



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

HULLY DOS SANTOS VARJÃO

**A prática no CAPS: processo de vinculação com um familiar.
Relato de experiência do Estágio Supervisionado**

**Santo Antônio de Jesus – BA
Fevereiro, 2019**

HULLY DOS SANTOS VARJÃO

A prática no CAPS: processo de vinculação com um familiar.

Relato de experiência do Estágio Supervisionado

Relatório final apresentado à Banca Avaliadora como parte das exigências do Componente Curricular CCS257 - Estágio Específico de Ênfase em Saúde, sob supervisão do Prof. Dr. Rafael Coelho Rodrigues.

Santo Antônio de Jesus – BA

Fevereiro, 2019

TERMO DE APROVAÇÃO

HULLY DOS SANTOS VARJÃO

A prática no CAPS: processo de vinculação com um familiar.

Relato de experiência do Estágio Supervisionado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em: _____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael Coelho Rodrigues
Pós-doutorado em Psicologia, Universidade Federal Fluminense (UFF)
Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Orientador

Profa. Dra. Ana Flávia de Souza Santana
Doutorado em Psicologia, Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof. Dr. Willian Tito Maia Santos
Doutorado em Psicologia Social, Universidade de São Paulo (USP)
Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

SUMÁRIO

1. Apresentação	05
2. Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil	05
3. Os CAPS.....	07
4. Estágio Supervisionado.....	10
5. Caso Antônia: vinculando com familiar de um usuário.....	19
6. Considerações Finais.....	26
7. Referências Bibliográficas.....	30

1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é fruto de uma experiência de Estágio Supervisionado, em psicologia, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no campus de Santo Antônio de Jesus (Centro de Ciências da Saúde). O campo do estágio foi a área de saúde mental e sua prática realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, do mesmo município. Segundo Yasui (2006, p. 107), o CAPS, é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental e deve ser visto como uma forma de transformação da assistência, parte de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, que inclui diversos atores, segmentos sociais e serviços. Esse texto fala tanto da experiência da prática desse estágio, quanto de seus efeitos nos atores envolvidos, diz também dos efeitos da política nos usuários, familiares e no serviço em questão.

O estágio foi iniciado em maio de 2018, inicialmente com leituras e discussões referentes a área. Sua prática se deu de 14 de agosto de 2018 à 30 de janeiro. Esse estágio supervisionado teve como objetivo realizar uma clínica transdisciplinar, circulando no interior do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual acompanhamos os usuários e as atividades promovidas pelo serviço. A carga horária do estágio foi dividida da seguinte maneira: oito horas semanais foram dedicadas para a prática no CAPS, dentre isso quatro horas eram de reunião de equipe, mais quatro para estar no campo. Junto a isso, tínhamos a supervisão de estágio semanal, realizada na universidade, com orientação do professor Rafael Coelho e duração de quatro horas. Este relatório terá como objetivo principal descrever e analisar a prática de estágio especificamente. Para isso enfocaremos no caso de Antônia (nome fictício), familiar de um usuário do serviço, que funcionará como situação analisadora.

2. HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

“A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”. (Machado de Assis)

De acordo com Guimarães e Colaboradoras (2013), a criação do Hospício Nacional de Alienados, em 1852, no Rio de Janeiro, é considerada como marco que inaugura a psiquiatria no Brasil. Por meio do Decreto n.82/1841 esse hospício foi então fundado. Inicialmente

chamado de Hospício de Dom Pedro II, promoveu a tradição de abrigar quem tivesse toda e qualquer conduta que desviasse do padrão, ou que fosse indisciplinado. Com isso, a assistência psiquiátrica esteve relacionada ao fato de tratar de forma restrita ao interior dos hospícios. Com internações longas, tinham como estratégia, segregar o sujeito do seu seio familiar. Até a localização dos hospitais era pensada nesse sentido, pois eram sempre instalados em locais afastados da cidade, assegurando a exclusão desses indivíduos do convívio social. Sem autonomia alguma, no que diz respeito a sua terapêutica, o foco principal era na doença e não na pessoa. Era papel da instituição hospitalar eliminar sintomas de desordem psíquica, com isso, as instituições psiquiátricas tinham como objetivo corrigir o que demonstrava ser “anormal”. Para isso, eram utilizados diferentes recursos, como “internação, técnicas de hidroterapia, administração excessiva de medicamentos, até aplicação de estímulos elétricos ou uso de procedimentos cirúrgicos” (GUIMARÃES E COLABORADORAS, 2013, p. 362).

Muitas vezes os internos dos manicômios eram tratados com violência e tinham suas potencialidades anuladas, o que tornava esses indivíduos incapazes de retornar ao convívio social. Guimarães e Colaboradores (2013), dizem que:

Há que se considerar que, desde aproximadamente 1978, o modelo de atenção em saúde mental no Brasil vem sofrendo um redirecionamento influenciado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica que preconiza a criação de novos dispositivos de tratamento de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial e mudanças na terapêutica e no modo de conceber e tratar a pessoa com transtorno mental. Entretanto, para que práticas adotadas no passado, não se repitam pelo desconhecimento em tempos de reformulação da assistência nesta área do conhecimento, faz-se necessário manter o registro de tais práticas por meio das memórias (GUIMARÃES E COLABORADORES, 2013, p. 362).

No início dos anos 80, o processo da Reforma Psiquiátrica (RP), ganha força e legitimidade. É quando ela começa a ser assumida enquanto política pública, pelo Ministério da Saúde e como movimento social, através da Luta Antimanicomial. A RP traz as marcas de seu tempo, é um campo heterogêneo, portanto, plural no que diz respeito as suas dimensões (YASUI, 2006).

De acordo com Yasui (2006, p. 105), o processo da Reforma Psiquiátrica (RP), nasceu junto às mudanças sociais e políticas, seus idealizadores propõem transformações no modelo assistencial em saúde mental. A concretização ocorre com a formação de uma rede de serviços de atenção e cuidados, que rompe com o modelo psiquiátrico tradicional. Na luta contra as

instituições psiquiátricas, o intuito da RP foi de politizar a saúde mental, segundo o autor. No seu processo de construção, a Reforma Psiquiátrica, não pode ser dissociada da luta pela transformação da sociedade, pois também foi um momento de luta pelos direitos sociais e fim da desigualdade (YASUI, 2006, p. 26).

A RP propôs retirar a centralidade do saber da psiquiatria, colocando a doença em parênteses. Basaglia (1985, p. 108) afirma que “o diagnóstico assume, doravante, o valor de um rótulo que codifica uma passividade dada por irreversível. Tal passividade pode ter, porém, uma outra índole que não sempre e exclusivamente patológica”. Ele fala sobre o momento em que a doença é considerada como foco central, sem que o diagnóstico tenha sido posto em questão, é quando ocorre a exclusão dos doentes da sociedade. Então a doença em si não é mais o problema, mas sim a relação que é feita com ela.

A Reforma Psiquiátrica vai além de uma reforma da assistência pública em saúde mental, é toda uma lógica de transformar o modelo assistencial e cultural, tirando a centralidade do local de cuidado da loucura, os hospitais psiquiátricos. O que levou aos dispositivos criados pela instauração das novas políticas, que são os serviços substitutivos, ao exemplo do CAPS (CFP, 2013).

No ano de 1989, foi lançado o projeto de lei que propõe a extinção e substituição dos manicômios. Porém apenas no ano de 2001 foi aprovada a lei 10.216 de 06/04/2001, que redireciona o cuidado em Saúde Mental, que privilegia o oferecimento de acompanhamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2005).

3. OS CAPS

Como parte desse movimento, que vinha denunciando a precariedade e as violências dos hospitais psiquiátricos, que até o momento eram as únicas possibilidades disponíveis as pessoas com sofrimento psíquico, foram então se consolidando novos serviços de saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro foi inaugurado no ano de 1986, na cidade de São Paulo. Logo após, outros foram surgindo nas diferentes cidades de todo o país, esses dispositivos tornaram-se cruciais no processo de diminuição das internações e no desmonte do modelo assistencial. Os CAPS, junto ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) foram produzidos a partir da Portaria GM 224/92 (BRASIL, 2004). A lei 10.216/01 modifica

todo o modo de assistência em saúde mental no Brasil e cria os serviços substitutivos. Sobre a lei, Yasui (2006) traz as seguintes considerações:

Em 2001, ano em que a Organização Mundial de Saúde escolheu como o ano da Saúde Mental, foi finalmente assinada a lei nº 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica. Seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original aprovado em 1989, o qual propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial (YASUI, 2006, p. 56)

Hoje, esses e outros serviços substitutivos são regulamentados pela Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Com essa portaria, foi possível ampliar e tornar mais complexo o funcionamento do CAPS (BRASIL, 2004).

É papel do CAPS ser um local de cuidado, sociabilidade e possível de promover convívio da cidade com a loucura presente nela. Com isso, a prática clínica do CAPS deve ser pautada pela liberdade e responsabilidade. Nesse contexto, é o vínculo a ferramenta terapêutica com mais potencialidades, é com ele e a partir dele que se embasa todo e qualquer recurso possível terapêuticamente (CFP, 2013).

No que tange a Atenção Psicossocial, não se pode apenas ter a doença como foco central do cuidado, existe uma perspectiva ainda maior, a de que esse indivíduo é atravessado por diversos contextos, como históricos, sociais, econômicos e por toda a singularidade que o compõe (YASUI, LUZIO E AMARANTE, 2018).

Segundo Yasui, Luzio e Amarante (2018), no que diz respeito a território, ele deve ser visto como um processo, relação e composição. Assim, rompendo a ideia de delimitação da sociedade. Ao passo que torna-se possível a criação de um espaço de provável subjetivação. “Para cada proposta das práticas da Atenção Psicossocial haverá um território com sua singularidade e uma multidão de territórios existenciais” (YASUI, LUZIO E AMARANTE, 2018, p. 182).

Atuar segundo a lógica do território, significa respeitar esse lugar enquanto campo de interações e relações. Uma rede de saúde de excelência no território, possibilita a produção dos mais diversos modos de vida, aumento e fortalecimento da autonomia, além de tornar possível formas subjetivas de ser e estar no mundo (YASUI, LUZIO E AMARANTE, 2018).

O CAPS tem como função oferecer cuidado clínico às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, que estão inseridas em sua área de abrangência, como forma de substituir as hospitalizações, com o intuito de garantir a cidadania daquele indivíduo, de sua família, respeitando a sua singularidade e o incluindo socialmente. Esse serviço de saúde, precisa ter o usuário como protagonista do seu cuidado e o serviço precisa se instituir a partir do sujeito e suas subjetividades. Construída através das relações, a subjetividade está em constante transformação (BRASIL, 2004).

O CAPS II instalado em municípios ou regiões de saúde com mais de 70 mil habitantes, tem como equipe mínima, que pode lhe constituir: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio (BRASIL, 2004).

O CAPS II, cujo nome é CAPS Nova Vida, foi inaugurado em Santo Antônio de Jesus, no ano de 2006, e atende tanto a população de Santo Antônio de Jesus, quanto de municípios vizinhos. No ano de 2018, a quantidade de usuários cadastrados nesse serviço é de trezentos, sendo em sua maioria mulheres. Recém reinaugurado e com nova sede, o CAPS fica localizado no bairro São Benedito e dispõe de um psicólogo, um psiquiatra, uma enfermeira, uma assistente social, uma farmacêutica, uma recepcionista, um segurança, um oficineiro, um motorista, uma auxiliar de serviços gerais e duas assistentes administrativo.

A cidade de Santo Antônio de Jesus, localizada no Recôncavo da Bahia, tem como característica principal o comércio e devido a sua importância na região, o município é conhecido como Capital do Recôncavo e diariamente recebe moradores de suas cidades vizinhas, em busca de serviços de saúde, comércio, bancos, entre outros. A cidade então dispõe de dois Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS AD e o CAPS II, onde se deu a prática desse estágio.

4. ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Para falar sobre os caminhos que me trouxeram até esse campo de estágio, preciso, antes de tudo, dizer do privilégio que é estudar em uma universidade federal, na cidade onde residio desde o meu nascimento e do quanto isso possibilitou a minha permanência e agora finalização de todo esse processo. Morar na minha casa, com meus pais, tornou todo muito mais viável, pois estudar em uma universidade, ainda que pública, sem a necessidade de pagar mensalidades, é custoso e nos demanda tempo, pois o turno é integral.

Não posso também não falar de onde venho e do quanto isso me atravessa, me constitui, enquanto profissional e como pessoa, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), minha primeira escolha, onde me formei no ano de 2015. Um curso em que entrei sem muito conhecimento e certeza dos seus caminhos, pois tratava-se de algo novo, até então sem turmas que já estivessem concluído o curso, apenas existiam planos e projetos, mas que mesmo assim escolhi estar ali e percorrer o que fosse preciso. Hoje, me sinto privilegiada por galgar nesse caminho, o BIS nos permite adquirir novos olhares para a saúde em si, suas políticas e as comunidades. São vivências que acredito que sejam possíveis de viver e discutir apenas no BIS. Não foi fácil estar no curso com tantas incertezas, mudanças, dificuldades, mas hoje entendo que foi tudo necessário.

Por isso me orgulho e jamais anularei da minha história, afinal o Bacharelado Interdisciplinar em saúde para mim é algo vivo, foi a partir dele que fiz a minha segunda escolha: a psicologia. Na UFRB, temos um regime de dois ciclos, no qual nos formamos Bacharelas e Bacharéis em Saúde e no segundo ciclo, optamos por terminalidades como psicologia, nutrição, medicina e enfermagem.

Comecei a me interessar pelo campo de Saúde Mental, quando no ano de 2016, tive a oportunidade de passar por um breve estágio extracurricular em outro dispositivo substitutivo, o CAPS Ad, também no município de Santo Antônio de Jesus, o qual recebe usuários com transtornos provenientes do uso abusivo de álcool, substância psicoativas e outras drogas. Foi quando me aproximei desse campo, até então distante para mim nesse período da graduação, conheci um pouco mais da realidade dos usuários, das dinâmicas do serviço, das dificuldades enfrentadas tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais. Mesmo passando pouco tempo nesse serviço, cerca de dois meses, alguns usuários me marcaram profundamente, algumas

situações me fizeram e me fazem refletir até hoje. Percebi que precisava viver um pouco mais a Saúde Mental.

Particpei de oficinas com a psicóloga do serviço, intituladas “redução de danos”, oficinas de artesanato, de música, estive também em atendimentos individuais, em alguns momentos promovi junto a psicóloga seu grupo. Além disso, fiquei muito com os usuários também, nas refeições, nas varandas, na recepção durante as esperas. Até que, inesperadamente, o estágio chegou ao fim e essas vivências foram interrompidas. Pois todos os estagiários do município foram desligados de suas atividades.

Escolher um campo de estágio no qual ficará por dois semestres, não é uma tarefa simples para um estudante, no estágio supervisionado, passamos dois semestres no mesmo campo e produzimos o nosso relatório e trabalho de conclusão de curso a partir dele, o que de certa forma nos faz ter uma maior preocupação no momento da escolha do estágio. Assim que soube onde o professor Rafael Coelho realizava suas práticas de estágio, o CAPS II, percebi que poderia ser uma oportunidade de vivenciar esse campo mais uma vez, com um pouco mais de tempo, calma, estudos e experiência, já que de 2016 até o momento eu já havia passado por dois estágios básicos.

Optar pela Saúde Mental, tendo em vista o contexto social e político atual, vivenciando um movimento de contrarreforma psiquiátrica, tem um caráter desafiador. É preciso compreender os desafios postos ao território, aos psicólogos e estudantes de psicologia que militam na luta antimanicomial, ainda assim, buscando o fortalecimento da cidadania. O Conselho Federal de Psicologia (2013), fala que:

De certo modo, podemos dizer que os psicólogos têm como desafio a possibilidade de construir a crítica ao discurso médico e à perspectiva reducionista acerca da experiência da loucura. O desafio está posto como necessidade para o reconhecimento da dimensão cultural que atravessa a existência desses sujeitos e conforma suas subjetividades. Tal reconhecimento é essencial para resgatar a dimensão humana do fenômeno da loucura e a dimensão do sofrimento que atravessa essa experiência humana (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 82).

Pelbart (2001) diz “sim, fim do manicômio, mas igualmente fim do manicômio mental, isto é, um direito à desrazão” (PELBART, 2001, p. 137). A possibilidade de desrazão seria viver as suas loucuras, se desprender das amarras socialmente impostas, sem se preocupar com o que lhe é esperado. Portanto, antes mesmo de pedir o fim do manicômio, é preciso se libertar

de um manicômio mental, por vezes culturalmente, financeiramente ou por outras tantas formas, que lhe é então imposto. Por isso a importância dos movimentos de desterritorialização, nesse Estágio Supervisionado e na vida, algo sempre precisa está sendo construído e desconstruído.

O nosso objetivo para esse estágio é contribuir para a descentralização do CAPS e proporcionar e apostar na clínica compartilhada, tendo acesso aos usuários de forma despretensiosa, de modo que as informações cheguem. O nosso papel, enquanto estagiários nesse território, é de formular questões, estando no serviço e nos inserindo nas atividades que o mesmo proporciona, sempre privilegiando o contato. Tudo isso por meio da criação de vínculo com esses usuários, pois entendemos que é com o processo de vinculação que a clínica acontece, é quando ocorre a troca entre o usuário e o profissional. O vínculo pode ser entendido como um dispositivo facilitador para estabelecer o processo de cuidado, por isso, nesse estágio, a vinculação é elemento essencial para o desenvolvimento do trabalho.

O vínculo possibilita que cada sujeito se relacione com outros, de forma individual, criando uma estrutura única a cada caso ou momento, nele inclui-se o indivíduo, o objetivo e inter-relação entre eles, regido por processos de comunicação e aprendizagem (RIVIÈRE, 1998).

Ao que tange o termo vínculo, Yasui (2006) diz se tratar de um dispositivo essencial para a prática clínica “possibilitando o aumento da eficácia das ações de saúde e introduzindo um controle social realizado pelos usuários no mesmo momento em que os cuidados estão sendo produzidos” (YASUI, 2006, p. 133). Para Vidal (2007) o vínculo é também um importante indicador de estruturação e desestruturação dos indivíduos psicóticos.

Discutir saúde mental, não se restringe aos sofrimentos psíquicos, diz sobre as diferentes formas de ser e estar no mundo, fala dos sujeitos e de suas subjetividades, por isso a importância de falar sobre isso. Enquanto estagiárias, precisamos sempre nos atentar aos efeitos da política de Saúde Mental nos usuários desse serviço, que são produzidos a partir das práticas diárias que implementam ou não os preceitos destas políticas. Nascimento (2006) diz que a psicologia não pode ser pensada dissociada da política, pois na atuação do psicólogo, é preciso problematizar os especialismos técnico-científicos, permitindo o diálogo entre temas distintos, por vezes tidos como inconciliáveis. Quando se faz psicologia, se faz política, pois lida-se com sujeitos que estão sendo atravessados por um contexto e lugar histórico, portanto, indivíduo, sociedade, economia e política caminham juntos. A psicologia também é produtora de subjetividades.

A prática do Estágio Supervisionado, orientado pelo professor Rafael Coelho propõe, é diferente de tudo que já vivemos durante o curso de psicologia, não vamos ao campo com metas ou atividades estabelecidas previamente, o nosso papel é acompanhar as atividades do serviço, de modo que a clínica seja possível a partir do que surja dali. Sem locais predefinidos, a clínica pode acontecer nos corredores, no refeitório, durante as refeições, nos grupos ou com aqueles usuários que por alguma motivação, não participam de nenhuma atividade. Foi difícil entender como se daria essa prática, era angustiante ir ao serviço sem ter a certeza do que faríamos, acredito que o significado e o sentido desse modo de fazer clínica, surgiu durante o dia-a-dia no serviço, percebendo os efeitos, estando cada vez mais juntos dos usuários.

Prestes a iniciarmos esse estágio, foi pactuado com o coordenador de Saúde Mental do município de Santo Antônio de Jesus, e em outra ocasião com o psicólogo do serviço e nosso preceptor, que nós estagiários, faríamos também parte das reuniões de equipe, que segundo eles, aconteciam às sextas. Com isso, a carga horária do estágio foi dividida em um turno de prática e outro na participação da reunião. Eu e minha dupla Jéssica, iniciamos nossas atividades dia 14 de agosto de 2018, uma terça feira, no turno da manhã.

Ao chegarmos nesse primeiro dia, fomos em busca do nosso preceptor, o psicólogo do serviço, como o mesmo estava ocupado, decidimos circular e conversar um pouco com os usuários que tivéssemos acesso naquele momento. Mais tarde, participamos do grupo intitulado “grupo terapêutico”, coordenado pelo psicólogo, nesse dia estavam presentes cerca de sete mulheres, duas internas de medicina e nós duas da psicologia. A partir da análise dos prontuários pelo psicólogo, as usuárias contavam um pouco dos seus dias, de suas questões. Algo muito incomodo que ocorreu nesse momento, foi o fato do psicólogo e as internas discutirem os casos das usuárias, nas suas presenças, como se as mesmas não estivessem ali. Fiquei me indagando se esta prática não contribuía para anular as usuárias e dificultar o processo de protagonismo e corresponsabilidade pelo seu processo de cuidado.

Não só o CAPS, mas todo dispositivo de saúde, precisa ter o usuário como personagem principal na escolha e promoção do seu cuidado e o serviço precisa se instituir a partir do sujeito e suas subjetividades. Construída através das relações, a subjetividade está em constante transformação. Por isso a importância da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), para cada usuário.

O PTS é visto como organizador do cuidado. Sua confecção deve ser feita de forma multiprofissional, junto com o sujeito em questão, sua família, deve levar em consideração todo

o contexto em que o usuário está inserido e suas potencialidades. É algo complexo de ser feito, mas é de total importância para estabelecer práticas de cuidado efetivas para aquele sujeito, uma vez que de acordo com suas individualidades, cada usuário vai apresentar respostas distintas a partir do que está sendo feito em prol do seu cuidado. Portanto, essas práticas devem ser pensadas junto ao sujeito e nunca impostas por sua família ou por profissionais.

Como nessa semana ainda não estaríamos inseridos na reunião na sexta, eu e Jéssica, decidimos também ir ao serviço na quinta-feira pela tarde. Ao conversar com os usuários, muitos reclamavam da falta de atividades naquele período e do quanto era ruim ficarem ali ociosos. Participei de um pequeno grupo com o psicólogo e mais dois usuários, durante essa atividade, o usuário Pedro¹ entrou na sala e fez uma pergunta ao profissional. Assim que o sujeito saiu, o psicólogo afirmou perceber que ele estava entrando em crise e que o mesmo é bastante agressivo nesse período, chegando em outro momento a ter quebrado algumas partes das dependências do serviço.

Após o grupo finalizar, estive circulando pelo CAPS, quando foi possível perceber uma estranha movimentação por parte dos funcionários, portas e janelas começaram a ser fechadas, os usuários começaram a ser chamados para sair, mas ainda estava distante do horário de fechamento, o que tornou a situação ainda mais difícil de entender. Até que alguns técnicos começaram a fazer sinal para nós, indicando que estavam fingindo que o CAPS ia ser fechado, tudo isso por medo da possível crise que estava se instalando em Pedro, alguns chegaram a se trancar nas suas salas, uma funcionária dizia a outra “fecha a sua sala que tem computador, para ele não quebrar”. Dentro desse movimento, de fato o serviço foi esvaziado muito antes do seu real horário de fechamento. E o momento que deveria ser de acolhimento àquele sofrimento, foi na verdade de proporcionar vulnerabilidade a Pedro, pois agora ele se encontrava na rua, com a sua possível crise.

No momento que isso aconteceu, não consegui entender muito bem o que estava ocorrendo, era um dos nossos primeiros dias no serviço, não conhecíamos muito bem os usuários, os profissionais ou o funcionamento do CAPS. Com isso, nós estagiárias, não tivemos ação no momento, apenas assistimos tudo aquilo acontecer. Me senti mal por não ter questionado a algum técnico se essa seria a melhor forma de cuidar da crise daquele usuário. Penso que deveria ter convidado os profissionais a refletir sobre aquela prática, sobre o que

¹ Todos os nomes próprios utilizados no texto são fictícios.

poderia acontecer a Pedro estando em crise e na rua. Levei o caso para a supervisão, e lá discutimos um pouco mais sobre isso.

A primeira reunião a qual participamos ocorreu no dia 24/08. Nas sextas-feiras o CAPS permanece aberto, mas não recebe usuários, funciona apenas para dispensa de medicamentos, orientações, entre outros serviços. Nesse dia a reunião durou apenas alguns minutos, alguns casos acompanhados pelos estudantes de medicina foram discutidos e a reunião foi finalizada. O fato é que uma técnica que estava gerindo a reunião, teria que fazer uma visita domiciliar (VD) e por conta disso, não teriam técnicos disponíveis para dar continuidade. Com o passar de algumas sextas-feiras, percebemos que não se tratava de uma reunião de equipe, mas sim de uma reunião solicitada pelos internos de medicina e não tinha a presença de todos os profissionais e funcionários do CAPS, eles se organizavam em forma de rodízio, de modo que o técnico que participava da reunião em uma determinada semana, não estaria presente na próxima, o que inviabiliza as discussões e decisões, pois o que era dito em um dia, precisava sempre retornar para que o funcionário que chegasse, passasse a entender o que ocorreu.

As pautas das reuniões se repetiam, os horários não eram respeitados. Era angustiante estar ali. Em supervisão, sempre discutíamos, desde antes de iniciar a prática desse estágio, a importância da reunião de equipe, pois entendemos que a reunião também faz parte do processo clínico político de uma instituição de saúde. Não foi fácil o início da nossa prática no CAPS Nova Vida, pois de acordo com relatos das experiências de estágios anteriores, já sabíamos o tanto de violência que perpassa por ali, na vida dos usuários, familiares e por vezes, conosco, os estagiários, mas confesso que não imaginei ser tanto. A supervisão foi muito importante nesse sentido, tendo em vista que não se trata de uma aula, mas sim de um dispositivo. Nosso professor sempre nos falou da importância de produzirmos cuidado em ato ali, entre nós e nunca somente na teoria. Inicialmente, não éramos cumprimentadas por boa parte dos profissionais no serviço, o que me constrangeu em diversos momentos. Seria também papel da reunião de equipe estabelecer esse diálogo.

Percebemos também que algumas práticas estavam sendo realizadas por estagiários, internos e até mesmo professores da UFRB, mas que seriam papel dos técnicos do CAPS. Nós da UFRB ficamos curtos períodos no serviço, e saímos ao findar os nossos estágios ou internatos, deixando um “buraco” com a falta dessas práticas, que em supervisão costumávamos dizer, que quem cai nesse “buraco” é o usuário, sendo assim o maior prejudicado com essa ausência.

Após os professores da UFRB, que fazem suas práticas no CAPS se reunirem e posteriormente se reunirem com o coordenador de Saúde Mental do município, iniciou-se um movimento de ocupação do CAPS, por parte da universidade e com a ideia principal de “nada sem os técnicos de referência”. Dessa forma, nenhuma atividade seria realizada no serviço sem a colaboração e participação dos técnicos do CAPS, tendo a UFRB como apoio. Foi estabelecido como dispositivo principal para a realização desse movimento, reuniões de equipe nas terças-feiras no turno da tarde, com a participação de toda a equipe do serviço, incluindo oficinairos, técnicas de enfermagem, serviços gerais, recepcionista, funcionários que antes não eram solicitados para nenhuma reunião, mas que entendemos ser peça principal de vínculo e estabelecimento de cuidado com os usuários.

É importante falar nesse relatório sobre esse processo, pois durante boa parte das nossas práticas no CAPS, estivemos depositando energias nesse movimento. Vivenciamos momentos potentes, desafiadores e por vezes frustrantes, mas seguimos nesse processo. As reuniões foram por vezes conflituosas, ainda repetitivas, em outras tivemos resolutividade. Foi difícil explicar aos técnicos que não estávamos ali para avaliar ou criticar o trabalho deles, mas sim para ajudar no que fosse preciso, pois também entendemos as precariedades e difíceis condições de trabalho que esse e outros serviços públicos de saúde promovem aos seus funcionários. Nossa relação com alguns técnicos melhorou um pouco após esse movimento, uma parte deles passou a nos cumprimentar.

Os professores também participavam da reunião, o coordenador de saúde mental, os funcionários do serviço e nós estudantes. Junto a reunião, foi proposto pelos professores formações continuadas, aos técnicos, às sextas feira pela manhã, a priori com temas indicados pelo próprio público alvo, através de um questionário enviado para cada um. Houve resistência de boa parte dos técnicos tanto para as reuniões, quanto para a formação.

Na primeira grande reunião, com todos esses participantes, exceto o coordenador de saúde mental, foi dito sobre a importância de os técnicos serem partícipes em todas as atividades, tendo em vista, o que já foi dito aqui, do fato dos estudantes da UFRB, se ausentarem ao fim de suas práticas. No meu diário de campo, trago um diálogo interessante que se estabeleceu na reunião, entre uma funcionária do serviço e uma professora da UFRB, que fez uma alusão ao abandono sofrido pelos usuários, a cada 4 meses, quando finda o internato de medicina. Técnica: *“Aqui tem muito amor!”* Professora: *“Falando de amor, imagine uma*

paixão avassaladora a cada 4 meses, de pessoas que já são historicamente abandonadas” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018²).

Outro momento importante dessa reunião, é quando uma usuária vai até o local onde estávamos, se dirige a uma funcionária e diz *“nossa como você fica bonita fora do vidro”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2018). Acontece que essa técnica trabalha em um setor do CAPS, no qual seu atendimento é feito através de um vidro e a usuária insinuou jamais tê-la visto fora dali o que demonstra um distanciamento que ainda acontece entre os usuários desse serviço e aqueles que trabalham lá.

Discutimos também sobre a elaboração de oficinas terapêuticas e a função terapêutica das oficinas, pois percebemos que em alguns momentos existe um raso entendimento sobre isso, com isso algumas atividades são feitas apenas com o intuito de ser recreativa ou preencher o tempo ocioso no serviço. Rauter (2000), fala o seguinte sobre oficinas terapêuticas:

As oficinas serão terapêuticas ou funcionarão como vetores de existencialização caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre produção desejante e produção da vida material. Caso consigam conectar-se com o plano de imanência da vida, o mesmo plano com base no qual são engendradas a arte, a política e o amor. Quando nos perguntamos sobre o sentido das oficinas terapêuticas, tal questionamento diz respeito ao desejo e suas condições de efetuação na vida, no trabalho, na criação. A questão do desejo e de suas produções nos remete a pensar a época em que vivemos e as condições de produção da cultura na contemporaneidade (RAUTER, 2000 p.269-270).

Com essa reunião conseguimos estabelecer um cronograma de atividades a serem realizadas semanalmente no CAPS e o profissional de referência responsável por cada uma delas. Nem tudo do cronograma foi posto em prática nesse período, nem todas as decisões tomadas foram efetivas. Acredito que mais do que nunca devemos nos colocar enquanto defensores da luta antimanicomial e militantes da causa. Yasui (2006) traz uma excelente reflexão acerca do objetivo desse movimento que implantamos no serviço, que é de que não sejam perdidas as reais atribuições do CAPS fruto de muita luta, conquistados por meio da Reforma Psiquiátrica:

O processo da Reforma Psiquiátrica, não pode se restringir à implantação de um determinado tipo de serviço, sob o risco de reduzir a complexidade deste processo a uma reforma administrativa e tecnocrática. Neste sentido, retomo a ideia de que o

² As citações em itálico são citações diretas do diário de campo do estágio.

CAPS deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que rompe com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos os atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos e atores sociais (YASUI, 2006, p. 144).

Acredito que tudo que foi feito foi válido e todas as energias ali depositadas. Foi duro, foi pesado e por vezes violento conosco todo o processo. Ocorreram reuniões em que nossos questionamentos, ainda que com muita emoção, com uma voz embargada, foram respondidos duramente por profissionais do serviço, em meio a tantas pessoas presentes. Estávamos ali para integrar à equipe do CAPS, ser parte do todo, aumentar ainda mais a rede de cuidado, mas por vezes me perguntei se aqueles funcionários de fato formavam uma equipe. Muito mais que equipes multiprofissionais, compostas por profissões distintas habitando o mesmo serviço, a equipe do CAPS deve ser de agentes coletivos, implicados com a promoção do cuidado. Essa rede de cuidados pode ser ampliada para todos aqueles que se propuserem, como a família, amigos (YASUI, 2006).

Nesse processo surgiram também diferenças entre nós da UFRB, principalmente entre os internos de medicina e nós estagiários de psicologia. Isso fala das nossas diferenças enquanto sujeito e também de formação. Foi preciso fazermos uma reunião, agora apenas entre nós, pois existiu uma dificuldade na comunicação entre os estagiários de psicologia e medicina, no que diz respeito ao entendimento dos objetivos de cada estágio e do internato. Para tensionarmos o serviço, em prol do trabalho em equipe, precisávamos primeiro, estar com nossas práticas alinhadas.

Yasui (2006) fala da importância da rede nas práticas de cuidado em Saúde Mental:

A produção de cuidados implica em diversificar a rede de ações, abrindo para novas possibilidades de encontro por meio da ampliação da rede de circulação e utilização dos recursos existentes. [...] O CAPS, que é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência, produtora de cuidados, regidos pela alegria, pela beleza, e pelos bons encontros. Cuidado que se inicia com o acolhimento, agenciado pela equipe e que se tece em rede em uma apropriação no território e na produção de sentidos que potencializam e transformam a vida (YASUI, 2006, p. 147).

5. CASO ANTÔNIA: VINCULANDO COM FAMILIAR DE UM USUÁRIO

No dia 29/08 foi muito difícil ir ao CAPS, pois devido a mudança na grade de disciplinas na universidade, precisamos mudar de dia, íamos às terças pela manhã, agora estaríamos nas quartas à tarde. Com isso, seriam outros usuários ali naquele dia e todo o nosso processo de vinculação que estava em andamento as terças, teria que agora ser iniciado as quartas. Cada usuário tem seus dias específicos para frequentar o serviço, e boa parte dos que vão as terças, não estão lá nas quartas, exceto aqueles que frequentam o CAPS todos os dias da semana. Não é fácil criar vínculo, é um processo lento e árduo, para as duas partes. Me senti cansada e desestimulada. Foi doloroso ir nessa quarta, mas fomos.

Nesse dia, uma senhora veio até mim e perguntou meu nome. Se tratava de Antônia, avó do usuário André. Sentei ao seu lado e ficamos conversando. Me chamou atenção o fato dela me relatar residir na zona rural da cidade de Mutuípe e vim para o CAPS de Santo Antônio de Jesus duas vezes por semana, pois onde reside também existe um Centro de Atenção Psicossocial. Ela iniciou um bordado e me perguntou se eu queria aprender, respondi que sim. Antônia começou a me ensinar, então passamos aquela tarde ali, bordando e conversando. Ali uma clínica foi sendo iniciada. Sim, a clínica precisa sair dos muros, não precisa se ater a salas, a clínica precisa circular e acontecer nos mais distintos lugares, seja na fila do almoço, seja embaixo de uma árvore, a clínica precisa acontecer.

Só podemos então pensar em estratégias de cuidado que produzam e promovam a autonomia e a singularização do sujeito. E estas serão, também, da ordem da diversidade e da multiplicidade. Nesse sentido, o conceito de clínica se transforma. Não uma clínica inspirada no reclinar-se sobre o leito do paciente, com olhar de quem observa e busca a doença. Lugar onde as identidades dos participantes estão predefinidas. Mas uma clínica do encontro, da invenção e da produção de sentidos. Assim o lugar será qualquer um onde houver possibilidade de encontro com a vida e com a autonomização do sujeito. Um serviço substitutivo deve necessariamente ser pensado como um dispositivo que tece (no sentido de trabalhar a urdidura e a trama) e ativa uma rede de cuidados (YASUI, 2006, p. 103).

Nesse dia, Antônia me acolheu, em um dos dias em que foi mais difícil ir ao CAPS, mesmo sem saber, ela foi essencial para que a tarde que seria tão complicada para mim, de fato não fosse. Iniciávamos ali um processo de vinculação, nesse dia eu fui acolhida e em muitos outros eu a acolhi. Acredito que Saúde Mental, é pouco disso: o cuidado está onde menos esperamos, entre os próprios usuários, por exemplo, é estabelecida uma forte rede de cuidado o tempo inteiro, por isso a importância do vínculo.

De acordo com Yasui (2006), os vínculos iniciais são frágeis, podem ser findados a partir de qualquer mínimo descuido, por isso demandam muita atenção, por isso, tive bastante cuidado nos primeiros momentos com essa família, ouvi muito e pontuei apenas quando necessário. Trata-se de um caso bastante inusitado, Antônia, é avó de um usuário, eles residem em um município vizinho a Santo Antônio de Jesus, o que chama atenção é que esta cidade também possui um CAPS II, mas mesmo assim essa família viaja duas vezes por semana em busca de cuidados No CAPS Nova Vida. Em um dado momento desse estágio, durante uma reunião de equipe, o coordenador de Saúde Mental do município foi questionado sobre o motivo pelo qual esse CAPS recebe um usuário de outro município, no qual o serviço também é oferecido, ele desconversou “vamos deixar subentendido” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018). Com isso, até o fim do estágio não foi possível entender de fato qual a motivação e como se deu a aceitação desse usuário no serviço.

O usuário, que no início do estágio tinha 18 anos, mas que completou 19 nesse período, vem sempre acompanhado de duas mulheres, sua mãe e sua avó. Ambos vêm nos dias de segunda e quarta, são trazidos por um carro disponibilizado pela prefeitura do município onde residem. Trarei aqui trechos do meu diário de campo para contar sobre esse dia, em que conheci essa família.

Perguntei porque não eram atendidos no CAPS da sua cidade mesmo, ela me disse que lá André havia recebido o diagnóstico de autismo e que por isso não teria direito a participar das atividades do CAPS, o que para ela já foi uma forma de exclusão. Perguntei o que os motivou a procurar acompanhamento para André, respondeu que foi pelo bullying que ele sofria no ônibus, que o levava até a escola, por parte dos colegas. Então a mãe de André conseguiu esse atendimento para ele em Santo Antônio de Jesus, que segundo ela, agora recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. Enquanto conversávamos, André dormia, na verdade ele dormiu a tarde inteira (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Durante todo o estágio, foi muito difícil dialogar com André, ele dormia durante todo o tempo no serviço e com o decorrer das semanas, passou a dormir ainda mais. Com isso, as conversas com ele foram poucas. Ainda nesse dia “Antônia me contou sobre seu marido, que havia lhe abandonado recentemente, do problema de saúde dele e que agora ele tentava reatar o casamento, mas que ela não o queria mais” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Antônia é uma mulher de 56 anos, com a aparência cansada, e ela sempre reclama disso, tem dois filhos. Um que ela não tem muito contato, apesar de morarem em cidades vizinhas e

a outra é a mãe de André, que também mora na mesma localidade que ela, mas em casas distintas. As duas estão sempre juntas em prol dos cuidados de André, apesar de diferirem em boa parte das opiniões em meio as discussões que presenciei entre elas. A mãe de André não trabalha, recebe auxílio do Bolsa Família e sua mãe por meio de aposentadoria e trabalhos em sua roça, a ajuda no que é preciso financeiramente. *“Sobre sua filha, que saiu várias vezes do serviço durante essa tarde, Dona G falou que ela também precisava de atendimento no CAPS, que ficava entrando e saindo toda hora, sem objetivo algum e não ficava com eles”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

No dia 03 de outubro de 2018, dia em que intitulei o mais difícil para mim no serviço, fui surpreendida por um momento complexo de crise de André. Chegamos no serviço cumprimentando quem estava no refeitório. E nos paletes estavam algumas pessoas, inclusive Antônia, que não tinha ido na semana anterior então fui direto falar com ela, que pediu que eu sentasse, continuou de cabeça baixa e fazendo seus bordados, falei com André e outro usuário que estavam no outro paleta, perguntei a André se estava tudo bem, então sua avó respondeu que não. Quando virou o rosto para mim, vi que estava com o olho roxo e bem machucado, ficamos conversando um pouco sobre ela não ter vindo na semana anterior, até que chegamos ao assunto do olho machucado. *“Naquele momento achei mais prudente não perguntar diretamente o que havia acontecido, tomei um susto ao ver seu olho ferido, seus olhos estavam cheios de lágrima também”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Ela contou que André havia batido nela na noite anterior, pois ele estava se recusando a tomar a medicação e ela insistindo, até que ele começou a cuspir no sofá, várias vezes, como forma de fazê-lo parar, a avó pegou em sua orelha. Então André. Se enfureceu e começo a dar muitos murros nela, na cabeça, no rosto, até que caiu e ele a chutou bastante, usou um capacete para bater em seu corpo com muita força também, isso durou um bom tempo, segundo ela, até que ele parou. Aceitou tomar a medicação e foi dormir (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Foi forte para mim escutar esse relato, ela se emocionava bastante enquanto me dizia o que ocorreu. Enquanto conversávamos, muitas pessoas chegavam, inclusive a mãe de André, que me contou que havia mudado o profissional de referência do seu filho, pois nunca conseguiam falar nada com o antigo, foi então solicitado ao coordenador a mudança, que acatou.

A nova profissional de referência então, foi até onde estávamos e chamou André para tomar uma injeção, pois ela havia conversado com o psiquiatra do serviço sobre a

agressão ocorrida e o mesmo passou um novo medicamento injetável para André. Ele se recusou a tomar a injeção, dizia que não queria ser dopado. Após muita negociação, ele aceitou e foi para a enfermaria. Ao voltar, ele sentou e disse já estar se sentindo estranho e que não havia gostado, pois, novamente falou que não queria ficar dopado (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

O usuário e seu familiares não foram ouvidos pelo psiquiatra. A “consulta” ocorreu por intermédio da profissional de referência. Por sua vez, o médico, como forma de resolutividade a crise, inseriu uma nova medicação. André já toma um número grande de medicamentos diariamente, agora passaria a tomar um injetável. Para Vidal (2007), é preciso cuidar o sujeito e não a crise, pois o sujeito sim é passível de cuidados e acompanhamento.

A crise é um arranjo providencial que se tem à disposição quando todos os outros recursos psíquicos do sujeito já foram utilizados. A crise é ponto de corte. Ela representa a experiência de inconsistência subjetiva que se coloca para o sujeito quando este é colocado em questão. Nem todo evento externo produz crise, e nem sempre é com um evento objetivo e concreto que estamos lidando, mas com aqueles que colocam em questão as significações fundantes e constitutivas dos sujeitos, aquelas que, em sua fragilidade, dão a consistência do que é o sujeito para o sujeito. Tais significações são pontos de apoio que o ajudam a SER-NO-MUNDO e, portanto, ao colocá-las em xeque, produz-se a experiência de Desmoronamento, a Angústia da Destruição, do Não-Eu, do que não é possível significar (VIDAL, 2007, p. 155-156).

É preciso uma intensificação de cuidados durante a crise, porém a forma que esse serviço encontrou de fazê-lo foi medicar, nenhuma outra terapêutica foi inserida. A crise é um momento crítico, cheio de potencialidade. Vidal (2007) fala que no momento da crise, é preciso cuidar do tom, por isso a necessidade de abordar o sujeito de forma tranquila, ser sutil, objetivo e leve nas palavras. É preciso mediar aquilo que para o sujeito é insuportável, saber esperar e intervir. É preciso também dialogar com a comunidade em que o sujeito vive, com sua família, a acalmando, acreditando que o sujeito irá sim melhorar. Ao que tange a crise, ainda é necessário:

Tentar mediar a pressão que vem de fora, as falas e atos que se dirigem aos sujeitos, de modo a evitar as interpelações radicais que o atingem de forma invasiva e destrutiva. A desorganização do sujeito tem lógica. É preciso conhecer sua história, perceber o que lhe é ameaçador, hostil e destrutivo. O sujeito faz uma interpretação desta hostilidade e ameaça, derivando daí a importância de se mediar as situações enquanto este busca se reestruturar (VIDAL, 2007, p. 163)

Por isso a importância do vínculo, é preciso conhecer a história do sujeito, identificar os sinais de crise, o que só é possível por meio de uma inter-relação com o mesmo. No CAPS Nova Vida, não existiu por parte da equipe de profissionais o estabelecimento de vínculo com André. Inicialmente tentei construir uma relação terapêutica com ele, mas como já estava bastante vinculada com sua avó, não seria interessante minha vinculação com os dois. Considerei arriscado naquele momento essa atitude, estaria colocando em risco a vinculação com os dois. Pois, para André, sua avó representava o cuidado excessivo, anulação de sua autonomia, que as vezes podia vim por meio de medicação e ele sempre reclamava de se sentir dopado. Com isso, uma vez vinculada com sua avó, eu poderia representar para André algo próximo ao que ele pensa de Antônia e isso não seria conveniente para a produção de um bom trabalho.

Fomos conversar em um local mais calmo, eu e Antônia, ela me disse que no ano passado, André havia quebrado a casa inteira, me falou muito emocionada, pois diante das dificuldades financeiras que eles enfrentam, só agora ela estava conseguindo remobiliar a casa, comprar novamente copos, pratos e todos os utensílios que foram quebrados nesse dia. Nesse período de crise, ela precisou ficar na casa de uma amiga, pois ele havia dito que a mataria, caso ela voltasse. Nesse dia, ela estava também com receio de retornar para casa com ele, pensou em ir para casa de uma amiga, eu então sugeri que falássemos com sua filha, a mãe de André, para que ela fosse dormir na casa deles. Falamos com a filha e ela concordou. Antônia me contou que já houve um episódio de agressão de André com sua mãe (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Durante sua infância André morou com a avó, até seus 5 anos de idade, depois por conta de insatisfações do avô, ele foi morar com a mãe. Nesse período, ele foi muito violentado pela mãe. Antônia disse sempre encontrar o neto com o corpo marcado por feridas, com isso, ela resolveu levá-lo novamente para morar em sua casa.

Hoje, os dias de Antônia, são regidos em torno da vida de seu neto. “Quando ela fala dele, parece se tratar de uma criança, as vezes me pego o vendo como tal, mas é um homem de 19 anos” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018). Ela faz tudo por ele, entrega tudo pronto em suas mãos, o vejo como total dependente dela para a realização das mais simples atividades diárias. Por muitos dias no serviço, tentei trabalhar com Antônia a necessidade de fortalecer a autonomia de André e do quanto ele já é adulto suficiente para guiar sua vida, ou minimamente fazer uma refeição sem que ela facilite algo para ele.

Como já dito anteriormente, o usuário André não participa das atividades promovidas pelo serviço, ele dormia boa parte do dia, sendo acordado por sua avó no momento das

refeições. Dia após dia a mobilidade e a fala dele vem sendo comprometida e o pescoço bastante curvado. Sempre tentei problematizar com Antônia qual o intuito de André estar no serviço, sendo que o mesmo não se insere nas atividades propostas.

O CAPS Nova Vida oferece uma oficina de futebol, no período da manhã, o transporte do serviço leva alguns usuários para o Ginásio de Esportes do município e junto com doisicineiros, eles jogam futebol e ao fim, retornam ao serviço. Muitos usuários relatam os benefícios alcançados com a participação nessa oficina, que é uma atividade física, que permite que muitos usuários sedentários se exercitem.

Pensando junto com Antônia, achamos que seria interessante para André participar dessa oficina, que o permitiria interagir com outros usuários, se vincular, trabalhando a importância do trabalho em equipe, além de exercitar o seu corpo, uma vez que ele toma muitas medicações e não realiza nenhum tipo de atividade física. Porém, a oficina não acontece nos dias em que ele está no serviço, sugeri que um de seus dias (segunda e quarta) fosse alterado para terça, para que ele se inserisse em um dia dessa atividade.

Na semana seguinte a nossa conversa Antônia, me disse ter conversado com a técnica referência de André sobre a mudança do dia, mas que isso não seria possível agora, pois Antônia participa de um grupo com familiares as segundas, realizado pela técnica que é a profissional de referência dele, e nas quartas, a avó, ministra oficinas de bordado no serviço. Assim, concluiu-se que nesse período não seria possível a mudança. O modo como o CAPS funciona, parece não estar sendo para acompanhar de fato o usuário André, o serviço prioriza a participação de dona Antônia nas oficinas, em detrimento da organização do cuidado do usuário o que acaba sendo interessante para a avó e também para o próprio serviço, mas isso parece não ser pensando terapêuticamente.

As oficinas terapêuticas são importantes meios de produção de cuidado, por meio delas, é possível o desenvolvimento de atividades artísticas, expressivas, culturais, trabalhar com habilidades, potencialidades do sujeito ou possibilitar a circulação social (YASUI, 2006). O que não aconteceu no estabelecimento do cuidado de André.

A palavra oficina, segundo o dicionário Aurélio, significa “lugar em que se verificam grandes transformações”. Talvez essa definição nos traga o essencial daquilo que se objetiva: possibilitar grandes transformações. Trata-se de construir um espaço de acolhimento ao sofrimento psíquico; de possibilitar a re-significação e construção de sentidos existenciais; de produção de uma subjetividade talvez menos oprimida; de

circulação e de reconquista dos espaços sociais; de transformação da qualidade de vida. [...]. Implica em mais do que reinserir ou reabilitar por meio de uma técnica inovadora. Implica em assumir uma responsabilidade sobre o ato de cuidar, que tem consequências de ordem política, social, cultural, etc. (YASUI, 2006, p. 173).

Antônia dizia entender a necessidade André estar no futebol, continuei trabalhando essa importância com ela. No mês de dezembro, dias antes do CAPS entrar em recesso, pactuamos que no ano seguinte iria ser feita a mudança de dia de André, priorizando o seu cuidado. Ainda alguns dias antes do recesso, um momento me tocou e eu entendi que por menos que eu tenha feito, algo ficou para essa família:

“Antônia o acordou para lanchar, pegou o suco e foi abrir para ele, até que ela me olhou, eu estava atenta observando o que acontecia. Então, ainda me olhando, ela disse achar melhor que ele mesmo abrisse o suco, coisa que demorou muito, pois cada vez ele se mostra com mais dificuldade de realizar movimentos simples. Percebi que ao me olhar, ela havia refletido sobre todas as conversas que tivemos a respeito da importância de fortalecer a autonomia de André, assim, resolveu entregar o suco e deixar que ele mesmo o abrisse. Nos mínimos detalhes, nos simples gestos, é possível ver os efeitos da clínica que estamos promovendo” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Alguns dos enfoques do meu trabalho com Antônia, foram a importância de André se tornar um sujeito autônomo, protagonista da sua vida e do seu cuidado. A proteção excessiva de Antônia que não a permitia ver que André era um homem e não mais uma criança. Diante da grande quantidade de medicamentos e posteriormente mobilidade cada vez mais comprometida, André se tornava sempre mais dependente de sua avó.

Inicialmente Antônia entendia como caminho para o cuidado de André apenas as medicações e no momento de crise, quando mais um foi acrescentado, ela se mostrou satisfeita. Foi também um dos meus trabalhos com ela, possibilitar que ela pense a medicação administrada para André como uma parte, de toda uma gama de práticas de cuidados que podem ser estabelecidos terapêuticamente para ele. Durante todos os dias ele dormia por todo o tempo no serviço, e ela dizia que o mesmo acontecia em casa. Problematizei se os resultados das medicações estavam a agradando, se era esse o intuito, que ele passasse seus dias dormindo. Em um determinado dia, ela me disse que era bom, pois ela se sentia segura, mas que era ruim, pois era triste vê-lo deitado o dia inteiro. Foi preciso também trabalhar o propósito de André estar no serviço e como não pareciam estar sendo criadas estratégias terapêuticas para o seu cuidado e a importância disso.

Em meu último dia de prática, 31/01, Antônia me contou que agora o psicólogo do serviço atenderia André todas as segundas-feiras, pedi que isso fosse feito individualmente, sem a sua presença, para possibilitar a vinculação de André com esse profissional, ela concordou e disse ter pensado dessa forma. Com a aproximação da consulta com o psiquiatra, falamos um pouco do que seria dito, ela disse que o assunto principal seria uma possível diminuição nos medicamentos de seu neto, tendo em vista todo o comprometimento que estava trazendo a ele. Falei também de como seria interessante que o próprio André trouxesse suas queixas.

Vem sendo pensado para André um novo projeto, com o atendimento psicológico e a possível mudança de dia, para que participe da oficina terapêutica de futebol. Essa clínica despretensiosa e fora dos muros, me permitiu o trabalho com essa família, uma vez que estive com Antônia nos mais diversos cantos do CAPS, durante seus bordados, suas refeições, de forma simples, mas preciso. Digo trabalho com a família, pois também foi um trabalho com André, que é em quem reflete todas as novas práticas de sua avó.

O Estágio Supervisionado tem um tempo prático mais longo que os demais estágios, porém sinto que ainda não foi suficiente para a total realização desse trabalho. Mesmo com alguns avanços, muitas coisas ficaram por fazer. Em especial a mudança de dia de André, algo que vejo como ótima intervenção nesse momento.

Ao me despedir de Antônia, ela me agradeceu pelas tardes que passamos juntas no serviço. E mesmo sem entender teoricamente o significado para essa clínica, falou sobre como nos vinculamos, de como foi bom para ela e sua família. *“Antônia, um pouco emocionada me agradeceu por tudo, ficamos abraçadas por um tempo, mas eu tinha que ir embora e ela também. Assim, finalizamos o nosso trabalho junto nesse estágio”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2019).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar o estágio, me angustiei em alguns momentos ir ao CAPS sem planejamento do que seria feito, nunca havia passado por tal vivência, nos estágios anteriores, fazíamos cronograma de tudo que seria feito. Quando entendi a importância desse modo de fazer clínica, me permiti o novo e que bom que isso aconteceu, me possibilitou novos olhares, novas perspectivas ao que tange o fazer da psicologia.

Falávamos sempre que não estávamos ali para criar nenhum tipo de atividade no serviço, mas sim para acompanhar as que o mesmo oferece, já que entendemos que seria papel dos técnicos. Mesmo repetindo muito a nossa proposta, alguns profissionais do serviço não entendiam bem o nosso papel e demandavam de nós coisas que não nos cabia. O que por vezes era constrangedor explicar que não poderíamos fazer.

Quando falo da nossa proposta de estágio ser uma proposta aberta, na qual íamos sem planejamento ao serviço, isso diz de um grau de abertura em que estávamos ali, sofrendo tudo aquilo, sendo afetados pelas vivências. A aposta era que isso nos possibilitasse pensar questões que até então acreditamos não estar sendo pensadas. Creio que em certa medida alcançamos o objetivo, pois conseguimos tensionar o serviço em questões e momentos importantes. O coletivo de professores e estudantes foi muito importante nesse sentido, pois foi possível implicar de forma diferente o “estar no serviço”, articulando minimamente as ações.

Toda a prática demandou de nós muitos esforços, portanto, foi muito cansativo, teve sofrimento envolvido, aconteceram violências que por vezes, nos permitiram pensar um pouco mais sobre aquilo, em outras apenas serviu para aumentar ainda mais esse grau de sofrimento. A supervisão do estágio foi um dispositivo crucial nesse processo, nela estabelecemos o cuidado entre nós. Sem isso, acredito que não aguentaríamos o quão violento é esse campo de estágio, as nossas angústias, dificuldades e por vezes, sentimento de impotência para com os casos que surgiram.

Com relação as reuniões de equipe, existiu um forte grau de implicação nosso e também de sofrimento, pois incidimos muitos esforços em participar, qualificar e tensionar nos encontros. Inicialmente para que as reuniões de fato acontecessem, depois para qualificá-la enquanto reunião de equipe. Ocorreram também dificuldades entre nós da UFRB, que fala das nossas diferenças, enquanto sujeitos e formações distintas.

Tivemos dificuldades em nos relacionar com os técnicos do serviço, isso inviabilizou bastante a nossa prática, era um sentimento de que não eramos bem-vindos ali. Com o movimento de ocupação do serviço, ganhamos um pouco mais de visibilidade, o que acredito ter ajudado na pequena melhoria dessa relação. Tentamos sempre mostrar que nossas pontuações em alguns momentos não se tratavam unicamente de críticas ao trabalho deles, mas sim que estávamos trabalhando junto. Precisamos sempre levar em consideração a fragilidade que é proposta para eles enquanto trabalhadores.

Yasui (2006) pontua que:

Profissionais que se veem com a incumbência de implantar um serviço complexo como o CAPS, sem os recursos teóricos e técnicos para tal tarefa. Dessa forma, não conseguem efetivar um trabalho que proporcione, minimamente, um espaço de acolhimento ao sofrimento, à diferença. Pelo contrário, acabam reproduzindo o saber e as práticas que conhecem, criando, assim, lugares onde o modelo hegemônico novamente prevalece: mantém uma rígida estrutura verticalizada; o saber e as condutas médicas preponderam; a divisão de trabalho é rígida; objetiva-se a supressão sintomática; enfoca-se exclusivamente a doença (YASUI, 2006, p. 63).

Ao falar dos técnicos do serviço, devemos sim responsabilizá-los sobre suas ações ali, mas é preciso considerar que os mesmos estão na ponta da rede. E estão imbricados com uma série de questões, como a equipe, a gestão, a política de saúde mental, que está extremamente fragilizada no contexto político atual. Existe um fator também que é de formação e ao serem contratados, não são feitas formação continuada, que minimamente garantiriam um melhor estudo da área, entre outras questões.

Durante o estágio não participei de muitas oficinas terapêuticas no CAPS, pois no meu dia elas não aconteciam, com isso minha prática se deu em circular pelo serviço, apostando na clínica fora do setting. Acompanhei mais proximamente alguns usuários e em especial a familiar de um usuário, Antônia, que é a situação analisadora que relatei.

Esse caso nos mostra grandes fragilidades no serviço e de como ele parece se organizar de modo a não considerar a terapêutica de um usuário, em benefício de outros atores. Mostra também a importância da construção de um Projeto Terapêutico Singular de cada usuário, o colocando enquanto sujeito principal do seu cuidado, conhecendo e entendendo as suas necessidades. É possível perceber como os familiares influenciam no cuidado em saúde mental e de como é necessária a sua participação, mas nunca em detrimento do protagonismo do usuário.

A clínica de um CAPS não se faz só de colóquios íntimos. Conjuga elaboração subjetiva e reabilitação no processo de construção da autonomia e da capacidade de cada usuário. Por isso, agrega à psicoterapia e ao medicamento, a potência de outros recursos e intervenções. Oficinas, assembleias, permanência, hospitalidade, mediação das relações entre os sujeitos e seus familiares, suas referências e redes têm tanto valor quanto os recursos da ciência e da técnica. Tratar - para esta clínica, é construir as condições de liberdade e capacidade de se inserir na cidade, de fazer caber a diferença - sempre singular, no universal da cidadania, com cada usuário (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLÓGIA, 2013, p. 97).

Ao que tange a clínica no CAPS, pensada a partir da política de saúde mental, o usuário não estava vivenciando as possibilidades que esse serviço pode oferecer, a medicação é apenas uma vertente do cuidado. O estágio finalizou e não conseguimos colocar em prática, o que havia sido pensado terapeuticamente para André, porém os encaminhamentos foram feitos. Quando a medicação é colocada na centralidade, está sendo excluído todo o cuidado da atenção psicossocial, o que cai por terra junto a isso, é a reforma psiquiátrica. Por isso a importância de tencionarmos com a equipe, com o familiar em busca da defesa da RP.

Acredito que tive sucesso em algumas vertentes do trabalho com Antônia, por meio de suas falas ao decorrer da prática do estágio, consegui perceber mudança progressivas, no que diz respeito a necessidade de fortalecimento de autonomia de André, do enfoque no serviço ser ele, da necessidade de inseri-lo nas atividades, junto ao trabalho de descentralizar a medicação da terapêutica dele.

Com o mínimo que nos foi possível fazer, efeitos foram alcançados em alguns usuários. Quando conseguimos articular minimamente algumas ações com algum profissional, entre nós da UFRB, ou quando alguma atividade foi feita mais constantemente, vimos os efeitos nos usuários. Com isso, entendo que essa clínica é possível. Acredito que isso trouxe benefícios para o serviço também, pois eles puderam vislumbrar algumas práticas de sucesso, entendendo que quando algo é feito de forma organizada e quando uma rede é construída e aquecida, algo é possível.

Finalizo dizendo que essa realidade não é apenas do CAPS Nova Vida, acontece em muitos outros serviços, cabe a nós defender o CAPS, enquanto principal dispositivo de implementação da política de saúde mental.

O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho (YASUI, 2006, p.107).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, Machado de. O Alienista In: COUTINHO, A. **Obra completa. Vol. II, Conto e teatro.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar, p. 253-288.
- BASAGLIA, FRANCO. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório 15 anos após Caracas.** Brasília: Ministério da saúde, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.** Brasília: CFP, 2013.
- GUIMARÃES, A. N.; BORBA, L.O; LOROCA, L.M; MAFTUM, M. A. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias Narradas por Profissionais de Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem.** v. 22, n. 02, 2013. pp. 361 a 369.
- PELBART, P.P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A. (Org.). **Saúdeloucura.** São Paulo: Hucitec; 2001. P. 131- 138.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- RAUTER, CRISTINA. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em < <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-13.pdf>>. Acesso em 10/01/19.
- VIDAL, F.; BRAGA, A.C.S.; SODRÉ, A.R.O.M. A abordagem da crise na psicose. In: SILVA, M. V. O. (Org.). **IN-tensa/EX-tensa: a clínica psicossocial das psicoses.** Salvador: LEV – Laboratório de Estudos Vinculares/UFBA, 2007.
- YASUI, SILVIO. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. Dissertação (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- YASUI, S; LUZIO, C. A; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique.** v. 08, n. 01, 2018.