



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

UMA EXPERIÊNCIA DE TRÊS ANOS

WAGNER KRÜGER MALINOSKI

PORTO ALEGRE

DEZEMBRO DE 2014

WAGNER KRÜGER MALINOSKI

**CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
UMA EXPERIÊNCIA DE TRÊS ANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Professora Andrea Gabriela Ferrari

PORTO ALEGRE

DEZEMBRO DE 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, pelo amor incondicional e a crença inabalável em minhas capacidades. Em segundo lugar, à Andrea, minha orientadora, que aceitou me guiar nesta jornada particular de forma paciente e atenciosa. Em terceiro, aos meus amigos, colegas e outros familiares, cujas vidas cruzadas as minhas me marcaram profundamente, afetando meu trabalho. E por último, as minhas supervisoras de estágio, em especial à Tati, cujo profissionalismo e afetuosidade possibilitaram uma maravilhosa experiência de puro aprendizado em três anos de parceria.

RESUMO

Esse trabalho se propõe a traçar um relato de uma(s) experiência(s) de estágio em saúde mental infanto-juvenil, traçando o percurso profissional citado, assim como problematizar algumas questões teóricas e práticas deste campo de atuação. São três anos de trabalho no CIAPS - Centro Integrado de Atenção Psicossocial -, unidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro e que contempla as crianças e os adolescentes que chegam ao serviço, tanto provenientes do município de Porto Alegre quanto do estado do Rio Grande do Sul. Pretende-se, assim, historicizar o local de estágio, enumerar e explicar brevemente as principais diretrizes que enxergo atravessarem fortemente o trabalho, elucidar as propostas de estágios em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e minha inserção nelas exemplificando com fragmentos clínicos e por último finalizar com considerações acerca das vivências e dos aprendizados experimentados.

Palavras-chave: CIAPS, Saúde mental, Infância e adolescência.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Apresentação.....	7
1.2 CIAPS	7
1.3 Reforma Psiquiátrica.....	9
1.4 Direitos Humanos	10
1.5 Estatuto da Criança e do Adolescente.....	11
1.6 SUS.....	14
2. DOS ESTÁGIOS.....	17
2.1.1 Estágio Básico.....	17
2.1.2 Acompanhamento Terapêutico.....	18
2.1.3. A Internação.....	19
2.1.4 Relato clínico de um adolescente.....	22
2.2 A passagem do Estágio Básico para o Estágio de Ênfase em Processos Clínicos.....	25
2.3 O Estágio em Processos Clínicos: Psicanálise e Psicopatologia.....	26
2.4 A passagem do Estágio de Ênfase em Processos Clínicos para o Estágio de Ênfase em Psicologia Social e Políticas Públicas.....	29
2.5 O Estágio em Psicologia Social e Políticas Públicas.....	30
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
4. BIBLIOGRAFIA.....	36

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Esse trabalho se propõe a traçar um relato de uma(s) experiência(s) de estágio em saúde mental infanto-juvenil, traçando o percurso profissional citado, assim como problematizar algumas questões teóricas e práticas deste campo de atuação. São três anos de trabalho no CIAPS - Centro Integrado de Atenção Psicossocial -, unidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro e que contempla as crianças e os adolescentes que chegam ao serviço, tanto provenientes do município de Porto Alegre quanto do estado do Rio Grande do Sul. Pretende-se, assim, historicizar o local de estágio, enumerar e explicar brevemente as principais diretrizes que enxergo atravessarem fortemente o trabalho, elucidar as propostas de estágios em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e minha inserção nelas exemplificando com fragmentos clínicos e por último finalizar com considerações acerca das vivências e dos aprendizados experimentados.

O enfoque da escrita passa mais pela dimensão pessoal do trabalho, relatando os fragmentos considerados mais importantes e passíveis de compartilhamento. Não será tanto uma discussão acadêmica acerca da prática. As fontes bibliográficas constantes ao final da tese são as referências que influenciaram a construção da argumentação, não sendo estas, ou a maioria delas, citadas diretamente no texto.

1.2 CIAPS

O Hospital Psiquiátrico São Pedro é uma referência de internação psiquiátrica e tratamento ambulatorial da rede de saúde mental. Fundado em 13 de maio de 1874 e inaugurado dez anos depois, em 29 de junho, data consagrada a São Pedro sob a denominação de Hospício São Pedro, padroeiro da província rio-grandense. Manteve-se sob tal nomenclatura até 1925, quando assumiu o nome de Hospital São Pedro. Em 1961, assumiu a atual identidade de Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Na década de 1970, iniciam-se trabalhos específicos com a infância, o SAIC (Serviço de Atendimento Integral à Criança), que tratava das internações dessa faixa etária e também da terapêutica ambulatorial de casos mais graves; também havia o ambulatório Melanie Klein, responsável por uma promoção de tratamento preventivo aos infantes. Os casos de adolescentes portadores de sofrimento psíquico eram tratados juntamente às alas adultas.

Já em 2001, por determinação judicial, o CIAPS iniciou a organizar-se enquanto um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial - Infância). A proposta era de manter leitos de internação psiquiátrica, serviço ambulatorial e atendimento de hospital durante o dia. Com as portarias dos CAPS, que determinavam a impossibilidade de tal serviço ser ofertado dentro de um hospital psiquiátrico e tampouco poder oferecer leitos psiquiátricos, a unidade se organizou da forma como hoje atua, um dispositivo misto, contendo leitos psiquiátricos para crianças e adolescentes e atendimentos ambulatoriais para esta faixa populacional.

O CIAPS é composto por uma equipe interdisciplinar, que atua buscando a integralidade do usuário em conjunto com as redes do indivíduo, travando parcerias com as famílias e as comunidades. A equipe é composta pelas áreas de psiquiatria, pediatria, enfermagem, psicologia, psicopedagogia, serviço social, terapia ocupacional, neuropediatria, assim como estagiários de diversas áreas e técnicos de enfermagem.

O CIAPS dispõe, enquanto serviço ambulatorial, atendimentos em formatos de consultas de hora marcada e processos de acolhimento. Dependendo da complexidade do caso em questão, pode-se propor um plano terapêutico singular ao sujeito que contemple uma lógica diferenciada de tratamento. O ambulatório é um dispositivo especializado em saúde mental infanto-juvenil que acolhe crianças e adolescentes de três grandes regiões da zona lesta da capital: Agronomia, Lomba do Pinheiro e Partenon. Os usuários acessam o serviço através de encaminhamento realizado pelas unidades básicas de saúde depois de terem sido escutados pelas equipes de matriciamento: NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e EESCA, Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente.

Em termos de internação psiquiátrica, as alas infantil e adolescente são fisicamente separadas, porém integram o mesmo prédio. Cada uma conta com dez leitos, normalmente ocupados, e são encaminhados pela Central de Leitos do Estado do Rio Grande do Sul, ligado à

Coordenadoria Estadual de Saúde Mental. Apesar de exceções serem abertas, a internação abrange três microrregiões do estado, as coordenadorias da primeira, segunda e décima oitava regiões do estado. Contemplam os municípios de Porto Alegre, grande região metropolitana e litoral norte.

Cabe ressaltar alguns dos marcos históricos que influenciaram diretamente na atual configuração do serviço e que também norteiam o trabalho: a Reforma Psiquiátrica, a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde), os Direitos Humanos e a publicação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Serão explicitados um pouco de cada um destes pontos.

1.3 Reforma Psiquiátrica

O tema da loucura humana há séculos vem fascinando o homem. De motivo de chacota e escárnio a possuído por demônios, os ditos loucos passaram por enorme processo de exclusão. Na Renascença, eram expulsos das cidades, permanecendo em errante nomadismo em busca de assentamento. Já na Idade Média, a loucura se comporta à época como uma doença moral e passa a ser objeto da medicina juntamente com toda sorte de sujeitos considerados indesejáveis. A exclusão adentra no processo de institucionalização dos desadaptados. Nesses laboratórios humanos, toda sorte de privação e tortura física e psicológica eram administradas nos indivíduos em nome da cura.

No século XVIII, Philippe Pinel propõe uma mudança, desacorrentando os loucos e os conduzindo aos manicômios, instituições totais especializadas no tratamento dos doentes mentais. A proposta de Pinel era de reeducar os alienados com o incentivo ao respeito às normas e o desencorajamento de atitudes indesejáveis. Apesar da mudança metodológica, mantém-se o caráter moral e corretivo do tratamento da loucura.

Com o avanço das teorias organicistas, principalmente calcadas na evolução das áreas de neurofisiologia e neuroanatomia, a doença mental ganha também uma dimensão orgânica. Os profissionais do ramo iniciam a se debruçar sobre a temática. Todavia, a submissão do louco persevera e novos experimentos são realizados com o sujeito institucionalizado.

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica ao saber acerca dos asilados e ao tratamento dado nos hospitais psiquiátricos. Com tais questionamentos em pauta, influenciada pela promoção dos direitos humanos e tentativas de resgate da cidadania dos sujeitos tutelados, começa a Luta Antimanicomial.

No Brasil, no final dos anos 70, as ideias de luta e reforma ainda se afinam com a Psiquiatria Comunitária e Preventiva norte-americana, baseado no conceito de intervenções comunitárias e prevenção de internações. Sob a influência do processo de redemocratização do país e a mobilização política e social, o movimento ganha força juntamente do apoio dos profissionais de saúde mental e dos familiares de pacientes.

A proposta de revisão legislativa do então deputado Paulo Delgado através do projeto de lei número 3.657 de 1989 impulsiona a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 1990, o Brasil é signatário da Declaração de Caracas, a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe acerca da defesa e dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Dessa lei deriva a Política de Saúde Mental na tentativa de assegurar o cuidado ao sujeito portador de sofrimento psíquico o tratamento em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. A intenção é de modificar a lógica de institucionalização da loucura e da priorização de manter o indivíduo em sofrimento, de preferência, próximo a sua comunidade e família.

1.4 Direitos Humanos

Os direitos humanos vem sendo debatidos há séculos pela humanidade. Eles derivam do conceito de direito natural, cuja elaboração se deu durante a Idade Média, através da lógica do cristianismo ao tentar propagar os ideais de dignidade humana e igualdade entre os homens. Também servia como uma forma de defender o povo contra os desmandos dos reis e príncipes.

Com a Idade Média, nos séculos XVII e XVIII, teorias racionalistas são elaboradas. É uma visão antropocêntrica que valorizada o individualismo. Os teóricos da época pregavam que o

ser humano é livre por natureza e esses direitos não poderiam ser violados pela sociedade. Esses direitos, segundo essa corrente, seriam inatos aos homens.

A evolução desse paradigma ontológico leva países como Inglaterra, Estados Unidos e França a promoverem tratados que visavam proteger os direitos de suas populações. Respectivamente, são assinados a Magna Carta (1215), a Declaração de Virgínia (1776) e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789). Esses movimentos alargaram o campo dos direitos humanos e estabeleceram os direitos econômicos e sociais.

As barbáries ocorridas no decorrer da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) levaram os países, principalmente ocidentais, a criar a Organização das Nações Unidas (1945), que objetivava preservar as gerações futuras do flagelo da guerra; proclamar a fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e valor da pessoa humana, na igualdade de direitos entre homens e mulheres, assim como das nações, grandes e pequenas; em promover o progresso social e instaurar melhores condições de vida numa maior liberdade.

Em 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclama a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Os direitos humanos, seriam assim, inerente a todos os seres humanos, independente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, religião, idioma ou qualquer outra condição. Entre estes direitos estão incluídos o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre outros. Diversos países construíram suas Constituições baseadas nos direitos humanos e estes vem norteando diversas políticas nacionais e internacionais. O Brasil ratifica o tratado em 1989 em um contexto pós ditadura militar durante a redemocratização do país. Cabe ressaltar que há teorias que divergem da universalidade dos Direitos Humanos, todavia não entraremos nessa discussão.

1.5 Estatuto da Criança e do Adolescente

A infância e a adolescência não estão dadas. Concebe-se elas enquanto produção sócio-histórico-política. Há um campo discursivo intrínseco e produção de saberes que conferem práticas de poder sobre essas fases da vida. Quando se discute a infância e a adolescência,

também se traz a tona várias formas de ser e de devir ser. Coloca-se em destaque as forças instituídas e as formas de relação familiar, social, educacional, entre outras.

No Brasil, ao se falar de ações voltadas para a infância e adolescência, vale salientar a Roda dos Expostos. As rodas de expostos tiveram origem na Idade Média, na Itália. Elas surgiram no século XII com a aparição das confrarias de caridade, que prestavam assistência aos pobres, aos doentes e aos expostos. As rodas eram cilindros rotatórios de madeira usados em mosteiros como meio de se enviar objetos, alimentos e mensagens aos seus residentes. Rodava-se o cilindro e as mercadorias iam para o interior da casa, sem que os internos vissem quem as deixara. A finalidade era a de se evitar o contato dos religiosos enclausurados com o mundo exterior, garantindo-lhes a vida contemplativa. Como os mosteiros medievais recebiam crianças doadas por seus pais, para o serviço de Deus, muitos pais que "abandonavam" seus filhos utilizavam a roda dos mosteiros para nela depositarem o bebê. Desse uso indevido das rodas dos mosteiros, surgiu o uso da roda para receber os expostos, fixada nos muros dos hospitais para cuidar das crianças abandonadas. Assim, o nome da roda provém deste dispositivo (Marcílio, 1999). Esta foi a primeira instituição oficial de assistência às criança no país, cujo caráter era eminentemente caritativo.

O cuidado às crianças abandonadas era uma delegação das cidades e sofria de grande resistência. Ao ser aprovada a Lei dos Municípios em 1828, abria-se a possibilidade de a Assembleia Legislativa Provincial compartilhar este encargo: "em toda a cidade onde houvesse uma Misericórdia, a Câmara poderia usar de seus serviços para a instalação da Roda e assistência aos enjeitados que recebesse" (Marcílio, 1999, p.60). Esta lei fomentava a iniciativa particular a assistir essas crianças, inaugurando a fase filantrópica e as parcerias público-privado do cuidado às crianças; e este acabava sendo realizado majoritariamente por entidades religiosas, principalmente a Igreja Católica. Essa prática ainda é comum nos dias de hoje.

No século XIX, com a vinda da Família Real ao Brasil, estes trazem consigo a cultura europeia, onde, à época, via-se a criança como fonte de força de trabalho e reserva de mercado. Pairava no país uma desvalorização do trabalho do brasileiro devido à forte cultura dos regimes de trabalho escravista. Tal lógica contrastava com o ideário europeu do trabalho como enobecedor da alma. Para modificar esta ótica, o governo inicia a formular políticas públicas voltadas à infância e que realinhassem as relações sócio-familiares pautadas nas teorias

higienistas e eugênicas. Essas idéias não são equivalentes, mas complementares. A primeira, tendo como pressuposto a sanidade, o controle de doenças e epidemias, servindo quase que como padrão estético, como sinônimo de limpo, higiênico. Já a segunda, caracterizando uma crença numa raça superior, numa humanidade racial, servindo de fator de inclusão ou exclusão social pela condição étnica/racial.

Ao longo do final do século XIX e início do século XX, o Estado passa a dar maior importância às crianças e adolescentes, aumentando sua participação na assistência a esta população. Entre os acontecimentos que influenciava tal postura, estavam as modificações econômicas e políticas da época, como o fim da escravatura, o crescimento desordenado das áreas urbanas, a imigração europeia e o estreitamento do mercado de trabalho. Um crescente contingente de menores (a designação “menor” se relacionava com responsabilidade penal) estava vivendo nas ruas das cidades. A visibilidade desta situação se tornara um problema do Estado, que pela virtual periculosidade que apresentavam, acreditava que era necessário remover estas pessoas das ruas, colocando-as em instituições apropriadas, as casas de correção. Estas visavam “corrigir” as crianças e os adolescentes, através da educação pela disciplina do trabalho. Assim como os hospitais psiquiátricos, essas instituições tinham por objetivo maior a normatização de sujeitos possivelmente desviantes, denotando o caráter preventivo destas práticas.

Em 1942, foi fundado o Serviço de Assistência do Menor - SAM. Surgem os reformatórios com o intuito de recuperar e reintegrar os jovens ao meio social. As estruturas destas instituições eram análogas às penitenciárias e a metodologia empregada era a disciplina e o trabalho. Já em 1964, com o Golpe Militar, o SAM é extinto. Surge a Política do Bem-Estar do Menor (PNBEM) e depois é sancionado o Código de Menores. Há uma mudança no paradigma, o menor desviante passa a ser considerado doente e passível de tratamento e de reeducação - surge a perspectiva biopsicossocial da infância e da adolescência.

Na década de 1980, as discussões sobre a temática da infância e juventude tiveram influência direta das normativas internacionais. Em 1985, com a edição das Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude - Regras de Beijing-Pequim -, são estabelecidas exigências procedimentais, com o objetivo de diminuir a arbitrariedade na aplicação de medidas aos infratores juvenis. O documento de maior relevância,

nesse âmbito, é a Convenção sobre Direitos da Criança de 1989, que incorpora a Doutrina da Proteção Integral.

Culmina com isso, em 13 de julho de 1990, através da Lei 8.069, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Este documento divide-se em dois livros e dá conta dos direitos fundamentais à pessoa em desenvolvimento e trata dos órgãos e procedimentos protetivos. Para o estatuto, são consideradas crianças as pessoas de até 12 anos incompletos e adolescentes dos 13 anos aos 18 anos incompletos. Este também cria mecanismos de proteção nas áreas da educação, saúde, trabalho e assistência social. É estipulada a aplicação de punições aos adolescentes em conflito com a lei, sendo estes tratados com medidas de proteção e/ou com medidas socioeducativas.

1.6 SUS

O SUS, ou o Sistema Único de Saúde, é o sistema público de saúde brasileiro. Está entre os maiores sistemas de saúde do mundo, conforme o Conselho Nacional de Saúde. A política de saúde e o processo de organização do SUS derivam do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e legitima: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Segundo esta concepção, a saúde é um direito de cidadania de todos os brasileiros (por nascimento ou naturalização) e cabe ao Estado garantir a assistência, promoção e o acesso à saúde. Com o advento do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o artigo 195 da Constituição.

A saúde só passa a ser campo de interesse nacional através dos ministérios, oficialmente, em julho de 1953, com o desdobramento do Ministério de Educação e Saúde no Ministério da Saúde e no Ministério de Educação e Cultura. Entretanto, apesar de abranger as competências do até então Departamento Nacional da Saúde - DNS -, manteve-se o caráter de assistência sanitária, promovendo saúde basicamente tratando doenças e realizando o controle de

epidemias através da vacinação. As outras atribuições consideradas à época da saúde, assim como os recursos financeiros para tal permaneciam pulverizadas entre outros ministérios, autarquias, fundações e órgãos de administração governamental direta.

No início dos anos 60, com a contradição entre o movimento desenvolvimentista e a desigualdade social vigente no país, surge a lógica do planejamento global e do planejamento em saúde. A proposta de adequar os serviços de saúde pública à realidade brasileira diagnosticada pelos sanitaristas teve como marco a formulação da Política Nacional de Saúde, em 1961, que visava reordenar a atuação do Ministério da Saúde, colocando-o em sintonia com os avanços nas esferas econômicas e sociais. Em 1967, com a Reforma Administrativa Federal, é delegado ao Ministério da Saúde a função de formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde.

Durante o Regime Militar, é criado o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1974). O INAMPS, era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e surge do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, somente aos contribuintes (parcela da população com carteira assinada) de toda forma e seus dependentes. A saúde atuava em caráter universal na questão da vacinação e no atendimento médico-hospitalar da população que não era contemplada pelo INAMPS. Enquanto a classe contribuinte acessava serviços de saúde de várias ordens via particular ou conveniada, o resto da população recorria às instituições filantrópicas e religiosas, principalmente as Santas Casas.

A crise do petróleo que abatia a economia brasileira na segunda metade da década de 70 corroborou com a pulverização das tendências neoliberais. Considerava-se que a previdência social estava em crise e que a solução seria privatizar o fornecimento deste tipo de serviço público. O sistema de saúde também entrava nesta lógica. O movimento da Reforma Sanitária no Brasil é iniciado no mundo acadêmico e serve como força de oposição à ditadura militar. Com o General João Baptista Figueiredo assumindo a presidência em 1979 prometendo uma gradual abertura democrática, o movimento da Reforma Sanitária ganha força e passa a dar voz a algumas reivindicações da população brasileira.

Em outubro de 1979, a Comissão da Saúde da Câmara dos Deputados promoveu a I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde. Estavam presentes os sanitaristas e uma parcela dos anseios populares com eles. Considera-se a pedra fundamental da construção do SUS a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Era a primeira conferência com um presidente democraticamente eleito e também era aberta à participação popular. O movimento da Reforma Sanitária ganha espaço, tanto que o relatório final do evento serviu como base para as discussões do projeto do sistema de saúde nas Assembleias Constituintes. Ademais, a VIII CNS implementou o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) em parceria com o INAMPS e com os governos estaduais.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde é mencionada como “direito de todos e dever do Estado”. Primeiro veio o SUDS com a universalização do atendimento; após isso, o INAMPS é incorporado ao Ministério da Saúde e finalmente a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de setembro de 1990 que funda e operacionaliza o SUS.

O SUS é um sistema de saúde que almeja promover qualidade de vida para um país com dimensões continentais e mais de 200 milhões de habitantes. A tarefa de implementar o sistema e conseguir executar as políticas é lenta e gradual, dadas as enormes dificuldades operacionais, econômicas e de recursos humanos. Dentre as principais diretrizes do SUS estão a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social.

2. DOS ESTÁGIOS

2.1.1 Estágio Básico

Dentre as proposições do Estágio Básico de Psicologia da UFRGS, estão “consolidar e desenvolver competências básicas para a atuação profissional”, “desenvolver atividades integradas que contemplem processos psicológicos individuais e coletivos, considerando três eixos: diagnóstico, planejamento e intervenção” e “desenvolver experiências de estágio que integrem práticas de atenção integral à saúde conforme princípios do SUS”. Acho importante ressaltar também a importância de aprender a compor em equipe interdisciplinar e entender os atravessamentos institucionais que ajudam a moldar os processos de trabalho, podendo buscar as linhas de ruptura no que está instituído.

Acredito que entre os motivos que me conduziram a estagiar no CIAPS estão minha curiosidade acerca da mente humana e meu percurso anterior. Desde o segundo semestre da faculdade, a temática da infância e adolescência, de alguma forma, já havia me escolhido. Conforme fui atuando na área, meu interesse somente cresceu. O Hospital Psiquiátrico São Pedro é um local paradigmático para a história da “loucura” no nosso estado, possuindo seus fantasmas sociais remanescentes e muitos mitos o circundando. Sempre que se conversa com alguém sobre o hospital, essa pessoa escutou alguma história de lá. Cada um tem sua avaliação do local; e eu resolvi ver como era de perto.

Apesar de passarmos por processos seletivos, nós, os alunos, também escolhemos o local onde exercer nossos estágios. Eu pretendia ir para o CIAPS (Centro Integrado de Assistência Psicossocial), vinculado ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, e o consegui. Entrei na área de adolescência, realizando trabalhos concomitantes via ambulatório e internação. O motivo da

minha preferência por este lugar reside no fato de atualmente estar vinculado ao campo epistemológico psicanalítico e ter interesse por trabalho com saúde pública.

Considero o projeto do Sistema Único de Saúde – SUS – muito encantador e estruturo minha postura profissional sobre os alicerces da psicanálise. Além disso, pensei que poderia ser muito enriquecedor trabalhar em um lugar cheio de fantasmas junto ao imaginário coletivo e por poder ver de dentro os meandros do contexto das internações psiquiátricas e as reverberações da luta antimanicomial lá, espaço símbolo a ser repensado por quem levanta a bandeira.

Muitos colegas haviam alertado sobre o suposto pesado trabalho do São Pedro. Realmente, o espaço do CIAPS é feio, opressor, monótono e desgastante, mesmo o CIAPS estando mais avançado na direção das políticas públicas em relação ao resto do hospital. Existe uma peculiaridade lá, o turno de serviço nunca é fácil, ou passa muito rápido e se sai moído, ou passa em câmera lenta e se sai esgotado. Felizmente, fora exatamente isso que eu procurei. Acredito ter de passar por todo o tipo de experiência antes de escolher meu rumo na psicologia.

Em 2011, durante o processo seletivo, fizemos uma entrevista em grupo contando as experiências passadas e nossas aspirações relacionadas ao estágio. Acredito ter sido escolhido por interessar-me pelo acompanhamento terapêutico e por já trabalhar com o público infanto-juvenil.

Teoricamente deveria realizar doze horas semanais de estágio. O tempo acaba por se dividir em um turno praticamente de expediente interno, todas as sextas pela manhã, quando realizamos reunião com a equipe e o seminário teórico. A função geralmente começa em torno de nove e meia e vai até o meio-dia. Antes disso fica complicado fazer qualquer coisa, mesmo chegando às oito da manhã, pois os pacientes ainda estão acordando e tomando café da manhã. No mesmo momento em que começam a criar disposição para realizar atividade estamos iniciando nossa maratona. Eu aproveitava este tempo inicial para atualizar o prontuário do meu paciente de ambulatório e dar um *oi* geral à equipe. Nos outros dois turnos é que efetivamente se dá o trabalho prático, não desconsiderando a importância das reuniões para compartilhar informação sobre os pacientes e dar os devidos encaminhamentos aos casos. Nesses dois turnos a mais, ficava um realizando acompanhamento terapêutico pelo ambulatório e no outro turno atuava na internação de adolescentes.

2.1.2 Acompanhamento Terapêutico

A modalidade clínica do acompanhamento terapêutico já teve o nome de “Amigo Qualificado”. Penso ser bem clara essa definição, pois na relação transferencial o analista em questão tem a liberdade de deslizar por entre essas posições, facilitando o deslocamento simbólico por parte do paciente e ainda possibilita a alteridade (PALOMBINI, 2007).

Utilizando os espaços da cidade, incluso aí a própria residência do atendido, vai-se reinserindo no social o que antes era relegado às instituições. Aos poucos, novas bordas são dadas ao sujeito que, no seu próprio ritmo, realiza o laço social. A “loucura” ganha uma nova perspectiva e é compartilhada com a polis, desconstruindo preconceitos. A constante troca de ambientes e contextos possibilita ao paciente material para elaboração e produção de sentidos.

“Saber orientar-se numa cidade não significa muito. No entanto, perder-se numa cidade, como alguém se perde numa floresta, requer instrução.”¹

O saber perder-se é também saber achar-se. Aproveitando a frase de Pablo Picasso, “Eu não procuro, eu acho”, assim se dá com o indivíduo que não está atrás de nada e ao mesmo tempo encontra muitas coisas; sendo a postura metodológica da atenção flutuante. Também tem a ver com a posição do terapeuta de orientação psicanalítica que sustenta uma posição de não saber, deixando o endereçamento ao Outro em aberto. Leva-se para o atendimento toda a carga de conhecimento adquirido e se esquece dela concomitantemente (PALOMBINI, 2007).

“Não ande atrás de mim, talvez eu não saiba liderar. Não ande na minha frente, talvez eu não queira segui-lo. Ande ao meu lado, para podermos caminhar juntos” (Provérbio Ute).

Esse é o percurso terapêutico traçado durante o acompanhamento terapêutico. Em uma relação dual, ambos, paciente e terapeuta, se desconstroem e reconstroem suas histórias. O terapeuta sustenta a posição de suposto saber, paradoxalmente, enquanto tenta não encerrar-se nela.

2.1.3 A Internação

¹ BENJAMIN, Walter. Obras escolhidas II: rua de mão única. São Paulo: ed. Brasiliense, 1995, p. 73.

Já a internação revelou-se um pouco mais complicada. Eu já tinha experiência com AT, realizei uma disciplina na área e trabalhei com equoterapia, motivo que me levou ao AT, o que me ajudou no início do trabalho via ambulatório. Eu nunca havia tratado de casos psiquiátricos propriamente ditos, como os que o CIAPS possui. Além disso, é um trabalho interdisciplinar que exige vinculação a toda a equipe e não somente aos pacientes.

No início eu ficava perambulando pela internação sem saber o que fazer nem meus objetivos na internação. Eu fazia supervisão de AT e da internação na mesma manhã, sobrando em torno de duas horas para o trabalho com os pacientes. Eu ficava à deriva, até meio perdido, e isso acarretava em angústias, pois parece que não está se fazendo nada. Vi esta queixa embrenhada nos relatos de muitos de meus colegas de supervisão na UFRGS e isso me fez pensar. Meu trabalho lá também era muito bem supervisionado, pois a gente passava quase metade do tempo em supervisão, reuniões e seminários e a outra metade em contato com os pacientes, o que ajuda bastante na reflexão sobre os possíveis lugares a serem ocupados.

Como escolhi a psicanálise, entendi que um pouco da minha postura ética lá dentro seria a da atenção flutuante. Ficar atento às demandas que surgem espontaneamente e poder estar sempre disposto a trabalhá-las. Dessa forma eu me inseri em um espaço desocupado e consigo realizar um trabalho que considero importante.

A comparação com outras experiências é inevitável e pude traçar paralelos entre o início de meu trabalho na Estratégia de Saúde da Família da Ilha da Pintada (bairro de Porto Alegre) e lá no São Pedro. Nas primeiras inserções na ilha não sabia muito bem o que deveria fazer. A gente chega esperando tudo pronto e mastigado e quando não encontra estruturado de tal forma sente-se ansioso.

Foi-me dada a oportunidade de poder pensar meu papel lá dentro e decidi que este não ficaria estático, mudando eu de posição conforme conviesse, sempre no intuito de melhor atender às necessidades singulares do grupo de pacientes em questão.

A carga horária era reduzida em relação à equipe técnica e outros estagiários e não somos referência dos pacientes. Assim sendo, não precisava conversar com as famílias, efetuar contatos de rede e nem obrigatoriamente propor grupos, o que era o caso das outras estagiárias. Tal liberdade permite transitar em outras posições através da transferência com os pacientes, e a

conotação dada ao trabalho por eles é diferente. Possuía uma maior leveza no trabalho, não sendo tão “terapêutico” a ponto de parecer prescritivo ou pedagógico, mas havia potência terapêutica nesta forma de prática.

Entre as atribuições do trabalho construído, enumero como importantes as saídas ao pátio com o grupo (apenas com aqueles que tem autorização para descer) para praticar esportes, simplesmente conversar ou até pegar um sol; os momentos de lazer, vendo televisão, jogando ou somente conversando; e as intervenções eventuais junto a pacientes que não estejam em um bom momento, como em uma crise de choro ou um acesso de raiva. Também considero essencial o diálogo com as outras áreas, principalmente a enfermagem, para entender melhor o que está passando com o grupo e dar um suporte a eles, já que ficam muito tempo os pacientes e isso cansa mais. A equipe como um todo tem de se sentir acolhida uns pelos outros e também saber que podem contar com um colega no momento de necessidade; essa é uma das lacunas que se podia preencher, apesar da relativa pouca experiência quando comparados aos outros profissionais.

Dentre as experiências deste primeiro ano de estágio, elenco relatar uma que considero muito importante, a de acompanhar um adolescente institucionalizado na unidade de internação adolescente.

2.1.4 Relato clínico de um adolescente

Este caso me instigou bastante e essa foi a motivação para que eu me aproximasse deste sujeito e propusesse um trabalho mais intenso junto a ele. C. tem 16 anos e está internado na ala de adolescência do CIAPS desde janeiro de 2012. Ele entrou antes de mim no São Pedro e cheguei a pensar que talvez permanecesse mais tempo que eu por lá. Vemos que a reforma psiquiátrica tem sua importância, principalmente no que diz respeito à não banalização da internação psiquiátrica e em relação à importância da Atenção Básica. É da práxis do trabalho não deixar mais do que um mês um adolescente internado. Articula-se a rede de contrarreferência com o município de procedência e é dada a alta.

Apesar de, muitas vezes, a internação ser necessária devido à gravidade da situação, o prolongamento da estadia na instituição também periga promover sofrimento psíquico e prejuízos sociais. Por tratar-se de adolescentes, ou seja, menores de idade, os pacientes ainda não tem a sua tutela, ficando as decisões sobre suas vidas dependentes dos familiares próximos, abrigos ou quaisquer outros serviços envolvidos na situação. C. caiu neste limbo após ser abandonado dentro do São Pedro. A família não tem condições de criá-lo, o município de origem não se responsabiliza pelo caso e há enorme dificuldade em encontrar abrigos que possuam condições suficientes de poder cuidar do jovem em sua singularidade. A situação fica dependendo de esforços pessoais e da burocracia legal, e esse cenário se arrasta por um ano de vida do adolescente.

Por falta de contato com a família e a dificuldade de escuta do paciente, tive de recorrer aos prontuários para conhecer melhor o caso. São tantas evoluções que C. possui dois gigantescos prontuários recheados de folhas.

O paciente de 16 anos possui o diagnóstico de autismo. É a terceira internação na unidade, todas por via judicial. Sempre consta que os motivos dos encaminhamentos são risco de auto e heteroagressão. É um paciente grave, de difícil manejo e por isso, muitas vezes, os serviços não se sentem em condições de atendê-lo. As dificuldades familiares podem ter ajudado pela não entrada de C. na linguagem. Desinvestido de desejo, ele não entra no universo simbólico, ficando todas as formas de relacionar-se com o Outro relegadas ao Real. Isso fica mais evidente quando vemos alguns dos sintomas ecolálicos e a maneira de se relacionar com as pessoas, como se fossem objetos. Para ele, um brinquedo ao qual é apegado parece mais importante que a pessoa que troca suas fraldas ou lhe leva para passear.

C. não fala, apenas emiti alguns sons de vez em quando, principalmente quando aparenta estar agressivo ou contente. Ele não possui controle dos esfíncteres, tendo que usar fralda e receber o banho. Além disso, é alimentado na boca pelos técnicos de enfermagem.

O histórico familiar aponta para doenças psiquiátricas em seu pai e sua avó materna, mas o prontuário não refere do que se trata. Os pais já faleceram e quem o cuidava era uma irmã, ficando esta responsável por cuidar de todos os irmãos. No terreno da família havia duas casas e o jovem residia com uma irmã psicótica da residência nos fundos da propriedade.

O paciente já fora vinculado a diferentes serviços. Participou da APAE, teve atendimento no CAPS de seu município e por fim acabou recebendo atendimento em casa, pois as suas idas ficavam dependentes da irmã conduzi-lo até o serviço e isso nem sempre era possível. Consta no prontuário que o adolescente conseguia demonstrar vínculo afetivo com a equipe de referência nas visitas domiciliares. Era esta acompanhante que ficava responsável por administrar suas medicações de forma diluída e oral.

Quando se agita, é de difícil manejo. Grita, morde a si e aos outros, bate com a cabeça nas paredes e tenta agredir os outros. Enfrenta fisicamente também. Percebi isso nas descidas ao pátio, pois quando não queria retornar à unidade ele simplesmente sentava-se ao chão. Como é um rapaz pesado, deve ter uns 75 quilos e mais de um metro e setenta de altura, não era possível levantá-lo e tinha de esperar que ele quisesse ficar em pé para conduzi-lo de volta à unidade. É realmente um sujeito que demanda muito cuidado, sensibilidade e paciência. Não aguenta muito tempo solto na ala de internação, pois a agitação do paciente angustia a todos, pacientes e funcionários, que terminam por contê-lo mecanicamente (amarrá-lo à cama). Então as descidas ao pátio são alguns dos únicos momentos onde um pouco de subjetivação possa ser processada.

Desde o início o caso dele inquietou. Não dava para relegá-lo ao completo abandono. Este paciente realmente mobilizou a equipe e fez-se um esforço coletivo para dar melhores condições à sua passagem por ali. Esse esforço respinga nos internos e C. acaba sempre sendo o “queridinho” do grupo. Muitas vezes para descermos com todos da unidade ao pátio recebíamos ajuda de outros pacientes na condução dele.

No começo eu não tinha condições de manejá-lo, então firmei um acordo com o educador físico, que era quem costumava descer com ele no período de educação física e íamos juntos, os três. Consegui notar o que parecia uma rotina, segundas-feiras de tarde no horário em que costumávamos descer, C. permanecia em pé atrás da porta da internação. Bastava abrir a unidade e convidá-lo a descer que ele atravessava a porta e vinha junto. O educador físico sempre o conduzia pelo braço dentro da unidade para caminhar, subir e descer escadas. Foi quando o educador saiu de férias que tive a oportunidade de realizar um trabalho semanal sozinho junto ao paciente.

Quando se atende um paciente tão grave há de se modular as expectativas em relação ao seu progresso e valorizar os detalhes, as pequenas mudanças. Fui fazendo o papel de bordas para ele de forma cada vez mais distante. C. costumava coletar e comer quase tudo que encontrava no chão, principalmente objetos coloridos, e era realmente difícil impedi-lo de concretizar seu ímpeto em função de seu tamanho. Isso acabava por deixá-lo sempre com problemas intestinais.

Após supervisão passei sempre a dar voz ao que ele fazia, verbalizava seus desejos na tentativa de significar de algum modo. Descrições do passeio e narrativas acerca do hospital eram contumazes. Quando queria fazer algo que não devia – como comer lixo ou mexer nos carros do estacionamento – pronunciava um enfático “não” e retirava o objeto de sua mão.

Depois de um tempo ocorreram alguns deslocamentos. C. parou de tentar alimentar-se de objetos materiais sem valor nutricional - como maços de cigarros vazios, copos plásticos e pacotes de bolacha. Naquele ponto continuava a mastigar apenas folhas e grama. Nesse ínterim, as caminhadas ao pátio se davam sem ele ser conduzido pelo braço. C. não gostava muito de contato físico direto, pelo menos quando era de minha parte. Talvez tivesse relação com o fato de ele ser manejado o tempo todo como objeto na internação, sendo aquilo sua tentativa de ser sujeito de sua vida e escolher não ser tocado. Estimulado, começou a descer e subir escadas sozinho. No início ele esticava o braço em busca de auxílio; permanecendo próximo, mas não o suficiente para que se segurasse e descendo as escadas de costas, olhando-o e incentivando que prosseguisse, rapidamente aprendeu a transitar pelos degraus por conta, apenas sendo ajudado com estímulos verbais.

Evidenciava-se que os progressos poderiam ser feitos junto ao paciente, em pequenos passos, e que isso dependia de um investimento de desejo do terapeuta; isso retornaria como desejo do próprio sujeito. A entrada no universo simbólico depende um pouco disso. Resolvi tentar alargar o repertório comunicativo. Em um primeiro momento através de estímulos musicais. A sua atenção demonstrou-se efêmera e depois de algumas tentativas decidi desistir, pois este não era o caminho. Em um outro momento, em uma ala arborizada do pátio do CIAPS, C. demonstrou interesse pelo barulho das folhas secas quebrando ao caminhar. Apanhei uma ao chão e amassei lentamente com a mão bem próximo ao seu ouvido. Ele ficou bem focado no ruído e logo catou outra folha do chão e me entregou na mão. Repetimos esse pequeno ritual umas três vezes antes que sua atenção se dissipasse novamente.

Dado que passei muito tempo junto a este adolescente durante aquele ano, tive de filtrar um pouco os acontecimentos e relatar brevemente os ocorridos. Estou me focando nos momentos em que pude notar algum tipo de evolução, ou alguma manifestação diferente por parte do paciente e que me chamou a atenção. Passo agora ao que aconteceu em um dos nossos últimos encontros - depois o adolescente fora transferido para uma clínica residencial especializada no município de Viamão, onde passou a morar.

Era uma tarde quente de segunda-feira e como de costume, C. aguardava atrás da porta. Descemos ao pátio e ele estava excepcionalmente calmo. Rumamos em direção ao grande pátio onde ficam o campo de futebol e o estacionamento de carros. Fui descrevendo caminho para ele, como sempre faço. Chegando perto do estacionamento, ele senta no meio-fio. Posiciono-me ao lado dele e continuo o monólogo corriqueiro. Repentinamente ele encosta sua cabeça no meu ombro e lhe afago os cabelos. Ele então deita a cabeça no meu colo e ali permanece enquanto fico-lhe fazendo cafuné e conversando. Ficamos assim uma meia hora, até começar a chover e termos de subir de volta à unidade. Foi um momento bem bonito, onde pude vislumbrar a profundidade de nosso vínculo e lembrar-me que este sujeito, a despeito de qualquer situação ou diagnóstico, é um ser humano como os todos outros e tem necessidades como qualquer um. Em uma internação psiquiátrica, é comum se atentar muito ao que é tradicionalmente legitimado enquanto terapêutico. O diagnóstico é importante para ser formulado um projeto de intervenção, mas também se corre o risco de esquecer que um simples gesto de carinho pode ter o mesmo efeito.

2.2 A Passagem do Estágio Básico para o Estágio de Ênfase em Processos Clínicos

Durante esse um ano de trabalho senti um intenso amadurecimento, tanto pessoal quanto profissional. Os mais variados casos com os quais me deparei, o trabalho em equipe e a seriedade com que se deve encarar uma tarefa quando ela influencia diretamente a vida de outro ser humano me ajudaram a construir os alicerces para o meu futuro enquanto psicólogo.

Acredito que a psicologia tem um potencial terapêutico enorme, mas que também deve permanecer em constante movimento e atualização, por isso a importância da educação

permanente e da supervisão constante por parte de profissionais mais experientes. O eterno devir psicólogo inclui intensos processos de pensar e se pensar para melhor poder atuar.

Dada a experiência gratificante que vivenciei ao longo deste primeiro ano de jornada e ao processo de aprendizado que eu não sentira esgotar, somente ter iniciado, eu praticamente me convidei a permanecer no serviço. O currículo de Psicologia da UFRGS, após o Estágio Básico, exige que façamos uma escolha entre as três possibilidades de ênfases ligadas aos três grandes departamentos: Ênfase em Processos Clínicos: Psicanálise e Psicopatologia - Departamento de Psicanálise e Psicopatologia, Ênfase em Psicologia Social e Políticas Públicas - Departamento de Psicologia Social e Institucional e Ênfase em Desenvolvimento Humano: Avaliação, Intervenção e Prevenção - Departamento de Desenvolvimento Humano e Personalidade. Considerando os meus avanços na parte clínica do trabalho, meu investimento nas teorias psicanalíticas e minha simpatia pelo trabalho dentro da internação, optei pelo estágio de processos clínicos.

2.3 O Estágio de Processos Clínicos: Psicanálise e Psicopatologia

A proposta de estágio de psicologia com ênfase em processos clínicos, vinculada ao departamento de psicanálise e psicopatologia enumera algumas competências a serem desenvolvidas pelo estagiário. Dentre elas, pode-se enfatizar os processos de escuta (e se coloca aqui a “escuta” das outras manifestações) clínica, enfocada no sujeito e seus contextos, análise da transferência, realizar hipóteses diagnósticas que servirão de base para as intervenções, as metodologias escolhidas pelo profissional, a composição interdisciplinar, compreensão dos processos fenomenológicos envolvidos nos casos, promover práticas terapêuticas - incluindo psicoterapia -; tudo isso pautado na ética profissional.

O trabalho do estagiário de psicologia na modalidade processos clínicos se aproxima ao trabalho clínico realizado pela equipe técnica dos funcionários do hospital. Ele se caracteriza pela dimensão clínica do olhar e da escuta, o direcionamento à rede, ou possíveis redes do sujeito e a composição interdisciplinar. Prioriza-se a troca de informações intra e extra institucionais, a formulação do projeto terapêutico singular junto ao usuário e o acolhimento dos familiares.

A carga horária é elevada, sendo entre vinte e trinta horas semanais. A peculiaridade do trabalho é que o estagiário divide seu tempo entre a internação e o ambulatório. Ambas atuações possuem suas semelhanças e particularidades.

A internação psiquiátrica denota uma situação mais intensa e efêmera. É um trabalho de emergência em saúde mental. Mas o que seria a emergência? Costuma caracterizar-se a emergência em saúde mental com vias de internação uma situação de crise. A palavra crise em sua origem grega (*krisis*) caracteriza um estado no qual uma decisão tem que ser tomada. A origem filosófica da palavra é também extremamente rica e encerra o sentido originário da crise.

Crise é um dos paradigmas instituídos para justificar uma situação de internação psiquiátrica. A crise, para os chineses também é sinônimo de oportunidade; crise também é o resultado da fonte das dúvidas, “eu não quero o que eu tenho aqui, isso aqui não é suficiente para mim”. Vê-se uma dupla conotação, entre outras, onde há costuras. A crise é um momento onde se encara a pane do que está estabelecido, que por mais que seja majoritário e complexamente construído para abranger o máximo possível, não engloba tudo, deixando restos e dentro destes restos se encontra a singularidade daquele sujeito. Ao mesmo tempo, ela denuncia a falência do social em dar conta de certas manifestações subjetivas específicas. Ainda mais, ela abre portas para que outras formas de devir-a-ser possam estruturar-se, por mais frágeis e fugazes que estas sejam. A crise é uma possibilidade de se recontar uma história até agora contada de maneira ineficiente.

Foucault (2000) em *A história da loucura* já aponta que a concepção do termo crise é uma construção sócio-histórica. Tem relação com os jogos de saber e poder que instituem o que é passível de tratamento, reclusão e enquadre. Não obstante, para além desta leitura, há características que permanecem compondo o conceito de crise ao longo de suas diferentes concepções; eles envolvem a agudização de sintomatologia, normalmente traumática.

Pode-se constatar as influências do contexto sócio-histórico na formulação da demanda de internação. Por exemplo, em 2013, no período do auge da campanha *Crack nem Pensar* promovida pelo grupo RBS, notou-se um boom de usuários da droga na internação dos adolescentes. Tiveram momentos em que todos os dez leitos eram ocupados por usuários, homogeneizando a internação.

Atualmente, pode-se elencar alguns contextos mais propensos a determinar uma internação psiquiátrica:

- Grave sintomatologia psiquiátrica;
- Grave ruptura no plano familiar e/ou social;
- Recusa do tratamento;
- Recusa obstinada de contato;
- Situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las.

Portanto, cabem aos profissionais do serviço de internação trabalhar na direção da remissão dos sintomas. Desde a baixa hospitalar se inicia o processo de preparação da alta. Não se busca a cura e sim as condições mínimas de reinserção familiar e social do sujeito.

O trabalho do estagiário de psicologia envolve diferentes facetas do tratamento. Entre reuniões de equipe, de psicologia, seminários teóricos e supervisão, faz-se ainda atendimentos individuais, grupos terapêuticos, AT, entrevistas familiares e a composição da rede para a alta. É imprescindível estar atento às demandas do usuário para poder oferecer-lhe um tratamento do qual melhor possa se beneficiar. Assim como em outros serviços da saúde, trabalha-se com o sistema do profissional de referência. Este profissional fica encarregado de realizar as articulações necessárias ao caso, compartilhar com o resto da equipe e com as outras referências, assim como pensar o PTS pós alta e acompanhar o interno. O trabalho do ambulatório funciona sob a mesma lógica. Entretanto, com o tratamento mais prolongado, consegue-se construir um vínculo maior com o usuário, sua família e sua rede. É muito bonito de analisar o percurso terapêutico e notar as evoluções do caso.

Na clínica com adolescentes, há a questão o encaminhamento; normalmente o adolescente não chega à internação – leia-se aqui também os ambulatórios, CAPS, hospitais e outros locais que propõem formas semelhantes de trabalho – por demanda própria, há de se analisar as queixas – escolares, familiares - para entender a fantasmática da situação. Esse ponto é interessante, o de como se colocar diante de tantos atravessamentos e encontrar a posição frente às instituições e à

família, conseguindo fazê-las se sentir acolhidas e integrantes ativas do processo, porém sem influenciar negativamente o vínculo com o adolescente.

A transferência na clínica com adolescentes é iniciada de forma singular. O adolescente está em uma fase de revalidação das funções dadas na infância. É época de interrogar, questionar, inserir-se no social, virar adulto. Para tanto, empenha uma profunda tarefa de transformação pessoal que respinga no social. Assim, o adolescente que entra em tratamento, o começa de maneira próxima ao que seria a posição no fim de análise. O que normalmente ocorreria em outras clínicas, seria de o paciente supor um saber no terapeuta, o mesmo intervém desta posição, sustentando-a, no entanto, sem partir deste lugar, re-endereçando os questionamentos a ele dirigidos de volta ao paciente, já que o sujeito é o portador de sua verdade. Todavia, com os adolescentes, eles estão em tempos de destituir a posição dos adultos, dos seus saberes e de suas especialidades. Dessa forma, eles tentam destituir o terapeuta da posição de saber, e colocar-se nela pode vir a ser um erro clínico. Há de se tentar outros meios de conquistar a confiança do adolescente. É necessário ensaiar uma aproximação gradual, vinculando-se ao paciente, tentando oscilar entre as posições de amigo através de processos identificatórios e a de terapeuta, na medida em que a transferência vai se constituindo. Pensei ser importante ressaltar esta particularidade do atendimento de adolescentes, pois parece passar por aí o motivo de haver muitos poucos adolescentes em tratamento no ambulatório.

Por isso, o vínculo terapêutico é fundamental. O lugar do adulto não está dado; ele está em xeque, assim como muitas outras manifestações da cultura que a criança mantinha estabelecidas como prontas. Construir este lugar junto ao adolescente é estabelecer uma relação de confiança, mostrar-lhe que ali há alguém que se importa com ele e que possivelmente, se este jovem o deixar, poderá ajudá-lo a encontrar caminhos para solucionar suas questões emergentes. É um trabalho paradoxalmente desafiante e satisfatório. Ele permite e exige que se flexibilize o formato da clínica, diversificando e enriquecendo o trabalho, porém também demanda maior disponibilidade e entrega do profissional, para assim possibilitar a aproximação.

A máxima “cada caso é um caso” se aplica formidavelmente ao contexto do CIAPS. Se recebe todos os tipos de situação, tanto no ambulatório quanto na internação. O que se vê de comum, é que normalmente a problemática passa por diversas instâncias; sofrimento psíquico, perturbações familiares, vulnerabilidade social (como se trabalha pelo SUS, atendemos

populações em condições precárias de sustento e acesso aos seus direitos), isolamento, exposição a riscos. Por isso o trabalho tem necessariamente de ser interdisciplinar e em rede.

2.4 A passagem do Estágio de Processos Clínicos para o de Psicologia Social e Políticas Públicas

O estágio de Psicologia com ênfase em Psicologia Social e Políticas Públicas foi reaberto, em parte, devido a uma solicitação minha. Eu sentia não ter esgotado meu aprendizado na instituição e assim ainda poderia manter meus pacientes de ambulatório e seguir com estágio remunerado. Sobre a parte em que falei do aprendizado, penso ter acertado. O CIAPS, por mais que trabalhe no sentido da Reforma Psiquiátrica, estando nas bordas, literalmente, do Hospital Psiquiátrico São Pedro, convive com todos os paradoxos e atravessamentos que essa instituição possui.

A lógica manicomial não está apenas dentro das internações psiquiátricas, apesar de estar bastante representada nestas, mas sim na cultura em que vivemos. Entendi que a Reforma Psiquiátrica não se resume a fechar os hospitais psiquiátricos. O combate vai de encontro ao pensamento manicomial e institucionalizante da sociedade e das políticas públicas.

Foi possível conviver de perto com os meandros com alguns dos processos de saúde e de adoecimento que caracterizam a dita “loucura”. Foi possível quebrar preconceitos, aprender a humanizar o trabalho, os usuários, e as pequenas práticas cotidianas, as decisões de cada dia que moldam nossa personalidade e forma de viver. Estive em contato com gente muito interessante, profissionais implicados e capacitados e com pessoas de grande riqueza interior. Estar trabalhando em um local tão atravessado e estar tão intimamente ligado às pessoas que nos chegam em busca de ajuda é uma sensação ímpar. O trabalho é desafiador, mas conseguir promover um pouco de saúde, ajudar um outro, é a parte que faz valer a pena. Por isso decidi, mais uma vez, ficar.

2.5 O Estágio de Psicologia Social e Políticas Públicas

O estágio em Psicologia Social e Políticas Públicas entende que o profissional deve ser formado conforme os princípios do SUS, provendo a efetivação dos principais eixos do sistema de saúde. O estagiário também deve aprender a compor em rede com a saúde, educação, assistência social e trabalho. Deve desenvolver as competências para a atenção e a acolhida do usuário, a capacidade de trabalhar em equipe multiprofissional de forma interdisciplinar e buscando a transversalidade. Precisa aprender a promover grupos e analisar os jogos institucionais que envolvem as políticas públicas e o trabalho no serviço.

Esse foi meu terceiro ano de estágio no CIAPS. A unidade é referência em internação infanto-juvenil e em promoção de saúde mental. Não apenas em termos de territorialização do trabalho em saúde, mas como espaço pulsante nos movimentos da saúde mental, ocupando lugar de especialista no imaginário coletivo. Essa posição proporciona facilidades e dificuldades. Tem-se voz na rede, mas ao mesmo tempo se recebe diversos endereçamentos, além daquela crença mítica de que ali se consegue resolver todas as problemáticas que os outros serviços da rede apresentam dificuldades em lidar. Os encaminhamentos, muitas vezes, são apenas encaminhamentos estritamente falando, pois como se imagina que ali se resolve, para-se de acompanhar. Vez por outra se tem de buscar a corresponsabilização.

O trabalho é realizado com equipe interdisciplinar, discutindo-se cada caso com afinco. A estrutura física e material é precária; como há o projeto de fechar o hospital, novos investimentos são de difícil acesso. A qualidade da prática reside nos recursos humanos, os profissionais. Sem esse suporte, seria impossível dar-se alguma prática de saúde.

No tocante à ênfase, as atribuições me levaram a participar mais ativamente do ambulatório, incluindo o processo de acolhimento dos novos casos que chegam, recebê-los e discuti-los na rede, participar do Fórum de Infância e Adolescência da nossa Coordenadoria Regional de Saúde e do Espaço Ciranda, promovido pela Gestão Estadual de Saúde, aberto aos serviços de todo o estado e de diversas abrangências (saúde básica e mental, educação, assistência social...). Além, de supervisão, reuniões (ambulatório, acolhimento e psicologia) e seminários.

O processo de acolhimento se inicia muito antes da chegada do usuário ao CIAPS. Começa quando, normalmente um familiar, vai até a unidade básica de saúde e solicita

atendimento. O caso é avaliado juntamente ao pedido do usuário na própria unidade. As unidades básicas de saúde são a principal porta de entrada do SUS. Elas são responsáveis por receber o usuário em seu território, fornecer os primeiros serviços necessários, dar os devidos encaminhamentos e realizar o acompanhamento longitudinal responsabilizado. Os casos considerados de saúde mental são repassados às equipes de matriciamento. O matriciamento é responsável por estabelecer apoio regular às unidades básicas de saúde, compartilhando projetos, propiciando a gestão participativa, ajudando a pensar em seus casos, promovendo a integralidade da assistência, o vínculo entre os profissionais e capacitação da atenção básica. Entre os bairros de Porto Alegre que o CIAPS atende estão Agronomia, Lomba do Pinheiro e Partenon. Três equipes são encarregadas por esse processo: Equipe de Matriciamento, Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os usuários são acolhidos nestes serviços, e caso haja necessidade, eles encaminham ao CIAPS. Como o CIAPS é um serviço ambulatorial, os acolhimentos tem dia e hora marcados.

No acolhimento se recebem diversos casos. Primeiramente, todos os profissionais envolvidos, famílias e usuários, público alvo do serviço, sentam na mesma sala. Conversa-se um pouco, elucida-se as interrogações acerca do espaço ocorrem as apresentações. Também se discorre sobre o funcionamento do dispositivo e os motivos dos encaminhamentos. É uma primeira escuta. Normalmente, os familiares/acompanhantes costumam se colocar mais nesse momento. A criança ou o adolescente acolhido deixam para falar sobre sua demanda, quando o faz, no segundo momento, em separado do adulto que o acompanha – e usualmente quem solicitou o pedido de atendimento. O espaço reservado à criança ou adolescente é realizado individualmente ou em grupo dependendo das características dos usuários e também de suas idades. Essa segunda escuta é mais flexível, proporcionando autonomia para que o usuário se coloque e componha junto o espaço, de acordo com sua demanda e dentro de seu desejo.

Entre as demandas que chamam mais a atenção, tem a ver com os encaminhamentos das escolas e uma procura específica das famílias. São situações, aparentemente, tem a ver com disciplina (frequentemente sob a queixa de agressividade), no caso, indisciplina, e esta não fala de uma única pessoa, mas de uma relação que se estabelece onde um não se adequa às expectativas do outro, no caso a criança ou o adolescente. Esse público possui uma particularidade nos acessos aos serviços, pois majoritariamente quem solicita o suporte não é o

indivíduo em questão. Também por isso, o trabalho junto às famílias e às redes onde está incluída esta pessoa é tão importante. Tentar diferenciar quem pede para quem e por quem. A desobediência, se bem medida, é uma integrante saudável do processo de amadurecimento desses sujeitos. Nem sempre os casos são realmente para a saúde mental, ficando a dúvida de tomar em atendimento ou de como poder ajudar quem pede auxílio.

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que fala na abertura dos serviços. Não teria profissional específico, hora ou local para acontecer. Tem a ver com uma postura ética profissional de aceitação do outro, valorizando suas queixas e tentando possibilitar resoluções. É o momento de construir o vínculo terapêutico, escutar a singularidade e montar conjuntamente o Plano Terapêutico Singular.

A política prevê que seja possível exercer uma escuta singular às vicissitudes do usuário que chega, valorizando seu protagonismo nos processos de saúde e de adoecimento. Acolher é um exercício ético, assim como a psicologia é um afazer ético. É ser humanamente capaz de reconhecer no outro uma verdade que ele carrega consigo, de si ou de outros, de instituições ou de vivências, ou de tudo isso. É acolhê-lo em sua integralidade, como um abraço imaginário e até real, sem preconceitos ou juízos de valores.

Na política do SUS e no uso cotidiano do termo, o acolhimento é dado como algo que todos os profissionais podem e devem realizar. O acolhimento exige sensibilidade e postura profissional. É conseguir reconhecer que quem busca o serviço, independente de suas motivações, está buscando auxílio, um ombro amigo, um conselho, um incentivo, ou seja o que for; e só esse sujeito é capaz de enunciar, bem ou mal, suas necessidades. Todos precisam disso em alguns momentos de suas vidas. Acolher demanda conhecimento, formação e capacitação contínua. E mais, para acolher é necessário ser acolhido.

O Fórum da Infância e Adolescência e o Espaço Ciranda são encontros mensais em que os serviços que tem a disponibilidade de participar frequentam. Eles costumam ser temáticos, com assuntos específicos a serem tratados, ou são levados casos que interrogam os serviços e todos debatem conjuntamente. Nesses momentos, o encontro é potente por servir de certa forma como um espaço de supervisão coletiva, e ainda proporciona processos identificatórios entre os serviços, já que ali se vê que não somos os únicos que sofremos tentando fazer o que acreditamos

ser o nosso trabalho. Ademais, também serve como importante espaço de interlocução e capacitação. O trabalho em rede segue, assim como o SUS, sendo implementado e devem ser permanentemente discutidas as práticas. Esse espaço se assemelha a um momento de acolhimento entre os serviços; acolher e aceitar o outro, deixar advir suas angústias e reconhecê-las como singulares e legítimas.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É uma tarefa um tanto árdua e indigna tentar efetuar um recorte tão simplório de uma experiência tão rica em uma unidade de um hospital psiquiátrico como o São Pedro. Porém, é um trabalho necessário.

O objetivo geral da escrita proposta não era tanto na linha de realizar uma revisão bibliográfica acerca das principais temáticas que atravessam o trabalho no serviço, mas sim focar nas experiências vividas, no relato das práticas e nas emersões derivadas disso. Não eram buscadas grandes abstrações, mas sim um compartilhamento das vivências em um caráter mais global e pessoal.

São três anos de intenso aprendizado, vivências extraordinárias (em todos os sentidos do termo), trocas e momentos que marcaram profundamente, pessoal e profissionalmente. Além de aprender a ser profissional, aprendi a ser humano. Este trabalho teve como intuito um breve relato, recortado e fragmentado, de um longo processo de amadurecimento. Aprender a trabalhar diretamente com as pessoas, influenciando suas vidas, é uma prática que não encontra formas suficientemente eficientes de serem expressadas.

Acredito que o trabalho em saúde mental com a infância e adolescência possui um excelente respaldo legal. Como descrito e brevemente historicizado, temos as políticas do SUS, a Reforma Psiquiátrica, o Estatuto da Criança e do Adolescente e ainda o comprometimento com

os Direitos Humanos. Todos estes méritos servem para nortear o trabalho e ajudar na implementação diária da promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos usuários. Todavia, há ainda o caráter pessoal e profissional do trabalho. Para Spinoza, um verdadeiro problema é aquele cuja solução é sempre uma invenção. Assim, viver é problematizar, vida passa a ser posição de problemas. Ou seja, sonhar com uma vida sem problemas é o mesmo que sonhar com a morte. É acabar com a vida que se tem. O mais importante e difícil nisso tudo é: saber discernir os problemas reais e vitais, dos falsos problemas.

Os usuários de um serviço como o CIAPS desejam um trabalho clínico centrado neles. Se há um centro no trabalho em rede de saúde, esse centro é o usuário. O termo clínica possui um duplo sentido: o de “inclinarse” (klinikós), acolhendo o paciente e sua história, e o de produzir um desvio (clinamem) para produzir outra história, outra possibilidade de existência (Benevides, 2001). Também é preciso levar em conta o sentido de saúde coletiva que “implica em levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo” (Paim, 1980).

O objetivo do trabalho é o usuário. Mesmo os usuários sendo de alguma forma determinados pelo contexto, eles são capazes de tomar decisões subjetivas frente às objetividades da vida cotidiana e das relações sociais. Então a ênfase não é na cura, tampouco na doença, mas sim na invenção da saúde e no comprometimento com a vida.

Para tanto, é necessário entender que o trabalho exige uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Também é preciso de disposição. Disposição é estar aberto a novos questionamentos, à reinvenção do trabalho. De outra forma, tornar-se-ia burocratizado. E não dá para burocratizar vidas.

Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde.

4. BIBLIOGRAFIA

1. AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014.
2. BEZARRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014.
3. Brasil. [LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990](#). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 out. 2014.
4. BRASIL. [LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001](#). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 out. 2014.
5. CAMPOS, G. W. S. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, supl. 2, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014
6. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014.
7. CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>>. Acesso em: 20 out. 2014.
8. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Série Comunicação Popular CRP SP. *O tecido e o tear*. A psicologia e sua interface com os direitos humanos. Disponível em: <http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/cartilhas/direitos_humanos/fr_direitos.aspx>. Acesso em: 20 out. 2014.
9. CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. M. de F. Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014
10. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Definição. Disponível em <<http://www.dudh.org.br/definicao/>>. Acesso em: 25 out. 2014.
11. FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. São Paulo, v. 6, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/44/84>>. Acesso em: 27 out. 2014.
12. FOUCAULT, M. História da Loucura. 3ª Ed. São Paulo. Perspectiva, 2000. 551p.
13. JERUSALINSKY, A. Psicanálise do autismo. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984. 104p.
14. PALOMBINI, Analice. Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica, Ano de Obtenção: 2007.
15. PASSOS, E.; BARROS, R. B.de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 16, n. 1, abr. 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014.
16. PORTAL DA SAÚDE. *Do sanitário à municipalização*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 01 nov. 2014.
17. REDE HUMANIZASUS. Glossário. Acolhimento. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/92>>. Acesso em 30 nov. 2014.
18. RODRIGUES, P. H. Um balanço do SUS, próximo da maioria. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014.

19. TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.
20. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Especificidades Estágios de Ênfase. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psicologia/graduacao/cpsicologia/comgrad/estagios/orientacoes-curriculares/especificidades-estagios-de-enfase>>. Acesso em: 19 out. 2014.
21. WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_Universal_dos_Direitos_Humanos>. Acesso em: 20 out. 2014.
22. WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. Direitos Humanos. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Direitos_humanos>. Acesso em: 20 out. 2014..
23. WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Estatuto_da_Crian%C3%A7a_e_do_Adolescente>. Acesso em: 20 out. 2014.
24. WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. Reforma psiquiátrica no Brasil. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Reforma_psiq%C3%A1trica_no_Brasil>. Acesso em: 20 out. 2014.
25. WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde>. Acesso em: 02 nov. 2014.