouco da história deste serviço para o entendimento deste primeiro momento:

Em cumprimento à Constituição de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Saúde do Adolescente e apresentou suas bases programáticas com a finalidade de integrar, apoiar e incentivar a implantação do Programa no território nacional.

Atendendo a estas diretrizes, foi inaugurado em 18/07/88, através do SUDS, o primeiro Serviço de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (SAISA) da cidade de Campinas- SP, composto por uma equipe interdisciplinar, que foi capacitada pela própria Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (EESC, 2001).

Promovido em 1995 a Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente (CRAISA) de Campinas, o serviço ampliou as suas atividades educativas e de promoção de saúde, com atendimento médico, psicológico, ginecológico e de enfermagem (EESC, 2001). Nesta época, as suas atividades seguiam um modelo mais ambulatorial. Além destes momentos, o serviço viveu, também, a experiência de CAPS II Ad, e depois, ainda, reviveram uma experiência de centro de referência, mas agora com uma ênfase maior no matriciamento, além das atividades de prevenção e atenção anteriores. Era nesse momento que a equipe se encontrava quando entrei no serviço.

Toda esta história foi acompanhada pela rede de saúde e assistência do município. E apesar das mudanças, inclusive de modelo, o serviço foi considerado sempre o mesmo. E o que aconteceu nestes 21 anos acompanhou a equipe e construiu uma visão da rede sobre o serviço. Foram muitas transformações, mas, também, muita coisa não mudou e não muda no cenário da política de saúde e nas tentativas de mudança do serviço.

Nesse momento, a equipe estava num processo de avaliação de suas ações. A incumbência deles era articular e matricular a rede na assistência à saúde de adolescentes, realizar ações de promoção de saúde e assistência em saúde mental. O que a equipe se questionava era acerca da atenção que eles ofereciam internamente e das ações que realizavam externamente. Foram diferentes experiências de matriciamento de diferentes mini-equipes, mas um sentimento geral de falta em relação a serviços de assistência a saúde mental, e também de uma atenção insuficiente no próprio serviço.

Sobre a rede de assistência à saúde, me chamou a atenção a discussão a respeito da atenção básica nos fóruns da criança e do adolescente. Onocko Campos & Gama (2008), afirmam que uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente à Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde. Todavia, os autores discutem uma série de fatores que dificultam o acolhimento e tratamento deste tipo de usuário, tais como: falta de diretrizes do Ministério da Saúde, falta de preparo técnico profissional, precárias condições de trabalho, falta de investimento dos gestores, e outros. Neste mesmo texto, os autores falam da relação estatística entre o baixo nível socioeconômico e o aumento de problemas mentais, além de que as adversidades duradouras e repetidas são prejudiciais para o desenvolvimento infantil. Como já discutido anteriormente, esta é a realidade da maioria dos usuários atendidos no CRAISA.

Além deste problema identificado na Atenção Básica em relação à saúde mental, a questão da adolescência mais uma vez fica em destaque. Em reuniões da rede de criança e adolescência pude perceber o quanto esta questão é complicada para esta rede. Médicos

diziam que quem deveria atender os adolescentes são os pediatras, já os pediatras, alegavam que só sabiam atender crianças. Um exemplo de um pediatra: como chego num adolescente barbado, cheio de tatuagens e falo com ele como falo com uma criança? Tira a “cuequinha”, vamos dar uma olhada neste pipi.... Então, alegavam que quem deveria atendê-los seriam os clínicos de adultos. ... o fato é que atender adolescentes é difícil para muitos profissionais. Lidar com adolescentes é difícil para muitos adultos.

Ao escrever inicialmente sobre este tópico falei de um sentimento de angústia e que a equipe parecia estar presa na pré-tarefa. Eu avalio este sentimento como uma consequência do processo de avaliação que havia se desencadeado. A equipe tinha uma proposta de trabalho a ser cumprida e estava empenhada nesta tarefa. Ao final de um ano veio a auto-avaliação e o resultado desta avaliação foi desfavorável à proposta. : avaliava-se a necessidade de reverem suas práticas e qual seria o foco delas. Com certeza, quando aquele modelo foi proposto acreditava-se em sua efetividade e alcance. Eles avaliavam, também, que a falha não estava só no modelo, mas também no respaldo político e na rede com os quais tinham de construir parceria.

Acredito que isto por si só já causa angústia, uma vez que a aposta que eles fizeram no modelo de atenção e em seus parceiros não se mostrou efetiva para os resultados esperados. Admitir que a proposta não se desenvolveu da forma como imaginavam e que talvez eles tivessem que retomar a discussão quanto à assistência, por exemplo, poderia ser visto como um passo para trás.

Penso, também, que este é um dos grandes motivos para a equipe ficar um bom tempo na pré-tarefa, afinal eles tinham uma tarefa difícil: rever suas atividades/ações, propor novas ações, ou a retomada de algumas, e responder para toda uma rede que esperava algo deste novo modelo, que este não deu certo e que deveriam propor uma nova configuração do serviço, DE NOVO... Por isso afirmo que esta tarefa era difícil, não seria nem a primeira, nem a segunda, nem a terceira vez que este serviço teria de ser revisto e serem propostas novas formas de atuação.

Neste momento, a equipe passava, também, por um processo delicado quanto a sua gestão. A coordenação estava em processo de saída do serviço, e a equipe ficou por algum tempo desassistida.

Além disto, usando os conceitos de Pichon-Rivière (1980), diante de toda tarefa há dois medos básicos: o da perda e do ataque. Na mudança, há sempre uma perda, e o sentimento de falta de instrumental na nova situação ‘gera’ medo do ataque. Um ataque às bases já fragilizadas com a perda. Era preciso então superar os medos, e dar início à tarefa.

Mas, em minha avaliação, como já disse anteriormente, esta auto-avaliação e o movimento de rever as práticas é algo saudável e é disso que se trata a Saúde Mental. Na Saúde Pública, é comum encontrarmos ações que se resumem à questão técnica de procedimentos de saúde (Onocko Campos & Gama, 2008). Ações exclusivamente tecnicistas tendem a banalizar e não incluir as condições complexas de vida dos sujeitos, realizando assim análises pouco profundas e que não levam em conta a identidade e a subjetividade dos sujeitos. Por isso, a auto-avaliação e as mudanças em busca de uma melhor clínica, uma clínica que seja do sujeito e sua subjetividade é por mim considerada positiva. A equipe não engessa suas práticas e está sempre em busca de ações que contemplem a necessidade do sujeito.

Estes aspectos discutidos me fizeram entender melhor o movimento da equipe. Mas existem outros aspectos discutidos ao longo deste ano de estudos sobre a Saúde Coletiva, que me fazem refletir sobre o ser e estar de uma equipe de saúde mental do SUS, e que contribuem para o meu entendimento deste processo.

- Equipes de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Meu aprimoramento profissional foi em Saúde Mental em Saúde Coletiva. Por isso, em diversos momentos discutimos dispositivos da clínica em Saúde Coletiva, que facilitariam ou não as dificuldades encontradas no dia-a-dia deste tipo de trabalho. A equipe do CRAISA era uma equipe de saúde mental atuante no SUS, por isso a importância de discutir aqui alguns pontos abordados neste ano de estudos e formação.

Sobre isso ainda posso me lembrar de uma aula com o professor Gastão, em que nós, aprimorandos, recém inseridos na Saúde Coletiva já estávamos reclamando e questionando o porquê as coisas acontecem da forma como acontecem no SUS. O contexto era um trabalho em que tínhamos que discutir como produzir autonomia nos sujeitos. Neste encontro com os colegas, o que fizemos foi reclamar e questionar... Sentimos que quando estamos neste contexto de SUS, é como se nadássemos contra a correnteza, é como se fôssemos contra o movimento da sociedade. A população usuária do SUS, em sua maioria, não escolhe este tipo de atenção (pública), mas é o que eles têm disponível para cuidar de sua saúde.

Nesta oportunidade, identificamos problemas nas teorias que deixam a desejar devido ao fato de a maioria dos teóricos não vivenciarem o dia-a-dia. Além disso, identificamos problemas no acúmulo de demanda; na falta de tempo para troca de informações e de implementar idéias que demandam tempo e esforço, e subsequente estresse; na falta de

profissionais; afastamentos por problemas de saúde causados pelo trabalho; na falta que um funcionário causa na equipe que já está no limite; discutimos inclusive o desejo declarado de muitos profissionais de adoecer para poder se afastar do estresse causado no trabalho. Também avaliamos que profissionais SUS “vão contra a maré”. As condições de trabalho não são as melhores, há no imaginário da população a concepção de que “funcionário público é vagabundo” e que o serviço é de má qualidade.

E sobre o tópico do trabalho que era a produção de autonomia? Como produzir autonomia num sujeito quando o país como um todo é faltante com a população? Se o trabalhador não tem autonomia, como produzimos autonomia? Para a produção de autonomia é necessário um novo estilo de vida, mas como se o contexto social não muda e continua o mesmo? Faltam necessidades básicas, assistência, educação...

Na discussão, então, com o professor Gastão percebemos, que a autonomia total não existe. O que existe são coeficientes de autonomia. E é em vistas de coeficientes maiores que devemos trabalhar como na produção do auto-conhecimento, incentivar o controle social, oferecer ou ensinar atividades educativas e de auto-cuidado.

O que discutimos também é que “em geral, faz-se promoção e prevenção “sobre” os usuários e não “com” a participação ativa deles; ação sobre as pessoas e não com o envolvimento delas. (p.25, Campos, 2007(a))”. E por isso a necessidade de atentarmos para a co-produção de autonomia, e a participação dos sujeitos na construção dos projetos. Com isto, é possível, segundo Campos (ibid), aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos grupos de técnicos e da comunidade; diminuir a impotência diante de desafios considerados impossíveis; diminuir a cegueira de grupos diante da força do cotidiano; construir parcerias antes não imaginadas; e, principalmente, encontrar uma maneira de obrigar os técnicos a considerar os valores e a cultura da comunidade e uma forma de envolver as vítimas contra o contexto que as oprime.

Para os demais problemas, discutimos dispositivos importantes tais como: Equipe de Referência, atividades de matriciamento, realização da clínica ampliada e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares. Todos estes dispositivos correlatos do método Paidéia desenvolvido por Campos, e presentes na equipe do CRAISA.

Quanto ao dispositivo da equipe de referência, o funcionamento é descrito da seguinte forma pelo documento do Ministério da Saúde (2004):

“... cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a

realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade (...).” (Ministério da Saúde, 2004, p.9).

As Equipes de referência correspondem a um arranjo institucional como forma de organizar o serviço de saúde e o processo de trabalho. Tem como objetivo potencializar a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica, além de estimular o compromisso das equipes com a produção de saúde – co-responsabilização. Ainda citando o documento do Ministério da Saúde (2004), a equipe de referência contribui para:

“tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.” (Ministério da Saúde, 2004, p.7).

As discussões de Projeto Terapêutico Singular (PTS) são muito mais ricas e potentes nesse arranjo institucional. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (Ministério da Saúde, 2007).

Sendo assim, é perceptível a importância do arranjo da equipe para que possamos pensar de forma ampla no sujeito e não só na sua doença. Assim a equipe, e não apenas um profissional, se torna responsável pela atenção integral do sujeito, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos, quando necessário (Ministério da Saúde, 2004).

E esta é a concepção da Clínica Ampliada. Esta é entendida como a ampliação, em relação a clínica tradicional, do “objeto de trabalho” (doenças). Prevê-se investigar as situações de vulnerabilidade que produzem a doença. Além disso, a prática da clínica ampliada pressupõe a assunção de um compromisso com o sujeito doente, visto de forma singular, assumindo-se responsabilidades por ele, e reconhecendo os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2007).

A prática da clínica ampliada requer certa capacidade individual e coletiva que vai além da dimensão cognitiva e de protocolos científicos (Cunha & Dantas, 2008). É necessário aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes na relação profissional-usuário e profissional-

equipe. E esta é com certeza uma das principais aprendizagens neste um ano de prática profissional.

O apoio matricial é um arranjo complementar a Equipe de Referência (Ministério da Saúde, 2004), e tem por objetivo organizar a forma de contato entre as Equipes de Referência e as áreas especializadas.

Os dispositivos são próprios para lidar com a pluralidade da vida do sujeito, mas e quanto à equipe que utiliza estes dispositivos? Como não se envolver, como não julgar situações extremas como as vivenciadas nos serviços de saúde? Como deixar de fora afetos presentes em todas as nossas relações? Ou, melhor, como não deixar que eles afetem as relações profissionais? Exercício diário, de hoje até sempre... é necessário algo, então, para que se avalie constantemente o alcance destas propostas de trabalhar, para que elas não se tornem engessadas e não consigam alcançar o objetivo para o qual se propõem, que é a clínica do sujeito. Considero que aqui entra, então, a gestão e a figura de apoiador institucional.

É considerado papel dos gestores o apoio ao trabalho clínico dos profissionais (Cunha & Dantas, 2008). Para isso, é importante que o gestor esteja a par do processo da equipe e que tenha conhecimento sobre os afetos que circulam nele e que consiga adotar uma postura correta para ensinar também com sua atitude (Onocko Campos, 2007).

A organização produz ativa e estruturalmente dominação, alienação e controle (Onocko Campos, 2007). É necessário, então, trabalhar a gestão para que ela produza maiores graus de autonomia, criatividade e desalienação. Onocko Campos, neste mesmo artigo ressalta ainda outras questões. Ressalta que é necessário trabalhar a gestão para além da função conhecida do gerir, exercendo também a *função suporte*, a continência da equipe e a “voz da lei organizacional” (p.137). Para isso, a pessoa neste papel precisa ter certa segurança em si mesma para se suportar nesse lugar.

Além disso, é preciso olhar para o jogo transferencial inerente às relações humanas. É necessário que o profissional de saúde reconheça e saiba lidar tanto com seus afetos como com os de seus usuários (Cunha & Dantas, 2008). Para isso, um olhar externo a esta relação se faz importante e se torna fundamental a presença da figura do apoiador institucional capaz de analisar criticamente, porém sempre cuidando dos afetos envolvidos nas relações.

É fundamental levar em conta, também, os afetos envolvidos na outras relações institucionais, como as relações entre profissional e equipe, profissional e gestão, profissional e apoio. Sobre isso, Cunha & Dantas (2008) ressaltam:

“Não é tarefa simples para o grupo perceber como se misturam, uma insegurança pessoal na relação clínica, uma relação inamistosa entre dois membros da equipe, ou uma forte incorporação de uma norma organizacional, produzindo uma libido burocrático normativa. (p. 46)”

Mais uma vez, a importância da figura do apoiador institucional. A figura do supervisor externo, em geral, fica menos envolvida por disputas de poder ou com a circulação viciada de afeto em comparação com membros da equipe e gestor local (Campos, 2007(a)). Assim, o supervisor ajuda o grupo a enxergar e trabalhar impasses fundamentados nesta dinâmica.

Campos (2007(a)), ainda, discute alguns recursos metodológicos que podem ser proporcionados pela figura do supervisor que são úteis à função de apoio. Alguns destes eu pude vivenciar no CRAISA e foram de fundamental importância para a discussão e entendimento de afetos, da discussão acerca da gestão, e das tarefas e suas implicações. São estes os recursos: construção de *setting* que propicie interação entre sujeitos; instituição do hábito de avaliar os processos e as tarefas redefinindo-os conforme acordado; incluir as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimento em análise; coordenar, planejar, supervisionar e avaliar a finalidade das organizações, qualificar a ação institucional para o cumprimento de finalidades externas ao grupo, para a defesa e reconstrução da própria organização e para assegurar o desenvolvimento e a realização pessoal e profissional do grupo apoiado.

Sobre este último tópico, o mesmo autor, mas agora em outra obra (Campos, 2007(b)), discute o aspecto da satisfação e da implicação profissional no trabalho. Afirma que é necessário tentar combinar a obrigatoriedade de se trabalhar em função do interesse alheio com traços de autonomia dos Sujeitos Produtores, ou seja, uma ponte entre a obrigatória produção de Valores de Uso e os Desejos e Interesses dos Trabalhadores. E esta combinação deveria estar presente não só na avaliação do produto final, mas sim incluir todo o processo produtivo. “Um projeto não deveria ser avaliado apenas pelo resultado final, mas também pelos efeitos produzidos durante sua concepção e execução (p. 135, Campos, 2007)”.

Por fim, penso que para que se faça um bom trabalho e uma boa clínica na Saúde Coletiva, é necessário que se faça uma escolha por esta, uma escolha profissional. Requer que saibamos das dificuldades no geral que os trabalhadores do SUS enfrentam (falta de recursos financeiros e estruturais, remuneração aquém do trabalho prestado, etc.); requer que saibamos que estaremos trabalhando “na ponta”, com a população “SUS-dependente”, que é,

normalmente, quem não consegue ter acesso a atenção da saúde privada; e que trabalhando com esta população estaremos nos deparando no dia-a-dia com a pobreza, com a falta de políticas públicas, com o descaso tanto social quanto político... . Requer que saibamos que a nossa fé na nossa (oni)potência profissional, inerente a quase todos nós trabalhadores, será diariamente afrontada pela complexidade da vida e que conseqüentemente necessitamos de trabalho cooperativo e interdisciplinar para que possamos sentir-nos realizados no nosso trabalho. Acredito que outro fator que me encoraja a permanecer na Saúde Coletiva é o vínculo com os usuários, o reconhecimento deles pelo nosso trabalho.

Diante do discutido até o momento, o que se tinha era um quadro montado: um olhar para o serviço com resquícios do que já se foi e não existe mais, com mudanças, discussões, e mais mudanças, que muitas vezes eram vistas como um passo para trás, o medo de propor novas mudanças e não encontrar respostas mais uma vez, o sentimento de estar “patinando” (palavra muitas vezes usadas pela equipe) em alguns aspectos institucionais e da clínica, a falta da rede de atenção e da gestão. Apesar disso, uma composição de equipe muito interessante e rica, com garra, energia, capacitação, politicamente e clinicamente engajadas, o que não deixou que este “quadro” “ficasse na parede por muito tempo”...

Segundo momento:

Já explicitarei as dificuldades no trabalho que fazemos no CRAISA. São dificuldades estruturais, da rede, da própria clientela. Talvez estejam aí os motivos de momentos de descrença, desânimo, desgaste. O tempo todo é preciso acreditar no que se faz., sentir que fazemos, o que é possível ser feito e que isto faz alguma diferença, algum bem a quem atendemos e às suas famílias.

Durante o período em que estive no CRAISA, presenciei discussões política, clínica e cientificamente embasadas. Vi o desgaste dos profissionais ao não serem ouvidos em suas justificativas, mas que continuaram a apontar o que tinham convicção de ser melhor para a clínica, para o município. Assim, ouvi promessas de gestores e afirmações de apoio, muitas delas só foram feitas e nada de concreto ocorreu. . Porém, falamos do município de Campinas. Município diferenciado no Brasil quando o assunto é política pública de saúde. A cidade é composta por profissionais engajados e confiantes na proposta do SUS. Logo, a mudança veio.

Há ações de apoio ou de estrutura que faz com que se acredite numa clínica possível na Saúde Coletiva, como discutido no tópico anterior. Uma destas ações, e que foi um dos apoios mais importantes para que os profissionais continuassem no propósito da mudança, é o apoio que a própria equipe se dá. Quando as ações são da equipe e não de um profissional, há um sentimento de maior confiança, respaldo e força.

Apesar de algumas dificuldades, há um sentimento de apoio nas ações da equipe e na clínica que faz com que o profissional não esteja sozinho na maioria das vezes. Diante da responsabilidade de ser um serviço de saúde para adolescentes em situações de risco e vulnerabilidades, este apoio se faz importante.

É do trabalho em equipe que falo aqui. Cunha & Dantas (2008) afirmam que é necessária uma disposição dos profissionais para trabalhar em equipe e construir grupalidade para que a prática clínica se dê de forma ampliada. E esta disposição está presente nos profissionais do CRAISA.

Cunha & Dantas (2008) neste mesmo trabalho descrevem outras capacidades importantes para que se realize uma clínica ampliada e um bom trabalho em equipe, tais como: sensibilidade do profissional de saúde para buscar constantemente, nos encontros da clínica, uma percepção de si mesmo imerso em diversas forças e afetos (em permanente mudança); alguma disposição para buscar articular satisfatoriamente para cada situação singular, saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira com a tendência/tentação excludente e totalizante de muitos destes saberes; alguma disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos levando em conta as variáveis necessárias em cada momento; alguma capacidade para lidar com a relativa incerteza (e eventual tristeza) que estes desafios trazem.

Outro fator fundamental para a clínica e para a mudança, ao meu ver foi o dispositivo da gestão. Pude vivenciar na equipe posturas diferentes de gestão e apoio. O que já é fácil de entender teoricamente ficou muito claro na vivência destes processos de gestão. As características que considero que favorecem o processo da equipe são: apoio, direcionamento, escuta aberta, e “holding”, se é que posso usar este termo nesta situação. Quero dizer com holding, uma gestão que dá apoio e segurança para as discussões, decisões e ações da equipe. Em muitos momentos vi a equipe bancar decisões e modelos de ação, que acabaram sendo contestados externamente e quando se discutia novamente dentro da equipe havia um recuo, um não apoio da gestão. Isto fazia com que a equipe ficasse numa posição mais imobilizadora, ainda. Já falei do aspecto da mudança e do medo da perda, quando a equipe resolve bancar algo e não tem o apoio, fica mais difícil ainda sair da pré-tarefa.

Porém pudemos experimentar também uma gestão que está presente, dando suporte, que contempla os aspectos já discutidos sobre ela. É como se dissesse “vá em frente, eu estou por trás apoiando a ação de vocês”. O movimento na equipe, então, é nitidamente outro. Não há espaço para dispersões, ou ações de boicote.

Aqui entra também a figura do supervisor institucional. A supervisão, também foi fundamental para estas mudanças. Foi no espaço da supervisão que se tornou possível questionar o papel da gerência, a função da gerência e o papel da equipe. Foi a partir dessas discussões que muitas coisas mudaram.

A partir do processo de construção do novo modelo de atenção e práticas, com o respaldo da gestão e o cuidado da supervisão, a equipe do CRAISA está envolvida na produção desta forma de trabalho que é nova. Este envolvimento na concepção e execução faz com que o trabalho seja menos penoso, mais prezeiroso, como discutido anteriormente, o que contribui na implicação da equipe com a tarefa.

Diante deste quadro, agora favorável para transformações, a equipe se implicou na tarefa. Discutiui-se muito a clínica e a política de saúde mental para adolescentes, e houve um movimento no sentido da transformação. Houve discussões com outras equipes de saúde, com o distrito, com a secretaria de saúde do município, tendo como objetivo transformar os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes do município em uma forma mais ampliada, eficaz e abrangente para a atenção desta clientela.

Houve também o movimento interno da equipe: troca de coordenação, definição da constituição da equipe, a constituição de um colegiado gestor, discussão do modelo de atenção, de horários, de formas de organização. Mudanças estas muito discutidas em supervisão, com o respaldo, apoio e participação da gestão. Enfim, mudanças positivas ou negativas, mas que fizeram com que a equipe se movimentasse e desse início à tarefa. Porém, o histórico da falta de respostas e ações ainda fazia com que tivéssemos muitas dúvidas acerca do que aconteceria de fato diante de tantas propostas e “promessas”.

Terceiro momento:

Este foi o momento de mudanças em si. A confirmação de muitas expectativas que finalmente aconteceram. Pessoas entraram e saíram da equipe, os apoios distritais estavam muito bem esclarecidos e continentais à proposta que se delineava; a gestão, tanto coordenação quanto o colegiado, toma decisões, ordena ações, otimiza discussões; houve rearranjos na equipe desde horário até a distribuição dos profissionais em mini-equipes; a equipe saiu em

busca de um novo local de trabalho; houve envolvimento com espaços políticos não ocupados anteriormente; mudanças na casa em que estamos. Como é possível perceber o momento é nitidamente outro.

Mas tanta mudança para atingir qual objetivo? Para se adequar ao novo modelo de atenção proposto para o município. De Centro de Referência ao adolescente, o serviço contemplará a partir de agora um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi). E o que muda de fato? Além de a clientela abranger uma maior faixa etária (0-18 anos), atenderá uma clientela mais diversificada.

Nos documentos do Ministério da Saúde consta que foi somente no ano de 2002 que o Ministério da Saúde instituiu, no Sistema Único de Saúde, por intermédio da Portaria GM nº 336/02, a modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência, o CAPSi, fruto da necessidade da atenção especializada a essa clientela. A experiência dos serviços tipo CAPS, de cerca de dez anos, demonstrou a necessidade de que os CAPS tivessem configurações diferentes e definidas de acordo com a clientela assistida, a população, e as características sócio-econômicas do seu território de atuação. Nesta Portaria, o CAPSi define-se como um serviço que deve ter capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população de cerca de 200.000 habitantes, caracterizando-se como um equipamento típico e resolutivo para os grandes centros urbanos. A clientela típica dos CAPSi são crianças e adolescentes com transtornos mentais severos, tais como psicose infantil, autismo, deficiência mental com co-morbidade psiquiátrica, uso prejudicial de álcool e outras drogas e neuroses graves.

O CAPSi, ainda seguindo a proposta ministerial, deve constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de

1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

Continuando o documento do ministério, a assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

As principais diferenças agora são assumir o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, e ter que responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território. Além disso, não serão mais responsáveis pela demanda de adolescentes de todo o município, agora serão referência para dois (Sul e Sudoeste) dos 5 cinco distritos de saúde da cidade de Campinas, mas atendendo também a crianças. E, ainda, deixarão um modelo mais ambulatorial, para implementar práticas clínicas mais ampliadas.

O positivo disso tudo, é que além de apostarem num modelo que acreditam ser o melhor possível, no momento, para a atenção à saúde mental da criança e do adolescente do município, a equipe tem revisto a forma de se organizar para atender da melhor forma possível o que preconiza a portaria ministerial. Apesar de estar seguindo um modelo ministerial, a equipe participa ativamente da construção de uma nova prática.

E hoje o quadro que vejo quando me despeço desta equipe, é uma equipe com energia renovada, motivada em atingir seus objetivos da melhor maneira possível, consciente, porém,

das dificuldades que terá que enfrentar. As ações e discussões estão mais focadas no objetivo de construir este novo modelo de atenção junto com a gestão que participa da mudança, dando apoio e respaldo à equipe.

O que estes aspectos contribuíram para o meu aprimoramento profissional

Sempre tive uma afinidade para me envolver com a temática dos excluídos... quando nos deparamos com a proposta do Itinerário de Formação desenvolvido por J. Oury (1991) tive que refletir sobre esta afinidade. Acreditava que minha estória pessoal me aproximava desta temática. Na convivência com os adolescentes que eram acompanhados no CRAISA entendi realmente do que se trata a exclusão social a qual discutimos extensivamente, mas que não temos noção da dimensão que ela realmente trata. As situações a que os adolescentes acompanhados no CRAISA foram expostos são extremas. Extrema falta, violência, indiferença, exclusão. Estas situações são capazes de produzir tamanho sofrimento, que já escutei de “profissionais experientes” os seguintes dizeres: não é a toa que fulano quer se matar! No lugar dele eu provavelmente iria querer a mesma coisa”, ou, “não é a toa que este menino usa drogas! Era de se esperar tendo uma história de vida como esta!”. Claro que todos estes comentários aconteceram num contexto de discussão do caso e não podem ser tomados apenas pelas partes. Mas estas partes ilustram um pouco do sentimento de impotência que existe diante de realidades de extrema vulnerabilidade e riscos.

A minha vivência no CRAISA, além de me fazer desabituar este lugar de exclusão, mudou meus sentimentos em relação a mim, e fez olhar meu ambiente de forma diferenciada. Erros existem, pessoas erram, mas se há amor e interesse, conseguimos nos desenvolver. Assim, pude reconhecer e valorizar mais coisas e pessoas.

Pensei em evitar escrever sobre sentimentos, mas é impossível não mencioná-los. Foram tantas sensações, transferências e contra-transferências. Tive que lidar com minha suposta onipotência em achar que poderia resolver qualquer coisa que fosse destinada a mim como profissional, pois vontade e estudo não me faltavam... (acabo de me lembrar que não agradei o meu terapeuta pelo apoio e descobertas proporcionados). Tive que anotar em meu caderno durante as supervisões, não sei se para não esquecer ou para ver se internalizava mais fácil, as seguintes frases: “o que vai ser difícil: transferência. Nunca vou ser suficiente” para um caso de histeria, abandono e rejeição, e; “ela tem o direito de ter a depressão e fazer as tentativas de suicídio. E você, Débora, tem que aceitar isso. Se esta for a escolha dela, você terá que aceitar” Sobre o mesmo caso.... Onde mesmo eu coloquei a minha onipotência?!

Assim, este um ano de experiências intensas foi mobilizador. Além das angústias do meu “lançamento oficial” como psicóloga/terapeuta, comecei com casos complexos, difíceis, mobilizadores, e vivenciei com a equipe um processo intenso e delicado. Para lidar com tudo isto, além de análise pessoal, contei com um dispositivo que foi fundamental, a supervisão fora dali, isto é, na UNICAMP. Considero a supervisão fundamental, pois era o momento em que saíamos do cotidiano e falávamos sobre o que acontecia fora do contexto institucional. Destaco a palavra fora porque considero que o fato de pensar no que acontece no serviço, fora dali, nos dá uma visão mais clara do que realmente acontece de quais são os afetos envolvidos nas relações. Como já foi falado por nossa supervisora, é uma pausa. É uma pausa que interrompe nossa rotina e nos faz pensar sobre ela. É quando percebemos as questões por um outro ângulo, de forma singular, tentando entender o porquê e como mudar, agir diferente o que, normalmente, damos como fato consumado.

Conclusão

Neste trabalho não tive a intenção de listar ou falar somente de problemas. Problemas existem em qualquer contexto onde haja grupalidade. O meu intuito com este trabalho era discutir os aspectos que interferiam neste grupo/equipe sob o meu ponto de vista. O ponto de vista de quem está dentro e fora do serviço ao mesmo tempo.

Percebi que muitas de minhas descobertas já estão relatadas e discutidas em diversas teses, livros e artigos. Então, o que acho de rico como experiência profissional é ter feito estas descobertas através de minha própria vivência, entendendo através da experiência o que já havia lido e “aprendido” com os livros.

Tive a oportunidade de vivenciar diferentes momentos da equipe na qual estive inserida. E pude então me beneficiar disso. Percebi quais aspectos em uma equipe são importantes para que ela seja bem sucedida, tanto num momento de crise, quanto num momento de mudança e construção.

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou à distritalização municipal. A cidade tem 5 distritos de saúde com os quais a equipe do CRAISA se dividia em mini-equipes para oferecer atenção. Assim, tive a oportunidade de vivenciar as diferenças, as qualidades e dificuldades de cada distrito. O que mais uma vez me deu elementos para entender na prática quais aspectos, numa gerência mais macro, são favoráveis para um bom funcionamento de equipes de saúde do próprio distrito.

Por fim, participei de uma transformação interna e externa com a equipe, o que permitiu que eu aprimorasse meus conhecimentos de forma prática, vivenciando as situações e tendo respaldo tanto da equipe quanto fora do serviço, nas aulas e supervisões proporcionadas pela Unicamp.

A minha conclusão a respeito desta ano de vivência que descrevi ao longo do trabalho é que a equipe do CRAISA é muito potente e tem grande capacidade de transformação. Em um ano, conseguiram lidar com o “fracasso”, a crise e partiram para a construção. Por esta vivência, sou muito grata a equipe que me deixou participar de cada momento COM eles, me incluindo de forma profissional e pela aprendizagem que me proporcionou tantos momentos de reflexão e descobertas.

Pela vivência de tantas experiências diversas e intensas considero, portanto, ter participado sim de um aprimoramento profissional, um aprimoramento dos meus conhecimentos, da forma de agir profissionalmente, da forma de lidar com acontecimentos. E considero, também, que pude vivenciar um aprimoramento pessoal, em que tantas situações mobilizadoras mexeram com minha subjetividade e me fizeram resignificar crenças, entendimentos e sentimentos que acreditava que faziam parte de mim.

Bibliografia e Referências bibliográficas

ALGERI, S. & SOUZA, L. M. **Violência contra crianças e adolescentes**: Um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem julho-agosto; 14(4), 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf > .Acesso em 01 fev. 2010.

BLEGER, J. O Grupo como Instituição e o Grupo nas Instituições, In **A instituição e as Instituições**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ed. 2. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA/GM nº 336, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> .Acesso em: 06 fev. 2010

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. 3, Hucitec, 2007(a).

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em 5instituições: o método da roda. São Paulo: Ed. 3, Hucitec, 2007(b).

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003. Disponível em: <http://www.msmedia.com/ceprua/artigos/alessandra_tese.pdf> .Acessado em 01/02/2010.

CUNHA, G. T. & DANTAS, D. V. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S. & GUERRERO, A. V. P (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. Cap. 2, p. 34-60.

EESC. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Educação em saúde na adolescência**: Atendimento em grupo como instrumento facilitador na promoção de saúde. Obtido nos Anais do “1º Encontro de Educação em Saúde em Campinas”, 2001. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/educ_saude/23.htm>. Acesso em: 01 fev. 2010

HUTZ, C. S.; REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; & BARDAGI, M. **Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes**: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Universidade Federal do Rio grande do sul. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ipJ0BJ-Qu20C&oi=fnd&pg=PA7&dq=adolescentes+situa%C3%A7%C3%B5es+de+risco+e+vunera>>

[bilidade&ots=Bm0kf5PUqs&sig=GoAah1P9FpvlHxYjzhYgEUIUc-o#v=onepage&q=&f=false](#)>. Acesso em: 06 fev. 2010

MEDEIROS, B. **Namoro com o inimigo**. Clipping Eletrônico - Departamento de Comunicação, PUC-Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.puccamp.br/servicos/detalhe.asp?id=45619>> Acesso em: 01 fev. 2010

ONOCKO CAMPOS, R. & GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S. & GUERRERO, A. V. P (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. Cap. 9, p. 221-246.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão W. S. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. Cap. 9, p. 122-149.

OURY, J. **Itinerários de Formação**. Revue Pratique nº 1, p.42-50, 1991.

PERES, F. & ROSENBERG, C. P. **Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública**. Saude soc., São Paulo, v. 7, n. 1, jul. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000100004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 06 fev. 2010

PICHON-RIVIÈRE, E. **História da técnica dos grupos operativos**. Temas de Psicologia Social, Ano 4, nº3, setembro de 1980.

SIERRA, V. M. & MESQUITA, W. A. **Vulnerabilidades e Fatores de Risco na Vida de Crianças e Adolescentes**. São Paulo em Perspectiva, v. 20, n. 1, p. 148-155, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_11.pdf> . Acesso em 01 fev. 2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Disponível em: <<http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/>> . Acesso em: 06 fev. 2010.