

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

Convivência no CAPSIIJ Carretel

Kelly Karina O. Almeida

Relato de experiência para conclusão de
ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental
e Coletiva – UNICAMP
Orientador: Bruno Emerich

Campinas, 2017

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto 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 CAPSij é bastante diversificada devido à complexidade e singularidades das demandas e sofrimentos desta população. A assistência prestada no Capsij envolve diversas atividades: atendimentos individuais e em grupo com usuários, atividades comunitárias e ações intersetoriais. O atendimento à família é descrito como uma atividade assistencial específica, sendo que também estão previstas visitas e atendimentos domiciliares (BRASIL, 2002).

As “Diretrizes operacionais para todo serviço de saúde que se proponha prestar atenção a crianças e adolescentes”, formulada na publicação (BRASIL, 2005) vão ao encontro dos princípios, no que diz respeito à necessidade de acolhimento da demanda de criança ou adolescente e de quem o acompanha, assim como a responsabilidade do serviço pelo agenciamento do cuidado (seja no próprio serviço ou em outro que faz parte da rede). É feita ainda uma referência direta ao trabalho incluindo os familiares ou outros responsáveis pela criança: “Comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado -sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda” (BRASIL, 2005, p.16).

Um dos dispositivos de cuidado desses serviços é a Ambiência. No Sistema Único de Saúde (SUS) do qual faz parte os CAPSij, a política de humanização valoriza o ambiente como promotor de saúde. Essa política tem como uma das orientações propiciar melhorias na ambiência dos serviços, levando em consideração sua importância no planejamento e na implementação de programas de saúde.

A ambiência de acordo com a política nacional de humanização (2010) se refere ao espaço físico e as relações interpessoais. Entende-se o ambiente além da sua definição técnica e formal, pois ele passa a acolher as situações que são construídas, ou seja, há uma construção que acontece num certo espaço e num certo tempo, vivenciados e criados por um grupo de pessoas, cada qual com seus valores sociais e culturais.

De acordo com o Ministério da Saúde - PNH (2010) a ambiência deve seguir três eixos que didaticamente estão descritos separados, mas entende-se que são complementares e compõe-se conjuntamente. O primeiro eixo, aponta sobre a confortabilidade que o espaço deve oferecer para que se possa acolher a privacidade e individualidade dos sujeitos e a interação entre as pessoas, garantindo bem-estar tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. O segundo eixo, visa a garantia da produção de

subjetividade e a possibilidade de encontros entre os sujeitos. Por fim, o terceiro eixo entende o espaço como uma ferramenta potente que permite a otimização de recursos, o processo de trabalho mais humanizado, acolhedor e resolutivo.

A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades. A construção do espaço deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade.

Ainda sobre isso, o ambiente da ambiência poderá ser benéfico também para os funcionários e técnicos no sentido de caracterizar melhor a função do CAPSij como centro de apoio e não apenas como ambulatório, onde poderão desenvolver mais amplamente as ações de atenção às crianças e adolescentes não apenas em horários de atendimento preestabelecidos, o que reconfigura o papel do trabalhador no local e o que se entende por cuidado.

No cotidiano do serviço, contudo, muitos são os desafios para que a ambiência ou convivência possa ser experienciada em toda sua potencialidade, por diversos motivos. E como se vem apontando, há uma forte relação entre a ambiência e o cuidado, contudo, a ambiência pode servir tanto para potencializar o cuidado quanto para se eximir dele.

Deve-se garantir que toda a equipe tenha uma compreensão ampla sobre esse dispositivo, que as duplas dos plantões estejam afinadas, e que se possa discuti-los depois, que possa se falar sobre o que é difícil e denso, sobre o que emerge nesse espaço e não sabemos o que fazer com ele. É preciso olhar cuidadosamente sobre os conflitos que aparecem nesse tempo-espaço, sobre os conteúdos não-bonitos e não esperados.

Ronchi e Avellar (2013) apontam que na teoria de Winnicott o ambiente tem influência direta na constituição psíquica do sujeito. Se a provisão ambiental não for oferecida ao bebê nos estágios iniciais, ele não pode se constituir enquanto pessoa, não conquista sua integração. O ambiente, para ele, tem papel fundamental no desenvolvimento da saúde do bebê, não há bebê sem um ambiente que o provê de cuidados. Desse modo, o ambiente pode contribuir, ser um facilitador e possibilitar o crescimento e desenvolvimento saudável; ou pode ser prejudicial e levar a instabilidade causando doença no desenvolvimento emocional. A doença, então, significa e representa uma lacuna no desenvolvimento que acontece no ambiente. A falha ambiental pode e traz consequência para o indivíduo.

Portanto, a estruturação do psiquismo necessita de alguns elementos importantes citados por Winnicott, como a autonomia e a independência (Winnicott, 1983). Entende-se

que a impossibilidade da mãe/cuidador (a) em permitir o processo de separação da criança surge por dificuldades pessoais e ambientais, que acabam por não favorecer tais processos de independência emocional.

Segundo Peixoto, Lena, Culau, Cassel e Dias (ano), nos serviços de atendimento a saúde mental de crianças é importante que se possa restabelecer esse sentimento de segurança inicial, distante em algum momento da figura exclusiva da mãe, que por entraves internos ou ambientais não pode responder, sozinha, pela demanda emocional da criança. É imprescindível que se possa fornecer às crianças acometidas por algum tipo de transtorno mental um ambiente acolhedor e facilitador do seu desenvolvimento.

Em Winnicott, como afirma Dias (1999) a característica central do ambiente facilitador do amadurecimento humano é aquela que possibilita experimentar confiabilidade, pois haverá alguém que cuidará para que o ambiente se mantenha regular, monótono, ou seja, previsível.

No CAPSij, isso seria um dos papéis dos profissionais que estão responsáveis pela ambiência. Enquanto nenhuma atividade se inicia no serviço ter alguém a disposição da criança ou adolescente para acolher suas necessidades é fundamental. Essas necessidades podem incluir uma escuta, acolhimento, presença, alimento, saídas e tantas outras que possam surgir; é a disponibilidade do terapeuta para-com-o-outro que poderá garantir essas vivências.

Em minha experiência, percebi que atendendo essas necessidades, seja dos adolescentes ou das crianças, uma relação afetiva começa a ser construída e aquilo que chamamos por vínculo acontece. No entanto, não é nada fácil estar à disposição-para as necessidades das crianças e dos adolescentes. Na convivência vivida, composta majoritariamente por adolescentes, fui percebendo que suas necessidades são difíceis de serem supridas; pensar e repensar o modo de se estar-com eles é um desafio constante.

Objetivo

Neste trabalho pretendo discutir de forma ampla as experiências de compor a convivência em um CAPSij, trazendo narrativas sobre fragmentos da experiência vivida nesse primeiro ano de residência em saúde mental.

A vivência da convivência no CAPS infanto juvenil Carretel

Até o ano de 2010 a cidade de Campinas dispunha de dois equipamentos de referência para o cuidado de crianças e adolescentes, a saber: o Centro de Vivência Infantil (CEVI) e Centro de Referência Integrado Saúde do Adolescente (CRAISA). O CEVI iniciou suas atividades assistenciais em 1989 e se propunha a cuidar, principalmente, de crianças com transtornos mentais graves (casos de psicose e autismo) até os 14 anos de idade. O CRAISA, por sua vez, atendia a população de adolescentes que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas, estavam em situação de rua e/ou haviam praticado atos infracionais.

Ambos os serviços a partir do ano de 2010 foram alinhados à portaria 336/2001 e foram reestruturados como Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. O CEVI atualmente nomeado CAPSi Carretel e o CRAISA atual CAPSi Espaço Criativo. A partir da orientação prevista na portaria acima citada, ocorreu a mudança nos critérios de inserção da população atendida neste serviços que passa a ser encaminhada segundo a gravidade dos casos de sofrimento mental e pelo seu território de moradia.

A cidade foi dividida em duas áreas de cobertura, sendo as regiões sul e sudoeste atendida pelo CAPSi Espaço Criativo e as regiões norte, leste e noroeste pelo CAPSi Carretel. Estimava-se que cada serviço era responsável por um contingente populacional de aproximadamente 550 mil habitantes. A partir desta reestruturação houve um aumento significativo de recursos humanos e a criação de dois leitos em hospital geral para retaguarda.

Portanto, não se tratou apenas de uma mudança de nomenclatura, mas uma mudança de modelo de cuidado implementado territorialmente, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil.

A ambiência ou a convivência como é chamada pela equipe no CAPSij Carretel é composta sempre por uma dupla de profissionais. Essa dupla se constitui a princípio e na maioria das vezes de acordo com o encaixe de horário do trabalho dos terapeutas, sendo que não há regras para a formação da dupla em relação ao nível de formação (técnicos e nível superior). Cada dupla é responsável pela convivência de um período, sendo assim, há 8 períodos-duplas de convivência no total no serviço.

No início da minha inserção no serviço, junto das escolhas dos grupos e atividades que faria parte durante o ano, o período da convivência também foi escolhido. A convivência da qual fiz parte se deu no período da tarde das quartas-feiras, junto de outra profissional do serviço.

Os profissionais que compõe a convivência, não dispõem de agenda naquele período a partir da sua formação e/ou categoria profissional (exceto as ações do núcleo de enfermagem).

Nas passagens de plantão, ou nas “rodas” como é chamada por esta equipe, são discutidos e organizados as atividades daquele período, as urgências e emergências, bem como os imprevistos, demandas, etc. Os acontecimentos da convivência de um período, na responsabilidade de uma dupla de profissionais, são passados para o restante da equipe nas rodas. Esse seria o lugar formal para se discutir os acontecimentos da convivência diariamente. Sendo assim, as urgências e emergências seguem em construção de cuidado de uma dupla para outra da convivência - e outros profissionais da equipe -, criando uma costura no cuidado.

Contudo, muitas vezes somente as urgências são trabalhadas e pensadas nas rodas, se perdendo o restante de todas as outras vivências de um período de convivência. Falar do que não é urgente, do que não é grave, causa estranhamento. Acostumamos a deixar passar as vivências que se deram na convivência que foram boas, os ensinamentos e aprendizados que se produziram em cada encontro com cada usuário. Esse estranhamento pode ser um vestígio de um modelo de cuidado fragmentado, característico do olhar biomédico e clínico que dificulta a construção de um projeto de vida ampliado. Essa dificuldade também aparece quando deixamos de olhar, rever, retomar o cuidado de usuários que aparentemente estão bem, não causam problema, não nos chama atenção.

Sobre isso, pode-se pensar que o dispositivo da convivência é fundamental para se pensar e construir os projetos terapêuticos singulares dos usuários que por ali permanecem e/ou passam. É sobre isso que o terceiro eixo citado da PNH aponta, como aproveitar esse dispositivo nas ações de cuidado integral na perspectiva da equidade? E nos levam a questionar: quem são os meninos e meninas que fazem a permanência em uma convivência? E para que fazem? A convivência é servida de maneira diferente para usuários diferentes, com necessidades singulares, ainda que tenham um objetivo em comum: enxergar o usuário em sua integralidade.

Há usuários que estão em momentos melhores do tratamento/cuidado e a convivência faz parte do seu PTS, esses geralmente permanecem depois de alguma atividade estruturada, como um atendimento individual ou em grupo. Esses usuários já são esperados naquele período da convivência. E há também aqueles usuários que a indicação da permanência de um período é indicada para avaliação e observação quando não estão bem, e precisam de um cuidado, de um olhar de uma equipe multi e especializada. A

convivência pode e deve ser utilizada para se pensar, construir e reconstruir o PTS de um usuário e não só como uma parte do mesmo.

Na Convivência, o usuário encontra a possibilidade, primeiro, de trocar com o terapeuta, em uma relação que não seja unilateral. Conforme Silva:

Na relação mais informal, às vezes, as potencialidades se expressam mais naturalmente, o que não acontece necessariamente durante uma atividade estruturada. (...). Esta convivência mais informal talvez proporcione um ambiente mais próximo ao do espaço de vida do usuário, de modo que ele expresse sua singularidade mais espontaneamente (2008, p.12).

É um exercício se pensar nas atividades que vão ao encontro do que se espera com uma clínica ampliada, visto que o ambiente passa a ser pensado como produtor de subjetividade, de modo que o tempo passado no serviço seja integralmente terapêutico e, como tal, produtor de saúde.

De acordo com a PNH: "Quando se concebe uma nova ambiência, provoca-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações. Os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas, e a ambiência passa a ser um dos dispositivos no processo de mudança. Assim, as áreas de trabalho além de mais adequadas funcionalmente deverão proporcionar espaços vivenciais prazerosos" (ANO).

Esse trecho ilustra para mim o que ocorreu durante minha inserção no serviço em relação a convivência da qual compus. A convivência que compunha tinha algo de diferente, algo que fugia da regra, e a equipe se questionava sobre esse modelo de trabalho, percebi que estava gerando um desconforto nos profissionais, e eu também não escapava desse sentimento. Com isso, pactuamos que a convivência deveria ser uma pauta da reunião de equipe para todos olharmos e pensarmos a respeito, e assim aconteceu.

Essa reunião foi muito proveitosa e a convivência de cada período foi olhada e esmiuçada por completo. Foram apontadas as características de cada convivência, quais as atividades oferecidas, qual era o público, suas dificuldades e potências e assim, o que a equipe pensava que poderia ser mudado e ou mantido.

As tardes da convivência em que eu estava de plantão estava com um número de adolescentes que a equipe julgava alto. A tarde se iniciava com a assembleia e os grupos daquele período tomaram a característica de oficinas, abertas, ou seja, decidia-se naquele momento da assembleia quais os adolescentes que iriam para cada grupo a partir de sua escolha e de seu desejo, ainda que alguns usuários já tivessem seu grupo definido a partir

de seu PTS. Esse arranjo estava causando certo desequilíbrio entre os grupos e desconfortos para a equipe.

Apesar desse espaço ter se configurado como um lugar de co-construção entre usuários e profissionais, principalmente em relação a própria estrutura dos grupos, foi uma experiência delicada e difícil de ser manejada. Percebemos que esse modelo, na prática, não foi possível de ser mantido nesse formato.

Esse fenômeno que se gerou nessa convivência específica pode ilustrar o impacto que a configuração de um espaço (que não é só físico) pode ter e causar tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Entretanto, o que essa mudança de estrutura parece mostrar é que o espaço clínico tradicional, justamente por sua estrutura pré-estabelecida, é muito mais confortável para os profissionais. Ou seja,

o sentimento comum manifestado pelos profissionais sobre como se sentem durante esta convivência, pelo menos no início da experimentação da ambiência, é de insegurança. A ausência de um papel técnico a cumprir deixa o profissional sem instrumentos objetivos de trabalho, sem um setting definido, sem uma orientação a ser oferecida em um caso específico, ou seja, sem o controle da situação. O que a ambiência traz de novo é a exposição de características pessoais dos profissionais durante esta convivência; e esta inovação é motivo para o surgimento da insegurança (2008, p.17).

Faz parte de estar na ambiência [convivência] uma sensação de desproteção, no sentido de que os acontecimentos são imprevisíveis e é necessário se abrir para o desconhecido e lidar com o que aparece.

Vínculos de confiança vão sendo possíveis de serem construídos nessa disponibilidade atenta que começa através de uma simples presença, mas que é contínua, semanal. O vínculo é “alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde” (Brasil, 2010, p.14), sendo essencial para a ação terapêutica. É “substância eminentemente afetiva” e se dá através do encontro, entre, no mínimo, dois corpos (Teixeira, 2004).

Dessa forma, o profissional, quando se utiliza do dispositivo da Convivência, precisa se despir das máscaras já prontas do terapeuta, e jogar-se na insegurança de um espaço onde ele precisará construir um novo sentido para si mesmo. Precisarás experimentar, tentar apostar, até encontrar um equilíbrio onde seja possível abrir-se para um encontro com o usuário que permita a troca e o afeto, sem perder de vista seu lugar ali enquanto

profissional e terapeuta. Como apontou Lancetti (2014, p 116), “o terapeuta amigo transita em situação paradoxal – é ao mesmo tempo amigo e estrategista, dada a permanente avaliação passo a passo do percurso”.

Essa vivência que inclui o contato frequente e próximo com os usuários, não é simples e nem isenta de dilemas profissionais e éticos. Questionei-me por diversas vezes sobre que tipos de vínculos estavam sendo estabelecidos nesse contato mais informal e qual era a qualidade do papel terapêutico desenvolvido e se isso estava acontecendo. Também tive dificuldades relacionadas sobre o que expor ou não da própria vida e como manejar quando há perguntas ou atitudes invasivas por parte dos usuários.

Outra característica importante da Convivência é que, nesse dispositivo, se está sempre lidando com o imprevisível. Por exemplo, como podemos pensar em "processos", "efeitos", quando a frequência de encontros é imprevisível? Nesse sentido, quais as possibilidades de intervenção que essa dinâmica permite? Como explorá-las? Como costurar os fragmentos que se vive com o usuário no seu cuidado para o restante da equipe? O que e como aproveitar as vivência na convivência de cada usuário? Aprendi que é imprescindível não se afobar em querer produzir grandes intervenções/reflexões em um único encontro. Mas, que é a continuidade dos encontros que permite uma construção mais sólida do vínculo e do cuidado. Acreditar no micro, no molecular, como potência de transformação do macro.

Meu percurso na convivência foi marcado por aproximações, distanciamentos e experimentações. Com o passar do tempo fui equilibrando os modos de estar e tentando desenvolver um conhecimento mais sensível sobre esse espaço.

Para ilustrar essa experiência, apresentarei algumas cenas vividas na convivência do CAPS infanto juvenil Carretel. Encontros esses carregados de vida, de cor e de cheiros. Trata-se de alguns fragmentos do vivido que foram possíveis recordar e atribuir sentidos.

Aventuras da convivência

Aventura 1 - Video-game

Quando iniciei minha atuação no CAPSij Carretel, logo já estava na convivência. Eu estava conhecendo o serviço, os usuários, os profissionais, ainda entendendo seu funcionamento.

Numa tarde o adolescente L. me encontra no quintal e me convida para ir a sala de vídeo-game, pois queria jogar. Entendo que nesse momento o convite aconteceu porque L. tinha o desejo de jogar e havia um combinado entre equipe e usuários que só poderiam

jogar acompanhados de um profissional. Sendo eu a pessoa que estava disponível naquele momento, L. me faz o convite ou melhor, o pedido. Me dirijo com ele até a sala onde permanecemos por um tempo, enquanto ele jogava.

Isso se seguiu por várias outras tardes nas semanas seguintes em que eu estava no quintal, na convivência, e L. me chamava para ir jogar, a partir daí era mais um convite do que um pedido: “vamos jogar, tia!” enquanto ia se dirigindo a sala. O jogo escolhido por L. era sempre o mesmo: Fifa. No início L. se limitava a somente responder minhas perguntas, de forma breve. Característica conhecida de L. pela equipe, menino que pouco fala, com dificuldade de vínculo nas instituições em que passa. Não me convidava para jogar junto dele, mas somente o acompanhar. Eu permanecia na cadeira ou sentada no chão do seu lado e seu silêncio não era uma questão para mim.

A cada encontro ia perguntando mais sobre futebol, fazia uns lanchinhos para nosso momento video-game e L. foi falando mais, me convidava para jogar e tinha paciência com minha falta de habilidade. O convite se estendeu para o lanche da tarde fora da sala do videogame, para acompanhá-lo do lado de fora do serviço enquanto fumava um cigarro. Depois me procurava para quaisquer outras necessidades e desejos, até para lhe fazer um cafuné enquanto me contava faíscas de acontecimentos de seus familiares.

Me tornei sua referência no serviço e uma das poucas pessoas com as quais L. conseguia compartilhar fragmentos da sua história de vida perdida entre tantas passagens por instituições. Seu espaço na convivência foi mantido até o final, ainda que tenha passado um período distante do serviço. Esse encontro com L. proporcionou com que ele mantivesse seu vínculo com o serviço, permitiu que eu participasse de reuniões extraterritoriais sobre seu caso, e a construção do seu cuidado estruturando seu projeto terapêutico singular.

A aproximação com L. não foi vivida sem angústias da minha parte, que discutia constantemente seu caso na preceptoria. A partir dessas discussões, fui começando a entender que a “espera ativa” é uma ferramenta que poderia ser utilizada nesse caso.

Para termos acesso a um insólito que não está manifesto de saída devemos nos envolver numa “espera ativa”, é esta a verdadeira neutralidade que vai permitir ao outro se manifestar. Assim, alguém que pode aparecer como quase normal porque está quieto lá encostadinho num canto e que muitas vezes classificamos como “bom”, “tranquilo”, “adequado” está em pleno sofrimento, que só poderá aparecer se nos pusermos a estar “junto de”, estar “com” no seu lugar.

Quanto à construção desse tipo de presença, Oury propõe que nos dotemos de uma espera ativa e instrumentalizada representada por uma escuta que ultrapasse o sentido

aparente do sintoma e se direcione ao reconhecimento do desejo dessa criança ou do adolescente, oferecendo-lhe contorno. Segundo o psicanalista se queremos tratar a existência das pessoas precisamos atravessar uma alta complexidade para que estejamos sensíveis à simplicidade da vida cotidiana. Ao construir essa posição de espera ativa, de espera instrumentalizada, permitimos a manifestação do outro através da liberação do que estava impregnado, estigmatizado (por exemplo, menina estranha que não fala com ninguém) tornando-se então disponíveis as potencialidades.

De acordo com OURY (1991) é preciso tornar disponíveis as potencialidades que na maior parte das vezes estão mascaradas, quase emparedadas, e que não se manifestaram em função do estilo de trabalho tal qual ele se apresenta habitualmente. A partir delas é que será possível um acesso, não forçado, ao que não está manifesto de saída, ao que se deve decifrar.

Aventura 2 - J.

Conheci J. através da convivência, que chegava todas as tardes de modo que sua presença não passava despercebida por ninguém. Logo se aproximou de mim e nossas conversas eram sobre os temas mais variados de sua longa história apesar de tão jovem. J. falava sobre seu uso abusivo de drogas, as dificuldades em família, sua filha da qual sempre se enchia de emoção, e de seus dilemas amorosos, que a cada semana tinha sempre novidades, na maioria das vezes, não tão boas.

J. também solicitava um momento mais privado em que ficasse só eu e ela, ouvíamos músicas que escolhia no meu celular e falava sobre suas letras favoritas, as que se identificava, as que lhe provocavam indignação e revolta. Sobre sua revolta falava sempre sem medo nem pudor, sobre as violências que sofrera e que deixaram marcas.

As saídas com J. eram frequentes com seus pedidos para ir a padaria na esquina comprar macarrão instantâneo. Pedidos esses carregados de angústias e anseios, na mesma intensidade da sua fissura. Os cuidados com o corpo ajudavam, em algumas tardes nossas conversas aconteciam no banheiro enquanto tomava um banho e pedia para que eu penteasse seu longo cabelo. Ora era o tema da sexualidade que predominava ora era as drogas.

Numa certa tarde J. chega muito mal ao CAPSij depois de passar a noite no centro da cidade fazendo uso intenso de substâncias psicoativas, pedia ajuda, por internação, por algo que a segurasse, sabia que não conseguiria voltar ao abrigo. Sua referência logo começa a articular seu cuidado para aquela noite, e uma vaga no CAPS AD do território é liberada. J.

se recusa a ir, diz que não conhece ninguém nesse serviço, que lá “só tem velhos” e pede para ir embora. Ficamos por algumas horas conversando com J. mas ela se recusava, não aceitava ir. Me coloquei a disposição para acompanhá-la no serviço que passaria a noite e de imediato J. aceita. Sigo junto de J. para o CAPS AD com ajuda da sua profissional de referência, fico para sua avaliação médica, para o jantar, até o momento em que dorme comigo ao lado.

O cuidado de J. no território teve outro episódio em que permaneceu um final de semana no leito do CAPS Adulto III. Antes que fosse para o leito do final de semana combinamos que eu iria visitá-la no domingo e passaria a manhã com ela. Assim aconteceu. Fizemos uma caminhada matutina cheia de aventuras e temos histórias para contar cheias de afetos.

Esses são alguns fragmentos dos encontros que tive com J. durante esse ano no CAPSij que só foram possíveis através do vínculo. Vínculo esse proporcionado pelo dispositivo de cuidado da convivência, onde nos encontrávamos todas as tardes de quarta-feiras.

Segundo orientação atual do Ministério da Saúde, o trabalho em Saúde Mental deve se pautar pela criação de vínculos entre profissional e sujeito atendido, proporcionando abertura e confiança para que os sujeitos possam expor e ter atendidas as suas necessidades.

Nas relações de cuidado do cotidiano, o vínculo pauta-se na construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, na qualidade do atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Além disso, a busca de resolutividade para seus problemas (usuários) com o seu trabalhador de referência é uma forma de percepção do vínculo estabelecido entre eles

O vínculo proporciona que o trabalho aconteça de forma mais horizontal e permite que se possa trabalhar a autonomia do usuário, entre outros.

Aventura 3 - L.

Esse encontro começou com olhares distantes. Sempre que via L. pela casa eu o cumprimentava, mas não tinha retorno. O chamava para participar da assembleia ou de qualquer outra atividade que estivesse acontecendo, mas não tinha nem sequer um não como resposta, L. me olhava, permanecia em silêncio, virava o rosto ou saía andando.

L. era um dos casos mais graves do serviço e suas crises nas tardes em que estava na convivência era constante. Eu tinha medo e a minha primeira reação ao ver a agitação de L. se iniciando era me afastar, avisar alguém e pedir por ajuda, se não tivesse ninguém por

perto. L. era um adolescente alto, grande, forte e suas crises envolviam sempre muita destruição, tanto do seu próprio corpo quanto do espaço físico da casa. Era preciso sempre muitos profissionais por perto.

L. começa se aproximar de mim quando descobre que eu fumava. Foi se aproximando aos poucos, e logo já trocávamos algumas frases. Em uma tarde nublada acompanho L. até a padaria para comprar doritos e coca-cola junto de um outro profissional. Nesse pequeno percurso nos conta sobre sua mãe, seu irmão e seu desejo de voltar a morar com eles. A partir daí L. muda sua relação comigo. Começa a me reconhecer como alguém que pode contribuir para seu cuidado. Me procura para pedir por um lanche, para ouvir uma música, para acompanhá-lo para fazer uma ligação. A partir de então, sua chegada no serviço dirigida a mim era acompanhado com beijo e abraço, trazendo algum relato sobre algo que havia lhe acontecido.

Em uma outra tarde, posterior uma crise de L. o profissional de referência que o acompanhava me pede para que eu fique um tempo junto de L. enquanto ele repousava. L. me vê junto dele, colocamos uma música para que conseguisse descansar, até que o sono chega. Quando acorda nos vê ali e permanece tranquilo, seu sono estava sendo guardado por nós. Depois de um tempo, quando seu profissional de referência anuncia que deixará o serviço, parece crescer a aproximação L. comigo.

Após a saída de uma internação em que vai para o CAPSij, L. me procura para contar o que havia acontecido durante o período que ficou internado e que estava o deixando nervoso, com muita raiva. Não havia conseguido dizer para os outros profissionais que estavam ali com ele, com isso, foi possível evitar uma crise através desse breve desabafo, dessa breve conversa. Muitos outros encontros com L. foram marcados pela intensidade das conversas, dos seus relatos, desejos, medos e angústias.

Em um dos nossos últimos encontros L. me pede para acompanhá-lo na ligação que iria fazer para sua mãe. Me apresenta a ela e me passa o telefone. Converso com Dona Elza que me conta que virá para Campinas visitar o filho, L. era só alegria e entusiasmo.

Segundo TENÓRIO (2001, p.24) a clínica é a prática singular junto ao paciente, "mesmo que consista em uma intervenção mais ampla, acompanhando o sujeito para além dos espaços tradicionalmente descritos como clínicos". De acordo com isso podemos questionar: que clínica é essa possível nesses espaços informais a partir da ambiência? TENÓRIO (2001) vem dizer que a clínica abre um espaço de interlocução com o louco, é o reconhecimento do sujeito na loucura e a possibilidade de encontro com o louco.

“(…) a partir das múltiplas relações que se estabelecem nesses espaços, é possível criar algo de novo. Criar movimento. Inserir o

tempo e o espaço na loucura. Criar, a partir do inusitado e do inesperado dos “espaços informais”, projetos que possam oferecer alguma possibilidade para aqueles que não se encaixam na “grade de atividades” do CAPS (e para os que se encaixam também). Assim, pensar nos “espaços informais” é pensar em um recurso terapêutico; é poder supor o potencial de um certo “espaço informal de tratamento”; é pensar que o imprevisto, seja susto ou alegria, é parte fundamental da terapêutica” SOUZA (2003).

A assembleia – roda de adolescentes ..

Um ponto importante do ambiente da convivência é a interação entre as próprias crianças e adolescentes. A defesa do tratamento de crianças e adolescentes, independentemente de sua demanda de saúde, seja autismo, psicose, tentativa de suicídio, abuso de substâncias, ou ainda outros, em um mesmo espaço é bastante potente.

Dois dos eixos citados anteriormente que estão descritos na PNH diz sobre essa interação que a convivência deve propiciar. A saber, a confortabilidade que o espaço deve oferecer para que se possa acolher a privacidade e individualidade dos sujeitos e a interação entre as pessoas, garantindo bem-estar tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. E a garantia da produção de subjetividade e a possibilidade de encontros entre os sujeitos. A convivência da qual fiz parte no CAPSij durante o primeiro ano de residência era composto predominantemente por adolescentes com as mais variadas queixas, hipóteses diagnósticas e necessidades.

Durante a minha inserção começamos a reestruturar a assembleia durante essa convivência. Reestrutura-la, pois, na história desse serviço já se contava com esse dispositivo. No início, essa experiência de compor a assembleia foi difícil e complicada, acredito que pelo seu caráter de construção, mas não só. Também ficava confusa, vendo aquele espaço ora como uma roda de adolescentes, ora como de fato uma assembleia. Além disso, pela sua especificidade de ser com crianças e adolescentes.

As assembleias estão contempladas no atual cenário da saúde mental, em publicação do Ministério da Saúde sobre os CAPS (BRASIL, 2004), como uma das modalidades oferecidas entre os recursos terapêuticos, representando um espaço de convivência e discussão de questões referentes ao serviço.

Existem várias definições do que seria uma assembleia, no entanto, optou-se pelo que acredito contemplar o sentido que se pretende com o texto:

”(...) incluir os pacientes na gestão do cotidiano institucional, oferecendo espaço para que possam co-responsabilizar-se pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem. Essa estratégia visa a uma maior horizontalização das relações de poder dentro do tratamento, um dos objetivos do processo de reabilitação psicossocial. Caracteriza-se idealmente, como um espaço de exercício e resgate da cidadania.” (Camargo, 2004,p.111)

Na definição preconizada pelo Ministério da Saúde a assembleia é caracterizada como um instrumento de importante relevância para o funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência, pois reúne na maioria das vezes semanalmente, técnicos, usuários e convidados com o objetivo de discutir, avaliar e propor encaminhamentos para o serviço. É neste espaço em que são problematizadas e levantadas sugestões sobre as atividades, os espaços de convívio e a organização do serviço.

Em alguns encontros, em roda, na assembleia, e com os adolescentes, falou-se sobre os vidros quebrados pelos próprios adolescentes e como isso os incomodava. Um adolescente se propôs a contar e medir todos os vidros quebrados da casa para fazer um orçamento a fim de pensar em reparos. Pensaram e discutiram sobre a mudança de casa que o capsij vai sofrer, o que gostariam para a nova casa, o que levariam, o que deixariam, os desejos, incômodos, lembranças e novas construções.

Para Basaglia (1991) a assembleia deve ser um espaço de escolhas desde a decisão de participar ou não, sendo importante que a presença de todos seja voluntária. Assim, ninguém decide pelos usuários como, historicamente, ocorreu. Nas dos loucos, asilos e hospitais psiquiátricos foram lugares socialmente designados aos considerados loucos, nos quais havia pouca ou nenhuma possibilidade de escolhas (Pereira, 2016).

Na roda de adolescentes/assembleia o que aparece são seus modos de se expressar e de existência. É onde ouvem ou não ouvem uns aos outros, onde se percebem, se veem dispostos num mesmo lugar, cada qual com sua singularidade, onde todos tem poder de fala. Falam sobre o que querem, o tempo que se apresenta é o deles, apenas mediamos, deixamos seguir seu fluxo, corremos atrás em busca de alcança-los. Mas também

aproveitamos para construir o que será da tarde em que todos conviveremos em conjunto, quais são os desejos e necessidades (tanto individuais quanto coletivas).

A roda de adolescentes/assembleia é também o lugar de construções de propostas, projetos, que possibilitam a participação dos jovens de forma que eles se reconheçam naquilo que estão produzindo e saiam de uma situação de menos valia proporcionada pelo adoecimento. Eles são chamados a desconstruir o lugar de doente e a ocupar o lugar de sujeito implicado com a construção coletiva de pactos e acordos a serem respeitados por todos.

As mudanças consequentes da realização de assembleia de usuários vão ao encontro das diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) e do novo modelo de atenção e gestão descrito por Campos (2010). A assembleia proporciona um espaço de comunicação horizontal entre usuários e profissionais, onde é possível reivindicar, sugerir e decidir conjuntamente, se corresponsabilizando pelo tratamento, rotina do serviço, direitos e deveres, num contínuo exercício de cidadania (BONTEMPO, 2009; COSTA; PAULON, 2012; MONTEIRO, 2010; TEIXEIRA; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Sobre esse contínuo exercício de cidadania, o ECA reconhece que crianças e adolescentes são seres em desenvolvimento e, neste sentido, são seres “por vir” e não são iguais aos adultos desenvolvidos. Porém, ao contrário da tradição, que considera este inacabamento como negatividade e o equaciona com menos direitos, a nova doutrina reconhece que, exatamente porque tais seres são ainda “inacabados”, tal porvir deve ser valorizado positivamente e indica a necessidade de mais direitos para preservar e fazer o referido porvir se realizar em toda a sua potência.

Posto isto, é importante que, no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente se garanta o acesso ao convívio e ao sentimento de pertença a um grupo social. De acordo com o Ministério da Saúde, descrito na Cartilha sobre sobre “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS”

“Na dimensão da saúde enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, a questão essencial é a garantia do direito à palavra. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente

veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família” (2014).

A assembleia com os adolescentes também foi um experimento, no sentido em que não tinha nada preparado de antemão para os encontros, aguardávamos para ver quais seriam os usuários que iriam participar. Percebi que a assembleia tinha maior adesão dos adolescentes quando possibilitávamos que, durante a sua realização, atividades como brincar, cantar, contar piadas, fossem realizadas pelos usuários. Pois, acontecia que, muitas vezes, os usuários tinham dificuldade em permanecer na assembleia todo o tempo e saíam da roda e não retornavam. Com essa flexibilidade, outros assuntos, podiam aparecer e serem discutidos.

A assembleia de adolescentes pode ser pensada como um dispositivo no tratamento, ao legitimar o papel da criatividade, do lúdico no trabalho com os adolescentes.

Mais do que nunca, a forma como as relações vão se dar depende diretamente do encontro, não só entre profissionais e adolescentes, mas entre os próprios adolescentes. Quando, por exemplo, numa tarde em que o serviço estava mais esvaziado de profissionais, os próprios adolescentes combinaram entre si, no espaço da assembleia de ir passear no centro, somente eles, um passeio entre pares na cidade.

O trabalho no território é um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc. “O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (BRASIL, 2005, p. 13).

Acolher os desejos que surgem – fazer um brigadeiro, cuidados com a higiene pessoal, dar uma volta pelo bairro ou pelo parque, ir no mercado, na padaria comprar um ingrediente para uma receita, a construção de idas e vindas do serviço sozinho, são aspectos que envolvem as negociações e as contratualidades entre jovens, famílias e profissionais. O lazer é um tema fundamental num trabalho da reabilitação, pois significa mais uma forma de inserção na comunidade, através do divertimento. É na convivência que esses desejos surgem sem hora marcada, e que a possibilidade de serem feitas inúmeras construções se faz presente.

Ter um espaço que possa propiciar a oportunidade para adolescentes planejarem e vivenciarem atividades voltadas para o lazer é de extrema significação dentro de um Centro de Atenção Psicossocial.

Atravessando todas essas questões – e muitas outras – que surgiram, está a importância do afeto. Afeto, aqui, enquanto sensibilidade, tato, percepção e atenção. Deixar-se afetar, no sentido de estar aberto ao sentir e, principalmente, de estar atento a ele. Estar atento ao plano de forças formado pela instituição, pelos profissionais, pelos usuários do serviço e também por mim. No meu caminhar por entre os dispositivos e usuários, e como estes se reverberou em mim, em minhas próprias questões e desejos. Ao que era produzido, em cada encontro, de coletivo, de singular, de novo. Ou então de cíclico, adoecedor, mortificante. A partir do afeto, acessar o plano de forças que compõe determinado campo, pensar sobre ele, produzir a partir dele.

Conclusão

Precisei de um tempo para entender o que de fato se trata compor a convivência. No início me sentia perdida, em meio a tantas demandas não sabia qual atender primeiro, como pensar clinicamente no individual e no coletivo, como pensar estratégias, como pensar junto da minha dupla, enfim, o que fazer e como fazer. As dúvidas eram muitas, as certezas quase não existiam. Minha dupla e todo o restante da equipe me proporcionaram liberdade para descobrir o meu modo de estar nesse lugar-espço, que não foi vivido sem angústia.

Por fim, há uma dimensão final que deve ser dita quando falamos de afeto, de troca, da clínica da infância. A dimensão de que todo esse processo produziu, intensamente, transformação em mim mesma. Todos os vínculos, as dificuldades, as surpresas e, principalmente, as dúvidas que minha inserção no capsij Carretel me suscitaram provocaram transformações. As minhas dificuldades e entraves com o dispositivo da Convivência abriram uma porta dentro do meu processo de formação. Porta essa abarrotada de perguntas e questionamentos.

Esse trabalho foi uma tentativa de expor sobre a minha experiência nesse primeiro ano de residência multiprofissional em saúde mental. De acordo com Bondía (2002) o saber da experiência é:

o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer que nos acontece. No saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido e do sem-sentido do que nos acontece (...). Somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e um estética (um estilo) (p.27).

A atuação nos espaço da convivência, em hipótese alguma, é algo fácil, já que não existe uma técnica ou um procedimento a priori. É preciso respeitar as singularidades e construir uma intervenção caso a caso, de maneira muito particular. Aí não somos detentores do saber o que nos gera uma posição desconfortável, assim como estar num espaço aberto, sem fronteiras e limites com os pacientes também o é.

Bibliografia

Ronchi, J. Avellar, L. **Ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil: um estudo no CAPSi**. Saúde soc. Vol 22 nº4. São Paulo, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2ª edição. Brasília - DF, 2010.

Menezes, L. **Clínica da Criatividade: considerações acerca do trabalho em um CAPS Infanto Juvenil**. Campinas, 2014.

Peixoto, M. Lena, M. Culau, F. Cassel, A. Dias, J. **Avaliação da implementação de um ambiente de convivência permanente em um CAPSi**. Trabalho de pesquisa UFSM.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.** Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil.** Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos.** Brasília-DF, 2014.

Pereira, C. **Assembléia de usuários e saúde mental: o olhar de usuários e profissionais de um centro de atenção psicossocial.** Florianópolis, 2016.

Nogueira, M. **A ambiência e os espaços informais na construção de projetos terapêuticos individuais.** Campinas, 2006.

Silva, L. **Ambiência: Conviver produz saúde?** Trabalho de Conclusão como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, 2008.

Lancetti, A. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2014