

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

Laura Alves Fernandes de Menezes

**Clínica da Criatividade: considerações acerca do trabalho
em um CAPS Infante Juvenil**

Monografia apresentada ao Programa de
Aprimoramento Profissional – SES – SP,
elaborada na Universidade Estadual de
Campinas, Departamento de Saúde Coletiva.
Área: Saúde Mental em Saúde Coletiva.

Orientadores: Rosana Onocko Campos e
Bruno Emerich.

Campinas

2014

Secretaria do Estado da Saúde – SES – SP
Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH
Grupo de Desenvolvimento de Recursos Humanos – GDRH
Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS
“Dr. Antonio Guilherme de Souza”
Secretaria de Estado da Gestão Pública
Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP

Programa de Aprimoramento Profissional

Laura Alves Fernandes de Menezes

**Clínica da Criatividade: considerações acerca do trabalho
em um CAPS Infante Juvenil**

Monografia apresentada ao Programa de
Aprimoramento Profissional – SES – SP,
elaborada na Universidade Estadual de
Campinas, Departamento de Saúde Coletiva.
Área: Saúde Mental em Saúde Coletiva.

Campinas
2014

Sumário

Resumo.....	4
Apresentação.....	5
Itinerário e escolhas.....	6
Afinal, o que é CAPS i?	8
Apresentando o CAPS i Espaço Criativo.....	10
<i>Infanto juvenil, sim!</i>	11
Por que falar de Clínica?	13
<i>Projeto, terapêutico e singular</i>	14
<i>Dispositivos terapêuticos: ambiência, grupos e atendimento individual</i>	16
De qual clínica falamos?	19
Fragmentos clínicos.....	21
Considerações finais.....	24
Referências bibliográficas.....	25

Resumo

Este trabalho é produto final do programa de aprimoramento profissional da FUNDAP em parceria com a UNICAMP, e teve como campo de atuação o CAPS i Espaço Criativo, localizado no município de Campinas. Os CAPS Infante Juvenis são serviços assistenciais comunitários da Rede de Atenção Psicossocial, que atuam como coordenadores e ordenadores da rede de cuidados à saúde mental de crianças e adolescentes em seu território. A atuação profissional em um CAPS i é bastante diversificada devido à complexidade e singularidades das demandas e sofrimentos desta população. Foi observado que a produção teórica sobre CAPS Infante Juvenil era escassa, e se restringia a documentos descritivos sobre criação dos serviços, e sobre inserção e caracterização de usuários. A partir de levantamentos bibliográficos e da experiência adquirida, pretende-se, neste trabalho realizar considerações sobre as apostas clínicas do trabalho em um CAPS Infante Juvenil. Como atividades desenvolvidas ao longo do ano, vale destacar: reunião de equipe, discussão e construção de projetos terapêuticos singulares, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, atendimentos familiares, atendimentos individuais, plantão e ambiência, atividades de apoio matricial à Atenção Básica e reuniões de rede setoriais e inter-setoriais. Também foi de essencial contribuição a supervisão realizada pela universidade e a preceptoria realizada em serviço, contando com apoio e suporte da gestão e de outros profissionais. Como discussão, aponta-se que a clínica que baseia o trabalho em CAPS adulto não deve ser o único modelo para as práticas de um CAPS Infante Juvenil, sobre as defasagens nos investimentos em políticas públicas para as demandas em saúde desta população, e as dificuldades dos gestores em articularem diretrizes clínicas no campo da saúde pública. São destacados alguns dispositivos do trabalho cotidiano do serviço para reflexão, e apresentados fragmentos clínicos para ilustração da discussão.

Apresentação

A motivação para realização deste trabalho se deu durante o programa de aprimoramento profissional, a partir do encantamento e das descobertas do cotidiano de um CAPS Infante Juvenil.

Após um cuidadoso levantamento bibliográfico para embasar o trabalho que teria que exercer durante o aprimoramento, observei que se falava muito sobre a criação dos serviços, da inserção e caracterização de usuários em caráter descritivo. Porém, foram poucos os documentos que me ajudaram no trabalho clínico, não somente do trabalho de um psicólogo, mas senti falta de suporte em uma aposta clínica que balizasse o trabalho multiprofissional em CAPS i.

Com a reforma psiquiátrica aprendemos sobre a clínica da reabilitação psicossocial aplicada em CAPS adulto. Assim como se tem aprofundado bastantes estudos relativos à clínica da infância, da adolescência, da dependência química e do autismo. Entretanto, o trabalho realizado em um CAPS i não pode simplesmente ser transposto de um CAPS adulto. Crianças e adolescentes não são adultos em miniaturas, possuem questões próprias relativas à sua fase de vida e ao seu sofrimento que merecem atenção singularizada. Não digo também que o referencial teórico da clínica da infância deva ser descartado; mas sim complementado e adaptado à complexa variedade clínica de um serviço com atuação no território, com suas dificuldades e potencialidades.

Tendo isso em vista, pretende-se com o presente trabalho apontar algumas considerações sobre as apostas clínicas de um CAPS Infante Juvenil, de modo a proporcionar maiores diálogos sobre a questão.

Itinerário e escolhas

Refletir sobre nossas escolhas e caminhos percorridos nem sempre é fácil, e após esse ano de aprimoramento também concluí que não o fazemos de forma linear. Descobri que somos afetados e sensibilizados em diferentes locais, em encontros inesperados, em trocas de olhares comuns.

Um dos momentos que me marcaram e me influenciaram foi a apresentação dos trabalhos de conclusão de curso das aprimorandas do ano anterior. Fiquei admirada pela maturidade, pela paixão e pela seriedade em que aquelas mulheres – esse tratavam de 8 mulheres e 1 homem – apresentaram seus trabalhos e seus próprios percursos. Cada um à sua maneira, cada um ao seu tema, despertaram curiosidades.

Senti-me, primeiramente, em um lugar comum. Recém-formada, vi trabalhos que tinham o mesmo tema que minha monografia da graduação. Porém, logo no primeiro dia de curso me senti instigada por algo que não sabia nomear. Algumas apresentações falam de certa clínica. E não falavam de linhas teóricas formatadas como estamos acostumados, falavam de suas experiências e transpunham limites. Expressões como “limites da clínica”, “clínica das frustrações”, entre outras, me pareceram ousadas e criativas.

Outro momento tocante foi a primeira visita aos serviços de saúde mental de Campinas; o CAPS i Espaço Criativo. Naquele momento não conhecíamos a cidade, muito menos sua complexa e estruturada rede de saúde mental. Coube, então, àqueles profissionais que nos recebiam não somente apresentar seu próprio serviço, mas como também apresentar seu município; tarefa a qual exerceram muito bem. A paixão com a qual fizeram a apresentação e se mostraram disponíveis me despertou interesse em conhecer mais àquele local.

Durante o período de aprimoramento a inserção nas atividades e no cotidiano deste serviço foi ocorrendo de forma gradual. Apesar de se tratar de uma equipe crítica com seu próprio trabalho e muito cuidadosa com a atenção à saúde de seus usuários, foi-me dada a liberdade de experimentar, de apostar em uma clínica que julgasse mais apropriada, ou não. Essa valorização das descobertas e de afinidades foi essencial para um bom entrosamento com a equipe e com os usuários.

Como o objetivo de ter a maior inserção possível no cotidiano do serviço, no funcionamento da rede, e na movimentação do território, tive a possibilidade de participar de diferentes atividades.

Como atividades sistemáticas, que tiveram uma longitudinalidade no decorrer do programa, valem destacar: reunião de equipe e mini-equipe semanalmente, sendo que mantive a participação em uma mesma mini-equipe o ano inteiro; participação em supervisão institucional e clínica; discussão de casos e construção de projetos terapêuticos singulares; grupos terapêuticos, tanto de familiares como de crianças e adolescentes; atendimentos familiares e de referência; psicoterapia individual, de crianças, adolescentes e pré-adolescentes; inserção em time de plantão e ambiência; atividades de apoio matricial à Atenção Básica; participação em reuniões de rede setoriais, com serviços da saúde mental e atenção básica.

Além destas, também tive a oportunidade de participar de outros espaços que exigiram articulação intersetorial e contribuíram para uma ampla formação, como: reuniões intersetoriais com escolas, equipamentos da assistência social e equipamentos da justiça; visitas domiciliares; controle social (conselho municipal de saúde). É importante destacar nesse processo a essencial contribuição da preceptoria realizada em serviço, assim como o apoio e suporte da gestão e outros profissionais que compõe a equipe do serviço.

Essa intensa imersão no cotidiano do CAPS i e da rede de saúde de Campinas favoreceu a curiosidade e o interesse em refletir sobre a clínica. A possibilidade de estar junto em times de ambiência, em grupos terapêuticos e realizar atendimentos individuais, possibilitaram que ousasse descobrir meu próprio estilo clínico. Soma-se a isso a admiração pelo trabalho realizado por cada profissional, e a dedicação pelos cuidados em saúde de suas crianças e adolescentes.

Afinal, o que é CAPS i?

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços assistenciais comunitários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltados para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico grave ou persistente. Os CAPS são diferenciados entre si pela população alvo que atendem e de acordo com o tamanho de seu território de abrangência. Podem existir CAPS I, II, e III, de acordo com a população do território; e CAPS adulto, CAPS i e CAPS Ad. (BRASIL, 2012)

Os CAPS i atuam como coordenadores e ordenadores da rede de cuidados à saúde mental de crianças e adolescentes em seu território, devendo assistir a população de até 18 anos de idade em seus mais diversos tipos de demandas, abrangendo desde os transtornos invasivos do desenvolvimento, ao uso e abuso de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2012)

Como sabemos, os CAPS foram criados nas diversas cidades do país na a partir da década de 90, e tomaram legitimidade com a lei 10.216 de 2001. (BRASIL, 2001) Porém, políticas públicas de saúde mental voltadas para o público de crianças e adolescentes são escassas neste período, tendo essa população sofrido uma grande defasagem de atenção. Couto e Delgado (2006) fazem uma análise da situação atual da saúde mental infantil no Brasil e apontam desafios a serem superados.

Um primeiro argumento utilizado como possível obstáculo para a tardia implantação de políticas públicas de saúde mental infantil é a variedade de demandas de saúde mental. Nessas faixas etárias são encontrados problemas de saúde como transtornos invasivos do desenvolvimento, transtornos de conduta, transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, uso abusivo de substâncias, além da extrema violência e vulnerabilidade social em que se encontram parte dessas crianças e adolescentes.

Outros pontos levantados dizem respeito ao conhecimento recente das consequências de transtornos da infância e da adolescência na vida adulta, assim como poucos dados que comprovem a eficácia de tratamento destes transtornos. Os autores apontam também para as dificuldades de implantação de uma política de saúde mental infantil devido às suas particularidades.

Analisando os dados fornecidos pelo documento “Saúde Mental em Dados – 10” (BRASIL, 2012) elaborado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, conseguimos ter um panorama geral da rede de atenção à Saúde Mental no Brasil nos últimos anos.

Em treze anos o país teve um crescimento no número de CAPS de 148 (em 1998) para 1742 (em 2011). Nesse mesmo ano, foram habilitados 122 novos CAPS, sendo 5 deles CAPS ad 24 horas. No total, temos: CAPS I – 822; CAPS II – 431; CAPS III – 63; CAPS i – 149; CAPS ad – 272. (BRASIL, 2012).

Apesar de observar um aumento considerável na criação de CAPS pelo país, podemos ver a disparidade entre as quantidades e os tipos de serviços, sendo os CAPS i a terem os menores números. Outro aspecto relevante é que destes 149 CAPS i, 43 se encontram no estado de São Paulo, 16 no Rio de Janeiro e 12 em Minas Gerais, o que mostra uma desigualdade regional gritante.

Apresentando o CAPS i Espaço Criativo

O CAPS i Espaço Criativo é um dos dois serviços deste tipo existentes no município de Campinas, e atende uma população de cerca de 550 mil habitantes, das regiões de saúde sul e sudoeste.

Apesar de o serviço estar cadastrado como CAPS i há cerca de três anos, ele existe há mais de 18 anos. Tratava-se de um centro de referência chamado como CRAISA, nome ao qual muitos usuários e familiares ainda se referem, que atendia uma população predominantemente de adolescentes em situação de rua e extrema vulnerabilidade social, em uso e abuso de substâncias psicoativas. A mudança para CAPS se deu não apenas no nome, como também se apostou em uma mudança de modelo. Deixando de ser um ambulatório, aos poucos o serviço foi criando novos dispositivos, com destaque para a ambiência, que o legitimaram como um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil.

O principal meio de acesso ao CAPS i se dá através de encaminhamentos da Atenção Básica. Porém, também ocorrem através de encaminhamentos de escolas e serviços da educação, da área da justiça, equipamentos da assistência social, outros serviços de saúde, e, ainda, por demanda voluntária. Essa característica de boa parte da demanda ser a partir de Centros de Saúde é algo importante de se apontar, pois, ao facilitar a comunicação entre os serviços, eleva-se a qualidade da atenção à saúde da população, assim como qualifica a demanda que chega. Desse modo, evita-se que a porta de entrada do CAPS se infle de acolhimentos que talvez não permaneçam no serviço, e centraliza o cuidado da população na Atenção Básica.

O serviço conta com diversos dispositivos singulares para ofertar às crianças e adolescentes de acordo com suas necessidades. O primeiro de que todos dispõem é o chamado acolhimento, o qual não se trata de somente uma triagem ou uma anamnese. Neste momento de chegada ao serviço, famílias, acompanhantes, crianças e adolescentes são acolhidos em suas demandas e complexidades. Esse processo ocorre de acordo com cada caso, e pode acontecer em alguns dias, ou em semanas, até que o caso seja avaliado e sejam tomadas providências: encaminhado cuidadosamente para outro serviço, ou inserido em atividades e outros dispositivos do CAPS i.

Os dispositivos terapêuticos variam entre atividades grupais, sejam elas oficinas abertas ou grupos fechados, ou atendimentos individuais. Sendo importante ressaltar uma característica essencial de um CAPS Infante Juvenil a atenção ofertada também aos familiares ou responsáveis.

Outro dispositivo de extrema importância para a atenção à saúde neste CAPS é o que eles chamam de ambiência. O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização publicou uma cartilha em 2004 (BRASIL, 2004) a respeito da ambiência em serviços de saúde. Neste documento definem ambiência com um foco central nas condições do espaço físico ofertado aos usuários, como podemos ver:

“Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço.” (BRASIL, 2004, pág.5)

Porém, a ambiência da qual tratamos vai além das questões apontadas pela PNH. O espaço físico e como os usuários estabelecem interação com o mesmo também são importantes, mas, vai além disso. É valorizado o espaço da ambiência como um dispositivo terapêutico; que é onde a vida acontece. É preciso ser sensível aos acontecimentos nesse espaço: aos encontros e desencontros, ao silêncio, aos olhares, às brincadeiras, às dúvidas. E mais do que observar, é importante estar junto com as pessoas e vivenciar esses momentos.

Infante Juvenil, sim!

A implicação que os profissionais tem com os cuidados de saúde da população, e com as questões institucionais e políticas é uma característica marcante do trabalho deste CAPS.

Comumente conhecemos essa modalidade de serviço como CAPS infantil, provavelmente devido ao próprio Ministério da Saúde assim o definir. Entretanto, estes trabalhadores defendem cotidianamente em suas práticas que não utilizemos somente o termo “infantil”, mas “infante juvenil”. Ao propor tratamento para crianças e adolescentes, devemos reconhecer e defender os direitos dessa população, assim como reconhecer e respeitar as diferentes fases do desenvolvimento em que se encontram.

A defesa do tratamento de crianças e adolescentes, independentemente de sua demanda de saúde, seja autismo, psicose, tentativa de suicídio ou abuso de substâncias, em um mesmo espaço é bastante potente. Considera-se, deste modo, não somente sua questão emergente no momento, mas toda a complexidade de seu desenvolvimento e de sua faixa etária. A criança com transtorno invasivo do desenvolvimento e com atraso de fala, é cuidada em um mesmo grupo, por exemplo, de uma criança com questões de agressividade e hiperatividade. Do mesmo modo que um adolescente em abuso de substâncias psicoativas é tratado conjuntamente com um adolescente depressivo que cumpre medida sócio-educativa. Para além das doenças, são consideradas pessoas em desenvolvimento que precisam de cuidados e suporte em suas dificuldades.

Por que falar de clínica?

As políticas de saúde pública brasileiras, nos últimos tempos, pouco se debruçaram sobre o campo da clínica e sua relação com serviços do SUS. Onocko-Campos (2012) discorre sobre as dificuldades que os planejadores de saúde encontram vincular práticas clínicas no discurso sanitário.

De acordo com a autora, tradicionalmente a Saúde Coletiva tem apresentado olhares reducionistas com relação à clínica e a tratado como algo irrelevante aos processos de saúde, como se nada pudesse contribuir com a prevenção e a promoção de saúde. Aponta que se tem organizado e planejado os serviços de saúde como simples estabelecimentos e organizações, se preocupando apenas com as questões gerenciais e administrativas. (ONOCKO-CAMPOS, 2012)

De certa forma, podemos compreender a cautela de planejadores ao falarem de clínica, considerando o contexto histórico de práticas voltadas para consultórios privados e individuais. Porém, não podemos deixar de lado todo um rico referencial prático-teórico e ignorar suas possíveis contribuições na qualidade da atenção à saúde da população.

E o que consideramos como clínica?

“Estamos chamando, aqui, de clínica às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia a dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária.” (ONOCKO-CAMPOS, 2012, pág. 98)

Passos e Benevides (2001) também ajudam a refletir sobre essas questões ao apontar a clínica como uma experiência do desvio. Para além do sentido de uma clínica praticada pelo modelo biomédico – àquela do inclinar-se sobre o leito, para acolher a demanda de saúde do paciente –, apontam para uma “produção de desvio na criação de novos territórios existenciais”. (PASSOS E BENEVIDES, 2001, pág. 3) Defendemos a clínica como criação de novos modos de subjetivação; sair de um lugar comum habitado por determinadas formas.

Devido ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira ter tido como importantes influências a psiquiatria democrática italiana, a psicoterapia institucional, entre outras, podemos dizer que os CAPS adultos possuem embasamentos clínicos mais estruturados. Apesar da defasagem de educação permanente e complementação da formação profissional entre profissionais da saúde mental, a clínica da reabilitação psicossocial ainda é predominante nas práticas cotidianas destes serviços.

Fato que já não podemos assegurar quando tratamos de CAPS Infante Juvenil. Os princípios da reabilitação psicossocial não podem simplesmente ser completamente transpostos para este tipo de serviço. Devem ser levadas em conta as características singulares desta população, suas demandas e suas complexidades.

A clínica em um CAPS i deve abranger referenciais teóricos das clínicas da infância, dos estudos sobre o autismo, sobre a dependência e química em crianças e adolescentes, sobre a vulnerabilidade social e a violência, e, também, da reabilitação psicossocial.

São apresentados a seguir alguns eixos importantes de se destacar no trabalho clínico de um CAPS Infante Juvenil.

Projeto, terapêutico e singular

A cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) apresenta como definição:

“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.” (pág. 40)

O projeto terapêutico singular é um elemento essencial no trabalho de atenção à saúde. Entretanto, podemos encontrar em muitas práticas a banalização e menosprezo por este dispositivo. A reflexão crítica sobre seus componentes foi, gradativamente,

deixada de lado e o famoso “PTS” passou a ser utilizado como receitas de bolo ou cardápios que são servidos aos clientes que chegam aos serviços em busca de algo.

Quando abordamos a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, é de extrema importância que se tenha em mente do que se trata, para que serve e como se constrói um projeto terapêutico singular.

Ao se falar de projeto temos a ideia de um plano do que se pretende fazer futuramente. Algo que irá balizar as práticas e atenção de determinado caso ou situação, e que podemos ter como referência.

Quando pensamos em terapêutico, devemos ter a noção de tratamento, palavra muitas vezes mal-vista no cotidiano dos CAPS. Se é necessária uma terapêutica, é por que alguém está precisando de cuidados em saúde por estar sofrendo física e/ou psicologicamente. E é importante não termos medo de falar ou pensar em tratamento.

Já o componente singular pode se tratar não somente de um indivíduo, mas também de comunidades, famílias e grupos. Nestes casos, devemos levar em conta as particularidades e complexidades destas pessoas na elaboração e condução do projeto. Este é um componente que devemos estar sempre atentos, pois quando deixamos isto de lado começamos a usar fórmulas prontas como projetos para diferentes usuários.

A construção do projeto terapêutico singular se inicia com o acolhimento e deve ser construído conjuntamente entre equipe e os usuários em questão. Em sua descrição, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) aponta que o PTS deve ser reavaliado periodicamente em reuniões de equipe de acordo com a gravidade do caso. De acordo com a experiência adquirida, ratificamos a reavaliação em reunião de equipe, porém acrescentamos também a reavaliação cotidianamente de acordo com as vivências e encontros proporcionados no dia a dia do serviço. Passagens de plantão, por exemplo, são espaços férteis para se realizar essa tarefa, e devem ser valorizados por isto.

Os espaços conhecidos como “passagem de plantão” são comuns em serviços de saúde mental, no qual equipes de turnos diferentes se encontram para discutir a gestão do cotidiano do serviço e assegurar a continuidade da assistência. Porém, estes momentos não são apenas uma passagem de bastão no qual os próximos a assumirem o posto devem seguir o que já foi estabelecido. Para garantir essa continuidade da

assistência, devem-se ter apostas terapêuticas para determinadas ações. Tratam-se de espaços ricos em discussões e ações clínicas que não podem esperar a próxima semana para uma reunião de equipe. Em muitos casos, um ato clínico não tem tempo lógico para esperar. Acontece ali, no espaço da ambiência, do quintal, da cozinha, ou mesmo do portão. Este ato pode ter um efeito terapêutico importante no tratamento do usuário.

É importante ter em vista essas questões a fim de evitarmos a burocratização do projeto terapêutico singular. Trata-se não somente de uma ferramenta que visa balizar a o acompanhamento dos casos, como também de um processo de condução clínica de pessoas que estão em sofrimento psíquico.

Dispositivos terapêuticos: ambiência, grupos e atendimento individual

A partir da avaliação e discussão do caso, além da construção do projeto terapêutico singular, algumas condutas terapêuticas são tomadas de forma a atender a demanda de saúde em questão. Os CAPS geralmente possuem condutas semelhantes que variam entre grupos terapêuticos, oficinas, atendimentos individuais e tratamento medicamentoso.

Na pesquisa realizada em CAPS is do Estado de São Paulo (REIS et al, 2012), foram avaliadas as condutas terapêuticas utilizadas nestes serviços. De acordo com os resultados obtidos, 28,4% dos usuários participam de oficinas terapêuticas, 32,1% tem intervenção familiar, 30,8% participam de terapia em grupo e 51,8% tem algum tipo de atendimento individual. É importante ressaltar que um mesmo usuário, algumas vezes, participa de atividades simultâneas. Podemos observar uma predominância na escolha de condutas individualizantes como apostas clínicas no tratamento destas crianças e adolescentes.

No CAPS i Espaço Criativo as condutas ofertadas são semelhantes às apontadas pela pesquisa. Porém, um dispositivo diferencial no funcionamento do serviço é a ambiência.

A ambiência neste serviço é tida também como um dispositivo terapêutico, assim como os grupos e os atendimentos individuais. Para além de uma simples

convivência entre crianças, adolescentes, responsáveis e familiares, os próprios profissionais do serviço consideram este um espaço com capacidade terapêutica.

Ao se debruçar também sobre o tema da ambiência, Souza (2007) procurou pesquisar entre trabalhadores de CAPS suas concepções acerca da questão. Dentre os resultados são apresentados os medos e inseguranças que alguns profissionais relatam ter nestes “espaços informais” (como o autor define ambiência, primeiramente). A perda da identidade e o fato de não saber o que fazer são os principais medos apontados.

Com uma análise interessante, o autor discorre acerca da mistura que ocorrem nestes espaços, onde se é difícil identificar quem é profissional e quem é usuário.

“Pela maneira como os profissionais falam sobre a ambiência, na qual as ideias de ‘mistura’ e ‘contaminação’ estão presentes, parece haver uma ideia central: a de que a ambiência é um espaço de expressão da loucura; ou melhor, a ideia de que estar na ambiência é estar exposto à loucura sem nenhuma mediação evidente dos seus instrumentos profissionais” (SOUZA, 2007, pág.127)

Medos e incertezas fazem parte da prática de qualquer profissional, porém a falta de implicação e falta de clareza sobre o que se está fazendo é um fator agravante para tal situação.

A aposta de que a ambiência seja - além de um espaço informal, de convivência ou de sala de espera - também um espaço terapêutico, é um fator interessante como conduta de tratamento em CAPS. Estes são os espaços onde acontecem as brincadeiras espontâneas, os novos encontros com pessoas diferentes, o lanche e o almoço. É preciso ser sensível aos acontecimentos nesse espaço: aos encontros e desencontros, ao silêncio, aos olhares, às dúvidas. E mais do que observar, é importante estar junto com as pessoas e vivenciar esses momentos. No serviço a que nos referimos, algumas ações como avaliações em ambiência são comuns. Profissionais encaminham usuários para a

ambiência com o intuito de ver como a criança ou adolescente interagem com o ambiente e as pessoas que estão ali.

Em um CAPS Infanto Juvenil podemos dizer que, além da expressão da loucura, no espaço da ambiência ocorre a expressão da vida. As questões de saúde mental de crianças e adolescentes não dizem respeito somente à loucura, mas também à dificuldades de comportamento, à vulnerabilidades sociais e violência, aos atrasos no desenvolvimento, à dependência química, à compulsão, à agressividade e, entre outras complexidades.

De qual clínica falamos?

No decorrer deste trabalho apontamos que a clínica baseada no trabalho em CAPS adulto não deve ser completamente transposta para as práticas de um CAPS Infante Juvenil. Discutimos sobre as defasagens nos investimentos em políticas públicas para as demandas em saúde desta população, e as dificuldades dos gestores em articularem diretrizes clínicas no campo da saúde pública. Afinal, de qual clínica falamos?

Jean Oury (2009) ao discorrer sobre o tema do coletivo nos ajuda a refletir sobre a questão colocada. O elemento essencial de sua dissertação, assim como do trabalho em um CAPS Infante Juvenil, é a capacidade de se assegurar a singularidade de cada sujeito em um coletivo. Ao contrário do que muito se pensa sobre agrupamentos ou conjunto de pessoas que devem abdicar de sua própria subjetividade para conviver em grupo, Oury ressalta que a essência do coletivo se dá justamente em garantir o vetor de singularidade de cada um.

Ao alegar que a lógica do coletivo deve “respeitar uma quase infinidade de fatores para cada um” (OURY, 2009, pág. 20), o autor dialoga com a potência do trabalho em um CAPS Infantil. Como descrito anteriormente, o público que frequenta este serviço é bastante variado, e a convivência com questões diferentes, com familiares e com os profissionais é valorizada. A partir dessa heterogeneidade, cada um pode se orientar naquilo que lhe agrada, respeitando e garantindo a singularidade de cada um.

A heterogeneidade também é discutida por Oury, porém trata-se não apenas da variedade de demandas, de pessoas, de objetos e de espaços existentes no serviço. Como, também, da necessidade de uma diferença no trabalho dos profissionais; eles não devem se parecer. Cada profissional deve ter suas preferências, seus gostos, seu estilo. Apesar de terem um referencial comum que balizem suas práticas, devem ser diferentes em seu manejo clínico e em sua convivência. De modo a garantir e estimular a singularidade também dos profissionais, os espaços, os grupos, deve ser povoados de encontros diferentes. Como podemos ver: “Essa heterogeneidade é tão importante que parece que o que é eficaz nem é tanto a abordagem direta, frontal de cada pessoa, em cada lugar, mas bem mais a possibilidade de passar de um lugar a outro e de uma pessoa a outra”. (OURY, 2009, pág. 26)

Nesta clínica, a dimensão ética deve ser bastante valorizada. Não falamos somente da ética de cada categoria profissional - que obviamente está no alicerce do trabalho de cada um – e sim de algo que Oury (2009) denomina como gentileza. Trata-se de uma dimensão ética no cotidiano que garante à pessoa que está em sofrimento que se está junto a ela. Uma forma de atenção e respeito às diversas necessidades. Algumas vezes essa gentileza pode estar em se ouvir uma mãe no momento do almoço; outras vezes em se respeitar que uma não está conseguindo se manter em espaço de grupo; ou mesmo barrar a entrada de adolescentes intoxicados, por exemplo. Cria-se nestes momentos dimensões éticas ao respeitar o outro e aos seus próprios limites.

Retomando a questão principal, entendemos clínica como as práticas de saúde, independente de sua profissão, que lidam cotidianamente com diagnóstico, tratamento, reabilitação - sem receios ao falar em tratamento. Essas práticas devem atuar com a produção de novas subjetivações, através da produção de desvios e da diferença. Defendemos a clínica como criação de novos modos de subjetivação; sair de um lugar comum habitado por determinadas formas.

A capacidade de criatividade é elemento-chave da clínica em um CAPS Infância e Juventude. Os profissionais em seu cotidiano, em atendimentos, em grupos, em convivência, em reuniões, em ambiência, devem ser estimulados a garantir a capacidade de criação de novas formas de enunciação. Os profissionais devem sair de seu lugar comum, devem se implicar, devem ousar, devem criar. Novos grupos, novos espaços de atendimentos, diferentes objetos, novas festas, diferentes bolos, diferentes pipocas, novos modos de se posicionar em equipe, novos modos de se relacionar com familiares, diferentes reuniões, diferentes supervisores.

Ao trabalhar em coletivos, deve-se valorizar a expressão da singularidade, e respeitar a heterogeneidade profissional. Segundo Oury (2009): “Sabe-se que o que uniformiza as pessoas é uma má utilização do ‘imaginário’, um imaginário deixado ao estado natural.” (pág. 26). Para garantir suas diferenças, os profissionais devem usar sua própria capacidade imaginária: devem ser criativos em seu cotidiano.

Fragmentos clínicos

Serão apresentados a seguir alguns fragmentos com o intuito de ilustrar as apostas clínicas defendidas nesta dissertação. Ressaltamos que os nomes utilizados são fictícios, de forma a preservar a privacidade dos usuários e familiares.

Escorregar

Paulo é uma criança de 5 anos, que possui hipótese diagnóstica de transtorno global do desenvolvimento; autismo. A aproximação para atendimento individual se deu um processo lento. Paulo não estabelecia contato visual, não se comunicava, não aceitava brinquedos diferentes além de sua preferência; carrinhos. As tentativas de vinculação foram se dando a partir do espaço da ambiência através destes pequenos brinquedos. A profissional procurava brincar conjuntamente com a criança com outros carrinhos, porém Paulo não reconhecia o outro ao seu lado como uma pessoa, mas como uma extensão do brinquedo. A cada atendimento a aproximação era mais intensa, de forma que conseguiu-se construir uma brincadeira através de um escorregador. A profissional tentava que Paulo jogasse um carrinho para ela, e vice e versa. Ele ria quando o carrinho chegava, mas ficava hesitante em jogar de volta. Em sua primeira tentativa colocou o carrinho no comecinho do escorregador; foi lentamente esticando o braço de forma que o carrinho chegou à profissional, porém não foi lançado. Com outro carrinho, P. segurou até a metade do escorregador e soltou lentamente, rindo ao ver o resultado do escorregar. No terceiro carrinho, Paulo estabelece contato visual pela primeira vez com a profissional e solta o carrinho do início do escorregador, seguindo de muitas risadas. Após esse carrinho, P. se coloca deitado, de cabeça para a frente e escorrega em direção à profissional. Nesse momento pode-se ver que Paulo foi testando confiança da profissional e do ambiente ao seu redor, de forma que se soltou para ser segurado. Após alguns atendimentos ainda através do escorregador no espaço do quintal, Paulo aceita ir para a sala de atendimento.

O caso da pipa

Sergio cumpre medida de internação por atos infracionais cometidos por ele. Já passou por acompanhamento no CAPS i antes de ser internado, e depois de 1 ano volta ao serviço à pedido da instituição. Apresenta um quadro depressivo importante, sendo a condição de restrição de liberdade um agravante. Suas questões giram em torno da internação e das atitudes que o levaram isso. Durante um atendimento, apresenta curiosidade ao ver algumas pipas de outros usuários guardadas no armário. Ao observar o interesse do adolescente com essa atividade, é proposto então a confecção de uma pipa. Surpreso, ele aceita a proposta. Durante a elaboração conjunta, Sergio apresenta uma melhora de humor considerável, consegue falar de outras coisas se não a interação, e dedica muita atenção e cautela na atividade. Após o término, diz que pretende soltar a pipa com a terapeuta assim que sair da internação, e pede que seja guardada até lá. Após o atendimento, Sergio se apresentava mais tranquilo, com uma diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos.

Quem precisa de ritalina?

Tales é um adolescente de 12 anos, frequenta o CAPS há 3 anos, tendo sido encaminhando inicialmente pro problemas de comportamento na escola, agitação e agressividade. A principal questão que a família leva ao CAPS é da necessidade da ritalina para que Tales consiga frequentar a escola e fique menos agressivo em casa. Porém, a relação com o serviço se encontra frágil, pois se recusam a levar Tales para outras ofertas terapêuticas além da consulta médica. Após um longo período de investimento por parte da equipe, a família acorda com os profissionais em levar Tales à psicoterapia individual, porém é preciso sempre articular os dias de atendimento com a dispensa de medicação. Nos atendimentos Tales apresenta dificuldades para falar de suas relações familiares e seus sentimentos. Gosta de conversar sobre jogos e instrumentos de guerra. Após alguns encontros, consegue falar sobre como se sente em sua casa e na escola. Fala de como se sente por ser cobrado demais, que às vezes querem que tenha atitudes de alguém com mais maturidade. Também comenta como é difícil resistir a provocações e sobre as técnicas que elaborou para isso. Após adquirir confiança no espaço terapêutico, Tales consegue abordar incômodo por sua mãe e sua

professora quererem que tome remédio (ritalina) para que fique mais calmo. Diz estar cansado de colocarem toda culpa em um remédio que não precisa. Ao ser sugerido que converse sobre isso com o médico também, Tales inicialmente se recusa, alegando não querer atrapalhar o trabalho dele. Após uma cuidadosa explicação de que o médico está ali para acolher seu sofrimento e ouvi-lo também, Tales consegue falar com o psiquiatra sobre a questão, e é proposta uma tentativa da retirada de ritalina no período de férias escolares (algo que não tinha sido realizado até então).

Estes são breves relatos clínicos de atendimentos realizados durante o aprimoramento. O objetivo aqui não é a análise de casos, mas sim ilustrar um pouco da potência que o CAPS Infante Juvenil pode ter no tratamento de seus usuários. Seja na ambiência, no quintal, na sala de atendimento, na conversa, na atividade, nas relações multiprofissionais, todos esses dispositivos merecem apostas e investimentos.

Considerações finais

Com este trabalho não pretendemos apontar diretrizes de como deve ser realizado o trabalho em CAPS Infante Juvenil, mas possibilitar maiores diálogos sobre a questão.

Devemos deixar de lado os receios em discutir clínica no campo da saúde pública. É um debate que deve ser realizado com mais afinco por planejadores e gestores de saúde, assim como por profissionais da assistência. O Sistema Único de Saúde é uma construção coletiva e todas as instâncias devem participar criticamente de sua elaboração.

Para tanto podemos recorrer à academia, referenciais teóricos, supervisões clínicas e institucionais, gestores. Porém, devemos valorizar, e muito, o aprendizado cotidiano que nossos próprios usuários nos proporcionam. Não devemos ter medo de aprender com eles e medo do não-saber. O trabalho em saúde mental é rico e aprendemos coisas novas todos os dias. Especialmente no trabalho em saúde mental infantil, no qual o ritmo de mudanças é mais rápido.

Porém, para que possamos aprender, é preciso estar aberto e disponível ao inusitado. É preciso ter vontade e implicação no trabalho, e alimentar a capacidade criativa de cada um.

Referências bibliográficas

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001.

_____. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, DF. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012.

COUTO, M. C. V., DUARTE, C. S. & DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384-389. 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada. In: ONOCKO CAMPOS, R. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2012.

OURY, Jean, O Coletivo. São Paulo, Editora Hucitec, 2009.

PASSOS E BENEVIDES. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. In: *Psicologia Clínica* 13(1):89-100. 2001.

REIS, A. O. A. *et al.* As crianças e os adolescentes dos centros de atenção psicossocial infantojuvenil. São Paulo: Schoba, 2012.

SOUZA, A.M.O. Ambiência (em) cena: elementos do discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial a respeito dos espaços formais de tratamento. In: GUIRADO, M. LERNER, R. (org). *Psicologia, pesquisa e clínica: por uma análise institucional do discurso*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2007.