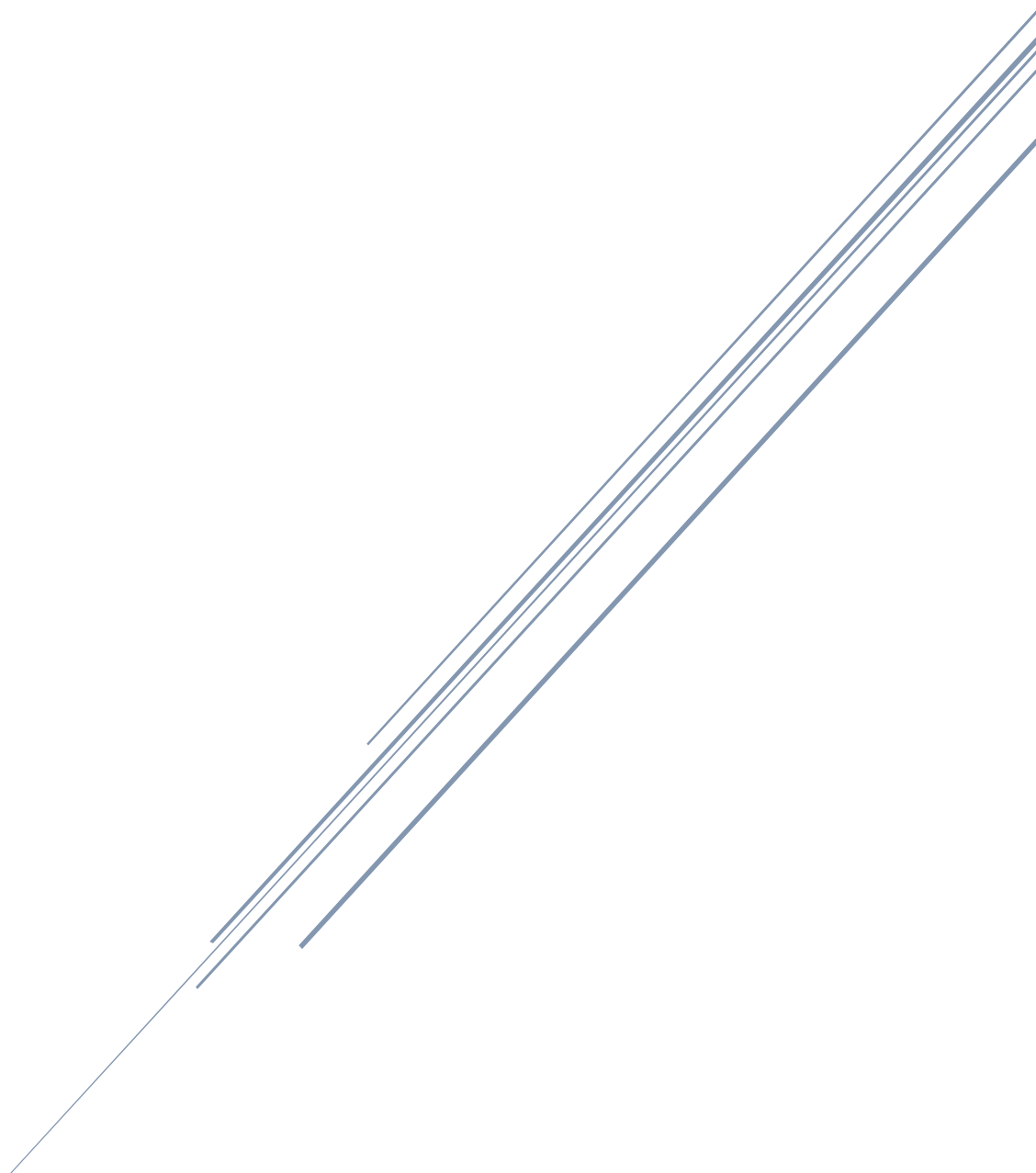


I ENCONTRO MUNICIPAL DE CAPS INFANTOJUVENIL-CAPS IJ

São Paulo 19 e 20 de abril 2016

Relatos das Rodas de Conversa



Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APD	Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência
BO	Boletins de Ocorrência
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Capsij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
Cefai	Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão
CEI	Centro de Educação Infantil
CER	Centro Especializado em Reabilitação
Cras	Centro de Referência de Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DP	Defensoria Pública
EE	Escola Estadual
Emef	Escola Municipal Ensino Fundamental
Emei	Escola Municipal de Ensino Infantil
LA	Liberdade Assistida
MSE	Medidas Socioeducativas
Naapa	Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
OS	Organização Social
PSC	Prestação de Serviços Comunitários
PTS	Projeto Terapêutico Singular
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
Sinase	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
Smads	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtornos do Espectro Autista
UA	Unidade de Acolhimento
UAI	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

Agradecimentos	3
Apresentação	4
Introdução	5
Os Caps infantojuvenis como Política Pública de Saude Mental Infantojuvenil: Recuperar a historia para repensar caminhos	9
Link do vídeo do I Encontro Municipal de Caps infanto-juvenil	16
Programação do Encontro	17
Roda de Conversa 1: Caps ij na rua	18
Roda de Conversa 2: Crise e Agora?	22
Roda de Conversa 3: Foco na Família	28
Roda de Conversa 4: Educação e Saúde Mental: Aprendendo juntos	31
Roda de Conversa 5: Geração de Renda e Capsij	36
Roda de Conversa 6: Criminalização da Infância e Adolescência	41
Roda de Conversa 7: 24 horas de Capsij na rede	45
Roda de Conversa 8: Atenção Básica de todo dia	54
Roda de Conversa 9: Mediar o quê?	57
Roda de Conversa 10: Unidade de Acolhimento: Que lugar é este?	62
Roda de Conversa 11: Crise, e agora?	68
Roda de Conversa 12: Ambiência e Convivência: Por que, para quem e como?	73
Roda de Conversa 13: “Educação e Saúde Mental: Aprendendo juntos”	78
Roda de Conversa 14: Saúde e SAICA – Acolhendo Juntos	81
Roda de Conversa 15: Caps ij, Caps AD, Caps Adulto: onde está o jovem?	85
Roda de Conversa 16: Vamos falar de vulnerabilidade do trabalhador	92
Roda de Conversa 17: Todo lugar é lugar de autista	99
Roda de Conversa 18: Que droga é essa?	108
Roda de Conversa 19: CER ou não SER? A relação com os Caps ij	113
Apontamentos das Plenárias Finais	117

Agradecimentos

A construção deste material não seria possível sem o empenho da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Agradecemos Myres Maria Cavalcanti, que em julho de 2015, quando na Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Municipal de Saúde deste município, assumiu o compromisso de realizar este Encontro Municipal diante da comissão de organização do Encontro Nacional de Caps infantojuvenil, e não mediu esforços para sua viabilização.

Agradecemos especialmente aos trabalhadores dos Caps infantojuvenis, que se implicaram ativamente na construção e organização do I Encontro Municipal de Caps infantojuvenis de São Paulo.

Agradecemos também aos trabalhadores da Raps Municipal e aos trabalhadores da intersetorialidade do cuidado.

Igualmente gostaríamos de externar nosso agradecimento à Edith Lauridisen Ribeiro e Lais Ferreira, que fizeram um cuidadoso trabalho de revisão, organização e sistematização das relatorias das rodas de conversa, assim como ao Valter Nunes Sant'Anna e Stéfano Pinheiro, que deram a assessoria necessária para que se efetivassem os registros Culturais.

Agradecemos imensamente aos coordenadores das plenárias Pedro Gabriel Godinho Delgado e Cristina Ventura Couto. Também agradecemos os moderadores das rodas de conversa: Maria Cristina Gonçalves Vicentin, Myres Cavalcanti, Silvana Rabelo, Renata Garcia, Leonardo Pinho, Max Dante, Fernanda Nicácio, Edith Lauridsen Ribeiro, Maria Aparecida Afonso Moysés, Cláudio Loureiro, Bruna Taño, Cristiana Lykourououlos, Adriana Watanabe, Isadora Simões de Souza, Cecília Mota, Renata Paparelli, Julieta Jerusalinsky, Teresa Endo e Ilana Katz.

E para finalizar agradecemos os usuários e familiares, pois suas narrativas orientam gestores e trabalhadores a construir o cuidado em saúde mental infantojuvenil. A participação destes produziu a efetiva diferença no Encontro, desde sua concepção até sua realização, marcando uma nova possibilidade de se produzir e trocar saberes e modos de fazer.

Apresentação

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro surge no mesmo impulso político e social do final da década de 1980 que conduziu ao processo de democratização e instauração da república fundada na Constituição de 1988.

O ambiente de participação na reconstrução das instituições democráticas e do cultivo de referências e padrões e valores para a vida civil era amplamente difuso. Neste ethos da democracia e liberdade, se a ideia da cidadania geral era um estímulo, a proposta da cidadania para os loucos tornou-se uma possibilidade concreta com a proposição da lei de Reforma Psiquiátrica em 1989. Desde então a superação do sistema manicomial, centrado nos hospitais psiquiátricos, colocou o desafio da produção de um novo modo de se lidar com a loucura e com as pessoas com transtornos mentais.

Sob este mesmo clima de intensas modificações das instituições da vida civil, os movimentos sociais militantes das causas da infância e dos adolescentes conseguiram a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – o ECA. A Legislação avançada, de alto grau de civilidade, inovou na lógica do trato da questão da infância e dos adolescentes.

Sob a perspectiva de direitos das crianças e adolescentes, uma vez admitida ou reconhecida que eles são seres em desenvolvimento, ou seja, temporariamente incompletos e vulneráveis, sob esta nova perspectiva, justamente por esta condição, são seres que demandam maiores e mais garantias de direitos, e não menos. Daí que se requer melhores instituições para lidar com estas questões

No período que antecede à Constituição Cidadã de 1988, as questões que envolviam as crianças e adolescentes, seja por questões de conduta, seja pelo uso de substâncias ou álcool, eram lidadas por instituições, filantrópicas ou governamentais, dentro de uma lógica de controle de condutas desviantes através de mecanismos de segregação: a FEBEM, os Educandários, os asilos.

De modo análogo ao movimento antimanicomial, a afirmação dos direitos das crianças e adolescentes exigia a superação do estatuto do menor, suas práticas e modos de pensar e emocionar. Era necessário desencadear um amplo e intenso debate sobre qual o lugar das crianças nesta sociedade! Qual a função do sistema escolar? Do sistema de saúde? Qual o papel dos adultos frente às crianças e adolescentes? Como cuidar das crianças que demandam cuidados sem desrespeitar seus direitos?

Ao longo da década de 1990, foi no nível dos municípios que os temas do direito dos loucos e dos direitos das crianças e adolescentes foi ganhando concretude. Políticas sociais desenvolvidas em diversos municípios do país fizeram ressonância e muitos tipos e experiências práticas foram realizadas.

A implantação do SUS, das políticas de inclusão nas escolas, da saúde mental na atenção primária, pavimentaram o caminho para que na da 3ª Conferência Nacional de

Saúde Mental, em dezembro de 2001, fosse aprovada "a criação de uma política de atenção à saúde mental à crianças e adolescentes, mediante a implementação de CAPS infantis, tendo exigido ainda, que a rede substitutiva incluísse a atenção à crianças e adolescentes nos seus diferentes serviços". Dessa forma, quando publicada a portaria 336/GM, em 19/02/02, lá estavam os Caps-i dedicado a população infanto-juvenil, reafirmando a concretização dos princípios e diretrizes do SUS e do ECA.

A primeira década de 2000 foi marcada por um período de nacionalização das políticas públicas que vieram consolidando o SUS, o SUAS, as políticas de inclusão escolar em todos os níveis, a proteção contra o trabalho infantil. Paradoxalmente, em todo o mundo, ocorreu um crescimento dos mecanismos de patologização e medicalização dos comportamentos de crianças e adolescentes, sob intensa pressão de propaganda e meios de comunicação de massa.

A descontextualização da vida dos indivíduos e a simplificação e redução dos fenômenos a esquemas e fórmulas lineares e abstratas obscurece que as vulnerabilidades sociais cerceiam o pleno desenvolvimento das crianças, a sua constituição, o seu crescimento, a inclusão e pertencimento em coletivos para o tempo justo de ser.

E, além disso, no Brasil, os preconceitos raciais e de gênero, historicamente enraizados, são fatores reais de reprodução de desigualdades econômico-sociais e exclusão, que colocam para a juventude barreiras concretas que dificultam a construção de projetos de vida.

Considerando a história do cuidado em Saúde Mental infantojuvenil paulistano a equipe da Coordenação de Saúde Mental da SMS, desde o início desta gestão do prefeito Haddad, veio dedicando-se intensivamente no estabelecimento do diálogo e acompanhamento junto às equipes dos Caps infantojuvenis, para produzir os alinhamentos necessários para avançar.

Entendemos que para o cuidado de crianças e adolescentes é essencial a constituição de Redes de cooperação, preconizadas pelo ECA e, na Saúde Mental, as redes territoriais que promovam a articulação de todos os setores e recursos necessários para que cada criança e adolescente, encontrem possibilidades singulares de circular, fazer laços, pertencer e desenvolver suas potencialidades, recursos e projetos.

Foi estratégico o forte esforço para os alinhamentos e movimentos básicos entre os 27 Caps ij que se encontram em São Paulo, de modo que permitiu a composição de uma efetiva Rede de Caps-i.

Acreditamos que os Caps ij, objeto deste Encontro, constituíram uma força de trabalho e um modo de fazer que fez reconstruir paradigmas, construir laços, criar um corpo coletivo, produzindo marcas e registros muito próprios, nomes próprios... seus nomes!

Introdução

O I Encontro Municipal de Caps infantojuvenil, realizado nos dias 19 e 20 de abril de 2016, no Anhembi, contou com 727 participantes, sendo destes cerca de 250 usuários e familiares, além de trabalhadores e gestores. Foi concebido pela Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, da Secretaria Municipal da Saúde, com apoio da Escola Municipal da Saúde, e com a participação do coletivo de trabalhadores, gestores e usuários dos 26 Caps infantojuvenis.

A característica principal desse encontro foi a garantia da participação e do protagonismo das crianças e adolescentes, e de seus familiares, usuários dos Caps ij, tendo como objetivo discutir, refletir e compartilhar experiências da atenção e cuidado em saúde mental desta população.

Em agosto de 2015 a Coordenação de Saúde Mental iniciou o processo de construção do encontro, compondo o grupo de trabalho de preparação do Encontro Nacional de Caps ij.

Em novembro do mesmo ano, a gestão percorreu as seis Coordenadorias Regionais de Saúde, de São Paulo, com três pautas a serem discutidas e articuladas com os trabalhadores, gestores e usuários dos Caps ij. Foram elas: a retomada do Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil, a participação do município no Encontro Nacional de Caps ij e a realização do Encontro Municipal de Caps ij.

6

Após a realização dessa atividade nas regiões, o coletivo passou a se reunir mensalmente, por seis meses consecutivos, para preparar o Encontro. Partimos da discussão dos 19 temas propostos¹ pelo grupo de trabalho do Encontro Nacional de Caps ij e das proposições levantadas nas regiões.

Nestes encontros o coletivo construiu enunciados, alinhou diretrizes, trocou experiências em torno do cuidado em saúde mental infantojuvenil e formatou a programação e organização do encontro.

O Encontro foi formatado promovendo discussões temáticas através de rodas de conversa, atividades artísticas culturais e plenárias. As atividades buscaram contemplar os enunciados estruturantes do Encontro: Duplo Mandato² e Intersetorialidade.

¹ 1. Mandato clínico-institucional do CAPSij e Processo de Trabalho; 2. Discussão sobre cuidado de crianças e adolescentes nos CAPS I; 3. Álcool e outras drogas; 4. Transtorno do Espectro do Autismo; 5. Processos de desinstitucionalização na infância e juventude; 6. Judicialização; 7. Sistema socioeducativo – Redução da maioridade penal; 8. Atenção à crise; 9. CAPS IJ III; 10. Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil; 11. Interfaces com o SUAS; 12. Interfaces com a Educação; 13. Violência nos territórios; 14. Reabilitação e protagonismo; 15. Questões de gênero; 16. Medicalização/ Patologização da infância e juventude; 17. Formação dos trabalhadores/Educação permanente – Discussão sobre Campo e Núcleo; 18. Defesa do SUS frente aos processos de precarização; 19. Acolhimento às famílias.” CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ENCONTRO NACIONAL DOS CAPS INFANTOJUVENIS 2015.

² COUTO, M.C.V e DELGADO, P.G.G Psicologia Clínica - A Clínica Ampliada. Rio de Janeiro, 2015

As rodas de conversa, que aconteceram nos dois dias do encontro, contaram com falas disparadoras, um moderador e dois relatores. Os disparadores foram compostos por um usuário ou familiar, um gestor ou trabalhador de um Caps ij e um convidado de outro ponto de atenção da RAPS ou da intersetorialidade do cuidado. O coletivo escolheu esta metodologia para garantir a troca de experiências, a horizontalidade do saber e o exercício da fala e da escuta. As pessoas convidadas a compor as rodas de conversa, também foram escolhidas pelo coletivo.

Nos dois dias do Encontro aconteceram as seguintes rodas:

- Caps ij na rua.
- *Crise e agora?*
- *Foco na família.*
- *Educação e Saúde Mental: Aprendendo juntos.*
- *Geração de Renda e Caps ij.*
- *Criminalização Da Infância e Juventude.*
- *24 horas de Caps ij na rede.*
- *Atenção Básica de todo dia.*
- *Medicar o quê?*
- *Unidade De Acolhimento ij: Que lugar é este?*
- *Ambiência e Convivência, Por que, Para que e Como?*
- *Saúde e SAICA: Acolhendo juntos.*
- *Caps ij, Caps AD, Caps Adulto: Onde está o jovem?*
- *Vamos falar de vulnerabilidade do trabalhador?*
- *Todo lugar é lugar de autista?*
- *Que droga é essa?*
- *CER ou não ser? A relação com os Caps ij.*

Foram organizadas atividades artístico-culturais nas diversas linguagens, que se alternaram com as demais atividades do Encontro, proporcionando espaços de convivência, circulação, interação entre crianças, adolescentes, familiares e trabalhadores.

As atividades culturais foram: a participação do grupo “Meu Bloco Na Rua”, uma rádio que esteve em tempo integral no ar, break, capoeira, brincadeiras de rua, vídeos dos Caps ij, oficina de brinquedos e roda de samba.

Apesar da escolha por espaços menores, que preponderasse a horizontalidade das relações, também consideramos a necessidade de um momento em que todos estivessem juntos. Sendo assim, ao final de cada dia, tivemos plenárias, compostas pelos moderadores das rodas de conversa e demais participantes do Encontro. A Plenária do dia 19 de abril foi coordenada pela Maria Cristina Ventura Couto e a plenária do dia 20 de abril pelo Pedro Gabriel Godinho Delgado.

O Encontro foi uma oportunidade de reunir uma rede potente de trabalhadores, gestores, usuários, familiares, parceiros da Raps e atores da intersectorialidade do cuidado.

Janaina Lopes Diogo

Os Caps Infatojuvenis como Política Pública de Saúde Mental Infantojuvenil: Recuperar a história para repensar caminhos

Sabemos que os Caps infantojuvenis, destacados como prática a ser refletida e reinterpretada nesse Encontro, são apenas um dos dispositivos que compõem, quando necessário, a rede de cuidados para Crianças e Adolescentes.

Então por que esse recorte? Por que um Encontro de Caps ij? Por que a Coordenação Municipal de Saúde Mental tomou como relevância?

Primeiro porque este Encontro é o cumprimento da etapa regional, do Enconcaps ij que será realizado em junho próximo. Estivemos presentes em reunião em Jundiaí e a então coordenadora de Saúde Mental, Myres Maria Cavalcanti, assumiu participar enquanto município, certos das contribuições que o coletivo dos Caps Infantojuvenis paulistanos, poderia e vão levar para o Encontro Nacional.

Segundo, porque temos uma história nesse município, no cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, que precisava ser revisitada e integrada, enquanto Rede Municipal, considerando para tanto a diversidade com que se confirmou o desenho longitudinal e temporal produzido, a potência real acumulada e os desafios que estão colocados na atualidade.

E terceiro, porque em nível Nacional há uma diferença real e desigual entre o acúmulo de práticas e propostas que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu para a população adulta, e aquela que precisa ser pensada urgentemente em sua singularidade para o universo Infantojuvenil, desde sua nomenclatura.

Para caber na construção da Rede Substitutiva, o cuidado em Saúde Mental para crianças e adolescentes nasceu com a mesma nomenclatura e atributo, ou seja, como CAPS. Então é a partir dele e com as práticas que foi produzindo, que poderemos considerar as peculiaridades que a Infância e Adolescência precisam processar, pois ainda não estão construídas efetivamente. Poder fazer uma contraposição ao adultomorfismo, é de fato, uma das possíveis traduções para o artigo 6º do Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, que nos convoca a considerar que para qualquer ação proposta às crianças e adolescentes temos que levar em conta que são pessoas em uma condição peculiar, pois estão em desenvolvimento.

Como estaremos trabalhando juntos nestes dois dias, pensamos em contar um pouco dessa história aqui hoje, para compartilhar desde onde viemos e onde estamos no cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes e suas famílias, aqui em São Paulo.

Nosso ano de partida é 1989, com a eleição da prefeita Luiza Erundina. A Luta Antimanicomial paulistana nessa época ganhou um grande fôlego com a diretriz de Saúde Mental batizada por Política de Saúde Mental Democrática e Popular/ Por uma sociedade sem manicômios. Era o momento em que o projeto de Lei nº3657/89 do

deputado Paulo Delgado tramitava no Congresso Nacional como célula embrionária da Lei 10216.

O modelo de cuidado paulistano propunha uma referência e contra referência entre os serviços: Centros de Convivência e Cooperativa/CECCOS, Enfermaria em Hospital Geral, equipe de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde/UBS, Lar Abrigado e Hospitais Dia/HD. Estes últimos tinham a função de oferecer atenção intensiva a pessoas em crise, sem excluí-los do convívio familiar e social, evitando à internação, a reinternação, a cronificação e a estigmatização. Dessa forma não prescindia até aquele momento do Hospital Psiquiátrico sendo inicialmente uma alternativa e não um substituto do mesmo.

Em relação à Infância e Adolescência, até então tínhamos como política pública de atenção, os Centros de Saúde Escola do antigo Departamento de Saúde do Escolar da Secretaria Municipal de Educação. Os atendimentos somavam demandas diversas de Psiquiatria, Neuropediatria e Fisiatria e o enfoque era basicamente psicopedagógico, sem agenda para casos graves. Foi na vigência dos Hospitais Dias Infantis de Saúde Mental/HDi, que em sua propositura inicial, seriam para crianças e adolescentes (Mooca, Santana e Vila Prudente), psicóticas e neuróticas graves e posteriormente encampando os autistas. De forma geral podemos dizer que eram serviços voltados ao signo psicopatológico, com forte influência das teorias psicanalíticas e voltados para ações de inserção social, principalmente escolar.

Há registros de trabalho com a Infância e Adolescência nessa época, também em alguns Ambulatórios de Saúde Mental (Jabaquara, Santo Amaro, Lapa, Ipiranga).

10

É importante destacar desde aqui, dois aspectos que demonstram historicamente como o poder público veio dando menor relevância às políticas de Saúde Mental infantojuvenil: primeiro, que foram criados apenas três HDi para todo o município, ainda que o plano de metas apontasse para abertura de 13 , sendo que cada um seria referência para cada um dos 13 NAE (Núcleos de Ação Educativa) vigentes à época e um segundo aspecto, que de alguma forma se permitiu a pactuação entre os trabalhadores no decorrer das práticas, em fixar a faixa etária de atendimento até 12 anos para entrada e 14 para alta, exceção feita ao Hospital Dia da Vila Prudente , o primeiro a ser implantado.

Como os Hospitais Dia de Adultos adotavam a idade de 18 anos para admissão, em boa parte do município os adolescentes ficaram sem lugar ou a mercê da sorte em encontrar uma equipe com maior abertura e disponibilidade em atendê-los. Em relação à primeira infância, como pouco se conhecia sobre intervenção precoce, estes sequer acessavam estes serviços, sendo apenas na entrada no Ensino Fundamental, que o maior contingente batia às portas dos HD infantil.

Em 1992 tivemos a II Conferência Nacional de Saúde Mental onde a temática da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil compareceu, mas ainda não sendo nessa ocasião, que se consolidou enquanto uma proposta de ação.

De 1993 até 2000, não tivemos nenhum avanço nos governos Maluf e Pitta e ainda tivemos a vigência do PAS (Plano de Atendimento à Saúde) de 1996 a 2000, Cooperativas que descaracterizaram os serviços que assumiram entre eles os HD infantil.

Em 2001 entramos na gestão de Marta Suplicy. No cenário Nacional tivemos sancionada em 06/04/01, a Lei 10.216 que debutou recentemente, e ainda tivemos a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro do mesmo ano.

É aqui que o campo da Reforma Psiquiátrica reconhece o descompasso nas proposições para o enfrentamento do sofrimento mental infantojuvenil, e em seu relatório final, aponta para *“a criação de uma política de atenção à saúde mental à crianças e adolescentes, mediante a implementação de CAPS infantil e exige ainda, que a rede substitutiva inclua a atenção a criança e adolescente nos seus diferentes serviços”*.

E foi assim, que quando publicada a portaria nº 336/GM - de 19 de fevereiro de 2002, lá estavam os Caps infantis.

Apesar de nascerem com tal nome, estes serviços foram desde sempre, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes. Na edição da portaria consta como *“um serviço ambulatorial para atenção diária, destinado às crianças e adolescentes com transtorno mental, sendo regulador da porta de entrada e organizador da rede de cuidados, no âmbito de seu território”*.

No caderno lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde, "Saúde Mental no SUS- Os CAPS", já encontramos um estiramento que diz que: *o Caps i é destinado para crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, incluindo aqui o autismo, as psicoses, neuroses graves e todos aqueles que por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer, laços sociais”,* ou seja, há uma ampliação de público alvo e da concepção de cuidado.

No município de São Paulo, nesta mesma época, os Hospitais Dia infantis foram reclassificados como Caps i e novos serviços foram abertos. A gestão Marta encerrou com oito equipamentos Caps i em 2003.

E daqui vamos fazer um atalho ao cenário Nacional, até os dias atuais.

Em 23/12/11, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº3088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. Nesta portaria, os Caps i aparecem destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e aos que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, produzindo um alongamento mais uma vez.

Em agosto de 2012, o Ministério da Saúde lançou a nota técnica, nº42/2012, que criou novos procedimentos para os CAPS e deu outras providências, reorientando que os atendimentos nos Caps i fossem para a faixa etária de 0 a 25 anos, o que foi traduzido

como um prolongamento para a saída e não para a entrada, mas efetivamente, outra esticada na tarefa ou no atributo do Serviço se produziu.

Dessa forma, as competências que foram se configurando para os Caps i, em tempos de RAPS, seriam:

* Organizar juntamente com a atenção básica, o cuidado em saúde mental à infância e adolescência no seu território.

*Fazer acolhimento porta aberta, rompendo com o funcionamento ambulatorial desde a porta de entrada

*Atender às crianças e adolescentes com diferentes e complexas manifestações de sofrimento psíquico, sejam elas por transtornos mentais, por necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e/ou outras situações de vulnerabilidade que requeiram cuidado intensivo.

*Ter prioridade à atenção em situações de crise, substituindo qualquer modelo de exclusão

Bem e aí, voltando à São Paulo, a gestão Fernando Haddad, iniciada em 2013, encontrou o município com 24 Caps infantis, sendo um tipo III desde 2009, o Caps i Santana.

Neste mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde aderiu à RAPS.

12

No decorrer destes anos, inauguramos o Caps ij Campo Limpo em 2014, reclassificamos o Caps ij Projeto Quixote /Vila Mariana para CAPS ij em 2015, pois este vinha funcionando desde 2012 como Álcool e Drogas infanto-juvenil. Isto se deu pelo fato de que tal modelo não coincidia com aquele adotado na RAPS paulistana ou seja, que concebeu equipamentos estratégicos e não especializados. Além disso, este ano houve a reclassificação de mais um Caps ij, de II para III, o Caps ij São Miguel, em 30 de março último.

Dessa forma, temos 26 Serviços, dos 204 em todo território Nacional.

A rede de trabalhadores de Caps ij, contava em dezembro de 2015, com cerca de 715 profissionais entre os níveis superior, médio e apoio.

Dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS/ CEINFO registraram cerca de 5000 usuários cadastrados entre zero e 18 anos no ano de 2015 nos Caps ij.

Numa mostra de 22 Caps ij habilitados entre janeiro a dezembro de 2015, encontramos 2921 usuários com idade entre 0 a 12 anos e 1753 entre 13 a 18, o que evidenciou que os adolescentes hoje são uma realidade substancial nos Caps ij.

Em março último, em consulta aos serviços tipo CAPS Adulto, encontramos 17 usuários entre a idade de 12 a 18 anos, sendo que por sua vez, nos CAPS Álcool e Drogas, encontramos 353, sendo oito usuários entre 0 a 12 anos e 345 entre 12 a 18.

Trazemos aqui estes dados para que possam servir para levantarem hipóteses e radicalizar as discussões nas Rodas de Conversa e plenárias.

E é assim que chegamos a este Encontro. Com estes números, com esse desenho, com muitas crianças e adolescentes na Rede de Caps ij, com algumas diretrizes que fomos traçando nestes anos para nortear o trabalho dos Serviços, a exemplo da Portaria 986/2014 que estabeleceu o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para o emprego do metilfenidato no âmbito da SMS de SP, o Protocolo que estabelece o Fluxo para atenção hospitalar para Crianças e Adolescentes com Sofrimento ou Transtornos Mentais, incluídas àquelas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras drogas, a não adoção ao modelo CAPS AD ij, a ampliação de CAPS III para infância e adolescência, entre outras.

Além disso, apesar do reconhecimento dos diferentes pontos de atenção que compõem a RAPS, sabemos que até então tem sido as equipes dos Caps ij, que vem produzindo um acúmulo de práticas, de questões, de inovações, diálogos, resistência e enfrentamentos na sustentação do cuidado psicossocial de crianças e adolescentes nestes últimos 14 anos, por terem sido colocadas ou atraídas para o centro desta Rede bem maior e se configurado processualmente no imaginário social, enquanto um *Ponto de Referência*, para a Saúde Mental Infantojuvenil.

13

No entanto, aqui talvez tenhamos uma questão para este Encontro : qual seria uma fronteira possível entre aquilo que é de pertinência ao mandato do Caps ij e o que deve se produzir como forma de cuidado corresponsável, para além deste? Como criar um campo que de sustentação à crise, ofertando o dentro e o fora, como condição Inter setorial legítima e indissociável da clinica psicossocial?

Aqui já adentramos na questão do duplo mandato do Caps ij como nos diz Cristina Ventura e Pedro Gabriel Delgado: *“Os Capsi são prioritários para atendimentos à autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos. Os CAPS são também encarregados de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade. Esta inflexão para o território, conjugada ao atendimento dos casos, imputa a estes serviços um duplo mandato: terapêutico e gestor”*.

Esta conceituação reforça e evoca à essência do Caps ij em se manter em constante congruência com a intersetorialidade, num enodamento que produza movimento contínuo entre o clínico com suas diferentes tecnologias de cuidado e em suas mais diversas e criativas traduções, com o mandato político territorial, que convoca os demais setores e os convida à compor, tomar para si, se ofertar, fazer junto.

Cuidar de crianças e adolescentes implica numa ética onde estamos em posição de estar inteiros, junto a estes Sujeitos, num diálogo constante com outras disciplinas e dispositivos da Cultura.

Outra questão que não podemos escapar nesse Encontro, diz respeito à nomenclatura tal qual apontada como emergente, anteriormente. Vamos assumir de fato que o hífen do infantojuvenil caiu em 2009 e nós ainda não fizemos qualquer junção nas placas de nossos Caps i, apesar de tantos adolescentes que compõem o Serviço como vimos? Nomenclaturas designam concepções e vamos de fato, estampar esse lugar de pertença aos nossos adolescentes desde a porta de entrada de uma vez por todas? E se vamos ao ato, por que não dar nomes, identidades? No Rio de Janeiro, temos o Caps i Mauricio de Souza, Visconde de Sabugosa, João de Barro... que nomes nossos Caps ij poderão ter? Um belo trabalho para as Assembleias!

No entanto, estampar o “j”, não pode desconsiderar a permanência do “i”, trabalho que nos foi tão caro construir até aqui, assim como para com o cuidado aos familiares de toda extensão etária de usuários dos Caps ij.

E por falar em nomes e lugares, e lugares onde os usuários possam se reconhecer, se identificar, achamos bastante justo e pertinente o mote que estampa “Caps ij liberdade”, que vem sendo muito usado em diversas situações de Encontros ou de manifestações da Luta Antimanicomial. Além de se tratar de um alinhamento comum com o Movimento da Reforma Psiquiátrica traduz de fato, alguns enfrentamentos pelos quais muitas crianças e adolescentes passaram ou passam em suas vidas.

14

Muitos adolescentes podem se reconhecer nesta expressão por terem sido encaminhados a uma internação ou quando em cumprimento de uma Medida Sócio Educativa do tipo internação ou ainda quando sofrem a ameaça real de criminalização e restrição de liberdade com a reedição frenética da PEC 171 em 2015. Além disso há também aqueles que passaram desde a infância, sua vida toda em Manicômios e sim, cuidado em liberdade, é um mote precioso e preciso nestas situações.

Mas no campo infantojuvenil, há aqueles que conhecem uma suposta liberdade, mas que nem por isso podem vivê-la. Socialmente, estão em meio comunitário, moram com suas famílias, ou estão sob tutela do Estado em abrigos, mas silenciam suas dores pelas agressões vividas de tantas e brutais maneiras, vão à escola, mas não conseguem aprender ou reagir ao bullying sofrido pelo gênero, pela raça, por uma deficiência congênita ou adquirida, por não conseguirem fazer amigos por ter um jeito diferente de ser, não serem chamadas para festinhas ou baladas... Há ainda as famílias, que gozam de liberdade, mas muitas vezes se trancam em casa para não enfrentar olhares, recriminações, discriminações nos pontos de ônibus, nos shoppings, enfim, será que aqui não caberia melhor um mote *a mais*, peculiar a esse tempo de Ser, talvez Caps ij libertador? Ou ainda ... CAPS ij liberta a dor?

De fato, trazemos como mais uma questão para ser refletida nestes dias, pois a dimensão que assume um cuidado inclusivo nos convoca como fomos vendo até aqui, desde motes, dos nomes, das articulações, lugares, até as práticas e suas concepções.

Muitas questões foram abertas para este Encontro, e estamos certos que poderemos amanhã, sair daqui não com certezas, mas com enunciados, que sirvam de esquemas conceituais temporários, como qualquer paradigma, que sobrevive até que outros sejam capazes de substituir-lhes, mas que em sua vigência sejam de apropriação deste coletivo.

Bom Encontro a todos nós!!

Marcia Innocência Moreno

Vídeo do I Encontro Municipal de Caps infantojuvenil

O coletivo de Caps ij, com a edição de Jeomark Roberto e Gabriel Dias, locução de Pérola Ciriaco, imagens dos trabalhadores dos Caps ij, da Escola Municipal da Saúde e Edson Hatakeyama e música de Valter Nu e Mirton de Paula, produziram o vídeo do I Encontro Municipal de Caps ij de São Paulo.

Segue o link do vídeo disponível no youtube:
<https://www.youtube.com/watch?v=T60ckoBAXdA>.

O Projeto Rede Sampa - Saúde Mental Paulistana e a Secretaria Municipal da Saúde - Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas convidam para o

"I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil"



Data: 19 e 20 de abril de 2016

Horário: 8h às 19h

Local: Auditório Elis Regina - Anhembi



Programação 1º DIA (19/04/2016) – TERÇA-FEIRA

Auditório Elis Regina

8h – Credenciamento:
Café de Boas-vindas e Atividade Cultural

9h30 – Abertura Oficial

10h – Mesa de Apresentação da Estruturação do I Encontro - Roberto Tykanori, Marcia Innocência Moreno e Janaína Lopes Diego

11h – Rodas de Conversa

12h30 – Intervalo:
Lanche e Atividades Culturais

14h30 – Plenária - Coordenação: Maria Cristina Ventura Couto

16h – Debate

17h30 – Encerramento:
Atividade Cultural e Lanche

Sala com as Rodas de Conversa

1ª: "CAPS na Rua" - Moderadora: M^a Cristina Gonçalves Vicentin (PUC)

2ª: "Crise e Agora?" - Moderadora: Myres Cavalcanti (SMS)

3ª: "Foco na Família" - Moderadora: Silvana Rabelo (PUC/REDE SAMPÁ)

4ª: "Educação e Saúde Mental: Aprendendo Juntos" - Moderadora: Renata Garcia (SME)

5ª: "Geração de Renda e CAPSi" - Moderador: Leonardo Penafiel Pinho (UNISOL)

6ª: "Criminalização da Infância e Juventude" - Moderador: Max Dante (SMADS)

7ª: "24 Horas de CAPS Infantojuvenil na Rede" - Moderadora: Fernanda Nicácio (USP)

8ª: "Atenção Básica de Todo Dia" - Moderadora: Edith Lauridsen Ribeiro (UNIFESP)

9ª: "Medicar o Que?" - Moderadora: M^a Aparecida Affonso Moysés (UNICAMP)



Programação 2º DIA (20/04/2016) – QUARTA-FEIRA

Auditório Elis Regina

8h – Café de Boas vindas e Atividade Cultural

10h – Rodas de Conversa

11h30 – Atividade Cultural

12h – Intervalo para Lanche e Atividades Culturais

14h – Plenária - Coordenação: Pedro Gabriel Godinho Delgado

16h – Debate

17h – Encerramento do Evento e Atividade Cultural e Lanche

Sala com as Rodas de Conversa

10ª: "Unidade de Acolhimento Infantojuvenil: Que lugar é Este?" - Moderador: Cláudio Loureiro (Projeto Quixote)

11ª: "Crise: E Agora?" - Moderadora: Bruna Taño (UFSCAR)

12ª: "Ambiência e Convivência, Porque, Para Que e Como?" - Moderadora: Cristiana Lykorpoulos

13ª: "Educação e Saúde Mental: Aprendendo Juntos" - Moderadora: Adriana Watanabe

14ª: "Saúde e SAICA: Acolhendo Juntos" - Moderadora: Isadora Souza

15ª: "CAPS Infantil, CAPS Álcool e Drogas, CAPS Adulto, Onde Está o Jovem?" - Moderadora: Cecília Mota

16ª: "Vamos Falar de Vulnerabilidade do Trabalhador?" - Moderadora: Renata Paparelli

17ª: "Todo Lugar é Lugar de Autista" - Moderadora: Julieta Jerusalinsky

18ª: "Que Droga é Essa?" - Moderadora: Liandro Lindner

19ª: "CER ou Não Ser? A Relação com os CAPSi" - Moderadora: Ilana Katz

Inscrições até 14 de abril no link do formsus:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=25346

Realização:



Ministério da Saúde



Roda de Conversa 1: Caps ij na rua

Disparador:

Gizele Rocha Santos (profissional do Caps ij Capela do Socorro)

Moderadora:

Maria Cristina Gonçalves Vicentin (PUC/SP)

Relatores (Capsij Capela do Socorro):

Maria Cristina Coelho

Vanessa Zigart

A roda de conversa iniciou-se com a apresentação dos participantes. Foi informado que os disparadores dos usuários e da rede não compareceram. Em seguida, a moderadora pediu que os participantes da roda se apresentassem; a maioria dos ouvintes eram profissionais dos serviços Caps ij, Naapa, Creas, Seas, projeto Quixote, Instituto de Psicologia da USP, assim como alguns usuários e familiares.

18

A disparadora iniciou a fala contando da experiência do Capsij Capela do Socorro, “Piração de Rua”, intervenção no território realizada pelos profissionais do serviço. A intervenção ocorre semanalmente, em uma área do território onde há maior concentração de usuários de drogas. A intervenção de rua é realizada com o olhar abrangente sobre a infância em situação de rua. Ressaltou que este modelo de intervenção era realizado pelo Caps AD Capela do Socorro desde 2010. O objetivo desta ação é estabelecer vínculos com os usuários, levar atividades do Caps ij até o local e realizar ações baseadas no modelo de redução de danos na tentativa de aproximar tais usuários do Caps ij. Uma dificuldade apontada por Gizele é o acesso a estas crianças e adolescentes em situação de rua, e o quanto contam com o apoio dos adultos (“pai/mãe de rua”) para conseguir este acesso. Em seguida, fez o relato do caso de R., usuário do Caps ij há mais de 4 anos e que iria compor a roda de conversa. Explica o motivo dele não estar ali, pois está novamente na cena de uso e em situação de rua. Apesar de ter sido feito o convite e ofertado outras possibilidades (gravação de vídeo e/ou áudio), R. recusou-se a comparecer por receio de implicação em não cumprimento de medida socioeducativa. Importante ressaltar que apesar de suas recaídas o vínculo com o serviço permanece e seu projeto terapêutico singular é repensado de acordo com sua realidade no momento atual. Foi ressaltado também a importância do trabalho em rede e as parcerias feitas no território: Cedeca e Seas. K., profissional do Cedeca, que também estaria compondo a roda de conversa, não pode estar presente por motivos pessoais.

Neste momento a fala disparadora encerrou-se e a moderadora abre para a participação dos ouvintes.

A primeira fala é de V., usuário do Quixote, que relatou sua experiência. Disse que após o uso de drogas, a mãe o coloca num abrigo. V. foge de lá e fica em situação de rua por 10 dias, onde se envolve com roubo, entre outras questões. Ao perceber o agravamento de sua situação busca o Conselho Tutelar que faz o contato com o Projeto Quixote, onde é acompanhado desde então.

A fala que seguiu-se é de uma profissional da região da Sé, que relatou sua experiência na região e ressaltou a importância da rede, do vínculo e da busca ativa destes sujeitos.

Em seguida houve a colocação de um profissional do Seas-Centro sobre o fechamento do espaço cultural que existia na região da Sé, onde eram realizadas várias atividades. Após o encerramento das atividades deste espaço, eles percebem uma maior frequência das crianças e adolescentes nas cenas de uso, uma vez que há a perda deste local importante de acolhimento. Outras falas sinalizam a escassez de ofertas de lazer, cultura e trabalho e a segregação socioespacial da cidade, apontando para o necessário trabalho de ampliação de cidadania.

A moderadora questionou se há relação do uso de drogas com a entrada destes adolescentes no circuito da justiça, fazendo referência à criminalização do uso de drogas e aos efeitos da legislação no tocante a este uso. Um profissional da região da Sé respondeu que no atual momento não percebe esta relação, no entanto isso pode mudar.

Em seguida houve a participação de uma profissional da região do Itaim Paulista, que relatou uma experiência de parceria com o Caps ij da Sé. Nesta situação, uma usuária do Capsij Itaim Paulista estava deslocando-se até a região da Sé para fazer o uso de drogas. A profissional também destacou a importância das parcerias nestas ocasiões, para ofertar cuidado para o adolescente.

A mediadora fez uma reflexão acerca de como pensar território quando lidamos com crianças e adolescentes em situação de rua, uma vez que há uma intensa circulação destes usuários pela cidade, ressaltando relevância da articulação entre serviços de diferentes territórios.

L., usuário Capsij Brasilândia, relatou sua experiência de vida em relação ao uso de drogas, a situação de rua, envolvimento com o tráfico e violência (como agressor e vítima).

Houve a colocação de um profissional do Seas sobre a importância do fortalecimento de locais como o Fórum Intersectorial de Drogas e Direitos Humanos como um espaço potente para a discussão e problematização destas questões.

Em contraponto, outro profissional do Seas disse do rompimento de convênios, sucateamento de equipamentos sociais, escassez de espaços de convivência para esta população e observou um maior uso de violência pela Polícia Militar, principalmente nas regiões centrais da cidade. Problematização sobre o atendimento ofertado pelos SAICA, pois há um alto índice de evasão de crianças e adolescentes destes serviços.

Profissional do Capsij Mooca trouxe a questão sobre os papéis da saúde e da assistência referentes a estes usuários. Relatou o preconceito de muitos profissionais da área da saúde e assistência com crianças e adolescentes usuários de drogas, trazendo uma observação pessoal da falta de espaço para esta população dentro dos serviços. Perguntou aos adolescentes o motivo pelo qual abandonaram ou diminuíram o uso de drogas. Estes responderam que foi em função do vínculo familiar e a percepção dos males que se instalam (adoecimento, fragilização dos vínculos, vulnerabilidade) com o uso abusivo de substâncias.

Em seguida, houve a fala de um profissional do Centro, em resposta à fala anterior da profissional da Mooca. Ele fez uma crítica com relação ao modo como ela referiu-se aos adolescentes. Disse que entende a dificuldade deles em se vincularem ao Caps ij e outros espaços como, muitas vezes, uma dificuldade dos próprios profissionais em estarem disponíveis para tanto, como se houvesse um preconceito por parte do profissional em relação a esta população. Também relatou a falta de experiência e formação dos profissionais para lidarem com a questão do uso de substâncias.

A moderadora sinalizou que é importante que o não saber e os desafios deste trabalho possam aparecer e chamou a atenção para o fato da profissional dirigir uma pergunta sobre aquilo que ela não compreende ao jovem. Ressaltou a importância da participação dos adolescentes e jovens na formulação de suas demandas ao serviço e que o que se experimenta ali na roda podia ser pensado como uma prática permanente do serviço.

Estagiárias do Caps ij Brasilândia refletiam sobre os tipos de ações que estamos produzindo para os jovens e se, de fato, estas ações alcançam esta população. Deram o exemplo da própria roda, onde apenas dois adolescentes se pronunciaram. O motivo pelo qual é difícil para os adolescentes estarem nos locais, citando como exemplo o próprio Encontro Municipal de Caps ij do Município de São Paulo, onde elas observaram dificuldades dos usuários em permanecerem nos espaços como a Mesa de Abertura e as próprias rodas de conversa.

Para finalizar a participação dos ouvintes, profissional do Projeto Quixote disse da necessidade dos profissionais da área discutirem mais sobre nossas áreas de atuação e tudo o que vem sendo construído ao longo do tempo, o que tem produzido efeitos e sentido nessa prática do cotidiano. O quanto temos construído uma prática de produção de sentidos e vínculos, mas, ao mesmo tempo, isso passa despercebido.

Em seguida encerrou-se a participação dos ouvintes e a moderadora trouxe alguns dos principais pontos trabalhados ao longo da roda, partindo para o fechamento e elaboração das questões para a plenária.

Os principais pontos que apareceram foram:

- ★ Tema que coloca em jogo não apenas as questões do acesso ao cuidado, mas também da equidade e da singularidade da atenção;
- ★ Trabalho em rede e necessidade de ampliação do diálogo entre saúde e assistência;
- ★ Importância de dispositivos de produção/circulação de informação/conhecimento (Fóruns e grupos de trabalho);
- ★ Garantia da participação ativa dos adolescentes e familiares na construção do cuidado;
- ★ Discussão da legislação sobre drogas, saindo da lógica punitiva para o protagonismo do sujeito;
- ★ Realização de ações itinerantes (busca ativa, circulação pelo território);
- ★ Importância da criação de espaços de acolhimento com linguagens diferentes para garantir o acesso dos adolescentes (para além do Capsij).

A roda entendeu ser necessário fazer mais um encontro para pensar algumas estratégias de continuidade da conversa e dos temas elencados e sugeriu-se que os representantes de SMS ali presentes possam apoiar tal iniciativa.

Dessa roda de conversa, foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. Como construir estratégias para legitimar a participação dos adolescentes e familiares na cogestão dos serviços e políticas?
2. Como sensibilizar a rede municipal para que a discussão realizada nesta roda de conversa tenha continuidade?

Obs. Os participantes da roda responderam a esta questão propondo a realização de fóruns itinerantes pelo município de São Paulo.

Roda de Conversa 2: Crise e Agora?

Disparadores:

Wagner Ranna (psiquiatra do Capsij Lapa)

Rodrigo Rocha Nogueira (usuário do Capsij Casa Verde)

Ester (usuária do Capsij Cachoeirinha)

Moderadora:

Myres Cavalcanti (SMS/SP)

Relatores (Capsij Lapa):

Marly da Rosa Gonçalves

Cássia Aparecida Lopes

O tema crise foi apresentado pela moderadora, sendo definido por “desarmonia”, “desequilíbrio”, ou seja, um processo que se descontrolou, perdeu a harmonia. Um termo que tem como seu oposto a própria saúde mental. Por saúde mental entende-se a saúde de um sujeito que está bem harmonizado na sociedade, que é aceito pela maioria, que é coerente que vive em plenitude com que a vida pode lhe proporcionar. A crise em saúde mental, portanto, é entendida pelo processo de aparecimento de um intenso sofrimento psíquico que vem desarmonizar esta vivência de plenitude. Os fatores desencadeantes são diversos, tendo em vista a subjetividade de cada pessoa e suas vivências, que são muito singulares, pois o que pode produzir uma alteração de comportamento em alguém é muito diferente do que pode causar em outrem. No passado o sujeito em crise era atendido nas emergências, o que acabava por causar seu isolamento, agravando ainda mais seu sofrimento psíquico, pois ficava distante do seu território e de suas referências. Com a Reforma Psiquiátrica vem sendo entendido que o lugar para o acolhimento da crise são Caps. A partir desta fala, a moderadora endereçou a todos dois questionamentos:

- 1) Qual é o entendimento que todos (usuários, profissionais) têm do atendimento à crise na saúde mental.
- 2) Quais as dificuldades que as equipes de saúde mental dos Caps ij enfrentam no atendimento a crise? Segundo a moderadora tais questionamentos têm por base relatos de trabalhadores que dizem não estar preparados para lidar com a crise e solicitam formação para atender a crise.

O primeiro disparador apresentou-se como médico psiquiatra, pediatra e psicanalista e contou que trabalha há três anos no Caps ij da Lapa. Iniciou discorrendo sobre seu trabalho na saúde pública e na prefeitura de São Paulo, que somam 37 anos

e relatou ter participado de muitos momentos de construção da saúde pública e referiu ser o primeiro encontro de Caps ij que participa. Entende que crianças ou adolescentes em crise são acolhidos nos Capsij e disse não ter lembranças de internações desde que trabalha no Caps ij. Disse que o Caps ij Lapa, nos seus 14 anos de existência, sempre acolheu a crise. Citou uma situação de um adolescente que no corredor dá-lhe um abraço e pede para ser internado porque senão a cocaína iria matá-lo, mas que mesmo assim nunca foi necessário interná-lo em instituição fechada e hoje ele está fora da crise.

Discordou da afirmação de que na infância e juventude não tem crise e em seguida questionou sobre o que é crise, disse que entende serem críticos os momentos em que “a história anda depressa e que estamos numa situação com um tipo de organização que se desorganiza para se organizar num outro patamar, num outro platô, às vezes com regressões, às vezes com uma permanência de desorganização, mas a crise sempre é positiva se soubermos encaminhá-la bem. Disse que que nos Caps vivenciamos as crises de forma diferente do seu entendimento enquanto um processo evolutivo de uma doença mental cuja história natural seria de ter características de ser crônica passando por crises agudas. Isto é uma forma de medicalizar e naturalizar o sofrimento humano. Reduz-se a crise como a de um sujeito asmático, que de vez em quando, quando muda o tempo, ou aumenta a poeira no ar, tem uma crise asmática e tem que ser levada para o pronto socorro. Entende que os Capsij como um organizador da assistência à saúde mental para a infância e juventude em um determinado território, promovendo a integralidade e acompanhando longitudinalmente as ações e que para isso necessita atuar matricialmente dentro da Raps. Disse que o trabalho com a infância e a juventude na saúde mental deve ser simples, tendo como ponto central o processo de constituição subjetiva da criança. Este trabalho consiste em fazer com que este novo indivíduo tenha assegurado as condições necessárias para constituir-se como sujeito singular, inserido em uma determinada cultura, tendo em vista que a crise de um sujeito está correlacionada ao âmbito social onde a criança ou esse jovem está presente. Este processo é semeado de muitas emboscadas e não é redutível ao amadurecimento biológico e aos processos de desenvolvimento das capacidades, mas é profundamente dependente da qualidade das relações constitutivas que cada criança tem com seus cuidadores, e que, portanto, as crises sempre implicam os cuidadores. Fazemos todos parte da crise. O sujeito se faz e é feito na relação com o outro. A crise, nos processos terapêuticos, é vista como momento de insuficiência ou dificuldades do terapeuta, para conduzir o caso, como assinalaremos adiante. Quando uma equipe de UBS encaminha para o Capsij um adolescente que tentou suicídio, com frequência o que se implica é a impossibilidade de conter o ato e os sentimentos de insegurança, mas nem sempre a gravidade do ato autoagressivo.

Destacou três momentos de crise para crianças e jovens ao longo de seu processo constituinte. Disse que o processo de constituição do sujeito vai do zero aos 18 anos. O primeiro momento crítico é no processo de constituição subjetiva primordial, quando uma criança de 0 a 3 anos apresenta sinais de risco: não apresenta interação social, não apresenta interação com seus pais, não responde conforme o esperado no ato de brincar, no olhar, no falar, apresentando um embotamento da sua

expressão de vida. Está expressa então uma crise, e deve haver uma intervenção a tempo. Uma intervenção precoce neste momento é muito importante e pode reverter quadros muito graves. Por outro lado essa intervenção exige muito cuidado e delicadeza, para não ser negada, ou super valorizada. O acolhimento dessa crise demanda capacitação de toda a Raps em reconhecer os sinais de risco e como intervir, sem estigmatizar, nem medicalizar, apoiando-se na plasticidade inicial de cada criança, bem como nas formas singulares de se constituir em sujeito.

O segundo momento crítico da constituição psíquica é na adolescência. O adolescente vai enfrentar as mudanças biológicas da puberdade, mudanças em seu corpo e em seu esquema corporal, no imaginário sobre a infância e sobre os pais da infância e nos deslocamentos simbólicos na busca de autonomia e seus ideais; vai ressignificar seu lugar na cultura, em sua passagem da criança para jovem e adulto. Um momento extremamente sensível, extremamente vulnerável com suas desorganizações. O adolescente vai sendo desafiado a reconstruir sua posição na parentalidade, na relação com o outro, com o outro sexo. Esta travessia é crítica e tem muitos aspectos dramáticos e trágicos, que podem ser evidenciados no fato de que, na atualidade, ao redor de dois terços das causas de morte na faixa etária dos 15 aos 20 anos são relacionadas a causas externas, tendo os acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e a violência como determinantes. Travessia crítica que implicada em ocorrências mais graves, desencadeadas por angústias profundas, condutas autoagressivas, perda de contato com a realidade, comportamento de risco, o uso de drogas e as tentativas de suicídios. Os comportamentos que colocam os adolescentes vulneráveis, vítimas e causadores de violências. Discorrendo sobre estes dois momentos de crise, o primeiro disparador disse que, no primeiro caso, da criança pequena, há a necessidade de uma intervenção precoce para que se obtenha o melhor desenvolvimento possível dos bebês em risco. Já no segundo caso, dos adolescentes, há necessidade de dispositivos de acolhimento para atender o adolescente e seus cuidadores e que esta é uma das maiores demandas da saúde na atualidade. Deu como exemplo uma situação em que a equipe de um abrigo que chega ao Caps ij demandando a internação de uma adolescente em crise, apresentando-se violenta e agressiva. A equipe do Caps ij atende a equipe do abrigo, acolhe a adolescente na convivência diária. A partir do momento que a adolescente e seus cuidadores são acolhidos e uma escuta de sua história familiar e de sua entrada no abrigo é iniciada, sendo medicada, a crise se desdobra em novas ações de cuidado e a internação evitada.

Quanto à terceira crise disse ser importante destacar que ela refere-se à crise da própria equipe. Citou um texto de Freud chamado “Repetir, recordar e elaborar” que diz que toda vez que o paciente tem uma crise e não conseguimos cuidar deles, é o processo de tratamento entra em crise e risco e há a possibilidade deste nos abandonar. O que está em questão é que não estamos conseguindo criar para os pacientes os dispositivos imediatos que estão precisando, ou não estamos entendendo a crise adequadamente, ou ainda uma crise na equipe se instala, demandando cuidado para os cuidadores. Além disso, há as dificuldades de trabalhar em equipe, conviver com as diferenças, com diferentes concepções, com a falta de recursos e excessos de demanda. Completou sua fala dizendo que devemos destacar a grande crise da

contemporaneidade para quem se implica com os cuidados em saúde mental na infância e juventude, que é crise já descrita como o “caos conceitual e o vazio assistencial”, decorrentes dos confrontos epistemológicos entre paradigmas, com tentativas de um paradigma se colocar como hegemônico em detrimentos de outros, ou da pluralidade e convivência entre diferentes, que resultam em aumento da medicalização, nas falsas epidemias (TDAH, TEA), rupturas ideológicas e nos ataques aos Capsij e à Raps.

A seguir a coordenadora do Caps ij Quixote disse que o Capsij que coordena é novo, tendo apenas quatro anos de existência, muito embora o Projeto Quixote já exista há mais de vinte anos, voltado, ao atendimento das questões de álcool e drogas. Compartilhou sua experiência com a do primeiro disparador quanto a baixa frequência de internações, dizendo que a maioria das crises que acontecem no Capsij são relacionadas aos adolescentes que já chegam na unidade com alguma contrariedade e qualquer nova situação faz com que apareça uma crise de agressividade. Uma das intervenções que é feita é de tirar o jovem da cena, da aglomeração de pessoas, buscando um espaço mais reservado, protegido, onde este possa falar, ser escutado ou estar simplesmente junto a alguém. Relata um caso de um jovem de 18 anos que se encontra em regime de semiliberdade, que não sabe para onde ir, que está questionando o que faz na vida, no mundo, e encontra-se muito angustiado, desorganizado. Este jovem havia se alterado na semana anterior. Não se tratou de um surto psicótico, mas chegou perto disto.

O segundo disparador contou que já passou por duas crises e foi internado duas vezes, diz que “ficou meio agressivo” e, com o trabalho do Caps ij, foi evoluindo para melhora. Diz que hoje está melhor, conseguindo sociabilizar-se mais adequadamente.

25

A terceira disparadora disse que passou por uma crise também, passou por uma depressão, “estava bem agressiva e foi bem forte”. Disse que sua primeira crise foi em decorrência de sua depressão e segunda crise diz que foi mais forte ainda. Agradeceu aos profissionais do Caps ij pelo trabalho.

Foi perguntado para os segundo e terceiros disparadores de que forma foram ajudados pelo Capsij, o que aconteceu, o que fez diferença na vida deles, como foi esta ajuda.

O segundo disparador relatou que foi pelo carinho que os profissionais tiveram com ele, o modo como foi ajudado é que favoreceu a melhora. A terceira disparadora contou ter sido o auxílio e todo o apoio que recebeu e alguém para conversar com ela.

S., interlocutora de Supervisão de Saúde, falou que existem níveis de complexidade da crise que podem ser mais leves ou mais intensas, e que esta reflete sobre o papel do hospital junto ao trabalho nos Capsij. Disse que muito é dito sobre a Raps, da rede e de recursos através dos quais os usuários podem circular dependendo da sua necessidade, contudo disse notar que na área da infância e adolescência existe muito pouca oferta de recursos. Questionou como é possível articular melhor esta

rede e referiu achar muito importante a presença dos hospitais no encontro nacional de Capsij para estreitar mais o diálogo que já se iniciou.

Outra pergunta foi dirigida dois últimos disparadores sobre o que sentiram durante a crise.

(Neste momento um usuário jovem dirigiu-se aos disparadores da roda, ao primeiro disparador em particular, oferecendo seus desenhos e falando da sua vivência psíquica.)

A terceira disparadora falou que na crise sentia-se muito presa, agoniada, como se estivesse trancada num quarto escuro e querendo sair. Sentia-se fora de si, não estava no controle da situação. Foi muito difícil. Sua família não tinha paciência com ela. Sua mãe é sozinha. A ajuda do Capsij foi muito importante. Só falava em morte, não ria, se sentia só. Agora sorri. Sentiu-se ajudada primeiramente por Deus, e por várias outras pessoas (citou os nomes). Agora vive o presente. Agradeceu a todos que a ajudaram.

O segundo disparador disse que tinha sonhos que o deixavam perturbado e que achava que são por causa das lembranças do passado, de quando tinha problemas com o irmão. Isto o deixou marcado. Depois começou a esquecer e foi capaz de prosseguir.

L., profissional de saúde, disse que ao ouvir os usuários falando de suas crise, quis falar da sua própria. Discorreu sobre a sua dificuldade de compreender o que a pessoa está sentindo. Da dificuldade de compreender e ajudar.

C. perguntou quais são os recursos que o Caps ij usa quando alguém está em crise.

O primeiro disparador retomou sua fala e disse: “Se você acha que a crise está no outro, nos sinais e sintomas e em fazer um diagnóstico e prescrever um tratamento, você está fora da crise. Não está numa posição humana de compartilhamento. Por isso nós profissionais precisamos de cuidado e apoio.” Referiu que uma maneira de lidar com a crise é manter as portas abertas, convidar o adolescente que está em crise a estar no Caps ij todo dia e conviver com ele, sentindo o que ele sente. Estar junto e conviver. No momento da crise é conviver e compartilhar. O entendimento é posterior.

C. falou da crise como algo que desorganiza a vida da pessoa e o entorno e que não necessariamente tem um sentido negativo. Disse que é possível pensar que o mesmo cuidado que temos para com o usuário que está passando por uma crise, é necessário dispender entre os membros da equipe, que também são singulares.

S., interlocutora de Supervisão de Saúde, pontuou a importância da saída de uma cultura de internação, visto que hoje é trabalhado um conceito de internações mais breves e somente quando extremamente necessário. Cita os Caps III como um

recurso importante nestes casos e sinaliza o trabalho com a família como de grande importância.

D. do Caps ij Cachoeirinha falou que todas as vezes que precisaram de uma retaguarda hospitalar foi por falta de vaga nos Caps III. Uma colega pontuou a importância do treinamento da equipe para atender a crise.

O primeiro disparador fez uma reparação lembrando-se de três internações que ocorreram nos últimos anos no Caps ij que trabalha, sendo que a equipe fez visitas sistemáticas no hospital durante este período e os jovens seguem em acompanhamento no Caps ij atualmente.

A moderadora encerrou a roda de conversa falando sobre a importância do trabalho em rede.

Roda de Conversa 3: Foco na Família

Disparadores:

Durci Kermessi (Familiar/Usuário do Capsij Vila Maria/Vila Guilherme)

Isabel A. M. Ferreira (profissional do Capsij Vila Mariana/Projeto Quixote)

Carolina Donato da Silva (Lasamec/Capsij Campo Limpo)

Rafael Santos (Creas Vila Maria)

Moderadora:

Silvana Rabelo (PUC/SP/Rede Sampa)

Relatores (Capsij Vila Maria/Vila Guilherme):

Amanda Sardinha de Medeiros

Daniela Cristina Spina

A roda de conversa iniciou-se com a apresentação dos profissionais.

A primeira disparadora trouxe a questão da descoberta do diagnóstico e o preconceito na própria família. Pais que não aceitam e culpabilizam as mães, abandonam os lares e a grande sobrecarga das mães com relação ao tratamento dos filhos, sendo que “90% é a mãe que assume o tratamento”. Também lembrou o preconceito existente em relação ao tratamento com psiquiatra e a questão da loucura. Falou sobre a importância dos profissionais de saúde no trabalho com a família, que as orientações auxiliam as mães a enfrentarem os obstáculos. Falou sobre o isolamento social, das crianças e dos adolescentes que não são chamados a participar de festas, de atividades sociais da própria família, e são privados de outros meios sociais, como frequentar parques. Também abordou a mudança de olhar que o trabalho do Capsij proporciona às famílias ajudando “a ver não como um peso, mas como uma solução”, rompendo preconceitos e olhando para as potencialidades das crianças, para as capacidades, sendo possível a criança crescer, estudar, trabalhar, ter autonomia e independência.

A segunda disparadora apontou a importância do foco na família, pois o tratamento geralmente está centrado apenas nas crianças e adolescentes e, muitas vezes, a questão está nas relações familiares. Segundo ela, o olhar deve ser ampliado para que a família faça parte do Capsij e entenda que fazem parte do tratamento. Os profissionais têm a grande responsabilidade em escutar essas famílias e ajudá-las a se fortalecerem.

A terceira disparadora disse que está abordando em seu mestrado a questão dos atendimentos familiares nos Capsij. Ela pontuou que é preciso colocar mais a família no foco do cuidado, que quem traz os sofrimentos geralmente são os familiares, que “o sofrimento não está na criança, mas nas relações” e por isso, é preciso cuidar do campo das relações, seja família ou escola. É preciso empoderar as famílias e usuários para que fiquem mais autônomos em relação aos cuidados,

conseguindo manejar melhor as dificuldades que aparecem no cotidiano. Coloca a seguinte questão: “Como organizar os serviços para colocar a família no foco do cuidado?”

O quarto disparador explicou como a Smads funciona no território e sobre as funções do Creas e Cras. Fala sobre a importância de compartilhar o cuidado da família, seja com o Capsij ou com outros serviços (Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura, etc.), atendendo em rede e fortalecendo estas famílias para estarem saindo dessa situação de vulnerabilidade. Mencionou a experiência de parceria estabelecida do Creas com o Caps ij Vila Maria/Vila Guilherme e a articulação com a Educação.

A moderadora comentou que não é possível pensar a infância e a juventude sem pensar a família e sua história. As questões das crianças e dos adolescentes do Capsij podem decorrer de questões familiares que perpassam por gerações. Dessa forma, os dispositivos de cuidado e de promoção da saúde mental de crianças e jovens devem contemplar um cuidado para a família.

Após as colocações dos disparadores, surgiram falas de familiares de usuários de Caps ij, trabalhadores de serviços da SMS e Smads e membros de grupos ou movimentos que lutam pelos direitos da pessoa com autismo.

Foi pontuada a importância da inserção e participação ativa dos familiares na elaboração do PTS dos usuários de Caps ij. Cabe às equipes criar espaços, como grupos de familiares no período em que a criança ou adolescente está em grupo/atendimento, grupos de sala de espera, entre outras metodologias e estratégias de abordagem às famílias. É necessário dar apoio e orientações, e responsabilizar as famílias pelo tratamento, pois são eles que estão na maior parte do tempo com os usuários. As famílias devem fazer as conexões entre o tratamento e seu cotidiano. A construção do cuidado deve ser feita em conjunto. Não são os profissionais dos serviços em que as famílias são acompanhadas que dirão o que deve ser feito, a construção deve ser coletiva, onde familiares tenham voz.

Também é necessário ampliar o olhar e a concepção de família, pois vai além de pai, mãe, irmão, avós, tios, primos. Existem outros personagens que tem a disponibilidade de cuidar, e que muitas vezes exercem as “funções maternas e paternas”. É necessário inserir nos espaços de “família” quem está cotidianamente no cuidado dessa criança ou adolescente.

As famílias e os profissionais precisam participar dos fóruns, assembleias, conselhos gestores, circular mais na comunidade, trocando informações uns com os outros e fortalecendo mais a Raps.

Também foi pontuado que muitos Caps ij estão sobrecarregados e com dificuldades de atender a grande demanda, faltando tempo para olhar para as famílias ou então, focam-se muito em grupos de pais de autistas, esquecendo-se das famílias de crianças e adolescentes com demais transtornos como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Conduta, entre outros. Na roda de conversa,

também surgiu a necessidade de a gestão dos serviços ter um olhar para as famílias quando pensar a organização dos serviços. É necessário ampliar a rede de cuidados, tendo um olhar para diversos âmbitos como Saúde, Educação, Social.

Dessa roda de conversa, foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. Como os Caps ij devem repensar o trabalho com as famílias criando dispositivos para empoderar/ fortalecer a família?
2. Como o Capsij vai cuidar da família no território? Como articular a Raps levando em consideração a família?

Roda de Conversa 4: Educação e Saúde Mental: Aprendendo juntos

Disparadoras:

Mara Leia (profissional do Caps ij Sapopemba)

Regina Leôncio (Núcleo da Educação Especial- Leste 4)

Harete Vianna Moreno (profissional Caps ij Jabaquara)

Moderadora:

Renata Garcia (Secretaria Municipal de Educação - Cefai)

Reladoras (Capsij Sapopemba):

Roberta Trevizan Gamba

Karina Costa Xavier

O tema foi iniciado pela moderadora que apresentou o Cefai. Ressaltou a importância da parceria da Secretaria da Saúde com a da Educação, tendo os Caps ij como serviços articuladores dessa parceria. Foi dado destaque à inclusão de alunos com hipótese diagnóstica (HD) de autismo nas escolas graças ao programa do Cefai.

Em seguida, a primeira disparadora apresentou o formato do “Fórum das Escolas”, ferramenta que foi iniciada no Capsij Vila Prudente e é utilizada pelo Capsij Sapopemba para articulação de Rede entre os serviços da Saúde, Educação e Assistência Social no contato com as escolas dessa região. Este Fórum é regionalizado para organizar a vinda das escolas até o Capsij e funciona da seguinte maneira: A equipe do Capsij Sapopemba é dividida em 3 miniequipes que são responsáveis por um determinado número de UBS da região; há um técnico de cada miniequipe que apresenta e discute os casos dos pacientes que serão abordados no Fórum. Os representantes da Educação Especial (Cefai e Naapa) e os profissionais das equipes de Nasf da região participam deste Fórum e, recentemente, o Cras tem participado. Foi feito o convite também ao Creas para participar das discussões. Os casos discutidos podem ou não estar em acompanhamento no Capsij, pois, além das discussões de casos em tratamento, o Fórum também é um espaço de ampliação de conhecimento e encaminhamentos de casos novos. Desta forma, possibilita que alguns pacientes que não chegam pela UBS ou pela demanda espontânea tenham acesso ao serviço para o tratamento. No final de cada ano é feita uma avaliação sobre o Fórum com Cefai, Naapa, rede de serviços participantes e todos os coordenadores das escolas participantes, para propiciar um espaço de reflexão e para que sejam revistos seus modelos e solucionem possíveis problemas no formato do Fórum, considerando que este é um projeto em contínua construção. Foi apresentada a estatística do ano anterior e apontado que foi discutido o total de 300 casos. Foram observadas

melhoras, tanto na inclusão do aluno no ambiente escolar como em seu aprendizado e comportamento na sala de aula. As constantes orientações e aprendizados adquiridos pelos profissionais durante as discussões dos casos no Fórum trazem um melhor manejo e convívio do professor com as crianças, favorecendo a inclusão escolar do aluno. Foi percebido que, apesar das dificuldades ainda existentes das escolas compreenderem alguns processos, as discussões têm auxiliado na ampliação do olhar para as crianças nos diversos espaços que circulam e no conhecimento dos serviços da rede existentes no território. O Fórum das Escolas favoreceu também a articulação entre os pontos de atenção da rede e a definição a partir de consensos sobre as condutas dos casos discutidos.

A segunda disparadora, representante do Núcleo de Educação Especial da Educação do Estado, iniciou sua fala apresentando a Diretoria de Ensino Leste4, informando o total de 77 escolas pertencentes a essa diretoria, sendo a maioria na Região de Sapopemba. Relatou que o maior desafio da Educação Especial está na formação dos professores e diretores. Referiu também a dificuldade dos professores em lidar com as crianças de comportamento diferenciado, portadoras de transtornos que não necessariamente são deficiências “visíveis”, e muitos professores acreditam que, a partir do momento em que a criança é avaliada e inicia o tratamento no Capsij ela não voltará para a escola. O Fórum, portanto, é um meio para trabalhar essas expectativas dos professores, para auxiliar os educadores a trabalhar em rede, fazendo parcerias e aprendendo a lidar com esses comportamentos diferenciados das crianças com transtornos mentais, viabilizando sua melhor escolarização. Ao falar do Fórum, ressaltou a dificuldade de adesão das escolas, a princípio, a esse encontro, mas relatou que, conforme os educadores foram vendo resultados, estes começaram a aderir aos encontros. Hoje, o Fórum das Escolas conta com um grande número de escolas que participam efetivamente. Explicou como é feita a comunicação interna, ou seja, o “fluxo”: o Capsij encaminha os casos para ela (Núcleo de Educação Especial) uma semana antes do Fórum e então ela repassa esses casos para os supervisores, para Diretoria de Ensino e escolas. Diz que atualmente o Fórum é reconhecido pela Diretoria de Ensino Estadual como um importante meio de comunicação com a Saúde. Relatou que atualmente são discutidos em torno de 25 casos por encontro, e que, após cada Fórum, o educador sai orientado quanto a importância de promover mudanças na escola (quando necessário e como fazê-las) para melhorar o rendimento do aluno e, quando necessário, um encaminhamento diferenciado do educando. Foi ressaltada a importância da presença de outros serviços no Fórum como APD (Acompanhante da Pessoa Deficiente), Conselho Tutelar e CREAS, pois a presença desses serviços, além de enriquecer a discussão, faz com que a Educação entenda melhor o funcionamento de cada um deles, quebrando mitos como, por exemplo, o de que o Conselho Tutelar é apenas um “órgão cobrador”, e esclarecendo as verdadeiras funções desse órgão com a Educação e com a criança e adolescente. Disse que, tendo em vista que vários casos diferentes são discutidos durante o Fórum, muitos educadores aprendem com os outros relatos e levam para escola tais aprendizados e reforçou que esses relatos mostram que o Fórum não é apenas um espaço para discutir casos, mas é também um ambiente de trocas e construção de conhecimento. Terminou sua fala relatando que gostaria que o modelo do Fórum aplicado na região de Sapopemba fosse replicado nas outras regiões da DRE Leste4 e referiu que hoje não

saberia trabalhar sozinha, pois entende a necessidade da rede para dar continuidade ao seu trabalho.

A terceira disparadora iniciou sua fala lendo um texto que discorreu sobre as diferentes formas de aprender na sala de aula, que o aprendizado varia conforme o interesse daquele que está assistindo a aula. Concluiu que o objetivo da aula não é ser compreendido totalmente, que a aula é uma matéria em movimento, e que esse movimento vem da diversidade e essa diversidade vai despertar interesses diferentes em pessoas diferentes, sendo assim possível o aprendizado daqueles que têm seu comportamento julgado como diferente. Portanto, disse que a escola tem um papel definitivo na vida da criança e do adolescente e que o paciente psiquiátrico não irá encontrar apenas o aprendizado na escola, mas também um espaço de convívio social. Reforçou que a escola e a educação têm que caminhar juntas, respeitando seus espaços e vazios que podem ou não serem preenchidos.

A moderador finalizou a fala da mesa expondo que no Fórum das Escolas de Sapopemba existem 77 Escolas Estaduais e 80 Escolas Municipais participantes e assim reforça a importância da construção de redes. Disse que o aprendizado irá variar de pessoa para pessoa e que aprendemos conforme nossa capacidade de entender, nossas experiências pessoais e de trabalho e que sendo assim cada indivíduo tem um proveito, e uma lição. Por isso disse ser importante o sujeito estar sempre na frente e que a Educação Especial tem que trazer o social. O trabalho em rede deve ajudar a identificar barreiras existentes, pois as diversidades no mundo e nos usuários dos Capsij estarão presentes e é importante a construção de outro espaço que não necessariamente será o Capsij. Tal ideia reforça a necessidade da articulação da rede, cada um com seu entendimento, mas trabalhando juntos e derrubando barreiras. E que, portanto, a Saúde tem que se aproximar das discussões que ocorrem na Educação e vice-versa, e apontou como sendo importante que a escola desconstrua o modelo de encaminhamentos que é mais um ato de “desresponsabilização” e a Saúde deve evitar o uso de relatórios como forma de exigir o que se deve ser feito com o aluno na escola, evitando assim centralizar um único “poder acima de todos”, através do qual muitas condutas são decididas.

Após a fala da moderadora, foi aberta a fala para o público:

B., profissional do Capsij Penha, questionou a necessidade de um diagnóstico para a criança frequentar a sala especial e apontou uma demanda que pode ser favorecida pela sala especial, que seriam as crianças que vivem em alto risco de vulnerabilidade e riscos psicossociais, mas que não tem um diagnóstico fechado para frequentar as salas de apoio.

V., profissional do Capsij Sapopemba, falou sobre a importância de se quebrar a ideia de centralizadora da saúde, da visão de que ela será “a grande salvadora”. Ressalta que os serviços e as secretarias estão de igual para igual, nenhum é mais importante que o outro, e diz que o Fórum tem trazido essa ideia de igualdade dos serviços e da importância do trabalhar junto.

T., profissional Capsij Sé, reforçou a idéia de centralização dos problemas na saúde, como se a saúde tivesse o poder de cura e, quando essa cura não é alcançada, o profissional da saúde é julgado como incapaz, pois a educação muitas vezes tem dificuldade de reconhecer as limitações da área da saúde. Falou também sobre a medicação que, ao mesmo tempo em que é vista como solução, ela é motivo de exclusão e preconceito com o aluno, que muitas vezes é excluído das atividades sociais das escolas por fazer uso de medicação.

M., profissional Capsij Mooca, apontou a medicalização na infância, sendo o remédio visto muitas vezes como a única solução. Questionou o que fazer com o autista quando cresce e passa a não se enquadrar no padrão da sala de aula (infantilizado para fundamental 2 e o ensino médio). Questionou também a lei que garante a escola especial para os pacientes autistas, pois vê que essa ação vai contra a todo movimento de inclusão implantado atualmente na rede de ensino municipal e estadual. Finalizou sua fala reforçando que o paciente não é apenas de um serviço ele é de todo uma Rede de Saúde, Educação e Social.

R., profissional Capsij Penha, falou sobre o ganho que o paciente tem ao ser inserido no ambiente escolar, reforçou a ideia das múltiplas inteligências e de como a escola pode explorar isso no aluno. Questionou que recursos o ambiente escolar tem para possibilitar ao aluno descobrir seus talentos e assim sentir-se capaz e descobrir que pode aprender e fazer algo diferente.

A., coordenadora pedagógica da rede municipal da região de Butantã, falou sobre projeto iniciado pela educação que tinha como nome “Projeto Escola Vai na Casa”. Era voltado para crianças com problema de vulnerabilidade social e tinha como objetivo estreitar os laços com as famílias para melhorar a aprendizagem e a aderência do aluno as aulas. Com o decorrer do projeto foi possível observar que as faltas escolares e a dificuldade de aprendizagem da criança eram os menores problemas dentro daquelas residências, então o projeto expandiu para outras áreas além da Educação, criando assim uma rede de proteção para essas famílias. Falou sobre a cobrança que se tem sobre as escolas e refere que “assim como se é cobrado a cura dos profissionais da área de saúde, é cobrado o aprendizado perfeito dos professores”.

A., profissional Capsij Vila Prudente, falou sobre manter um serviço de qualidade além das metas impostas pelo governo, para que o paciente não vire apenas um prontuário ou um número nas estatísticas. Que o educar e cuidar andem juntos, não é possível separar um do outro e reforça a necessidade de a escola cuidar.

Por fim, concluindo a roda, a moderadora explicou que segundo as diretrizes o paciente precisa de laudo de Deficiente Intelectual para estar na sala de recurso, por isso justifica o laudo. Relatou que os professores têm um olhar mais atento para os alunos que não possuem deficiência intelectual, mas que têm um déficit de aprendizado, criando estratégias como provas e aprendizados diferenciados e, caso não tenha alteração no potencial de aprendizado, é necessária a procura do apoio da Saúde e, não tendo resolutividade, o aluno deve ser inserido provisoriamente na sala de recursos. Disse também que a solicitação das escolas especiais por parte da família

tem crescido mesmo não sendo necessária para todos os casos de crianças que têm o diagnóstico de autismo, e que é necessário reforçar o trabalho de inclusão nas escolas regulares, explorar as habilidades da criança, fazer a estimulação precoce no desenvolvimento da criança com autismo e realizar uma avaliação multiprofissional para verificar a verdadeira necessidade de uma criança autista em uma escola especial. Referiu que a inserção desta criança na rede como protagonista tem sido um grande ganho do trabalho em conjunto. Disse entender a grande importância do papel da escola no desenvolvimento da criança, mas percebe ainda muitas dificuldades de instrumentos, capacitação e de mostrar que a criança é de todo o território, o que faz necessário o funcionamento da Raps.

A primeira disparador retomou a fala e reforçou a importância da comunicação dos Capsij com as escolas, falou da importância da intervenção precoce no autismo e como a inclusão valoriza aquela criança que muitas vezes não foi olhada por ninguém, dando a ela uma importância e valor que ela ainda não sabia ter. H.

A terceira disparadora também retomou a fala e reforçou a importância do cuidado e que esse cuidado vai além dos cadernos na escola. Falou sobre o protocolo de metilfenidato na cidade de São Paulo que, ao controlar a prescrição e uso dessa medicação diminui fortemente sua prescrição e apontou que existem vários outros tipos de tratamento além da medicação.

Dessa roda de conversa foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. Como fomentar pela cidade formas de discussão entre Saúde e Educação no modelo “Fórum das Escolas” e como fazer diferentes Fóruns e estimular a comunicação entre eles?
2. A reflexão sobre os diagnósticos e o atendimento educacional especializado.

Roda de Conversa 5: Geração de Renda e Capsij

Disparadores:

Jeannie Christy Illison (profissional do Capsij Itaim Paulista)

Rosana Soares (mãe de usuário Capsij Cidade Líder)

Ana Galluzi (profissional do CECCO Ibirapuera)

Moderador:

Leonardo Pinho (diretor da ABRASME, presidente da Central Nacional de Cooperativas e representante da Unisol-Brasil)

Relatores (Capsij Itaim Paulista):

Mariane Ramos de Godoi

Tânia Cristina Vigola

A primeira disparadora iniciou seu relato com informações sobre o histórico do empreendimento solidário FANTASIART. Informou que o Capsij Itaim Paulista foi inaugurado em novembro de 2012, assistindo a demanda infantojuvenil do território, bem como suas famílias. As oficinas foram inicialmente concebidas em função do tempo que as mães permaneciam no Capsij aguardando na recepção o acompanhamento terapêutico dos seus filhos. Ressaltou ainda que no ano de 2013 iniciou-se um grupo de arteterapia, coordenado por uma musicoterapeuta e uma terapeuta ocupacional, composto por mães dos usuários do espectro autista. Devido à dificuldade das mães em separar-se de seus filhos, bem como o fato de não estarem acostumadas a cuidar nem de si mesmas, esse grupo começou com um baixo nível de adesão. Ademais, foi observado que, de início, elas apresentavam considerável dificuldade em apropriar-se do espaço e finalizar as atividades propostas. Após quatro meses de grupo, a adesão começou a apresentar-se flutuante, uma vez que houve alterações no projeto terapêutico singular das crianças. Continuou descrevendo que, durante a execução do grupo, foi identificado e observado que ele poderia desenvolver princípios de solidariedade, organização e autogestão, pois as mães passaram a trazer saberes e experiências que poderiam ser divididos e aproveitados numa Oficina de Trabalho. Uma festa junina do Capsij possibilitou a oportunidade de comercialização dos produtos confeccionados pelo grupo de mães, o que alterou a proposta inicial do grupo. A partir desse momento, este apresentou uma nova motivação e as mães tornaram-se mais assíduas, tendo agora como meta a confecção de produtos artesanais para a Copa da Inclusão do mesmo ano. Em 2014 houve uma ampliação da busca por espaços de comercialização dos produtos da oficina, que ainda eram expostos e negociados nas festas do Capsij e entre os usuários e trabalhadores. Mencionou que na Copa da Inclusão do mesmo ano, os produtos tiveram boa

visibilidade, o que aumentou a motivação do coletivo para ampliar a proposta de Oficina de Trabalho. Foi percebido que, durante o processo grupal, as mães foram se transformando e a oficina foi se reinventando a cada encontro, sendo então ampliada a todas as mães de usuários que tivessem interesse em dela participar, independente do projeto terapêutico de seus filhos. Ao final de 2014, com a entrada de novos técnicos no serviço, foi realizada a articulação com a Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária, e a proposta foi estendida para uma oficina de adolescentes. A oficina de adolescentes foi composta pelos usuários que estavam em ambiência. Nas oficinas do Capsij nos deparamos com o desafio de efetivar o protagonismo dos seus participantes por meio da inserção nas reuniões e feiras da Rede Estadual de Saúde Mental e ECOSOL e da rede local leste. Foi apresentada aos usuários e familiares a possibilidade da participação nas feiras, sendo que a equipe se articulou para prover as necessidades relativas a alimentação, deslocamento ou o que mais fosse. O principal desafio foi organizar uma logística que proporcionasse a presença do maior número possível de participantes nas reuniões e feiras, uma vez que o território de moradia está localizado no extremo leste de São Paulo, o que dificulta o acesso dos usuários e familiares, bem como o transporte dos produtos a serem comercializados. Ao longo do processo, os participantes das oficinas foram se transformando, adquiriram maior autonomia pessoal e financeira, melhora na autoestima e maior motivação para ampliação das vendas fora das oficinas. De todo modo, o ingresso nas oficinas proporcionou uma melhora significativa na autoestima das participantes, fortalecendo-as para que rompessem com situações de abuso, exploração e violência, sendo este um dos ganhos significativos do empreendimento.

A segunda disparadora iniciou relatando sua vivência na oficina de geração de renda do Capsij. Disse que enquanto seu filho faz tratamento, ela e outras mães ocupam o seu tempo trocando experiências nessa oficina e realizando atividades manuais. Mencionou que a oficina participou da Copa da Inclusão expondo seus materiais e passaram a possuir renda própria; abriram uma conta bancária e compraram uma máquina de costura. A oficina conta também com auxílio de doações. Citou também que uma participante da oficina de geração de renda está sustentando sua casa com a venda dos artesanatos. Destacou que as participantes aprenderam muito na oficina, antes não tinham muito conhecimentos sobre os trabalhos manuais e hoje podem trocar experiências e aprendizados.

A terceira disparadora iniciou sua explanação descrevendo a proposta do trabalho do CECCO. Relatou que os CECCO do município de São Paulo contam com uma equipe multidisciplinar e são dispositivos de promoção de saúde aos usuários interessados em desenvolver atividades diversas, como oficinas de geração de renda e demais oficinas. Sobre a infância e adolescência em sofrimento psíquico, entende que podem ocorrer dificuldades em encontrar espaços que não destaquem somente a doença. Assim como observa que a vida das famílias dessas crianças e adolescentes estão comprometidas com o cuidado. Por isso, uma alternativa saudável seria também a inclusão desse público em atividades no CECCO. É necessário pensar sempre na ampliação de políticas públicas para o público da infância e adolescência, assim evitando o isolamento e a possibilidade de retrocesso de linha de cuidado, como nos manicômios. Dessa forma, devemos nos preocupar com o futuro dessas crianças e

adolescentes que sofrem segregações diversas e poderão ter dificuldades na inserção no mercado de trabalho. Como substitutivo ao trabalho formal, explanou sobre a economia solidária na saúde mental e destacou que no CECCO existem oficinas que trabalham com os princípios da economia solidária. No CECCO Ibirapuera estão discutindo projetos de geração de renda desde 2005 e estão vinculados à Rede Estadual de Economia Solidária e Saúde Mental. Pontuou que além da economia solidária, deveriam existir programas públicos de incentivo de emprego apoiado, como recurso para inserção dessas pessoas no mercado de trabalho formal. Relatou sobre a importância dos serviços de cuidados de saúde mental, como Caps e CECCO não serem ilhas e repetirem o isolamento e não incluam na sociedade. Deve haver articulações entre outros setores. Como exemplo disso, falou que a equipe do Capsij Jabaquara realiza uma parceria com o Museu de Arte Moderna de São Paulo, onde os adolescentes foram inseridos em uma oficina de jardinagem. Outro exemplo de inclusão citado foi o do CECCO Jabaquara que atende um usuário com espectro autista com 40 anos que já teve alta do Caps e está inserido em oficinas de geração de renda. Destacou a importância dos usuários terem liberdade, poderem transitar na cidade e adquirir sua cidadania. Falou também que alguns adolescentes de São Bernardo estão iniciando um projeto de alimentação, motivados e assessorados por um grupo de adultos que já estão envolvidos com economia solidária. Os adolescentes agora começaram a participar de feiras. Os profissionais de saúde e demais pessoas da sociedade devem entender que não é possível determinar o futuro das pessoas que sofrem com transtornos mentais, se esses poderão estar inseridos ou não no mercado de trabalho. Devemos garantir seus direitos, possibilitar espaços de trocas, procurar com mais ousadia as parcerias como, por exemplo, empresários locais e secretaria de cultura e proporcionar a formação profissional.

O moderador iniciou sua intervenção com algumas questões para o debate. Começou com uma provocação sobre o que é a Raps e seus objetivos. Mencionou que a Raps tem como foco a atenção na saúde básica, urgência, emergência e economia solidária. Problematicizou que o único eixo que não recebe recurso é o sete, da economia solidária, sugerindo assim que o foco da Raps ainda pode estar no tratamento de doenças e transtorno e não na promoção de direitos e cidadania. Num segundo momento mencionou que devemos pensar qual reforma psiquiátrica queremos. Ter outro olhar para o usuário de serviço de saúde mental, não restringir sua identidade no que tange a sua existência ligada ao local e tipo de cuidado/tratamento e sim as suas habilidades e potências, como ser artista, artesão, poeta, cozinheiro e etc. Num terceiro momento, questionou se fazemos rede só na saúde pública, ou construímos redes com outros setores, como SUAS, esporte, cultura e trabalho. Os projetos de saúde mental deveriam ser integrados com arte, cultura, esporte e assistência e seus usuários deveriam ocupar equipamentos coletivos, em horário comum. Só acontecerá um eixo 7 da Raps potente, se os serviços forem capazes de saírem das cercas e ocuparem outros dispositivos na cidade. Porém entende que vários serviços, como os CECCO, estão com poucos funcionários e verba reduzida, o que dificulta exercer seu papel na Raps. Outro ponto levantado foi se as oficinas e projetos de trabalho em serviços de saúde mental podem ser entendidos como promotores de cidadania ou dispositivos terapêuticos. Partiu do princípio que o trabalho nessas oficinas pode possibilitar o direito a voz, resgatar a autoestima,

potencializar a criatividade e romper com a ideia de subordinação presente em alguns trabalhos formais. Sendo assim, pode ter um efeito terapêutico, não a priori, pela potência do grupo e por agregar valor social ao usuário. O profissional nesses espaços normalmente aprende junto, e é visto como facilitador das relações. Em todos esses pontos o moderador destacou a importância de que os projetos do eixo 7 da Raps tenham como centralidade a ampliação da contratualidade social e construção de processos de identidade que superem os limites da saúde e da saúde mental, ser para além da existência como usuário.

A roda foi então aberta para a participação de todos os presentes.

S., profissional do CECCO Mooca, referiu que apresentam dificuldade de parcerias e o serviço não tem verba própria. Realizavam Terapia Comunitária para as mães das crianças que estavam em atendimentos no Capsij da região, porém havia baixa adesão. Resolveram fazer a Terapia Comunitária no Capsij. Para finalizar sua explanação mencionou que parte da rede desconhece o CECCO.

I., interlocutora de saúde mental da região Sul, mencionou que ajudou a criar o CECCO Santo Amaro. Problematizou a dificuldade dos CECCO realizarem as oficinas de trabalho devido a equipe reduzida. Trouxe as experiências da interlocução entre economia solidária e o CECCO e a formação da redinha Sul. Observa que após as feiras na região, o usuário de saúde mental tem ocupado praças e espaços que anteriormente não ocupavam.

M. representante de SMS, falou sobre a questão da infância, do eixo 7 e está contente por participar desse evento e ver essa roda de conversa, entende que é uma conquista para todos.

A., profissional do Capsij M'Boi Mirim, relatou que iniciou o trabalho no Capsij e disse ter algumas dúvidas, como por exemplo: Se é possível comercializar dentro do serviço e se deve ser entendido como grupo terapêutico ou de geração de renda.

A terceira disparadora retomou a fala e disse que estão pensando o tempo todo no tratamento e na geração, andam juntos, não existe essa divisão, fala sobre uma provocação para os CECCO que não deveriam separar o terapêutico das oficinas, que talvez haja uma contaminação com a visão de separar e que é necessário tirar as paredes que separam o tempo, a ação.

A primeira disparadora disse que essa separação se deu no momento em que começaram ir para as feiras, o que antes poderia ser visto como um fetiche da saúde mental, agora estavam em um outro momento, foi feito um trabalho agregando valor ao produto, como a criação de um logotipo, mostrando a identidade do produto e do grupo. As mães hoje estão empoderadas e colocando-se mais na sociedade.

O moderador referiu que entende que nenhum equipamento público pode comercializar, mexer com dinheiro, sempre é feito através das associações. Não é o Caps ou CECCO que comercializa e sim a oficina, mesmo que seja utilizado o espaço de

ambos; não ceder o Caps para uso privado e sim ceder para atividades afins, essa seria a justificativa técnica para o desenvolvimento do modelo psicossocial através das oficinas. Não é ideal que o Caps seja o local de comercialização, sendo interessante a utilização de outros espaços, como por exemplo eventos na comunidade e feiras.

Roda de Conversa 6: Criminalização da Infância e Adolescência

Disparadores:

Cleber Henrique de Melo (profissional do Capsij Capela do Socorro)

João Bosco Baring (CAM da regional Infância e Juventude)

Amanda de Souza Santos (usuária Capsij Sé)

Moderador:

Max Dante (Smads)

Reladoras (Capsij Vila Prudente):

Edna Longui

Camila Soares

O moderador iniciou a roda com a descrição do que são as Medidas Socioeducativas (MSE) e as atribuições do Governo do Estado e da Secretaria de Assistência Social quanto à aplicação das mesmas. Explica que Medidas Socioeducativas são sentenças judiciais que o juiz pode aplicar, sendo as de internação e de semiliberdade de competência do governo do Estado; as sentenças de cumprimento em meio aberto - Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços Comunitários (PSC) são atribuições da Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social ao lado em parceria de outras Secretarias, tais como as da Educação, Cultura, Esporte e Lazer e Saúde.

O primeiro disparador fez referência ao artigo 227 da Constituição Federal de 1988³ e, em seguida, aborda o processo de origem dos bolsões de pobreza da periferia, que se formam em áreas não ocupadas com a conivência de um Estado omissivo nas três esferas de poder. Um Estado que permite isso sem quaisquer subsídios para este desenvolvimento (escola, saúde, cultura). A periferia é formada por população majoritariamente negra, com grande parcela de crianças e adolescentes privados dos direitos básicos que garantam seu desenvolvimento pleno: sem espaços de lazer, sem casas de cultura, apenas comércios da população local e igrejas. As crianças e adolescentes crescem ali sem acesso a outros meios, com escola precária e saúde em defasagem. Pergunta então quem é esse jovem que cresceu em meio a esse

³ **Art. 227.** É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

caos, e apresenta algumas estatísticas sobre grau de escolarização desses jovens e sobre a porcentagem dos que crescem sem a garantia dos direitos constitucionais. Apresenta dados sobre a população de jovens negros da periferia que são alvo da polícia e do tráfico. Retoma então a constituição de 1988 quanto ao dever do Estado de dar garantia de direitos básicos e pergunta: o que hoje os jovens infratores seriam se tivessem sido protegidos?

O segundo disparador apresentou as atribuições da Defensoria Pública (DP), que faz parte do sistema de justiça responsável por aplicar a lei 12.594 - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Cita também a dificuldade do Poder Judiciário em compor com a rede, sempre tendendo a decisões que visam a internação, dificultando ainda mais o diálogo entre as secretarias de Saúde e Assistência. Problematizou as relações entre poder e democracia, atreladas às questões de raça e gênero, tendo como referência a realidade do cotidiano de atendimento da Defensoria Pública, pois são sempre mulheres que estão ali - mães e tias - de famílias negras e de adolescentes negros que são algemados. Abordou as formas excessivas de controle do Poder Judiciário em relação à população de crianças e adolescentes negros e suas famílias, aos quais são impostos valores da classe dominante representada pelos juízes e promotores, todos, majoritariamente, brancos. Fez referência às audiências públicas, nas quais o que vai ser “vomitado” sobre os adolescentes são baseados em tais valores. Entre estes valores, há o entendimento sobre a internação psiquiátrica: internar é algo recorrente, seja nas comunidades terapêuticas ou na Fundação Casa. Medidas socioeducativas refletem a desigualdade pela cor e pelos valores que circulam na área. A desigualdade é naturalizada, não problematizada. Em decorrência dessa realidade, afirma que a atuação da Defensoria não é meramente técnica, mas essencialmente política. Foi apontada a distância e, muitas vezes, a não existência de um diálogo entre as Secretarias, que muitas vezes se desconhecem e não sabem a função de um Capsij. Diz que falta criar um fluxo entre os equipamentos das Secretarias de Saúde e da Assistência, e problematizar junto ao território a utilização das medidas socioeducativas.

A terceira disparadora iniciou sua fala descrevendo a UAI como o local para os jovens “menores” que fazem uso de substâncias e “menores” da Fundação Casa e questionou por que os outros abrigos não aceitam adolescentes da Fundação Casa. Referiu que existe um risco de retorno às drogas, mas que há o trabalho do Capsij para ajudar pois sabe quais os problemas que poderão acontecer. Importância de ter saída liberada, voz ativa nas assembleias, possibilidade de um acompanhante comunitário. Relatou a importância de o adolescente ter voz ativa num momento que não queira estar naquele lugar de acolhimento e enfatiza que se os SAICA pudessem abrir rodas de conversa e assembleias, muitas fugas seriam evitadas.

Abriu-se então a discussão e os profissionais dos diferentes equipamentos e secretarias apontaram para o desencontro entre as políticas públicas e a prática dos serviços na aplicação das medidas de proteção e das MSE.

Observou-se também que os meninos em regime de MSE não são aceitos pelos abrigos mas, ainda assim, são encaminhados. Ficaram os questionamentos: por que os

abrigos não aceitam esses meninos? Por que é feito o encaminhamento se já se sabe que é um menino de MSE? Pensar sobre tais ações que podem determinar destinos.

Quanto a prática dos serviços, tanto dos SAICA quando das UAI, questionou-se as suas diferentes abordagens, ressaltando que o contexto evidencia a violação de direitos da criança e do adolescente, que permanecem nos SAICA chamados “porta de entrada” sem poder voltar ao seu território e comunidade de origem porque os SAICA “regulares” de sua região, muitas vezes, não os aceitam. Eles não se fixam nas “portas de entrada”, circulando entre os SAICA desta modalidade, e aguardam uma transferência para sua região de origem que, em muitos casos, dificilmente ocorrerá. Desta forma, não estabelecem vínculos de pertencimento com nenhum espaço de acolhimento institucional.

Os SAICA estão atualmente lotados, totalizando 20 crianças por casa. A demanda maior é de adolescentes e estes não têm autorização de saída, o que torna a convivência diária difícil e conflituosa, provocando várias “saídas não autorizadas” e perda da possibilidade de retorno àquela unidade acolhedora. É necessário reordenar, capacitar e fortalecer estes serviços. Crianças e adolescentes tem que ficar perto do seu território. Aqueles que saem sem autorização, em 24 horas tem que poder voltar sem perder a vaga. Reforça-se a importância da permanência dos adolescentes em seu território, garantindo-lhes o direito à convivência familiar e comunitária, a fim de manter vínculos e fortalecer relações.

A precariedade do acolhimento institucional aumenta à medida que as OS conveniadas preferem trabalhar com crianças e têm, na maioria dos casos, dificuldades para atender adolescentes nesta modalidade. Com poucas vagas, quando um adolescente foge, há outro (ou uma criança) na fila que preenche a vaga. Por outro lado, alguns juízes regionais não querem determinados adolescentes nos abrigos localizados em sua jurisdição e determinam sua transferência apesar de seus vínculos familiares e comunitários estarem naquela região.

Os profissionais que atuam na área observam que há 130 abrigos, com uma população de aproximadamente 2.500 crianças e adolescentes, mas que não funcionam com a qualidade que todos gostariam em razão do número muito grande de acolhimentos desnecessários feitos por alguns Conselhos Tutelares. Após judicialização do caso, para reintegrar a criança à família, é necessária autorização do Poder Judiciário que é muito demorada. Desta forma, não se consegue cumprir o caráter "excepcional e provisório" do acolhimento institucional como determina o ECA.

O funcionamento dos abrigos é hermético e muitas vezes reproduz a lógica prisional, não dando voz a população atendida. Não há uma rede conveniada preparada para acolher os adolescentes da forma como deveria. O abrigo é feito por todos e os acolhidos são a razão deste existir. A prática de se fazer boletim de ocorrência para qualquer simples descumprimento de regras só é usada por quem não compreende a natureza educativa do seu trabalho. Fica a questão: “Como poder ouvir os adolescentes?”

O Sistema de Justiça coloca-se de forma muito positivista. São centenas de Boletins de Ocorrência (BO) feitos pelos SAICA. Os BO são julgados, não os sujeitos destes. Adolescentes e jovens são negligenciados e abandonados. A sociedade parou de enfrentar o problema, há uma política que não dialoga com o que está acontecendo na realidade. Desse jeito não está funcionando, criminaliza. É necessário humanizar para descriminalizar. Profissionais da Assistência Social questionam o quanto o Serviço Social encara seu próprio funcionamento. Adolescente não tem direito à voz: onde ele estuda, de que Caps ele é? O quanto reproduz a violência, tudo o que não pode é criminalizado. Há um racismo institucional. Violência química: jovem está sendo violentado ou não? Necessidade de descriminalizar.

O grupo aponta a necessidade de aproximação com o Poder Judiciário: como aproximar o Judiciário? Sabem que há leitos no Caps adulto (ou AD)? Aponta ainda para o papel do Capsij que seria de promover o diálogo, produzir o espaço do diálogo.

Profissionais apontam para o fato de que a sociedade brasileira vive um momento em que "a sociedade está em disputa" e o que está em disputa é o tamanho do Estado, ou seja, há uma polaridade manifesta no cenário social que se dá entre os que defendem um modelo de Estado comprometido com políticas públicas de bem estar social, e aqueles que defendem o modelo de Estado neoliberal, quer dizer, um modelo de estado mínimo que não pode abarcar os trinta milhões que saíram da miséria. Ressaltou-se a necessidade de atentar que o Estado mínimo, na prática, se traduz em mínimo de saúde, mínimo de educação e, em decorrência, a criminalização de crianças e adolescentes das classes economicamente desfavorecidas.

Por fim, contrapondo-se a essa perspectiva crítica a respeito do modelo de Estado, um dos profissionais expressa a opinião de que o que acontece são apenas relações entre pessoas e instituições que não conseguem dialogar, mas que há ideias bacanas de pessoas com ideologias diferentes. Complementa, afirmando que o Estado é grande demais, que o que faz a diferença é a educação de qualidade, e ressalta as escolhas individuais, a responsabilidade dos adolescentes por suas escolhas, afirmando que cabe aos profissionais pensar nos (seres) humanos antes das instituições.

Dessa roda de conversa, foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. Como aprimorar a escuta dos adolescentes?
2. Como construir estratégias para aproximação do poder judiciário?

Roda de Conversa 7: 24 horas de Capsij na rede

Disparadores:

Ana Luiza Campos (profissional do Capsij III Santana)

Leonardo Balestrini (usuário do Capsij Mooca)

Aline da Silva Costa (usuária do Capsij Cidade Líder)

Moderador:

Fernanda Nicácio (USP)

Relatores (Capsij III Santana):

Valmir Senna

Lidiane Farias

A moderadora F. sugere a apresentação de todos os participantes.

A primeira disparadora apresentou o serviço, a sua estrutura e a construção do funcionamento e de sua organização. O Capsij Santana tornou-se Caps III em 2009, quando a atual gestão municipal buscou a garantia de acolhimento integral de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes fora do âmbito hospitalar e com maior integração ao território e à comunidade. Inicialmente, o funcionamento seria referência para a região norte, porém devido a relação da rede construída e demanda crescente na busca do modelo alternativo, o serviço passou a ser referência de todo o município de São Paulo e único até o mês passado (março/2016) com a inauguração do Capsij III São Miguel. A disponibilização do serviço 24 horas é uma constante construção com o território, a infância acaba por herdar muitas construções do processo de trabalho voltado ao adulto. No entanto ressaltou que é um trabalho baseado na experimentação com respaldo teórico. Foram realizadas tentativas, algumas ineficientes e outras exitosas, que proporcionaram o caminhar do serviço. Dessa forma, surgiu a necessidade de uma organização possível para balizar o funcionamento do serviço e também para compartilhar com os demais Capsij. O Capsij III Santana pode receber no máximo até três usuários para o acolhimento integral. Quando o Capsij de referência solicita a vaga para o usuário, realiza-se junto à família e ao Capsij de origem uma conversa para conhecer a demanda e o trabalho já realizado para então elaborar uma construção em conjunto para poder dar um prosseguimento com o acolhimento integral. A construção do PTS é feita de forma compartilhada, entre os Capsij, a família e usuário, buscando-se assegurar a ida do usuário ao seu Capsij de origem para dar a continuidade ao seu PTS em conjunto sendo que o Capsij III oferece o acolhimento integral. Quando não há possibilidade do deslocamento devido às dificuldades de distância entre os Capsij, o serviço busca o contato por meio de

reuniões e discussões entre equipes e a possibilidade de realizar o PTS no Capsij III Santana. Relatou sobre o serviço compreender o acolhimento integral como uma ferramenta complementar que visa a garantia da integralidade do cuidado do usuário que está apresentando uma demanda intensa de sofrimento. Apresentou também as potencialidades do serviço e algumas dificuldades e, a partir disso, a possibilidade de construir e problematizar um modelo assistencial mais completo. Uma potencialidade notada é a articulação em rede, tanto na Raps quanto intersetorial (Conselho Tutelar, as escolas, Creas e entre outros) na qual garante a integralidade do cuidado. Outro ponto forte, é o PTS compartilhado, no qual os dois Capsij em conjunto têm a possibilidade de proporcionar uma discussão rica, com olhares diversos e construção de estratégias e cuidados complementares que compõe o projeto do usuário. Porém também nesse processo encontraram-se alguns entraves. O primeiro questiona-se sobre a operacionalização do Capsij 24 horas, que atende todo o município, e a logística de deslocamento entre os Capsij: como realizar a construção do PTS compartilhado e evitar a ruptura do PTS dos casos que deixam de frequentar o Capsij de referência devido as dificuldades de deslocamento? Como compartilhar o caso de forma mais próxima diante desse entrave? É pertinente ter um Capsij 24 horas em cada região? Há demanda? O último ponto foi problematizar a questão de o acolhimento integral ser realizado por uma equipe multidisciplinar, porém no período noturno (19h às 7h) e aos finais de semana contar apenas com a equipe de enfermagem. A equipe diurna multiprofissional não acompanha os usuários após as 19h e retoma o contato às 7h no dia seguinte. Nesse período a equipe de enfermagem atua de forma integrada à prática diurna, porém nota-se que apesar da continuidade do cuidado, perde-se o âmbito interdisciplinar. Como operacionalizar essa questão, sabendo que são envoltas por questões burocráticas de deslocamento da equipe técnica para o noturno? Entende-se que é uma equipe única, contudo há uma quebra quando esta equipe é unidisciplinar em um serviço que busca a interdisciplinaridade. Como a gestão pode operacionalizar esses entraves?

O segundo disparador, usuário do Capsij Mooca e Capsij III Santana em acolhida noturna, relatou sua experiência no Capsij III e disse que foi mais ou menos porque foi triste, pois ficou internado por ter batido nos pais e irmã. Depois foi para o Capsij III e teve alta. A moderadora perguntou o que ele achou de ter ficado no Capsij III e L. responde que era bom. A enfermeira A., profissional do Capsij III, perguntou qual é a diferença de ter ficado internado no hospital e ter ficado no Capsij III. L. respondeu que o Capsij III é bem melhor e recordou sobre as músicas e passeios que fizera no serviço. Foi questionado sobre o porquê da necessidade de ficar em um Capsij III e respondeu que precisou ficar por ter batido nos pais e irmã e que havia quebrado tudo na casa dele. Relatou que ficar no Capsij III foi uma experiência legal, pode fazer amigos e amigas e apaixonou-se.

A terceira disparadora, usuária do Capsij Cidade Líder, relatou sobre a experiência de estar em um Capsij III e disse que o serviço não é um bicho de sete cabeças e é onde realiza seu tratamento, mas que infelizmente não é muito divulgado. Relata ter sido um momento difícil por estar com depressão, ainda permanece em acompanhamento, e diz que lhe ajudou muito. Relata que teve um resultado, que cansa e dói, mas que vale a pena. O melhor do Capsij III, diferente de um hospital, é

que a equipe é mais preparada e no hospital geralmente tem pessoas com doenças químicas. Então, o Capsij III não foi um lugar fácil para ficar, mas considera um lugar que prepara as pessoas. Relatou que teve que pensar muito, evoluiu, pois, estava com depressão, questionando de tudo e com isso, o Capsij ajudou a lapidar e a compreender o que estava acontecendo com ela. O Capsij Cidade Líder foi muito legal e evoluiu muito durante esse tempo. O tratamento é demorado, tem dias que você está melhor e outros está pior, mas eles dão essa base que proporciona transformar a situação. Relatou gostar do Capsij pois considera como “se fossemos uma família” e diz sobre uma experiência de realizar uma atividade na rua. Alguns moradores não queriam que fizessem os eventos e festas no local por ser uma rua fechada e reclamavam do barulho. Realizaram uma conversa entre o Capsij e os moradores da rua, quando foi possível muita conversa, críticas e perguntas que puderam ser respondidas. Hoje os moradores aceitam realizar as festas. Disse que a conversa é essencial, por isso sugeriu que critiquem e falem, pois isso ajuda muito e gostaria de dar um recado dizendo, para aqueles que têm filhos em Capsij que estão iniciando o tratamento agora é um momento difícil mas existe a “alta”. Disse ser legal falar mais sobre altas e remédios. Relatou sobre a adaptação da medicação e sobre a potencialidade do serviço que lhe fez questionar, criticar, a importância de levar em consideração a singularidade de cada usuário e a necessidade de ter paciência e persistir no seu tratamento. Sugere que todos peçam informações e finaliza a sua fala contando sobre duas histórias: uma delas é uma metáfora sobre a água - “A água nunca confronta o seu oponente e ela contorna o seu oponente. Nada machuca e destrói a água, ela é flexível e pode ser suave, como pode ser destruidora. A água se adapta a muitas coisas, se você coloca a água no copo ela vira o copo, ou seja, o Capsij sem “Nós” não é um Capsij, pois quando a gente entra no Capsij eles viram a gente”. Conta outra, sobre a Flor de Lótus, que nasce em um lugar cheio de barro e totalmente sem vida e ninguém vê o que pode acontecer, mas ela é uma flor que tem muita dificuldade de desenvolver. Descreve que mesmo sendo devagar e com dificuldades é considerada a flor mais bonita do Japão sugerindo a necessidade dos usuários se espelharem nessa história, ou seja, é necessário superar as dificuldades e ter persistência.

A moderadora agradece a participação dos disparadores e abre a roda de conversa.

O primeiro participante perguntou para a primeira disparadora, sobre como foi a experiência de ser de um Capsij e necessitar ir para outro serviço para a utilização do acolhimento integral. A disparadora respondeu que foi bem diferente mas legal. Os funcionamentos se parecem mas são pessoas e lugares diferentes porém se adaptou e levou aprendizados com os desafios e progressos.

J., gerente do Capsij Mooca, colocou que há muitos desafios e um deles é a importação do modelo do adulto colocando a enfermagem à noite. São questões para se pensar, pois há uma série de peculiaridades da infância e adolescência. Levantou pontos sobre a avaliação da necessidade da família acompanhar o usuário no acolhimento integral e da importância da observação minuciosa num serviço 24 horas que os demais, sem esse recurso, não conseguem fazer. Complementou sobre a

história do disparador L., usuário do seu serviço, que havia saído de uma internação em Hospital Psiquiátrico, frequentou diariamente o Capsij Mooca, e houve uma nova situação de crise e a família, sem falar para o Capsij, internou-o novamente. O serviço realizou a intervenção nesse momento para elaborar outras formas de cuidado para esse usuário e dessa forma foi realizado o compartilhamento do cuidado utilizando o acolhimento noturno no Capsij III. Descreveu como foi o processo de permanência no acolhimento noturno, as discussões entre as equipes e sobre as dificuldades que encontravam com a família que viam como alternativa de solução a internação. Considerou o Capsij 24 horas para redução de alguns danos em situações difíceis e foi todo um trabalho, até porque a família, aos poucos, pode potencializar algumas questões e ser trabalhada. Se dentro de um Capsij, às vezes, não é simples trabalhar com diversas condutas, com duas equipes também não é fácil. Uma vai ter um olhar sobre a família, a outra tem outro olhar e a necessidade de realização de reuniões semanais para a construção do trabalho compartilhado que necessita de envergadura em ambos os lados e de uma delicadeza. Relatou sobre a sua dificuldade de conseguir o carro diariamente da supervisão de saúde para realizar o deslocamento entre os Capsij porém com muita insistência e sendo a prioridade para a supervisão possibilitou todo o processo e também na manutenção do PTS intersetorial. Também falou sobre os aprendizados com as experiências e, dessa forma, uma mudança do jeito de pensar o Capsij, não somente o 24h, a hospitalidade noturna e a necessidade de sempre questionar e repensar modelos, jeitos de fazer e que não está fechado.

G. usuário do Caps AD e do Capsij Brasilândia falou que deveria ter mais Capsij 24h e sobre as diferenças dos serviços porque no Caps AD eles “nos chamam de menores”. Falou sobre a sua preferência em frequentar um Capsij ou a sugestão de um Caps AD infantil pois falou sobre um incômodo e as diferenças de tratamentos pelos serviços da infância e adolescência e do Álcool e Drogas. No Caps AD os homens chamam eles de “marmanjão” e no Capsij é diferente, chamam pelo nome, é tratado “mais da hora”. Se não comparece, eles ficam preocupados, se está na rua e fazendo uso.

G., psiquiatra, falou sobre a “crise”. Relatou sobre as falas dos disparadores que trouxeram o tema da crise e quando a terceira disparadora falou, ela discorreu sobre a crise da equipe e do próprio serviço. Falou sobre a construção do Capsij III e do acolhimento noturno, que se originou do trabalho de uma equipe que precisa-se agradecer. Este trabalho pautou-se em uma experiência onde não havia nenhuma diretriz ou orientação sobre que rumo tomar. Relatou sobre a presença dos familiares, dos usuários e a equipe disposta a construir, apanhando e construindo. Questionou-se se é um modelo médico ou é o sistema que colocou a equipe reduzida a base da enfermagem? É uma questão para pensar, pois até então pela própria gestão era colocado que a equipe do noturno é a equipe da enfermagem e parece que somente essa equipe tem a experiência do noturno. Considerou que a enfermagem tem um papel fundamental e é quem segura, de alguma maneira, essa experiência e refletiu que talvez a questão não seja apenas o Capsij III em si, mas que fala que não se pode confundir o dormir no Caps com leito para a infância e adolescência. Ter Caps III não resolve uma questão de leito e esta conversa precisa ser ampliada, ou até pode ser outra, mas prefere pensar que fala-se nesse momento desses três leitos e seis, agora,

da Zona Leste, um total de nove leitos do município de São Paulo. É diferente da falar sobre leitos que deveriam ter em hospitais gerais para a infância e adolescência e foi interrompida essa conversa no município. Nessa roda, falou-se sobre do escopo, da experiência do acolhimento e com isso, mostrou que é preciso ter Caps III. É preciso ter equipe e é a equipe que permite, junto com o familiar, junto com o usuário com a sua tristeza ou depressão, que, às vezes, é bom ter um outro lugar quando é percebido na fala da terceira disparadora que a equipe lhe emprestou uma segurança e o segundo disparador também faz referência a isso – brigou, quebrou e fez uma série de coisas lá. Falou sobre fazer parte e estar com a equipe, desde 2009, acompanhando o andamento da construção desse Capsij III e refletiu que a crise não é médica, é psicossocial, é cultural, econômica e a crise não é necessariamente uma crise que demanda medicação. Relatou que as equipes dos Capsij começam a discutir que a crise talvez tenha que ser mais abordada dentro do seu próprio local, com a sua própria equipe e usuários e dessa forma, possam surgir ideias, propostas que fortaleçam e de alguma maneira tragam soluções e com isso podem trazer também problemas para a gestão e surgimentos de questões trabalhistas e entre outras.

C., da Coordenadoria Sudeste, disse que ficou mobilizada com as falas dos disparadores e agradeceu por falarem sobre suas experiências e com isso incitarem reflexões importantes para o tema. Disse que ninguém deve ter pensado em ter apenas um Capsij III de referência para a cidade, mas que isso aconteceu e agora vem o segundo. Pensa que a infância sofre com uma questão anterior à existência de Capsij III: onde as crianças e adolescentes em crises são atendidas? É na pediatria, na UBS, na observação? Na verdade, elas não chegam a lugar nenhum, não entram, são invisíveis, se chegar vão embora logo. Refletiu sobre a necessidade de uma cidade como São Paulo ter alguns leitos psiquiátricos em hospital geral, na medida em que não se consegue montar os Capsij III e também tem o problema das comorbidades. Afirmou a necessidade de ter um espaço físico e existencial que seja bom para a saúde mental mas algo que deve ser muito discutido, porque hoje ser internado seria estar confinado a um leito, mas que precisa mudar muitas coisas no hospital. Questionou a portaria do adulto falar da necessidade de enfermeiro e auxiliar mas que, antes disso, precisam ser profissionais multidisciplinares. Elas têm as competências do COREN, só elas podem fazer determinadas coisas, mas transcendem o papel da enfermagem, o trabalho no Caps acaba sendo muito restrito, apenas o papel de enfermeiro ou médico. Pensa que nessa roda é possível sair com a proposta de ter profissionais além da enfermagem, porém aparecerão outras questões com a gestão, em discussão com os parceiros, as diferenças dos profissionais que são funcionários públicos e CLT.

P., gerente Capsij Brasilândia, disse que o encontro precisa ser marcado, principalmente essa roda, pelo fato de que é um marco e uma ousadia colocar em prática, conforme a lei, a Infância e Adolescência como prioridade. É prioridade no papel e é preciso pensar que os dispositivos de cuidados da infância e da adolescência estão muito aquém do necessário e, como equipe, escuta-se pouco o que os adolescentes dizem de como precisa cuidar deles. Falou achar que os dispositivos de acolhimento noturno no hospital e no Capsi III são ainda resistentes, o Capsij tinha apenas três leitos e agora tem nove no município. Pensa ser muito importante o G. ter falado porque os serviços recorrem a espaços de adultos para oferecer o acolhimento

e acaba ferindo outros preceitos. Entende-se que o cuidado precisa ser feito a partir da lógica dos Capsij, que vão organizando essa flexibilização e que não deve existir contrato de trabalho que impeça a equipe ser operativa igual a água, conforme a terceira disparadora falou, que seja permeável, possa se deslocar e entender que vários espaços são espaços de cuidado. Finalizou dizendo que é necessário que se tire dessa roda uma proposta de radicalização da Raps para a Infância e Adolescência. Uma radicalização de gestão ou, de fato, que se olhe que é impossível que haja um Capsij III com apenas três leitos para o município de São Paulo.

I., usuária Capsij Brasilândia, reforçou a fala sobre os leitos psiquiátricos. Relatou sobre não ter tido uma experiência positiva em leito no hospital pois ficava isolada, em um quarto branco, no aguardo da sua comida e para tomar banho. Diferenciou da experiência de ter permanecido no Capsij III e disse também do serviço de origem e do acolhimento noturno. O Brasilândia é mais família, mas algo como “vem cá” e viu que no Santana a coisa era séria. Era como se você está aqui, vamos cuidar e estamos do seu lado. É uma experiência que nenhum lugar é igual ao outro, e aquele lugar diferente pode ser bom e foi muito importante, pois diz que se ela está conseguindo falar na roda é porque eles ajudaram. Acredita que não adianta colocar leito psiquiátrico em hospital geral pois na sua opinião quando você está dentro do hospital as coisas pioram, parece que tudo o que está sentindo aumenta 50x comparando sobre o tratamento pelo Capsij ser mais humanizado. Dessa forma, finalizou a sua fala sugerindo mais Capsij III e nove leitos ainda são poucos.

A., médica, fala sobre sua angustia com as situações limites. Direcionou a sua pergunta para a equipe do Capsij III questionando sobre qual o melhor local, ao pensar nas limitações que se tem para oferecer uma saúde adequada e segurança ao paciente? Como médica e diante dos relatos apresentados aqui sobre intensa agitação, irritabilidade e tentativas de suicídio e ao saber que o Capsij III tem uma equipe reduzida questionou qual o melhor local que possa ter na cidade de São Paulo, na rede, para acolher esses pacientes, sabe-se que nas crises de angústia apenas a abordagem verbal não é suficiente e precisa medicar. Gostaria de saber de vocês se já vivenciaram esse dilema e como lidam com isso? Até para debater com uma estrutura essencial de um Capsij III.

C., gerente Capsij III Santana, falou que não se pode ter medo de dizer que a urgência e emergência existem, por mais que tenham leitos e concorda com a importância de ter leitos em hospital. Uma dificuldade que a equipe do Capsij III Santana enfrenta é que, em alguns casos, a dificuldade de identificar que a estrutura de CAPS não dá conta, não por falta de experiência, mas de situações em que o caso é uma linha tênue entre acolhimento integral no Capsij III e de uma urgência/emergência. É uma dificuldade mas também uma construção para que se tenha os leitos nos Capsij e como são utilizados. Como gerente, nesses últimos meses, percebeu o quanto é rico pelas próprias divergências que se tem entre os Capsij que solicitam os leitos e entender essa linha e quando usar o leito hospitalar e quando não há nenhuma possibilidade de intervenção terapêutica e nenhum manejo para ocupar um leito de Capsij III. Na verdade, não se pode ter medo de dizer que casos específico não são para o Capsij neste momento mas pode ser que amanhã volte a ser. Já

ocorreram divergências com as equipes por não entenderem isso. Reforçou a necessidade e a importância de ampliação dos leitos. Como gestora, elaborou uma planilha mensal da demanda do território, as solicitações são muitas e ainda aparece essa dificuldade. Reafirmou que não está indo contra a luta antimanicomial quando diz que é preciso, em alguns casos, perceber a gravidade de urgência e emergência.

A., enfermeira do Capsij III, complementou a fala da gestora e relatou a importância da singularidade e análise de cada caso e M., enfermeira do Capsij III, falou da importância da discussão entre as equipes para pensar sobre a permanência do usuário no Capsij III e sobre a referência do território para urgência/emergência ser o Hospital Mandaqui. Se necessário, ocorre a articulação de rede para trabalhar junto o caso. J., gerente do Capsij Mooca, complementou dizendo que tem momentos em que o caso precisa de uma tecnologia hospitalar e que em seu território utiliza o Hospital Municipal Doutor Arthur Ribeiro de Saboya, que não é hospital psiquiátrico.

Uma profissional do Capsij III São Miguel falou sobre as recentes vagas para acolhimento noturno e que estão há um mês funcionando 24 horas. Relatou que tem muitas angústias e questionamentos semelhantes ao que foi relato pelo Capsij III Santana. Falou que a questão da equipe única da enfermagem no período noturno incomoda um pouco e também sobre angústia quando é necessário ampliar para a interdisciplinaridade noturna. Relatou como a roda está sendo importante para refletir sobre os questionamentos e fortalecer como rede de serviço.

A moderadora retomou a fala e pontuou algumas questões. Uma delas é a importância de se pensar na criação de um manual de Capsij, com linguagem e terminologia dos jovens, como: “Capsij não é um bicho de sete cabeças” e “tem que ser da hora” ou seja, a produção de um material do que é um serviço Capsij, do ponto de vista, dos usuários. Considerou a discussão sobre a hospitalidade 24 horas, ou somente da hospitalidade noturna, é muito importante e que talvez algumas questões apareçam mais na hospitalidade 24 horas porque se tornam mais evidentes e mais agudas, e que talvez elas estejam no conjunto da hospitalidade. A discussão do serviço de 24 horas vem da experiência italiana, mas não o serviço de 24 horas infantojuvenil. Porque essa é uma criação de uma experiência brasileira e os contornos que irão dar para isso. Pontuou sobre o conjunto de dúvidas e questionamentos presentes na roda e como será feito a discussão do infantojuvenil que evidentemente tem sua singularidade. Há uma polêmica no campo da reforma, se os Capsij caminham ou não para o 24h e acredita que é uma polêmica boa, embora tenha uma posição mas abriu reflexões sobre o tema. Ao pensar o 24 horas na rede infantojuvenil, o primeiro ponto nessa discussão pode ou não ser um consenso: o que é a atenção 24 horas? Além das definições que os relatores trouxeram, acredita que pode haver leitos em hospitais gerais, mas tem de haver uma discussão de qual é a natureza desses leitos e o que os hospitais hoje estão respondendo. Relatou que seria muito interessante pensar em uma enfermagem de pediatria que acolhesse sofrimento psíquico. Seria possível construir esse desenho também, mas não parece o mais possível de forma geral e então, gostaria fortalecer os espaços que estão sendo experimentados. Nessa construção de desenho, sugere que seria importante aprofundar quando alguns casos são para Capsij III e outros para hospital. E o que o hospital tem que os Capsij III não

tem? Retomaria essa discussão do duplo mandato do Capsij que está colocado, mas também da contradição do mandato, que é sempre uma contradição terapêutica e exclusão social como ensinaram os nossos mestres italianos. Quando se fala que não seria o Capsij III, fala-se de situações que envolvem violência, agitação, agressividade e não se refere a situações clínicas que precisam de atendimento clínico. Relatou que quando se fala disso, em sua experiência de Caps adulto, é a situação que deve implicar em aprofundar-se na discussão e contribuir mais para as equipes se fortalecerem para lidar com essas situações. Porque senão essas situações vão remeter-se a outros lugares; e em outros lugares, eles tem equipes igual a nós! O que tem essa equipe que o Capsij III não tem? Ainda é a discussão da porta fechada, que somente uma estrutura de um hospital transmite força para o usuário e ele sabe o que está acontecendo. É necessário que se tenha capacidade de transmitir firmeza e consistência, que é diferente de força. Relatou que isso não significa que não haverá situações limite e falou da necessidade de momentos que será preciso pactuar: como é o pacto da intervenção sem o consentimento dos usuários? Como isso se dá nos adultos e quais são as implicações que isso tem no campo da criança e juventude à luz do ECA? Então, esse é o tema difícil. Além disso, fortalecendo a discussão da hospitalidade, além das situações de crise, tem se identificado inúmeras situações onde a hospitalidade pode ser muito interessante ou mesmo a discussão do 24 horas. Falou da necessidade de escrever experiências como o Acampadentro, produzir e ter visibilidade. Se criaram isso podem criar mais coisas ao redor disso e outras situações que não necessariamente de crise. Terão outras situações de apoio e de suporte na relação familiar que não necessariamente implica na tradicional agudização dos sintomas, mas onde a atenção 24 horas pode ter um lugar e pode ter um lugar importante nesse processo.

C. falou que gostaria de pontuar duas coisas, disse que é do Rio e trabalha com saúde mental há trinta anos e tem acompanhado, desde o marco zero da implantação, a política de saúde mental para a criança no Brasil e atualmente está apenas na universidade. Primeiro, pensa ser importante poder ouvir os meninos, o que dizem sobre a experiência, seja a experiência de uma hora da vida que não foi bacana e que não foi legal e até experiência de modos de pessoas, equipes, serviços que tentaram ali, naquele momento, ajudar ou não a família. Já tem acúmulo para isso, é preciso ouvir e há muito pouca experiência de Capsij III no Brasil e há outros, como Curitiba, São Bernardo e esses serviços que falam de São Paulo. Afirmou que é uma experiência recente e a importância de compartilhamentos dessas experiências. É defensora de Capsij III e considera que cidades complexas como São Paulo ou Rio de Janeiro precisam de diversidade de estratégias de cuidado. Pensa ser clichê da reforma dizer que Caps III pode institucionalizar a criança. Defende que tem que enfrentar esse desafio como se faz nesse momento porque o Capsij é sério, mas não quer dizer que ele é sisudo, que ele é chato. Os Capsij de SP são grande inspiração. Relatou uma experiência em que coordenou uma implantação de uma enfermaria, leito de saúde mental de criança e adolescente em um hospital geral chamado Getúlio Vargas no Complexo do Alemão. No início, foi um desastre completo. Aqueles leitos pequenininhos e os meninos arrebatando tudo aquilo lá, não rolou e o hospital tem suas peculiaridades e fomos para uma ala de neurologia. Foi bom, mas não rolou. Tinha a questão do quarto branco, de ficar amarrado porque não podia gritar,

atrapalhava os outros e afirma que não está dizendo que o hospital geral não tenha que mudar. Precisa defender que esses meninos têm direito de existir e de conviver com as pessoas. Agora com uma lógica organizacional, há uma lógica psicossocial que não cabe em nenhum tipo e não adianta inventar, mas não cabe em uma gestão que precisa ter alguma contabilidade fechada ou com algum lucro no final das contas. Não dá. Então, raciocínios organizacionais não ajudam a atenção psicossocial e a nossa pergunta tem que ser: não é porque tem pouca gente e eu não posso atender, eu não posso atender emergência porque tem escada ou vidro. Se tiver escada ou vidro o garoto não pode viver no mundo. Porque no mundo tem isso e a nossa questão é como os meninos e meninas em situações muito radicais que precisam de internação e de contenção, não a grotesca, mas que um ambiente de continência às vezes é necessário e pode ser feito com todo cuidado do mundo. Mas vai dizer que se é para um, tem que ser para todos? Esse não é um raciocínio da atenção psicossocial e defendeu que está na hora de radicalizar a atenção psicossocial! Disse sobre a situação atual do país e a necessidade de superar a formação tradicional e a necessidade de ousar para conseguir avançar. A pergunta é: como fazer em casos de extremíssima gravidade, e eles existem, e também não gosto que as pessoas achem que criança não fica tão agitada quanto os adultos, elas ficam sim. Em casos de extrema gravidade e que se precisa ter espaços de contenção, como fazer? A pergunta não pode ser se é tão agitado que onde estou não posso cuidar dele, mas a pergunta é: é tão agitado e como faço para cuidar dele? Não defende o romantismo, nem o heroísmo, mas é necessário cobrar dos territórios, do gestor, dos outros parceiros.

L., supervisora técnica de OS, disse que teve a oportunidade de acompanhar desde o início da implantação desse Capsij III no município e sempre era necessário refletir como fazer essa experiência do Capsij 24 horas, primeiro do município, dar certo? Relatou sobre o processo de análise da ocupação das vagas de acolhimento noturno, que não deve ser um processo exclusivo do serviço 24 horas, e da oportunidade de discutir com mais atores envolvidos. Sugeriu pensar de forma mais ampla e de uma maior agilidade pois essa é a questão quando se abre um serviço e não se sabe direito para que ele vai funcionar. Foi um processo de muitas discussões e ela fez uma crítica que acaba ficando em um mundo isolado e particular e talvez não seja a melhor solução.

A terceira disparadora retomou a fala sobre a temática da crise. Definiu a crise como um desespero, reconheceu a responsabilidade do sujeito e não responsabilizou a medicação como solução para o sofrimento e disse: “da mesma forma que o corpo se cansa, a alma também se cansa”. Relatou sobre suas experiências angustiantes e a descoberta da leitura e escrita como forma de descansar a alma. Observou que os usuários do Capsij precisam ter, cada um, a sua própria “válvula de escape”. Finalizou sua fala sugerindo a necessidade do paciente ter esse momento, só dele, sem crítica, sem julgamento e que ele possa pensar em tudo. Em sua opinião, isso seria como descansar o paciente e ele precisa de um momento só dele.

Roda de Conversa 8: Atenção Básica de todo dia

Disparadoras:

Maria Fernanda A. P. B. de Oliveira (profissional do AE⁴ Jardim Peri Peri)

Vanessa Caldeira (profissional da UBS Jardim Boa Vista)

Moderadora:

Edith Lauridsen Ribeiro

Reladoras (AE J Peri Peri e Coordenadoria Regional de Saúde Oeste):

Joseane Carmele Homs Manasia

Tereza Vidal

Os trabalhos foram iniciados com apresentação da proposta da roda de conversa e dos convidados da mesa.

A primeira disparadora relatou que a equipe do AE Peri Peri sempre pensou na atenção à criança e ao adolescente pelo cuidado e pela integralidade do sujeito contextualizado na comunidade, já que entende que sua constituição se dá em seu contexto. Assim, estabeleceu parcerias com a rede, aproximou-se da escola com proposta de uma inclusão menos violenta, da UBS do território para a integralidade dos serviços e chamou os familiares para participarem da história das crianças, dentre outras possibilidades para os diversos atores. Acredita que se deve pensar o PTS em conjunto, o que potencializa o cuidado e o tratamento. Assim como romper as estruturas mais rígidas, ir além dos atendimentos pré-estabelecidos para ampliar a lógica da assistência padrão, saindo do papel de consultores e de terapeutas. O desafio é encarar o momento como possibilidade de um encontro prazeroso. Contou que no Butantã há um grupo condutor que se encontra mensalmente e é composto por diversos atores, representantes da cultura, segurança, saúde, assistência social, dentre outros. Eles discutem a garantia dos direitos da criança e do adolescente no território. Defende que a Política Pública deve bancar o trabalho intersetorial, para que seja institucionalmente reconhecido e não dependa apenas da boa vontade dos trabalhadores. Deve-se repensar as atividades para além da assistência, possibilitando a articulação das redes com todas as singularidades, que deve ser maturada, sentida, construída todos os dias.

A segunda disparadora apresentou o grupo de trabalhadores da sua UBS e trouxe como principais ações dos trabalhadores das UBS temáticas como: a violência, a

⁴ Ambulatório de Especialidades

deficiência, a educação e a família. Reforçou que é importante pensar na criança em seu contexto familiar e comunidade, por isso o trabalho se estende dia a dia, iniciando no cuidado da família e no território, indo além das práticas de assistência da criança, lhe ofertando possibilidades. Isso só é possível por meio do trabalho intersetorial. No trabalho do grupo da UBS foi colocado como desafio a possibilidade de a equipe agenciar a construção de um PTS único, compartilhado, visando desenvolver a subjetividade da criança, das famílias e dos profissionais nesta atuação. A trajetória da dessa UBS é um exemplo: conta com seis equipes de ESF, não possui NASF, conta com uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma assistente social. Sua população de referência consiste em 20.000 pessoas e tem todo o território coberto pela ESF. As profissionais da unidade (terapeuta ocupacional e psicóloga) realizavam atendimentos individuais e perceberam que, às vezes, faziam retrabalho. Foi criado um grupo de avaliação de crianças e suas famílias que acontece em cinco encontros, conta com a participação da equipe ESF e tem como objetivo a construção de um PTS único conjunto. Foi possível observar um duplo efeito na postura da equipe, houve maior reflexão e uma escuta qualificada. Já no território, houve maior busca de aproximação com outros recursos da comunidade, resultando em uma reunião bimensal para partilhar os PTS com o Capsij Lapa, UBS, escola, assistência social, dentre outros. Também são realizados semanalmente, de forma alternada, grupos nas escolas: Centro de Educação Infantil (CEI), Escolas Municipais de Ensino Infantil (EMEI), Escolas Municipais Ensino Fundamental (EMEF) e Escolas Estaduais (E.E). Foi reforçada importância da intersetorialidade, a necessidade de reuniões sistêmicas com a Raps, de sair do âmbito das unidades, realizar projetos que modifiquem as relações no ambiente e discutir o cuidado junto à educação.

A moderadora retomou a história das ações de saúde mental na Atenção Básica, pontuando a importância das mesmas, da horizontalidade nas equipes e do seu protagonismo. As organizações internacionais enfatizam a necessidade de ter parte da saúde mental na Atenção Básica, esta é mais capilarizada e está próxima das famílias e do território. Desde a gestão da prefeita Luiza Erundina (mais de 20 anos) não ocorreu investimento significativo em equipes mínimas de saúde mental na Atenção Básica. A partir de 2008 houve a implantação dos NASF, mas somente em áreas cobertas pela ESF. Atualmente há a retomada da proposta das equipes multiprofissionais dentro do novo modelo de UBS Integral. Porém, mesmo com equipes multiprofissionais, não havia o hábito do trabalho conjunto com os demais profissionais de saúde (pediatra, enfermagem). No final da década de 90 surgiu a proposta/conceito de matriciamento. O Ministério da Saúde incorporou a ideia do NASF com a função de matriciamento, na dupla atuação de atendimento e troca de experiência. É uma proposta inovadora e potente, mas muito difícil de ser implantada para além das equipes de ESF, pois há grande diversidade de UBS, ou seja, com e sem NASF, ESF, equipe multiprofissional em saúde mental, etc. A questão principal que fica: Como organizar toda essa diversidade para ter uma proposta de atuação em saúde mental efetiva e potente na UBS?

Seguiu-se então a discussão que abordou os seguintes aspectos do tema:

- Importância das ações de saúde mental na atenção básica.

- Como produzir ações potentes na UBS diante da diversidade da organização da atenção básica?
- Como o NASF pode atender e como se articula com os vários tipos de equipamentos?
- A Atenção Básica está longe do protagonismo que pode ter por sua capilarização e facilidade de acesso, além de compartilhar o território com o usuário.
- As questões da violência, do tráfico de drogas, da prostituição estão muito mais próximas do cotidiano da UBS, o que leva o isolamento e medo na equipe. É importante poder oferecer propostas atrativas para o território para contrapor-se a estas questões.
- Ainda temos a rede muito fragmentada: a criança não é de ninguém, é da Atenção Básica.
- Necessária a ampliação dos dispositivos já existentes na UBS: grupos, inserção do olhar da saúde mental nas ações da UBS.
- Proposta de encontro de NASF: dispositivo ainda muito recente e, na prática, cada um faz do seu jeito.
- A UBS tem que ser agregadora, levantar as ações voltadas para a infância existentes no território e articulá-las no território (necessidades coletivas)

Foram levantadas as seguintes questões para discussões posteriores:

1. Valorizar as ações de saúde mental na Atenção Básica por meio da clínica ampliada e da escuta qualificada por todos os profissionais na UBS e com apoio matricial institucional.
2. A equipe da UBS deve sempre participar na formulação do PTS e do acompanhamento das crianças, mesmo quando o caso for compartilhado com outros pontos de atenção da RAPS.

Roda de Conversa 9: Medicação o quê?

Disparadores:

Paulo Mauricio Menezes Nunes (neuropediatra do Capsij Parelheiros)

Plínio Schaumann (usuário do Capsij Guaianases)

Érica Ventura Marques (profissional do Capsij São Mateus)

Moderadora:

Maria Aparecida Affonso Moysés (Unicamp)

Relatores (Capsij Guaianases):

Ariadne Américo Máximo

Camila Bispo dos Santos

A moderadora iniciou a roda apresentando sua formação e seus trabalhos.

O primeiro disparador apresentou sua formação (neuropediatria), seus trabalhos e sua trajetória profissional. Referiu que no Capsij em que trabalha há uma demanda das mães por medicação e, se não houver tal prescrição, os familiares procuram outros meios de medicar seus filhos. Nos grupos de avaliação com os adolescentes, estes solicitam seus diagnósticos e os profissionais, no cotidiano do trabalho, conseguem pontuar que o diagnóstico em si não é a prioridade e sim o que traz sofrimento. Referiu ainda que há uma dificuldade de fechar/concluir o diagnóstico de TDHA (Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade), por exemplo, trazendo questionamentos sobre a forma como lidar com a família. Relatou a experiência de um paciente do Capsij: uma criança abrigada, que fazia uso de três medicamentos diferentes (Ácido Valpróico, Risperidona e Metilfenidato). Tal criança foi adotada por uma família italiana e quando esta família descobriu que ela fazia o uso das medicações, devolveu-a para o abrigo. Referiu que a criança era ativa, energizada e muito esperta. A criança ficou seis meses sem a medicação e foram percebendo que a ela apresentava um comportamento como o de qualquer criança. Essa experiência ilustrou a sua posição na qual referiu não se prender à classificação dos manuais diagnósticos, como CID 10 e DSM V, e optar por ouvir mais a equipe multidisciplinar e os próprios pacientes. Disse o quanto é difícil lidar com a família quando precisa dar uma devolutiva dizendo que a criança não apresenta transtornos psiquiátricos. Enfatizou que não só para a família, mas também para a escola, colegas, sociedade, essa devolutiva é difícil de ser dada. Defendeu os Capsij dizendo que neste ambiente há a necessidade de desconstruir a patologização de crianças e adolescentes e o uso desnecessário da medicação.

O segundo disparador contou sua passagem no Capsij, relatando sobre o início da descoberta de um possível transtorno psiquiátrico. Contou que no início foi muito difícil todo esse processo, pois apresentava sintomas de ansiedade. Falou sobre sua passagem na ambiência, nos grupos e oficinas terapêuticas. Referiu que tem procurado seu equilíbrio nas atividades recreativas, e que atualmente houve uma aproximação com sua família, especialmente com o seu pai.

A terceira disparadora apresentou-se como farmacêutica e contou sobre o processo de desmedicalização em seu estabelecimento do trabalho. Referiu que houve um período que não tinha médico psiquiatra. Conta que enfrentou grandes dificuldades para esclarecer aos familiares a falta desse profissional para prescrição de Metilfenidato e conscientizar não só os familiares como a equipe multidisciplinar que o comportamento de uma determinada criança correspondia à sua faixa etária e que muitas vezes o excesso de energia poderia ser contida com outras atividades além da escola e não necessariamente com a medicação. Falou sobre a portaria do Metilfenidato em São Paulo e apresentou sua experiência, na qual propuseram um fluxo na unidade com o objetivo de diminuir o uso do deste medicamento, já que muitas crianças não tinham necessidade de medicação. Informou que no Capsij havia 32 pacientes em uso de Metilfenidato e atualmente são apenas seis crianças que fazem o uso de tal medicação. Enfatizou que existem outras alternativas e abordagens a serem desenvolvidas com a criança ao invés de medicalizar as mesmas.

A moderadora falou sobre a publicação de um protocolo na Prefeitura Municipal de Campinas em 2013 que visava o controle do Metilfenidato, sendo que sua utilização seria através da via assistência farmacêutica, com o preenchimento de formulário específico, com acompanhamentos periódicos e exames sanguíneos de controle. E que o uso desse protocolo indicou um maior controle com relação ao uso abusivo da medicação e uma redução na dispensação. Afirmou que em Campinas havia muito mais dispensação da medicação por habitante do que em São Paulo, por isso fizeram este protocolo e ainda foi realizado um trabalho importante com as pessoas envolvidas para esclarecer que a medicação sozinha não era capaz de fazer nada pelas crianças, sendo necessário o trabalho entre equipe multidisciplinar, família, escola e outros.

Após essa fala a roda foi aberta para a participação de todos os presentes.

P., médica psiquiatra do Capsij Sapopemba, questionou sobre a ausência de um psiquiatra como disparador nesta roda de conversa, referindo que se sentiu chateada com essa constatação. Questionou ainda a ausência de um profissional da educação como disparador e disse que o DSM V não deveria ser usado no Brasil. Citou a diferença entre uso de medicação e de medicalização.

C., psicóloga do Capsij Parelheiros, disse que atendia em um território violento. Comentou o caso de uma paciente que veio em seu acolhimento porque havia sofrido abuso sexual e foi papel do Capsij medicar esse sofrimento.

P., neuropediatra, respondeu à insatisfação do primeiro moderador, alegando que talvez fosse necessário na equipe do Capsij um pediatra, pois esse profissional acompanha o desenvolvimento infanto-juvenil independente de transtorno mental.

F., psiquiatra do Capsij Santo Amaro, disse que na maior parte do tempo o remédio não resolve, pois não existiam milagres. Pediu para sermos realistas pois a indústria farmacêutica dominava muitos médicos, e que esses acabavam usando certas medicações para manter seus consultórios, seus estudos, congressos e outras atividades. Agradeceu por estar no SUS, pois no SUS não havia este tipo de pressão. Disse ainda que havia muitos pacientes de 25 anos com diagnósticos de Autismo e Asperger que precisam ser medicados por causa da gravidade, mas havia também aqueles que estudavam, participam de atividades e etc., contando da importância de serviços como o Capsij. Citou o exemplo do jogador Leonel Messi (atacante argentino).

A moderadora contou sobre sua experiência como docente na Unicamp, relatando que havia uma discussão na universidade sobre a formação dos alunos, que atualmente são formados voltados para a aprendizagem do DSM V, e que, na sua imensa maioria, as faculdades regem o mercado de trabalho e quando os médicos saem da faculdade, têm que lidar com uma realidade bem diferente da academia. Enfatizou que medicina não era mercadoria, que medicina não era comércio. Sugeriu que, a partir daquele momento, na roda de conversa, utilizássemos o termo medicar para cuidar/tratar e medicalizar para controlar. Em relação à educação, a moderadora fez uma brincadeira, afirmando que "médico só conhecia a escola quando parava o carro em fila dupla para pegar seu filho", referindo-se que cada profissional devia respeitar sua área porque hoje era "normal" médico encaminhar as crianças/adolescentes para a escola pedindo sala de apoio (SAAI) e professor encaminha para UBS pedindo Metilfenidato. Ela afirmou a importância de cada profissional respeitar sua área, sendo necessária a melhoria da comunicação entre os setores.

M., pediatra, referiu que não trabalhava com saúde mental, mas disse que tinha um filho com atraso de linguagem e que se tivesse nos EUA (todas as crianças recebem o diagnóstico através do DSM V) seu filho já teria sido diagnosticado. Disse ainda que seu sobrinho era autista e fazia uso de risperidona desde os quatro anos de idade, e sua irmã tinha uma esperança que o remédio auxiliaria em sua melhora e desenvolveria sua fala. Hoje sua irmã questiona o uso da medicação.

E., professora do Cefai da Penha, falou a respeito do movimento que está sendo feito pelo Cefai, referindo o quanto é difícil quando os médicos fazem pedidos para incluir a criança na sala de reforço sem ter essa necessidade, fazendo tais encaminhamentos sem conhecer que serviço é este.

L., representante do Naapa, pediu para potencializar o espaço para pensarmos juntos sobre o tema da desmedicalização e retomou a importância do papel pedagógico para o sucesso da criança na escola.

R., psicólogo do Capsij Casa Verde, citou que da mesma forma que a medicalização é difícil a terapia também é.

C. E., médico do Hospital M'Boi Mirim, disse que tinha fobia social e que nunca foi medicado. Foi através de organizar seu comportamento que conseguiu se equilibrar. Referiu sobre a importância de ver como disparador um usuário que passou pelo processo de desmedicalização. Disse que trabalhava na Fundação Casa e que em seu cotidiano do trabalho, nos atendimentos dos adolescentes, sempre se perguntava "o que aconteceria se ele este adolescente não estivesse institucionalizado?" Afirmou que nos atendimento na Fundação Casa a queixa dos adolescentes era sempre: "eu não consigo dormir". O médico questionou sobre como medicar o encarceramento. Afirmou que a medicalização estava inserida na sociedade, nas instituições, na cultura, e terminou sua fala pontuando que, em alguns momentos, o medicamento aliviava o sofrimento daquela situação e que isto tinha que ser levado em consideração.

L., profissional de saúde, falou sobre sua formação em pediatria e UTI Neonatal, dizendo sobre o amor que tinha em relação à saúde pública. A profissional contou sobre sua experiência com sua filha, que era muito ansiosa, e preferia tomar um remédio ao invés de fazer análise (referindo-se à dificuldade da adolescente em sentar e conversar).

M., profissional do Capsij Casa Verde, falou sobre o processo de medicalização e desmedicalização, afirmando que era muito importante pensar no público que se atendia, porque as crianças são atravessadas por desejos de seus pais, da escola. Afirmou que não deveríamos medicar sem antes conhecer as histórias dessas crianças e adolescentes, e nos convidou a uma nova leitura das realidades, pois caso não fizermos essa reflexão, estaríamos reproduzindo a lógica manicomial nos Capsij.

F., psiquiatra, retomou o tema da formação dos médicos no Brasil e disse que se deixarmos a situação do jeito que está, medicando a qualquer preço, sem entender as histórias, ou defendemos as crianças/adolescentes, respeitando sua particularidade e suas peculiaridades, ou teremos adultos que estarão na câmara municipal (se referindo a situação política do país).

Pl., usuário do Capsij Guaianases, falou sobre um escritor que nos convidava a aprender mais sobre nós mesmos. Referiu-se ao perigo dos médicos se deixarem envolver pela indústria farmacêutica, mostrou-se preocupado com os problemas que o capitalismo podia nos envolver.

A moderadora encerrou a mesa falando sobre o cuidar, lembrando que o medicamento é uma ferramenta a mais e não poderia ser usado como processo de controle ou para silenciar o sofrimento. Afirmou que não podemos medicalizar, transformando problemas sociais em problemas individuais. Ressaltou ainda a importância de compreender que podemos medicalizar sem dar o remédio, por exemplo, "Joãozinho não aprende porque é desnutrido" referindo que há um problema social que faz com que Joãozinho não aprenda. Citou ainda um ambulatório de pediatria de uma Universidade que trabalha crianças e adolescentes em situação de

violência encaminhados pelo setor judiciário – grupo Dedicar – e que as primeiras 150 crianças eram acompanhadas em serviços de saúde por mau comportamento. Todos recebiam doses altas de diversas medicações. Pediu para atentarmos a este público específico porque as crianças abrigadas normalmente sofrem violência. Convidou os presentes a entender a história de cada indivíduo, e ressaltou que drogas psicoativas podem ser utilizadas para tratar e cuidar, mas as reavaliações deveriam ser feitas a cada três anos, visto que o uso destes medicamentos, por muito tempo, pode trazer danos neurológicos irreversíveis. Problemas sociais não devem medicalizados e esta, infelizmente, tem sido uma prática comum.

Dessa roda de conversa, foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. Como desmistificar a crença de familiares, escola e sociedade de que somente a medicalização trará os resultados esperados ou a solução das queixas?
2. Como propor uma reflexão mais aprofundada sobre o enfrentamento da medicalização no ambiente escolar ou nos processos educativos da criança e adolescente, visto que a medicalização impacta negativamente no desenvolvimento dessas crianças e adolescentes, gerando, por exemplo, estigma e exclusão social?

Roda de Conversa 10: Unidade de Acolhimento: Que lugar é este?

Disparadores:

Daniela C. A. Campos (CAM da Regional Infância e Adolescência)

Lucas Cavalcanti Magdalena (UAi Cambuci I)

Amanda Souza Santos (usuária Capsij Sé e UAi Cambuci I)

Moderador:

Claudio Loureiro (Projeto Quixote)

Relatores (Capsij Sé):

Fabiola Costa Carraro

Mariane Pontes da Silva

O moderador iniciou a roda relatando o processo de trabalho das UA e fez um paralelo sobre as políticas voltadas para crianças e adolescentes.

A primeira disparadora agradeceu o convite e apontou a gentileza do mesmo tendo em vista as diferenças dos recortes de pontos de vista entre a justiça e a saúde. Ressaltou seu desejo de ocupar o lugar de provocadora e iniciou a leitura de relatos de casos que têm em comum a característica de estarem sob o olhar da Saúde e da Justiça. Relatou casos de jovens que apresentam passagens pela Fundação Casa e falou de uma mãe que relata que sua família já está cansada, que todos os seus vínculos estão esgarçados e entende a internação como um método protetivo. Convidou a plateia a pensar quantas vezes ouvimos este mesmo relato em diferentes famílias e usuários. Destacou o anseio destas famílias pela internação, que outorgam ao Estado o lugar do cuidado pensando ser este “braço forte” a contenção necessária, como se este fosse o melhor método de cuidado. É neste contexto que se insere a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, que vem oferecer “um outro possível”, um lugar de cuidado que se apresenta como voluntário e protetivo. É cabível pensar que este jovem está no viés da justiça, “o capa preta diz que não posso ter liberdade senhora”. A UA exige que o usuário entenda o porquê de estar sendo inserido na UA e que em todo o processo haja a construção de um sentido.

O segundo disparador destacou a complexidade dos casos trazidos pela primeira disparadora para discussão e reconstrói o processo da Unidade Cambuci I, destacando a responsabilidade e o desafio da construção de um novo cuidado possível. Pontuou que a UA é um serviço de caráter residencial, voluntário e transitório, composto por dois profissionais, no caso da UAi Cambuci I estão D. e L., e oito acompanhantes divididos em plantões de 8x36 horas. Destacou que a casa conta com

o Capsij Sé e com toda a rede como aparato de construção do cuidado. Apontou que a UAI Cambuci é um local de acolhimento integral do adolescente e da família que visa a construção de um processo de ressocialização deste adolescente, que muitas vezes apresenta seus vínculos rompidos com o seu meio social. Apontou que esta roda está em consonância com os temas de outras rodas, tal como o da criminalização da adolescência. Comentou sobre a dificuldade que os adolescentes vivem de encontrar seu lugar no mundo em razão das muitas proibições e impedimentos que a adolescência vive hoje. Problematizou a necessidade de se pensar em outros espaços de circulação para os jovens, outros “possíveis” para as capacidades destes jovens que não o crime, que vai se colocando como o único lugar possível, pois a adolescência, enquanto experimentação da vida, necessita de toda uma rede sociocultural. Neste momento é cabível pontuar o funcionamento da unidade como um lugar autogerido, em que os adolescentes vivem um processo de decisão conjunta sobre sua rotina e sobre suas escolhas. Elencou a importância do diálogo como ferramenta de vinculação e permanência do usuário na unidade. Destacou a peculiaridade da questão do cuidado do uso abusivo de substâncias na lógica da redução de danos, que visa desconstruir a lógica do proibicionismo e ressaltou a importância dos processos e das singularidades. Construiu alguns paralelos entre sua fala e os relatos que a primeira disparadora trouxe e apontou a necessidade de pensar os diferentes lugares em que a existência no social tem de ser reconstruída, retomada no processo e em consonância com a rede. Referiu também sobre a importância de um território próximo e atuante no processo de cuidado destes usuários.

A terceira disparadora iniciou relatando que está morando na UAI há 2 anos. Destacou as diferenças em sua vida após a UAI e o acolhimento e o cuidado que recebe. Apontou alguns diferenciais entre os cuidados que já tinha experimentado e o que vive hoje na UAI. Colocou a escuta que recebia da UAI como uma das principais características determinantes para sua estadia estendida neste processo de cuidado. Relatou os diferentes lugares de cuidado em que já passou e a vivência do desrespeito para com a vontade do adolescente e da criança. Contou que vivia em situação de rua, fazendo uso de substância psicoativa e apontou os vários desrespeitos para com o seu desejo, vontades e falou sobre o atual vínculo de confiança que conseguiu fazer com toda sua equipe de cuidado. Foi elencando cada uma das diferenças em sua vida atual, pontuou que está na escola e que consegue manter uma rotina de responsabilidades e escolhas. Finalizou sua fala com um destaque especial à importância de ser ouvida, e ressaltou que sua fala é importante para a constituição de um processo de cuidado.

Em seguida foi aberto espaço para que a plenária iniciasse suas falas.

J., profissional do Capsij da Sé, iniciou sua fala referindo o estranhamento que a ideia de uma unidade de acolhimento trouxe para a construção dentro de seu cotidiano de trabalho. Apontou na fala do segundo disparador a sutileza entre não entrar no proibicionismo, e em contrapartida, conseguir construir um cuidado que abarque as necessidades de bordas e limites que o processo de desenvolvimento exige. Neste momento destacou a importância da confiança, do vínculo, e da necessidade de se questionar a si mesmo enquanto técnico, do olhar para sua própria prática. Questionou: “Como construir confiança com um indivíduo que está com todos

os seus vínculos esgarçados, que rompeu com todos os lugares de existência?” E em seguida falou da sutileza do cuidado com meninos que aprenderam a confiar apenas em si mesmos e que construíram como forma de vida a fuga e a desconfiança.

C., interlocutora regional, apontou para a condição de vida dos adolescentes que vivem em risco e vulnerabilidades. Destacou a ausência de quórum na sala da roda de conversa, fazendo um paralelo a um desinteresse que este público desperta. Provocou, dizendo que é necessário observar como trabalhamos com os temas que propomos sobre este público. Reconstruiu o processo em que conheceu a UAI, já observando o paralelo entre a Saúde e o Judiciário. Relatou um caso de cuidado que se construiu na dificuldade de um menino em se vincular, através de seu itinerário entre os diferentes equipamentos. Relatou como se deu a audiência deste e destacou o estranhamento da juíza sobre a proposta de cuidado junto um serviço com caráter de moradia com o objetivo da extensão do cuidado em saúde. Assim, ao final manifestou o desejo de conhecer a UAI, a qual lhe foi apresentada pela terceira disparadora e destaca as diferenças entre a adolescente que conheceu em um primeiro momento e a usuária que estava colocando-se no momento. Disse que a importância da parceria entre Saúde e Justiça é algo que merece especial atenção, mas que necessita ser construída no diálogo e na escuta. Apontou também para a necessidade da Saúde em produzir conhecimento acerca de suas experiências, para que possamos produzir outros lugares de cuidado que se constituam em consonância ao público em questão.

E. iniciou sua fala referindo complementariedade da fala anterior. Relatou sobre o deslocamento do desejo de internação do Poder Judiciário ao que se coloca hoje como uma imposição de um “faça psicoterapia”. Fez uma provocação aos “faças” que se constroem ao longo da escuta da roda de conversa e reiterou a importância de uma discussão com a SMADS para que se possa repensar a forma com que são delineados os locais de abrigamentos destes jovens e crianças.

A., coordenador do Capsij da Sé, iniciou sua fala citando os diferentes equipamentos em que atuou até chegar ao Capsij da Sé. Destacou que a experiência de uma UAI se impõe como única e diferenciada, até mesmo frente às residências terapêuticas e aos abrigos. Disse que por esta diferença, é necessária a construção de um processo de cuidado que entenda qual a demanda do usuário para estar naquele espaço, que é um espaço de cuidado pois é um dispositivo da saúde. Disse que a UAI é um espaço potente e rico, porém exige do técnico a disponibilidade de construir novas formas de cuidar e novas propostas de estar próximo a este usuário. Apontou para a importância de se olhar a sutileza da vida que nos propomos a cuidar, pensando qual seriam outras possibilidades naquele caso. Questionou: O que é necessário? Precisa de pessoas? Precisa da delicadeza da presença de um animal doméstico na casa? Precisa de um grande número de recursos humanos? Como resposta se impõe um sim, tendo em vista a complexidade do cuidado que se propõe.

E., técnica de um centro DST, falou sobre a ausência de lugares de cuidado para os adolescentes. Destacou a incapacidade dos lugares e equipamentos de abarquem as necessidades e demandas dos adolescentes, da forma necessitam para estarem no mundo. Destacou a necessidade de que a UBS seja um lugar mais acolhedor aos

adolescentes e que tenha uma escuta disposta e implicada. Reiterou que não somente os adolescentes em risco e vulnerabilidade não são ouvidos, mas os outros também e essa condição geralmente cerca toda a vida do adolescente. Relatou, por fim, a rica experiência de ouvir os adolescentes e foi destacando os estigmas que os cercam.

R., coordenadora de CREAS, relatou sua experiência de supervisionar os CREAS. Destacou que o convite que a fala anterior disparou, que é a de ouvir os adolescentes, já existe. Colocou as diferenças entre um abrigo e os outros equipamentos da rede. Apontou a sutileza do cuidado com o público que necessita de um processo de abrigamento. Elencou como se faz necessário o cuidado da saúde para este público que está inserido no abrigo. Enfatizou especialmente o fato de que não é possível construir um equipamento de abrigamento nos moldes de uma UA. Falou das carências de possibilidade de cuidado que a assistência vivencia.

S. M., coordenadora de UA, apontou que a UA tem característica transitória de seis meses a um ano, porém há possibilidade de, a partir da singularidade do caso, estender o cuidado. Assim é possível trabalhar por um período maior a subjetividade da questão do uso da droga na perspectiva da redução de danos, usando o vínculo como ferramenta de permanência e afetação. Apontou como se constrói o processo de funcionamento das UAi com o protagonismo dos adolescentes e desconstruindo o aspecto da visão puramente institucional, estabelecendo um referencial de cotidiano, uma convivência que se torne terapêutica. Destacou a importância de poder dizer ao judiciário em alguns momentos que não é possível atender a qualquer demanda. Há que se pensar quais usuários apresentam uma demanda de cuidado que necessita o olhar da Saúde e uma reconstrução da socialização e independência. É importante destacar a necessidade de que o território sempre faça contato com o Capsij, que é o equipamento técnico que respalda a existência da UAi. Colocou ainda que a UAi não se coloca como um método substitutivo das questões judiciais. Apontou que é a única unidade no município, o que implica em uma abertura para uma escuta de todos os casos, porém, nem sempre há uma entrada do usuário.

O moderador questionou sobre os caminhos que a Saúde vem trilhando, de substituir algumas carências de outras esferas da sociedade. Apontou a necessidade de que o social se constitua e ocupe seu lugar nas políticas de cuidado à criança e adolescência.

A., usuário dos equipamentos de saúde, destacou os acolhimentos de transexuais nos equipamentos de saúde e a ausência da necessidade dos manicômios como lugar de cuidado.

W., profissional de UA, delineou a especificidade da UAi de cuidar dos adolescentes que se constituem adultos apenas pelo avanço da idade. Assim, a unidade acaba por ser o espaço que constrói com os usuários uma reflexão da singularidade desta nova fase na vida, em que os jovens acabam por ficar sem assistência. Destacou os acertos, as falhas e a importância de se olhar sobre o processo de forma reflexiva e implicada.

C, interlocutora regional, retomou a fala pontuando como se constitui o cuidado para crianças e adolescentes protagonizado por todos. Apontou a sutileza de ser de outro território e usar a UAi como dispositivo de cuidado. Disse que a Saúde também apresenta várias falhas em seu fazer. Destacou os embates que a Atenção Básica vive na construção do cuidado de jovens e adolescentes e a necessidade de uma revisão dos estigmas que os profissionais levam para suas práticas. Destacou a necessidade da Assistência Social observar o público que atende, e colocou em questão se este público está inserido em uma vulnerabilidade importante ou apresenta apenas a necessidade de cuidado tendo em vista o processo de desenvolvimento em que se encontra. Ainda fez um importante apontamento quanto a disponibilidade das equipes para construir um trabalho em rede, um trabalho em parceria.

A terceira disparadora questionou uma observação que construiu ao longo de sua permanência na unidade de acolhimento. Referiu ter observado que diferentes perfis coexistindo no mesmo equipamento, este fato a inquieta e questiona: “Como este convívio pode influenciar a vida destas pessoas?”

A primeira disparadora retomou a fala dizendo-se contemplada pelas diversas falas. Destacou a esfera da Justiça que, segundo ela, faz diálogo com as diversas políticas públicas. Questionou como construir um cuidado compartilhado com as diversas esferas que manejam a realidade da vida do usuário. Apontou que a Assistência, em especial, traz uma ressonância com o método cartesiano com que a justiça olha para a vida das pessoas. Destacou a importância dos diferentes saberes poderem trazer suas contribuições para a realidade do projeto de cuidado de um jovem. Questionou o porquê que neste encontro há poucos participantes da Justiça, dos diferentes setores que compõem este cuidado. Questiona: “Onde eles estão?”

O segundo disparador trouxe a dificuldade de coexistir neste período de desenvolvimento da vida humana. Referiu a necessidade de serem elaborados programas que incentivem os adolescentes a ocuparem um lugar no social, inclusive pensando em como auxiliá-lo a pertencer ao modelo econômico vigente. Destacou a escassez que vivencia o público que atendemos.

A., coordenador de Capsij, destacou a necessidade da composição dos olhares para que se possa pensar em um adolescente que está em processo de desenvolvimento e apresenta um sofrimento. Apontou a importância de uma equipe multiprofissional debruçar-se para olhar aquela vida.

O moderador comentou sobre a separação das ações, que não permite uma reflexão conjunta e questionou os encontros que são feitos somente para ações pontuais. Destacou a realidade precária do trabalhador da assistência e a discrepância de militância presente entre os trabalhadores do setor da Saúde e da Assistência. Apontou ações exitosas de composição de cuidado de crianças e adolescentes inscritas em um viés político de observação da necessidade de um cuidar construído coletivamente.

Dessa roda de conversa foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. Como fazer a composição do cuidado do adolescente através de um diálogo com diferentes esferas que se dedicam a este trabalho?
2. Como favorecer a existência de uma adolescência que possa circular no social, uma adolescência que tenha lugar?

Roda de Conversa 11: Crise, e agora?

Disparadores:

Patrícia Rodrigues Rocha (coordenadora do Capsij Brasilândia)

Cristina de Cássia F. Z. Bittencourt (familiar do Capsij Sé)

Bárbara Martins (profissional do Capsi Ipiranga)

Rubens Lopes Correa (HM Tide Setúbal)

Moderadora:

Bruna Taño (USFCAR)

Relatores (Capsij Brasilândia):

Ana Paula Plantier

Tiago Dias

A moderadora explicou a dinâmica do encontro e frisou que é uma roda de conversa, com proposta de diálogo coletivo.

68

A primeira disparadora frisou que nada mais importante que falar na perspectiva do adolescente, como ele mesmo cria mecanismos para lidar com momentos de grande sofrimento (crise).

I., usuária Capsi Brasilândia, contou o momento das primeiras crises. Relatou sobre um grupo de adolescentes que frequentava no Capsij, onde conheceu outras adolescentes. Um dia, em casa, ligou para outra adolescente do grupo e contou que tinha tomado muitos comprimidos. A adolescente ligou na casa da I. e alertou a mãe dela. Em tempo, a I. foi socorrida. Falou da importância da rede do Capsij. Disse: “é igual um trapézio, se um não segurar a mão do outro e não tiver aquela rede para segurar embaixo a gente não se sustenta”. Precisa lidar com os “nozinhos” da rede, “porque se cair um, cai todos”.

A primeira disparadora retomou a questão das estratégias do Capsij e perguntou “será que temos estratégias para lidar com a crise do adolescente?”. Ela explicou que no Capsij Brasilândia, desde a sua abertura o serviço estava muito voltado para crianças. Nos últimos anos, têm-se feito apostas nos adolescentes. Grupos que começaram com 14 adolescentes, hoje já têm 40. Cria-se espaços tão acolhedores que eles mesmos já começam a criar mecanismos para lidar com as próprias crises. Como, por exemplo, vir ao Capsij, falar que não está bem e pedir para conversar. Fatos que demandam do próprio Capsij questionamentos quanto à prática terapêutica para os

adolescentes. E com o tempo vai se tendo a ideia de que estas apostas valem a pena e constroem redes e caminhos.

A segunda disparadora falou das primeiras crises do filho, G., das dificuldades vividas para transportá-lo no ônibus, na rua. As idas ao Capsij passaram a ser diárias. Segundo ela, no ônibus e metrô era muito difícil. As pessoas viam a crise dele, saíam de perto ou queriam agredi-lo. O filho tomava altas doses de medicamento e, mesmo assim, não dormia. Muitas vezes ficava muito agitado e agressivo. Ela não conseguia levá-lo para espaços públicos. A própria mãe ficava muito irritada. Algumas vezes chegou a pensar que ia abandoná-lo ou interná-lo. Mexia com toda a família, desestruturava a todos. Conta que hoje ele teve “uma melhora de 1000%”.

Foi perguntado “O que mais que você acha que ajudou ele a superar a crise?” Ela responde que acha que a persistência dela foi importante. Mesmo nas maiores crises, que precisava de quatro para segurá-lo, ela ia. Mesmo apanhando dele, “com o olho roxo, eu ia; “acho que foi também o tempo, a persistência”; “na época eu queria algo rápido, mas não era assim”. O que ajudou? Você acha que foi efeito da medicação ou outras coisas? “Acho que os atendimentos terapêuticos mais contínuos”. Ela também tinha acompanhamento. “Estava em crise também, mas tinha que me controlar para cuidar dele”.

A terceira disparadora falou da crise na perspectiva da equipe. Contou que previamente conversou com a equipe do Capsij sobre o tema da crise. Em um primeiro momento a conversa caminhou para um âmbito mais teórico, mas perceberam que não seria este o caminho do que gostariam de trazer para esta roda. Ela falou de um usuário do Capsij que está há dois meses em crise. E junto com isso vem o impacto na vida familiar e social. “Acolher e cuidar disso trouxe, para ele e para equipe, angústias e também construções”. A equipe se vê na necessidade de se reestruturar para dar conta destas crises. Como funciona a dinâmica de trabalho para melhor acompanhar o usuário? Lidar com a falta de um técnico, por exemplo. Além disso, há uma tendência de direcionar o cuidado da crise para o saber médico. Percebem também o esgotamento de alguns técnicos em lidar com a crise, seja pelo tempo de serviço ou o tempo da crise. “Tempo de angústia para a própria equipe”. No caso deste usuário foi reestabelecido o contato com a rede (UBS), uma reaproximação mais efetiva com a família, ajudar a família no cuidado à crise. Fez a equipe repensar as atividades para o usuário em atendimento intensivo (fono, almoçar junto, histórias, ajudar no grupo de crianças, desenhar, grupos terapêuticos, falar sobre zumbis, jogos mortais, etc.). Podemos dizer que a equipe vive com o sujeito o mesmo que ele vivencia.

A moderadora sugeriu pensar e dialogar sobre como a gente vivencia a crise, no âmbito do usuário, do profissional e do gestor.

T., profissional do Capsi Sé, falou do território e do ambiente em que estão e o quanto este lugar é suscetível a crises e que o manejo das crises é muitas vezes difícil. E mesmo assim conseguiram lidar bem com crises como a do G. Hoje eles acolhem muitas crises e junta-se crise da equipe com a dos usuários.

J. contou que se emocionou muito com os relatos. Primeiramente por ver as crianças virarem adolescentes, sendo cuidadas e apresentarem melhoras, assim como a I.. Elogiou a fala dela. Falou que fica contente quando vê profissionais mais jovens se apropriando tão bem desse cuidado em saúde mental, dando continuidade (nesse caso se refere à B. segunda disparadora). Contou que a história da crise dentro dos Capsij é muito difícil. Três crises estão juntas aí, a do paciente, do familiar e da própria equipe. Como compor tudo isso de forma razoável e realmente ajudar a organizar a vida do adolescente ou criança. Falou que há realmente muito cansaço envolvido (remete-se à mãe do G.). E como muitas vezes a questão da internação surge durante esse momento de crise. E o quanto temos que pensar sobre isso. Falou do cuidado às equipes.

E., profissional do Capsij Vila Maria, contou que vem de uma equipe que tem muita dificuldade em lidar com a crise e com a fala da B. sente-se muito acolhida. “Minha equipe está em crise por não saber lidar com a crise”. Ainda não consegue lidar com a crise fora dos grupos de convivência. Demanda um diálogo entre a equipe e diferentes compreensões de como lidar com a crise. Alguns acabam caindo no senso comum, falam em contenção, em remédio. Contou que o ambiente do Capsij em que trabalha propicia a crise, pois é um ambiente mais hospitalar. As produções artísticas não podem ficar nas paredes e os usuários questionam isto. Fala de esgotamento na equipe. Falar de crise é também falar em convivência e ambiência. Falou da importância de pensar a convivência como dispositivo de cuidado.

A. disse que “é muito ruim mostrar fragilidade e esta roda expõe isso”. Contou que os profissionais têm medo de errar e na hora da crise isto aparece mais claro. “A crise é momento do respiro sair”, segundo ela. Por mais que doa, é onde a equipe pulsa, onde exige diálogo; “onde a gente perdeu a capacidade de se olhar e falar?”

70

R., profissional da educação, contou que pensou em participar desta roda para falar da crise dentro da escola. Na escola muitas demandas geram dúvidas. Falou que o manejo deve começar dentro do ambiente escolar. Também se vê o esgotamento dos educadores. Tentar pensar como se trabalha isso também dentro da área educacional.

P., usuário do Capsij Guaianases, contou que na escola de jiu-jitsu as pessoas perguntam. Fala que é autista, que pensa muito. Escreve poesias. “Não penso antes de falar, falo mesmo”.

I., usuária do Capsij Brasilândia, disse que o jeito de lidar com adolescente não é dando um tapinha nas costas e dizer que vai passar, que é frescura. Ou dar um remédio, apenas. Acho que as piores crises são aquelas em que não conseguimos falar, mesmo quieta, calada, podemos estar em crise.

A primeira moderadora falou da crise do ponto de vista do gestor. Como apoiar o profissional a lidar com as crises dos usuários. Infelizmente não há supervisão clínico-institucional para ajudar os profissionais a lidar com as crises em saúde mental. Como gestora, ela tem consciência que não consegue abarcar tudo. E mesmo assim tenta o tempo todo propor encontros entre profissionais, dinâmicas entre eles. Trabalhar em

Capsij é estar um local de cuidado totalmente sem proteção. Se o lugar da criança é na vida (na escola, no ônibus, etc.), o lugar de atuação da equipe é também na vida. E o que temos que proteger, é a nós mesmos e ao outro. A atenção psicossocial está numa ótica que é ética e política, e nem todo mundo se alinha a esta aposta.

D., profissional do Capsij Cidade Líder, disse que se sentiu muito bem representada pelas falas da roda. Está há quatro anos na mesma unidade, a equipe antiga não está mais, pois em algum momento adoeceram. Acha que em muitos momentos essa crise da equipe vem do despreparo. Complementou: precisamos de estratégias para que o profissional de saúde seja acolhido e cuidado também.

D., usuário do Capsij Brasilândia, contou como foi importante para ele o apoio da escola no cuidado em saúde. Disse que foi admirável isto. Cuidado que nem por parte da família ele teve.

M., profissional do Capsij Quixote, falou que não tem fórmula para lidar com a crise, mas que alguns caminhos são possíveis. Disse que quando há um vínculo com o usuário, isto é importante. Entender o ponto desencadeador daquela crise, mesmo que não seja fácil no cotidiano de trabalho. Como é importante se comunicar, falar sobre a crise, o que deu certo ou não. Como lidar com as urgências que as outras instituições direcionam ao Capsij, como a escola ou o SAICA, por exemplo.

E., profissional da educação, contou que são situações, crise ou não, que realmente geram angústias na escola. Muitas vezes há um movimento de acolher o aluno. Falou que o relato da mãe do G. retrata bem as angústias que escola também vive.

J., mãe de usuário de Capsij, contou que a crise dela foi até pior que a dele, pois demorou para perceber a crise da família. Disse que conseguiu tirá-lo dessa situação quando começou a frequentar o Capsij.

C. elogiou a analogia da I. à rede de trapézio. E falou que a crise ensina aos profissionais como criar estratégias para lidar com as diferentes crises. Falou sobre o território de São Paulo, que possui uma estrutura de rede ainda frágil. Precisamos de espaços para cuidado do cuidador.

Por fim, a moderadora elogiou a roda, falou que foram inusitadas algumas questões trazidas. Em resumo, foram levantados os seguintes temas na roda:

1. Diferentes experiências com a crise - da família, da equipe, do usuário.
2. A necessidade de se legitimar o direito ao sofrimento, ao cansaço da família.
3. Quanto aos trabalhadores: fragilidades dos ambientes de trabalho, como planejar a crise, criar um espaço de acolhimento da crise; a supervisão técnica essencial para compor o cuidado; pensar o quanto os espaços físicos/concretos favorecem as crises dos usuários; a necessidade de se pensar regularmente na construção dos espaços de convivência.

Dessa roda de conversa, foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. A moderadora sugere pensar e dialogar sobre como vivenciamos a crise, no âmbito do usuário, do profissional e do gestor. Três crises surgem aí juntas: a do paciente, a do familiar e a da própria equipe. Como compor tudo isso de forma razoável e realmente ajudar a organizar a vida do adolescente ou criança?
2. Em que medida os espaços físicos/concretos influenciam na dinâmica do cuidado em saúde mental, sobretudo, no que se refere às crises das crianças e adolescentes?

Roda de Conversa 12: Ambiência e Convivência: Por que, para quem e como?

Disparadores:

Alex Alves (profissional do Capsij Penha)

Stephanie Tessaro (usuária da Capsij Casa Verde)

Ester Martins (usuária da Capsij Casa Verde)

Fernanda Pimentel (profissional do Capsij Guaianases)

Moderador:

Cristiana Lykouropoulos (profissional do Capsij Lapa),

Relatores (Capsij Cidade Líder):

Nara Castanhas

Aline Roberta Silva

A moderadora abriu a roda com o questionamento: Que espaço é esse?

73

O primeiro disparador apresentou-se como integrante da rede “fazedores de arte - oficinairos”, dizendo não ter formação em saúde mental e relatou ter iniciado seu trabalho na Cracolândia. Citou um trecho da Fernanda Nicácio: “No SUS a política da humanização traz ambiência como um espaço de produção do sujeito” e em seguida fez uma citação de Donald Winnicott, no qual o autor enfatiza a importância do ambiente na constituição do sujeito, podendo ser um facilitador para seu desenvolvimento saudável. Trouxe um questionamento quanto aos termos “ambiência” e “convivência”. A partir de sua experiência, referiu ter constatado que muitos profissionais têm uma formação deficitária, trabalham a partir dos conhecimentos “populares” e têm pouco tempo para pensar nos processos de trabalho. Referiu que o oficinairo não tem uma formação específica do uso da arte e da expressão artística dentro da saúde mental e que esta formação existe somente fora do Brasil. Disse perceber o quanto a arte é importante na saúde mental e questionou que, apesar disso, este tema não é pensado em espaços formais. Disse que os usuários utilizam a arte de várias formas para se expressarem e que, portanto, isso deve ser discutido. Questionou: “Como esse espaço de ambiência pode ser efetivo?”. Fez uma crítica dizendo que hoje a ambiência não é efetiva e em seguida discorreu sobre o significado de convivência: Ação ou efeito de conviver, convívio diário, ter intimidade. Ação de coexistir no mesmo local de forma harmoniosa.

A segunda disparadora trouxe sua visão sobre o equipamento e considerou esse espaço importante. Diz: “Ambiência não é só dentro do Capsij. É preciso pensar

nisso dentro de casa também. Às vezes não temos essa ajuda em casa”. Disse que gostaria de ter a mesma relação da ambiência que tem no Capsij dentro de casa, a intimidade com outras pessoas que acaba tendo no convívio e a oportunidade para aprender com outros usuários e com outros profissionais. Disse sentir-se em uma família, num lugar onde se pode contar sobre a vida, se abrir e levar suas angústias, ter muitas vivências e poder viver o espaço de ambiência de forma bastante intensa. Referiu que a ambiência é maravilhosa e a ajuda muito. Relatou que quando foi pedir ajuda na família, teve a sensação de que ela era uma pessoa fora dos padrões, sentindo-se excluída pela própria família. Relatou que quando foi falar para sua mãe o que estava sentindo e pediu ajuda, sua mãe disse: “tá bom, vou te ajudar”. No outro dia, ela disse que não precisava mais de ajuda, mas sua mãe insistiu e a levou ao Capsij. Chegando lá, ela não queria mais estar lá. Disse que em sua cabeça pensou que não seria simpática com os trabalhadores do Capsij, mas quando os trabalhadores a acolheram, ela sentiu-se muito bem, sentiu-se aliviada e pode falar tudo o que estava sentindo e passou a querer estar ali todos os dias. Hoje sente-se muito melhor. Agradeceu a disponibilidade dos trabalhadores do Capsij e trouxe a flexibilidade do serviço como sendo muito bom para ela, pois pode ir sempre que precisar. Disse que no Capsij ela se sente como uma PESSOA, diferentemente do que as pessoas falavam, “essa é drogada, não tem volta”. Sentiu-se amada e acolhida no Capsij, fez um agradecimento à toda a equipe.

A terceira disparadora estava emocionada. Relatou que em sua casa não tinha uma convivência agradável e não deixava ninguém dormir quando tinha uma crise forte. Disse que sua família não queria mais conviver com ela e diziam que deveria viver trancada no quarto porque não havia condições de se conviver com ela. Relata ter ficado internada em Santana por uns dias e refere ter se sentido só, trancada num quarto, diz: “Não era agradável. Já no Capsij era muito bom, pois eu me distraía, eu me abria, diferente de quando estava com a família.” Disse que as pessoas a chamavam de doida. Disse: “O tempo passou, eu não me sentia eu, sentia-se como outra pessoa. Na medida em que o tratamento foi acontecendo, comecei a parar de pensar em querer morrer, ter ido para o Capsij foi muito importante, pois estava se sentindo num buraco fundo e lá, através dos cuidados, melhorei. Fiquei boa, comecei a conversar. Hoje na minha própria casa melhorou a convivência. Antes era desagradável, hoje, melhorou muito. Inclusive os vizinhos se metiam na sua vida”. Relata que as pessoas a olhavam e diziam que ela não teria jeito. As pessoas que a viram antes e que a veem hoje percebem a sua melhora. Antes ela estava em depressão. Só chorava. Hoje ela sorri. Falou que sua família também sofreu. Disse que o Capsij para ela é um lugar onde ela se distrai, sente prazer em frequentar e que por ela iria ao Capsij todos os dias. Agradeceu a todos que fizeram parte da história. Ela mesma acreditava que não teria jeito, mas que, com o tratamento, viu que é possível melhorar. “Quem me viu, quem me vê”. Acredita que passou e venceu um processo.

A quarta disparadora referiu que pensa a ambiência juntamente a sua colega do Capsij Cidade Líder e da colega do Capsij da Lapa. Disse que na inauguração do serviço, há quatro anos, era um recurso importante para o Capsij. Disse que todos que estavam inseridos no Capsij ficavam na ambiência e que esse espaço começou a ficar superlotado. Observou-se que este espaço descaracterizou-se. A partir de então, todos

os profissionais da equipe passaram a questionar o que é ambiência e como poderiam repensá-la. Disse que o Capsij é um espaço para a expressão dos sujeitos e que a ambiência passou a ser um espaço para acolher os usuários em crise e não mais um lugar para acolher a todos. Ambiência, portanto, seria uma ferramenta nova, utilizada como recurso, como um lugar para se acolher todas as crises (entendendo como crise não só a psicose, mas também as questões psicossociais). Trouxe alguns relatos de pacientes com dificuldade de lidar com os outros e com os espaços que frequentavam (escola, família) como um lugar acolhedor. Disse que o perfil dos colaboradores deve ser de um colaborador ativo e acolhedor. Quem está na ambiência deve estar disposto a ouvir e a lidar com as demandas dos usuários. Deve ser um ambiente seguro, empático e afetuoso. Esse lugar não é só um lugar de entretenimento. É preciso reconhecer os usuários como protagonistas da sua própria história. Disse que a ambiência é um lugar de passagem, onde o sujeito se fortalece para conseguir ocupar outros ambientes na vida.

F., profissional de saúde, disse acreditar que esse é o melhor retorno que alguém se pode ter. Ouvir sobre as experiências exitosas dos usuários. Disse que no Capsij onde ela trabalha, também se pensa muito neste recurso. Para ela, este espaço vai além do ambiente físico, da decoração, da forma como os trabalhadores se vestem. Disse que o jaleco, no caso deles, que utilizam como um equipamento de proteção individual, não interfere no estabelecimento do vínculo. Relatou que os familiares muitas vezes não entendiam o que era ambiência e criticavam pensando ser um lugar onde não se faz nada. Disse que sua equipe sempre tenta explicar o que de fato significa a ambiência, e que esta está inserida, por exemplo, no relacionamento com o segurança que recebe o usuário, com os profissionais da recepção. Ressaltou a importância de se lembrar no Capsij como um lugar de passagem.

J., profissional do Capsij do M'Boi Mirim, reforçou a importância da utilização do jaleco. Disse que o utiliza como EPI (Equipamento de Proteção Individual) e entende ser um facilitador, como por exemplo, em momentos de crise, quando é importante para o usuário reconhecer o profissional. Em seguida, perguntou para os usuários se eles acham chato esse espaço de ambiência.

A., usuária de Capsij, disse que nunca pensou ser esse um ambiente chato. Disse gostar da liberdade que tem de poder falar na hora que quiser com os profissionais. Disse que nunca ficam sozinhos. Outra usuária conta que se sente segura no Capsij e não considera esse ambiente chato. P., usuário do Capsij, disse que ficou três semanas na ambiência e acha estranho os profissionais usarem jalecos.

B., profissional de saúde do Capsij Cidade Líder, referiu sobre a importância de se discutir com a instituição o motivo de não se usar o jaleco. Disse que usa o jaleco só em situações específicas como uma visita domiciliar. Entende a importância de o usuário poder circular pelos espaços.

J, usuária do Capsij, trouxe que estar no Capsij em todos seus espaços incluindo a ambiência a tem ajudado muito (diz que conseguiu ficar um mês sem se cortar).

M., profissional do Capsij Santana, disse que sempre tenta utilizar os espaços fora do equipamento para realizar atividades. Conta sobre a importância dos profissionais respeitarem o sofrimento do outro e que muitas vezes o usuário não fará as atividades propostas da forma que se esperaria. Disse que nos passeios externos não utiliza o jaleco, pois as pessoas veem isso de forma diferenciada.

A., profissional do Capsij Sapopemba, disse que a ambiência já foi discutida diversas vezes e que neste lugar não precisa ter de fato sempre algo para se fazer. Deve-se levar em consideração o que o usuário quer e como este entende como ambiência.

S., mãe de usuário do Capsij do Campo Limpo, disse que a escola não está preparada para receber os usuários, pois ela não os inclui. Propõe dos Capsij trabalhem com as escolas como se devem receber esses usuários.

A. profissional do Capsij da Penha, disse que se trabalha com as escolas e que tem algumas mais acessíveis e outras menos. Acredita que a sociedade como um todo não está preparada para receber e conviver com o diferente. Retomou o preconceito da população e do senso comum.

L., usuário do Capsij Campo Limpo, referiu que gosta mais ou menos do Capsij. Falou que para ele, “jaleco é estranho”.

A., profissional do CECCO, elogiou os depoimentos. Disse ser psicóloga há 40 anos e perceber na fala do A. um desejo de encontrar novas formas de se cuidar na saúde mental. Sugeriu que este escrevesse sobre suas experiências.

A. usuária do Capsij, voltou a falar sobre preconceito, dizendo que quando ela arrumou um trabalho, a gerente do novo serviço teve muito preconceito com ela, pois sabia que ela fazia tratamento no Capsij.

Outro usuário trouxe que a filosofia o ajuda muito e diz perceber que as pessoas estão tão fechadas em si mesmo, que não olhamos um para o outro.

M., profissional do Capsij Vila Maria, diz estar aprendendo muito no equipamento. Observou que na equipe, “convivência é o resto”, e percebeu que é lá que os fenômenos acontecem e entende que ambiência é um espaço muito rico, porém pouco valorizado.

G., profissional de saúde do mesmo serviço concordou que esse espaço tem sido feito pelos técnicos de enfermagem e funcionários que não estão “a fim”.

E., usuária do Capsij, perguntou: Se a pessoa sofre qualquer tipo de preconceito, o que ela deve fazer na hora? F. respondeu que o Capsij também é um lugar onde se trabalha o preconceito e que esta é uma pergunta complexa e que não pode ser discutida de qualquer forma.

A moderadora retomou dizendo que a ambiência é um dispositivo de cuidado, ao mesmo tempo em que é o espaço do “resto”, onde fica o paciente que não tem o que se fazer. Diz que o espaço de convivência é na vida e o Capsij é um dispositivo que faz a mediação. Diferencia ambiência e convivência. Diz que ambiência é um conceito (espaço acolhedor) e convivência é estar juntos de fato neste ambiente acolhedor e que existem tecnologias para permear esse espaço, tais como o vínculo, escuta e arte.

Dessa roda de conversa, foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. As mudanças de paradigmas e conceitos sob ambiência/convivência ao longo do tempo.
2. Ambiência como espaço para crise (psicóticas e psicossociais) de caráter transitório

Roda de Conversa 13: Educação e Saúde Mental: Aprendendo juntos

Disparadores:

Jonatas Daniel P. Leite (Capsij III São Miguel Paulista)

Alessandra Cristina S. de Oliveira (Capsij Brasilândia)

Athene Maria F. Mauro e Maria Auxiliadora C. Cusinato (Tamo Junto - Área Técnica Saúde da Criança e do Adolescente de SMS)

Moderadora:

Adriana Watanabe

Relatores (Capsij III São Miguel Paulista):

Ysis Hubner Nunes

Paula Marques de Freitas Burattini

Nesta roda de conversa foi apreciada a integração entre Saúde e Educação, como se dá essa articulação no cotidiano dos equipamentos e seus setores, para que assim o processo de aprendizagem das crianças e adolescentes tenha qualidade.

A necessidade de articulação entre o setor da saúde e seus equipamentos (UBS, Capsij, CER, dentre outros) com o setor da educação foi discutida diversas vezes e apontada como prioridade das políticas públicas e das ações dos serviços envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes.

A falta de comunicação prejudica o olhar ampliado voltado aos aspectos que influenciam o processo saúde-doença vivenciados pela população que circula por diversos setores e contextos: família, sociedade, educação, saúde, lazer, cultura, etc. Apenas dessa forma a integralidade faz-se presente, e o cuidado compartilhado entre tais setores e a família dos sujeitos resulta no elemento primordial: a proteção.

A escola ressalta sua atuação juntamente com a saúde, através do Programa “Saúde na Escola” e também o Programa “#TamoJunto”. Reforça-se a necessidade de aperfeiçoar o Programa Saúde na Escola e as potências do Programa #TamoJunto. Indica-se que o trabalho compartilhado no território ocorre, porém com dificuldades em seu processo. Há a necessidade de discutir os casos face a face, não somente através de relatórios, ou seja, de encaminhamentos e de ações mais efetivas no território.

Em relação a inclusão, ela se faz necessária compondo com a diversidade do trabalho e situações da vida, seja ela em escolas especiais ou de ensino regular, sendo

constante a exploração e apropriação do espaço que é de direito das crianças e adolescentes com deficiência. Para continuar a descobrir e propiciar esses espaços é importante o fortalecimento da autoestima, da coletividade e das potencialidades da parceria entre saúde e educação, através da promoção de encontros de familiares nas respectivas áreas.

Alguns dispositivos/programas intersecretariais utilizados têm como foco o estímulo da vida em sociedade dos usuários e seus familiares, criando ações preventivas e momentos de trocas de experiências para a construção de melhorias nos âmbitos descritos, que só foi possível pela construção conjunta entre saúde/educação.

A escola aponta como dificuldade o excesso de “Diagnóstico Psicopatológico”, que ocorre quando a instituição não consegue suprir as necessidades do processo de ensino/aprendizagem. A escola coloca que uma das razões para essa dificuldade é o fato de que a metodologia vigente utilizada pelas escolas não abrange todas as crianças e as situações complexas de vida. Além disso, nota-se também, tanto por parte da escola como por parte da saúde, que há a medicalização de aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil na vida escolar. Assim, é importante que a escola estabeleça qual é seu olhar dentro de seu contexto.

Ainda sobre diagnósticos, identifica-se como fator complicador, uma vez existe uma exigência em relação a nomear cientificamente sentimentos, angústias e características individuais, ou seja, dar nome à comportamentos humanos sob a ótica da normalidade. Também foi colocado que o diagnóstico possui um papel de justificar o sofrimento da criança/adolescente e também o sofrimento do profissional. Atualmente, índices apontam grande porcentagem de diagnósticos relacionados ao estresse, ansiedade e depressão entre os profissionais.

A escola é considerada como lugar de socialização e de convivência, além de um lugar de aprendizagem. É um espaço de transformação, em que se deve estimular a convivência agradável. É necessário que o professor esteja preparado para as demandas já existentes e para as novas que surgem a cada momento. Como promover tal espaço e alcançar os objetivos? Não há uma resposta técnica única para resolver tais questões, mas existe a necessidade de criar coisas novas, o que endossa a importância de articulação intersetorial e corresponsabilização do cuidado por todos os envolvidos, inclusive a família.

As mães necessitam ter o espaço para *ser e estar* na escola de forma integrada e participativa, com o propósito para dar voz e expor seus pensamentos e as demandas familiares. Assim, seria possível compartilhar com todos os envolvidos, familiares, alunos e professores, suas demandas e necessidades individuais, efetuando o trabalho voltado a diferenças. As famílias possuem diversas críticas em relação a escola, principalmente relacionadas ao número de alunos por sala, o que implica em diversidades e limitações individuais de cada criança. Tal proposta é observada como forma de potencializar a presença dos pais/responsáveis dentro da escola.

Durante a roda de conversa, houve um relato de experiência de uma

adolescente que vivenciou uma situação de sofrimento causado por um trauma negativo. Tal acontecimento refletiu em seu rendimento escolar. A escola acolheu esse sofrimento, respeitando tempo da adolescente. Após algumas intervenções da escola, o sofrimento ainda se fazia presente, e então, a instituição encaminhou a adolescente ao Capsij Brasilândia. A adolescente contou que sentiu-se acolhida pela escola, e houve olhar, atenção e cuidado dentro da escola antes de encaminhá-la ao Capsij. Cabe ressaltar a importância do apoio entre os equipamentos que atendem as demandas dessa parcela da população.

Outra crítica apontada para a escola foi em relação aos autistas. Muitos dos familiares relatam dificuldade e despreparo dos profissionais da instituição para o acolhimento das demandas e necessidades específicas. Mais uma vez, mostra-se a importância da participação dos familiares na escola, e da realização de reuniões com equipes multidisciplinares para matriciamento e construção coletiva de articulações de rede.

Historicamente, a escola se fez seletiva e excludente e, atualmente, com a busca constante por explicações científicas para determinados comportamentos infantojuvenis, o diagnóstico psicopatológico reforça a falta de efetividade do papel da escola, de lugar de ensino-aprendizagem, sociabilidade e convivência. A escola deve rever seu olhar voltado a criança, com relação à diagnósticos, laudos e relatórios, uma vez que o mesmo estigmatiza a criança/adolescente, suas relações e seus contextos.

Foram muitos os relatos de usuários da rede de serviços que colocaram em questão a pouca comunicação entre os equipamentos que acompanham crianças e adolescentes. Portanto, faz-se necessário criar dispositivos para unir os serviços, onde Saúde, Educação e Família possam estar juntos além do elo formulado através do diagnóstico, unindo-se através da articulação da Rede presente no território.

Para tal configuração da teia de equipamentos oferecidos, alguns dispositivos para auxiliar no processo foram citados: criação de fóruns intersecretariais e intersetoriais; espaço democrático para discussão coletiva não institucional; reuniões de rede e de matriciamento. Os dispositivos citados estabelecem e fortalecem a atuação na rede protetiva, além de promover e facilitar o caminhar de crianças e adolescentes, e seus familiares, pela rede de serviços e na corresponsabilidade do cuidado.

Roda de Conversa 14: Saúde e SAICA – Acolhendo Juntos

Disparadores:

Dr. Paulo Fadigas (VI Penha)

Kate Delfini Santos (profissional do Capsij Cidade Ademar)

Miriam Vieira Santos (Coordenadora de abrigo)

Moderadora:

Isadora Simões de Souza

Relatores (Capsij Mooca):

Maria de Fátima Santos

Mariane Moysés de Queiroz Alves

A moderadora fez a apresentação da mesa e convidou todos que estão na roda para se apresentarem.

O primeiro disparador propôs uma reflexão sobre o que é família, destacando que a Constituição a coloca como sendo a base da sociedade. Apontou que o modelo de família “normal” não existe e que ao trabalharmos com núcleos familiares nos referenciamos à nossa própria família. Família, neste sentido, constitui um lugar mental, um “mito” que buscamos e que não corresponde à realidade. No horizonte de possibilidades reais devemos discutir, enquanto profissionais, como vamos abordar as famílias e o que vamos fazer. Convidou uma das profissionais presentes, com quem acompanhou conjuntamente um caso, a relatar a experiência. Trata-se de uma jovem de 15 anos, C., que até quatro anos atrás era “normal”, mas, com o tempo de abrigamento, começou a adoecer, dizendo que sentia muita falta da mãe. Cortava-se, batia a cabeça, por vezes, tentou suicídio. Quando tinha surtos, as crianças menores que moravam no abrigo escondiam-se. Era um caso muito difícil. O abrigo acionou várias instituições, uma vez que entendia que ela precisava ficar no abrigo e receber tratamento, devido à condição de vulnerabilidade da mãe. A mãe foi destituída judicialmente do poder de guarda porque fugia do que se supõe ser modelo de uma boa mãe. O SAICA questionou a efetividade de tal ação e buscou investir novamente na família, para garantir uma melhor convivência familiar e comunitária.

Uma discussão se deu sobre como acolher famílias em suas singularidades, momento de estarmos abertos a receber e escutar novas formas de ser estar em família. Participantes apontaram que há uma diferença entre uma mãe negligente e uma mãe portadora de transtorno mental. O moderador relatou que esses casos constituem uma grande dificuldade, quando a mãe não dispõe de uma família extensa

que apoie no cuidado. Assim, um investimento da rede de apoio na mãe seria uma aposta para que ela possa exercer o cuidado da criança. Na sociedade atual a mãe tem desempenhado inúmeros papéis, possibilitando que uma mãe circule por lugares diferentes, o que propicia que não apresente a mesma atitude no SAICA e no Fórum e tal comportamento difere de acordo como ela é abordada.

Uma conselheira tutelar relatou uma frequência cada vez maior de abrigamentos e observa condutas de conselheiros tutelares que muitas vezes optam por abrigar as crianças e adolescentes ao invés de acompanhar e cuidar das famílias e aponta a necessidade de reunião de rede para garantir uma interlocução entre os serviços.

O primeiro disparador retomou colocando que mesmo na Vara da Infância é muito difícil a comunicação, disse ser impossível realizar um diálogo quando os juízes negam uma abertura para uma atuação coletiva.

Outro participante colocou que com o Conselho Tutelar acontece o mesmo, o conselheiro muitas vezes não procura outros equipamentos para compor a rede.

A segunda disparadora disse que trabalha na saúde mental há quatro anos e já ter trabalhado em SAICA. Relatou uma grande mudança ocorrida nos últimos dez anos em função de mudanças na lei. Falou que anteriormente os abrigos acolhiam grupos de sessenta, cem, e até cento e vinte crianças. Comenta as “marcas institucionais” mais significativas, como, por exemplo, o fato de crianças portadoras de HIV vestirem roupas marcadas. Relatou a grande mudança dos abrigos e pontuou que, apesar destes avanços, pelo fato histórico dos abrigos terem sido constituídos inicialmente como orfanatos, tendo sua origem pela via filantrópica, ações disciplinadoras e segregacionistas ainda se fazem presentes na prática atual. Hoje trabalhando num serviço de saúde mental, consegue também acompanhar crianças que se encontram em SAICA. Considera que as crianças, por serem abrigadas, não precisam necessariamente ser atendidas no Capsij e que seus sofrimentos e histórias de vida podem e precisam ser acolhidas nos SAICA e aponta a importância de seus profissionais desenvolverem um olhar mais apurado para o que é saúde mental.

Um dos participantes questionou como seria possível mudar o olhar das equipes dos vários serviços que compõem a rede de atendimento da criança e/ou adolescente sobre as mães, que muitas vezes tem um cunho moralista. Há uma solicitação grande de medicação pelas equipes que compõem a rede, SAICA, escolas, famílias, profissionais de saúde.

Surgiu um debate sobre o excesso de medicalização da infância, com uma tendência atual da sociedade em patologizar todo tipo de comportamento, em especial quando as equipes não lidam bem com as questões de saúde mental. Há um olhar preconceituoso não só com as famílias, mas também entre as equipes que compõem a rede.

Um participante apontou: “Às vezes tem tanta gente envolvida na vida de uma criança que acaba perdendo-se o sujeito que está ali”. Há muitos atravessamentos, o que acaba por gerar condutas muito diversas entre os profissionais que compõem a rede de cuidados. É necessário um melhor afinamento do trabalho. Há uma dificuldade em se reconhecer as reais necessidades da criança, dar-lhe voz e tomá-la como sujeito. Tomando-a então enquanto sujeito, será então possível discriminar o que requer tratamento especializado e o que não.

Uma participante acrescentou que na infância o diagnóstico não se faz à caneta e sim à lápis, pois a criança se encontra em constituição, em desenvolvimento.

Outro participante relatou sua aproximação com o Instituto Fazendo História e contou que este oferece psicoterapia para crianças abrigadas e observou que muitas crianças que fizeram psicoterapia não precisaram mais de medicação e muitas que não precisavam de medicação, por muitas vezes acabaram sendo medicadas.

A terceira disparadora relatou que um adolescente portador de transtorno mental fica “sem lugar”. Questionou onde é o lugar desse adolescente, quando não tem lugar no SAICA, na escola, no supermercado e verificou que não há lugar para crianças e adolescentes com questões de saúde mental. Disse que uma pessoa sem lugar acaba não fazendo parte da sociedade e propõe que essa reflexão possa ser feita dentro dos serviços. Em seguida colocou uma segunda questão: sugeriu que Capsij e SAICA se reconheçam melhor, saibam como trabalha cada equipamento, para que assim possam discriminar qual é o trabalho de cada um, para poderem atuar conjuntamente e de forma mais integrada.

Um participante considerou que SAICA e Capsij são partes de uma rede de cuidado e questionou a postura das escolas que muitas vezes excluem a criança. Afirmou: “Se não há lugar para essa criança, não há trabalho possível. Quando a criança passa a ser aceita, ela melhora em todos os lugares.”

Uma profissional de saúde falou da sua experiência de aprendizado com os casos de grande complexidade. Considerou que os profissionais precisam ser humildes, que o conhecimento está no conjunto, o trabalho não está pronto e deve ser construído caso a caso, pois cada caso é único. Afirmou: “O saber está em nós e não em um só.”

Outro participante referiu sua inquietação em relação a como se inclui a o poder Judiciário e o Conselho Tutelar para garantir o direito de a criança ser aceita na escola de forma digna.

O primeiro disparador retomou a fala e relatou que há dois mecanismos: a audiência concentrada e a discussão de caso. Referiu que está revendo o modelo das audiências concentradas, pois começou a sentir que não se discute o caso e o adolescente em questão não está conseguindo falar e ser escutado. Está fazendo uma reunião antes da audiência, uma pré-audiência, para entender o que está acontecendo

e posteriormente realiza uma audiência concentrada “light” e depois uma conversa com o adolescente.

Os participantes apresentaram falas que denunciaram outros efeitos negativos das audiências concentradas para as crianças e para os profissionais. Foi dito que as crianças ficam muito ansiosas antes das audiências, assim como suas famílias, devido a exposição a qual ficam submetidas nas audiências. Os profissionais também se percebem expostos nessa situação e observaram que tal circunstância pode gerar dificuldades na relação de confiança entre as crianças e adolescentes que se encontram sobre seus cuidados.

A moderadora destacou que quando o primeiro disparador iniciou sua fala discutindo a idéia de família, isso não foi um detalhe. Disse que a nossa função enquanto trabalhadores deve se guiar pela ética e não pela moral, em hipótese alguma devemos julgar. Falou que precisamos radicalizar essa questão internamente nos serviços e em todos os lugares da rede, e acrescenta que a rede se faz e se desfaz cotidianamente, para cada caso uma rede específica e singular. Apontou que as equipes devem se fortalecer para que a medicalização não seja a solução para os problemas e destacou que medicalizar e medicar são ações distintas – medicar tem a ver com usar um recurso no cuidado. Ressaltou ser a humanização dos SAICA um caminho de acolhimento. Pontuou que o sofrimento apresenta-se em diferentes intensidades, e que nem toda criança que está abrigada deve ser acompanhada diretamente pelo Capsij. Entretanto o Capsij deve estar próximo dos abrigos, compondo redes, fazendo arranjos e acionando parceiros no cuidado.

Dessa roda de conversa, foram levantadas três questões prioritárias para discussão posterior:

1. Como fomentar o fortalecimento da rede intersetorial no nível local direcionado a diversas secretarias (educação, assistência e saúde) em interface como o judiciário?
2. Como melhorar a prática das audiências concentradas, dando voz aos às crianças e aos adolescentes?
3. Como propiciar encontros para pensar o modelo atual de abrigamento e tratamento com participação de profissionais da educação para maior aproximação dessa realidade?

Roda de Conversa 15: Capsij, Caps AD, Caps Adulto: onde está o jovem?

Disparadores:

Micaela França (usuária do Capsij Brasilândia)

Hulda L. S. de Almeida (profissional do Capsij Perus),

Vitor Manuel de Melo (usuário do Capsij Vila Mariana – Projeto Quixote)

Moderador:

Cecília Motta (Projeto Quixote)

Relatores (Capsij Casa Verde):

Ângela Lopes Carnaíba Siqueira

Rener Busso de Martini

Primeira disparadora falou que é do Caps AD Brasilândia e do Capsij. “Sou uma jovem também. Tem que ficar no lugar em que se sente bem. Me sinto bem no infantil, lá tem muitas crianças. Diferente do Caps AD, lá tem gente grande. Lá é AD e no infantil é mais mental. Só isso.

A segunda disparadora iniciou dizendo que é um tema provocativo para refletir, é novo. Caps são novos, infantil é novo. Falar sobre o jovem no Capsij é novo para a equipe. Desmistificar a ideia do Caps. É um espaço de loucura. É um espaço aberto, comunitário, inserido no território, que procura articular com outros serviços do mesmo território. Para substituir os hospitais psiquiátricos, os manicômios. O que se procura trabalhar nos Caps é a inserção social, a autonomia, o empoderamento. Trabalhamos com PTS, olhamos esse jovem de maneira única, através de grupo terapêutico, oficina, consulta, saídas. Em todos serviços, o jovem participa da construção do PTS ou a equipe decide e passa para o jovem. Muitos não entendem o Capsij como espaço seu. O Capsij vem como? O adulto foi um serviço que deu certo e foi criado o mesmo modelo para o infantil. Como é isso para o jovem que quer ocupar seu espaço? Como chegam aos serviços? Encaminhados, por demanda espontânea, conseguem aderir, dar continuidade? Muitos jovens participam no Capsij Perus. Procuramos trabalhar com eles de um modo que possam refletir e pensar junto com equipe. Oferecemos diversos grupos fora do CAPS: esporte, quadra cedida pela comunidade, culinária. Será que é apenas isso que o jovem precisa? O jovem está em formação, em busca de identidade. Como é ser reconhecido por estar no Caps AD e infantojuvenil? O trabalho tem que ser no território, com atrativos e não dentro do Capsij. Os Capsij devem ter atividades que interessam, que tenham a cara do jovem, pensadas com ele e sua família. Trabalhar a autonomia e protagonismo e assuntos que

interessam. Será que é apenas isso? Estamos preparados para isso? Para acolher essas diferenças?

O terceiro disparador contou um fato que aconteceu com ele: “Comecei a usar droga e não sabia o que era Caps. Falavam que era coisa para louco. Ficava com medo de ir porque não sou louco. Aí alguém falou que Caps não era para louco, mas para quem precisa de ajuda. A primeira vez que fui foi no Caps AD de Sapopemba e só tinha adulto. Não conhecia Capsij. O que vou fazer no AD? Queria desistir do tratamento. Me transferiram do SAICA, que muitos conhecem como abrigo. Me colocaram no Quixote, que vim a entender onde é o meu lugar. No infantojuvenil. Não é no adulto. O que as crianças estão fazendo no adulto? Muitos acham que só porque usam drogas tem que estar no adulto.

W., profissional do Caps AD Jardim Ângela, disse que a frase da primeira disparadora chamou atenção: lugar para sentir-se bem. Há uma defasagem nos serviços AD para os jovens. Colocamos no AD, no adulto. É importante lutar para ampliar os Capsij enquanto política pública. Criar mecanismos para atender jovem não é tarefa fácil, tem que ter afinidade enquanto equipe para atender, o profissional tem que ter energia, perfil. Grupo específico para jovem, para atendimento específico. Parceria entre os Capsij e AD. O Caps AD oferece dois grupos para jovens, mais parecidos com o Capsij. Depois de ouvir o jovem, conseguimos pensar isso: como construir isso na rede para atender o jovem. Colocar num ambiente com outras demandas interfere? O jovem tem que ficar onde se sente bem. Se for difícil, fica onde está, mas podem escolher onde quer ficar, o que precisa é a gente facilitar para isso acontecer.

R., profissional do Capsij Brasilândia, falou que o processo de trabalho do serviço vem passando por mudanças para cuidar dos adolescentes. Isso era percebido nas paredes. Estrutura de Capsij é bem infantil. Pinturas infantis acabam fazendo com que os adolescentes não se aproximem. Mudar a cara do Capsij com oficina de grafite, pop rock. Hoje vivem outro estágio desse processo, com ocupação dos adolescentes dentro do Capsij, participando mais ativamente. Hoje, estão fora do Capsij de um jeito produtivo, ocupando o território com outros serviços. Mas é muito difícil. Adolescência é difícil. Gera para a sociedade como um todo algumas coisas que nos fazem torcer o nariz: a todo o momento pensamos como tem que ser a adolescência. Se for montar um PTS para uma criança, tem participação dos pais. Faz sentido para família e para criança. Com adolescente, temos um desafio que é se reinventar enquanto profissional para estar no serviço, se não o adolescente não chega nem perto.

T., profissional do Capsij Cidade Líder, falou de duas questões na adolescência: espaço físico e rede. O Capsij bem infantil (parquinho, playground) não tem estrutura física com a qual os adolescentes se identifiquem e se sintam à vontade. Fui andar pela comunidade e vi que tem quadra fora, conversa com vizinhos, quadra na rua, atividades na rua para tentar amenizar o espaço interno infantil, para agregar. Na mudança do ano, além da demanda infantil que a gente tinha, recebemos a notícia que íamos receber o pessoal do AD. O que oferecer para eles sem quebrar a estrutura, para agregar e trazer para gente, para construir o vínculo? A equipe mobilizou-se para

acolher esse pessoal. Sentir-se bem é o mais importante. Não adianta mobilizar a equipe ou comunidade se não agregar o fazer com o adolescente, para se sentir bem. Construir junto com eles. A equipe sai para rua. Saídas que tentamos e estão dando certo.

S., profissional do Capsij Mooca, disse que sempre que falamos de adolescência, falamos de imaginário social que adolescente não faz nada, não quer nada. Não faz o que queremos ou achamos certo que eles façam. Tem algo de como nos dispor a ouvir o que é dito para além da fala, mas com atitudes. Tem que ter perfil, disposição para lidar com essa situação. Experiência: política de Caps e identidade de cada Caps. O Caps em que trabalho tem tradição de trabalhar com infância. Os adolescentes vão chegando como fruto do que oferecemos para que cheguem. Roda de música é muito interessante, começou com um ou dois adolescentes porque não sabíamos como ia ser. Podia ter oficina. Serviços da administração direta não têm verba para oficina. Trabalhamos com nossos recursos pessoais, mas é importante marcar quanto esse profissional faz diferença nesse tipo de serviço. Quinze adolescentes. Escuta música, clip, conversa sobre vida, funk, violência, movimento. Saídas: piscina, museu do futebol. Alguns falam que tem que sair mais, tem que conhecer mais coisa. Esse ano vamos circular ainda mais. Está sendo bem interessante. Um indicador expressivo é que a maioria vem sozinha de ônibus e não faltam. Querem voltar.

M., conselheira gestora, disse que representa um segmento da sociedade. Cobra direito dos jovens na humanidade. Não fala de dinheiro na carteira. Fala de caráter. Brigou para levar dois Caps para Campo Limpo. Nosso país é muito rico. Estamos de pires na mão, pedindo esmola. Temos verba para essas coisas. As necessidades das famílias que sofrem porque o filho usa droga, está em mau caminho. Vai no hospital não tem vaga para internar. Queremos condições para os profissionais trabalharem. Contem comigo se precisarem.

T., profissional do Capsij Vila Prudente, falou que neste Capsij não tem muita coisa. Não tem muita oficina, muita gente falta porque não tem coisa interessante. Mesmo que não tenha verba para pagar todo mundo, deveria ter mais coisa interessante para o jovem fazer. Tem muita desistência. Em janeiro, teve apresentação de filme interessante porque cria assunto para discussão. Seria muito bom se tivesse mais coisa. Se pudesse dar mais sugestão. Lá tem grupo de conversa, mas parece que ninguém está muito interessado na fala dos adolescentes porque lá é mais voltado para criança. Falta muito para os adolescentes.

A., profissional do Capsij Guaianazes, referindo-se à fala de S., disse que seu coração saiu pela boca: falta de oficina. Nos Caps administrados por OS, a equipe é muito maior. Musicoterapia, trabalha composição com os adolescentes. Escrevemos música juntos, muito legal. Oficina mista. Em alguns momentos dá certo. Dois maiores jogando bola com dois menores. Tentamos deixar os adolescentes juntos com as crianças. No Acampadentro: alguns menores que quiseram ir, os pais foram também. Mas, de maneira geral, a equipe separa crianças e adolescentes.

Profissional de São Bernardo do Campo falou da república terapêutica. Antigamente, éramos dois Caps: infantil e AD infantojuvenil. De outubro pra cá, apenas Capsij. Geralmente, muito voltado para infância. Onde conseguimos ver esses meninos? Dificilmente o adolescente vai ficar até o fim. Crise muito grande nas falas de alguns profissionais que é a transição do jovem para o adulto. A família era a primeira que falava que não queria mais. Os meninos do infantil têm uma família super-protetora. Quando chega demanda de AD, não suporta o lado infantil. O espaço é para os dois. O cenário que temos é de cinco a seis adolescentes com 18-19 anos. Tentamos a transição para os Caps adulto e AD, mas é muito agressivo porque não se identificam. O espaço tem marmanjos que ficam falando o que devem fazer. É uma dificuldade comum. Como empoderar? Não ficar só na dependência. Como ampliar esse olhar? Talvez ao mesmo tempo que chegam, não conseguimos mais suportar e expulsamos os adolescentes.

G., profissional de OS, disse que inicialmente, os Capsij eram pensados para crianças. Quando montamos Capsij, compramos cadeirinhas. Moveis inadequados para o público que recebemos. Estão colocando juvenil no que antes chamávamos de Capsi. A questão não é colocar o j ou não, mas a partir do que foi falado: como ficam as crianças se fazemos a transição direta para o jovem? O Capsij, chega uma hora que quer fazer a transição do jovem para outro Caps. Teoricamente não seria necessário: a idade não é indicador para fazer transferência. O sentir-se bem também não é suficiente. A fala das equipes mostra que estão tentando se adaptar, procurando alternativa para trazer os jovens. Indo para a rua. Se a casinha não serve, tem que ir para rua, deslocando o lugar. O jovem procura o lugar que melhor atende. A fase de adaptação é necessária. Temos um Capsi predominantemente da infância, temos um Capsij, temos uma inovação que tentam colar o j no i, não é à toa. Dá para continuar fazendo Capsi e colocar o jovem, virando ij? Ou precisamos fazer adaptação? Criar um processo alternativo, que agregue a juventude, que não seja dentro do Capsij. Será que preciso da intersectorialidade tendo a saúde como disparadora? A saúde não deve ser protagonista. Nossas equipes têm viés da saúde num movimento do território em busca da educação, justiça... fazer o seu caminhar saindo da casinha. Esse é o movimento adequado ou será outro movimento a partir da saúde? V., você passou pelo Caps adulto, não era convidativo, não era sua praia. Os Caps AD, que não são ij, criam horários, tem todo movimento para adulto. Na tentativa de adaptar, para atender o ECA, fez horário especial. Qual seria o melhor espaço para cuidar, receber, ficar com o jovem?

O terceiro disparador respondeu: “para mim, no ij, porque lá estamos fazendo atividades que sempre nos sentimos bem. Fazer atividades com crianças, me senti bem ajudando as crianças com a família junto. Queria ter minha família perto de mim, mas não está aqui. Posso ajudar os outros a ficar bem com sua família. Alguém na sala falou da família. Mesmo não tendo minha família perto de mim, me senti triste num primeiro momento porque vi todos com suas famílias, com mãe, pai e eu sem minha família do lado. Me perguntei se era lá o meu lugar. Minha referência me tratou bem, me deu atenção, meu lugar é o Capsij. Isso que eu falo.”

A primeira disparadora retomou a fala: “para mim, eu sou jovem, já fui para o AD, já fui usuária de crack, internada, era explosiva. No Capsij é diferente, não vão falar que precisa de internação. Se você se sentir bem, você fica, se não, pode sair. Onde você se sente bem. Também passo no AD, mas não me sinto muito bem, prefiro o Capsij. No Caps AD entra droga, tem a possibilidade de você usar. No Capsij, é diferente. Eu fumava mais de 50 pedras por noite. Era traficante. Já me envolvi em coisas, já me prostitui, comi comida de lixo, fui abrigada. É muito doído ficar num abrigo. Fiquei num abrigo mesmo tendo família, mas me relacionei com pessoas que me fizeram ir para um abrigo. Tem que ficar onde se sente bem. Não adianta forçar. O jovem que usa droga é visto como marginal, má influência. Minha avó ia atrás de mim quatro horas da manhã, chorando. Será que ela está comendo, será que está bem? Apanhei muito. É muito ruim você passar do lado de alguém e pensarem que você não tem mais jeito. Roubei o *tablet* do meu irmão. Me sinto bem no infantil. É isso que tenho para falar. No Caps AD tratam da sua dependência química. Cheirou 30, o psicólogo vai falar, vai pra cheirar 15.” É questionada se oferecem droga no Capsi. “O Caps AD também atende depressão mesmo que não use drogas. Pelo meu ponto de vista: gente mais adulta, que usa ou não droga. Lá toma remédio. Lá tem hospitalidade noturna. Eu fiquei lá 15 dias em tratamento. Quero ser psicóloga, quero montar site na internet falando sobre drogas, falando sobre o que passei. Acredito muito em Deus. Canto na igreja. Clínica nenhuma é melhor que a força de Deus. Me encontrei na psiquiatria, com furúnculo na perna, não andava para ir ao banheiro. Cara, o Caps AD é diferente do Capsij.

B., do Capsij Vila Mariana - Quixote, disse que usava droga, hoje só fuma cigarro. Não uso droga. Pai e mãe são sagrados. Quero agradecer a Deus e a C.

89

V., profissional de UBS, disse que trabalhou no Capsij Mooca e hoje está na UBS e queria falar a partir do fim da fala da primeira disparadora: AD só tem AD e infantil só tem infantil. Quero falar da importância da articulação para cuidar do adolescente. Várias vezes, trabalho com AD para fazer atendimento familiar conjunto, combinados, essa aproximação e troca de conhecimentos, cuidado compartilhado é muito importante. Quando chego na UBS, sou uma das pessoas que tem certa facilidade para pensar cuidados compartilhados. Adolescentes estão no Capsij, mas em psicoterapia na UBS. Há um tempo de estar no Caps e outro para estar no território, cuidando da saúde de maneira geral. Ocupar outros espaços, centro de juventude, clube escola, para dar conta do desenvolvimento do adolescente.

A moderadora relatou que o projeto Quixote nasceu há 20 anos e virou Capsij há quatro anos. Elegemos crianças e adolescente de alto risco para trabalhar. Fora do contexto escolar, na rua... presas fáceis para o narcotráfico. Sempre entendemos que era importante um olhar clínico, pedagógico e cultural. Quando crack apareceu em São Paulo atingiu a população jovem e de baixa renda porque é barato. Alguns que se interessaram, começaram a fazer grupo para adolescente. A droga é um dos fatores de risco, mas não principal. Quixote, porque somos aventureiros, sonhadores de trabalhar com algo que não conhecíamos. Há quatro anos, viramos Caps. Capsi o que? Caps ADij. Proposta do Ministério da Saúde e Prefeitura. Tinha o nosso, um em São Bernardo do Campo e Brasília tem um ou outro. Não existe na Portaria. Precisa existir? Acho que

não. Dependência de drogas é baixo número. A maioria é usuário. Por que as pessoas vão para rua? 48% disseram que foram por negligência e abandono. Capsij é de bom tamanho. O jovem não é pensado na sociedade. Hoje sabemos que grafite é uma das técnicas, mas há 20 anos não sabíamos. Adolescente é difícil trabalhar. *Aborrecente?* Não! É uma fase muito linda, com pique lá em cima... temos que promover lugar para esses jovens. A saúde já pensa no Caps, mas e na vida? O que se pode oferecer numa comunidade para um jovem? Tem quadra? Piscina, skate? Não. Mas tem o cara bem-sucedido, de *rolex*, carro... com ele quero me identificar. Hoje somos ij, de 0 a 25 anos. Muito feliz por ser Capsij porque nunca achei que era no Caps AD.

Pergunta: como fazer passagem para o adulto? Começa compartilhando?

R., profissional do Caps AD Brasilândia, disse que a primeira coisa que me pegou quando cheguei nesse território, é a forma como os Caps trabalham integrados nesse território. A equipe vem pensando como atuar com os jovens. Precisamos ir para o território. Na Atenção Básica, olhamos os jovens que não necessariamente chegam ao Caps, mas como chegamos a eles. A Atenção Básica quer cuidar dos jovens, como fazer isso? Como conhecer os jovens? Começamos o trabalho de ir ao território, todos juntos: Atenção Básica e todos os Caps do território. O que oferecemos para o jovem? Do que gostam? Hospitalidade noturna para tirar a situação de vulnerabilidade. Ir ao território para conhecer os jovens. Vem surtindo vários resultados para efetivar o trabalho. Não vai ser na instituição Caps, mas a saúde que olha para esses jovens com os recursos que consegue usar.

O terceiro disparador retomou a questão: diferença do Caps AD e Capsij. Dependendo do que você fala, eles dopam você. Dão o remédio mais forte. No Capsij é tudo na base da conversa, da ajuda. No AD, andava só dopado. Olhavam e falavam no abrigo: esse aí deve ter usado pedra.

A primeira disparadora retomou: no Caps AD, para quem pensa que ficamos doidão, também não é assim..., quando fica em hospitalidade noturna, você toma remédio se quiser. Não vão te amarrar. Eu fiquei na psiquiatria, amarrada, doidona, tomei três injeções. O Capsij também dá medicação. O AD é diferente do ij. No ij é mais criança... no AD, é mais adulto.

B., usuária do Capsij da Mooca, disse que se o jovem também faz oficina pode contribuir... eu toco guitarra, posso ensinar para alguém. Se os outros estão disponíveis, porque não criar essa oficina entre nós mesmos?

A moderadora fez um breve apanhado: poucas vezes participei de uma verdadeira roda de conversa. Aqui, realmente, vi a roda de conversa. Temos uma tarefa leonina para levar as coisas, porque a discussão foi muito rica. Setores tão diferentes, falando a mesma língua. Ganhei o dia porque nossa roda foi realmente uma Roda de Conversa. Com a contribuição da primeira disparadora, foi o máximo. Algumas coisas muito importantes, temos dificuldade para sintetizar: todo os Capsij estão em transição, adaptando-se à recepção de adolescentes, móveis, etc., com preocupação de criar novas estratégias para receber os jovens, para que se sintam

bem e queiram voltar. Tem que ficar onde se sente bem. Parece que adolescente usuário de droga fica melhor no Capsij do que no Caps AD. Processos identificatórios. Participação efetiva dos adolescentes. Se colocamos o j, fica mais fácil para o adolescente ir. Colocar no AD, dou um rótulo de dependente químico para quem está se desenvolvendo. Não precisamos rotular. No Capsij cabe tudo: transtorno mental, autismo, mau comportamento. Sugiro levar para a plenária a proposta de sermos todos ij.

G, profissional de OS, disse que as portarias não são adequadas. Conhece Quixote há muito tempo, porque veio de experiência que não necessariamente é da saúde. Para continuar o processo, reforçou que a questão da infância é tão importante que propõe que façam um grupo misto de adolescente, trabalhador e gestor para avaliar esse material, novas rodas. Capsij merece investimento: tem que ter oficinairo, deslocamento, financeiro do trabalhador não pode. Transformação das portarias. Propôs uma comissão tripartite: infância, jovem e gestor.

Membro do Conselho Gestor: Que seja construído de baixo para cima.

Dessa roda de conversa foram levantadas duas questões prioritárias para discussão posterior:

1. Que todos os Capsij passem a ser nomeados como Capsij.
2. Que seja criado um Grupo de Trabalho com a finalidade de continuar as discussões dessa Roda de Conversa no município (Fórum?).

Roda de Conversa 16: Vamos falar de vulnerabilidade do trabalhador

Disparadores:

Jorge Maalouf (Capsij Mooca)

Julia H. Joia (Capsij Vila Prudente)

Debora Ribeiro de França (Capsij Sé)

Moderadora:

Renata Paparelli (PUC-SP / Saúde do Trabalhador)

Relatores (Capsij M'Boi Mirim):

Ana Maria Santos

Marcela Morgado Cury

O primeiro disparador fez uma reflexão sobre seu longo tempo na rede pública e seu questionamento sobre como foi parar nessa roda de conversa, o que percebe ter a ver com sua própria vulnerabilidade. Disparou a roda com trechos das músicas “Como uma onda no mar” de Lulu Santos e “Clube de esquina” de Milton Nascimento com a proposta de trazer sua percepção de que o trabalho na saúde mental traz dúvidas para os trabalhadores sobre o porquê se mantêm trabalhando com algo tão difícil e desgastante por tanto tempo e retoma o trecho da música de Milton: “os sonhos não envelhecem”. Retomou a definição de trabalho com saúde mental: acolher, cuidar, proporcionar emancipação dos usuários, levando em consideração a subjetividade de cada um. Cuidar do corpo, não apenas como corpo sintoma-doença (grande tarefa do trabalhador). Complementa com a noção de a clínica em Saúde Mental ser uma clínica ampliada, inacabada, flexível, do “devir”, transdisciplinar, intersetorial, *desnaturalizadora* do que é estabelecido socialmente. Mais ainda, é valorizar a escuta, a palavra, onde se reformula a própria clínica e a cultura – reformulação de que a doença diz respeito à existência. Os trabalhadores recebem outros saberes na clínica (ampliada), como a arte e a cultura; tira-se do foco a prática clínica centrada na doença; potencializa processos de transformação, comprometida em *vir-a-ser*. O uso da clínica ampliada vem sendo estendida para todo o campo da saúde por ser esse cuidado amplo e importante. Mas e o cuidado do trabalhador? E quando o cuidado em saúde mental os leva à vulnerabilidade? E quando em um surto, o trabalhador é mordido? Pensa-se por três referências: espaço físico, ausência de recursos, fragilidade do trabalhador. O termo vulnerabilidade, escolhido para a roda, tem origem nos direitos humanos para aqueles fragilizados juridicamente. Pode-se pensar vulnerabilidade individual e social. Segundo Ana Pita, se o trabalhador não tiver implicação com o trabalho para sustentar um sonho coletivo, melhor trabalhar com bijuteria. Criar e improvisar faz parte do trabalho, mas é importante pensar nas

condições desse trabalho. Condições ideais existem? Sim! Supervisão seria possível na criação das estratégias para o trabalho. É importante pensar no trabalho com alegria e vontade de cantar. Uma questão dos últimos tempos: diferença entre os equipamentos com gestão direta e gestão terceirizada pelas OS, com lados bons e ruins em cada uma, mas evidenciando a questão: que impactos causam nos trabalhadores essas diferenças? Há um julgamento do que é melhor ou pior, por exemplo, com o questionamento do que vai ocorrer com as aposentadorias dos trabalhadores públicos. Mas, na verdade, a questão é para além da equipe; é importante problematizar as vulnerabilidades e criar estratégias de uma forma coletiva.

A segunda disparadora iniciou com a leitura de uma carta produzida por seu serviço que traz o discurso coletivo da equipe de trabalho. Nessa produção foi possível perceber a dificuldade de fazer uma fala desse processo de *vulnerabilização* e precarização do trabalho, questão sensível mas silenciada nos lugares de discussão. O texto produzido é uma expressão coletiva de debates do Capsij Vila Prudente, que passa por um momento difícil: seis aposentadorias sem processo para reocupar essas vagas, falecimento de outra profissional da equipe terceirizada (limpeza). Nesse momento, toda equipe encontra-se sensibilizada. Fala-se de sucateamento do serviço. Mais ainda, pensa-se na temporalidade do serviço: para os profissionais novos, é uma alegria poder ser contaminado por uma longa história daquele Capsij, que começa pela implementação da Saúde Mental no governo da Luiza Erundina em São Paulo, antes mesmo da aprovação da lei 10.216, como uma experimentação do cuidado desses jovens excluídos de algo não instituído – campo insubordinado na loucura e na infância. Tem-se o fortalecimento por esse contágio da história e da *intergeracionalidade* com o relato do violento desmonte que transformou o antigo Hospital Dia (HD) em um mini-manicômio em decorrência de mudanças políticas (que influenciam sim nas mudanças do trabalho e cuidado em Saúde Mental). Para os profissionais novos, da geração “filhos da constituinte”, é possível cair em um entendimento de que Caps e reforma psiquiátrica como uma política já está dada e não como algo que foi alcançado e vem sendo construído permanentemente. Trabalhadores que defendem administrações diretas ou OS em um embate criam uma falsa polarização que gera indisposição de debate e silencia a discussão, o que só serve para o desmonte do serviço público de saúde (lógica de privatização e Estado mínimo; lógica de mercado dentro das políticas públicas – na ilusão de que isso qualifica os serviços públicos). O SUS corre o risco de transformar direito em mercadoria, o que precariza a potência do trabalho com a subjetividade, em diversos equipamentos do SUS, não só na Saúde Mental; corre um projeto no senado de financiamento do SUS com o capital estrangeiro, mais um dos atalhos para que alguns ganhem em detrimento da população pobre. Defesa do SUS como luta contra as desigualdades e violências históricas nos serviços.

A terceira disparadora iniciou levantando pontos que gostaria de ressaltar e complementar das falas anteriores, com as quais se identificou: (1) Questão da privatização da saúde e o impacto direto nos trabalhadores; e (2) Questão da diversidade de OS e seus funcionamentos diferentes (salário, carga horária, supervisão, gestões diferentes – que permitem participação em fóruns ou não, equipes

diferenciadas, etc.): gera rotatividade no quadro de funcionários por várias questões, inclusive de demissão – relação de pertencimento ao território não acontece com tanta rotatividade. No trabalho com Saúde Mental nos comprometemos com o outro, com o território e com a rede. Como conseguimos nos comprometer com o trabalho em longo prazo com tanta fragmentação? Fragmentação também impacta na participação política: as OS geram a fragmentação do trabalho e da classe trabalhadora do SUS, que não se reconhece com uma classe e com uma luta em comum. O chamamento público que vem acontecendo em São Paulo desde 2014 e mais forte em 2015/2016 aponta para uma gestão de uma única OS por território – territórios que tinham três ou quatro OS antes. Cita o exemplo de dois Capsij passando por esse processo: Capsij Santana e Capsij Sé. Capsij Santana encontra-se com um terço da equipe cumprindo aviso prévio para a unidade ser assumida por uma OS nova, OS essa conhecida por um salário muito mais baixo. Fica a sensação de dança das cadeiras na rede pública em que todos estão correndo e que alguns ficarão de fora, imagem importante para dar visibilidade ao problema e para resgatar o posicionamento político de se trabalhar no SUS.

A moderadora realizou uma síntese das falas anteriores referindo que os disparadores se assumiram como trabalhadores que enfrentam a questão principal dessa roda (vulnerabilidade), algo que precisa ser incluído na saúde mental e para o trabalho relacionado ao usuário do serviço: quem é esse trabalhador? (Equipe de OS, equipe da administração direta e equipe de apoio – qual o lugar da equipe de apoio no processo terapêutico desenvolvido nos próprios Capsij? Muitas vezes acabam sendo co-terapeutas). Ações emancipatórias e redes de cuidado também para o trabalhador: falamos de coisas muito importantes para o cuidado com os usuários, mas não para os trabalhadores, o que também é necessário: como se resgata a potência de sujeito em lugares em que muitas vezes são apenas executores assujeitados? Falsa polarização entre os trabalhadores de OS e da administração direta como se brigassem, sendo que as decisões foram tomadas em outros lugares e essa divisão ajuda a dificultar uma luta que deveria ser coletiva. Invasão da lógica gerencial produtivista (bater meta, produção de quantidade) semelhante a uma lógica de banco (economia), sendo que são lugares de cuidar de sujeitos – lógicas de banco já são conhecidas por trazerem adoecimento mental e que agora vem trazendo sofrimento psíquico nos trabalhadores de Saúde Mental. Instituição com alta rotatividade: não tem retaguarda subjetiva do trabalho. Esperança é alimento para qualquer tipo de militância – quando se tem condições de trabalho que dificultam essa esperança, vê-se formas de enfrentamento individuais que acabam sendo formas para minimizar o desgaste do trabalho (exemplo: trabalhador chega depois, sai antes, tira licenças-prêmio, não se envolve no trabalho para não lidar com o conflito e não altera a lógica, dando “um tiro no pé” – sucateia o desejo e o sentido do trabalho). Síndrome da desistência entre os profissionais (*burnout*): *hiper-implicação* em que o trabalhador assume tudo o que falta na unidade e isso cansa – “dar murro em ponta de faca” – investimento pessoal é necessário para o trabalho (amar o usuário para fazer o trabalho), mas não dá para tomar conta de tudo, porque isso esgota. Formas de enfrentamento coletivo são saídas potentes – nem tudo é desgraça. Fica a questão: como resgatar esperança e vontade de cantar sendo um trabalhador do serviço público?

Iniciando o debate, uma coordenadora de CECCO trouxe a percepção de que seu equipamento ainda vive uma luta de reconhecimento de suas ações e de poder compor a rede de cuidado. O CECCO agora faz parte da Raps na área da economia solidária e é considerado como parte da atenção básica, mas pouco tem identidade. Citou que o equipamento está passando por dificuldades de recursos (de profissionais, de reforma, de material) e pensa no futuro do equipamento, como, por exemplo, aposentadorias dos trabalhadores atuais, com a preocupação do que vai acontecer com o serviço. Lembrou ainda que todos são usuários do SUS na luta por melhores serviços, não só trabalhadores do SUS – toda a população paga por isso.

Trabalhador de um Capsij disse que se reconhece nas músicas trazidas em fala disparadora da roda e na questão trazida sobre o chamamento há dois anos: trabalhadores enfrentam dificuldades de entender como é a filosofia desse chamamento, seu objetivo e como politicamente isso iria acontecer; descreve dois anos de muitas angústias e de desespero na equipe, na rede, tanto pelo fato de não compreender e não lidar com a verdade – nem os que coordenam o chamamento sabem o que estão fazendo, não chega informação alguma para os serviços. Relembra um questionamento levantado por um usuário no primeiro dia do evento para Roberto Tikanory (coordenador de Saúde Mental de São Paulo) sobre o chamamento, reclamando do que vem acontecendo na equipe da unidade em que trabalha e que Tykanori explicou que esta questão não está em suas mãos. Retoma a música do Lulu Santos para evidenciar que como uma onda mesmo o momento atual vem levando muita coisa e adoecendo muita gente psiquicamente (trabalhador e usuário), descrevendo como falta de cuidado gigantesca do próprio trabalhador e do que é o Capsij em si.

Outro profissional de Capsij falou de sua indignação e complementou que o assunto não está resolvido; entende ser importante se juntar e dar continuidade à discussão, dar acolhimento aos trabalhadores – com a divisão dos trabalhadores (administração direta e colaboradores das OS) a Saúde como um todo perde e não só a Saúde Mental.

Uma trabalhadora de Capsij contou de sua ampla experiência na rede, também na atenção básica e educação, em que o cuidado do trabalhador sempre esteve em foco na sua carreira profissional; contou de seu cuidado com os Agentes Comunitários de Saúde, com a saúde dos professores e atualmente no Capsij. Falou de sua surpresa com a rotatividade de profissionais em seu Capsij (em 6 meses, houve a troca de mais de 50% da equipe). Questionou sobre os motivos de tal rotatividade: a unidade não está em uma região tão periférica, não acredita ser por causa do acesso; questionou se seria pelo salário. Referiu que a gestão não estava tendo um olhar para a equipe – percebe que o Capsij cuida de todo mundo, mas trabalhadores não têm esse acolhimento no próprio trabalho.

Outro profissional que representa a área da saúde do trabalhador acrescentou que, apesar de perceber vulnerabilidade existente na gestão direta (recursos materiais e humanos), acredita que a gestão das OS traz vulnerabilidades maiores: trabalhador não tem liberdade de expressão, é cobrado por metas, encontra-se em uma “gestão

do medo” (assédio moral e medo de retaliação quanto ao jeito de se vestir, de falar, medo de como e do que falar para não ser recriminado pela gerência). Evidenciou receio de falar e lutar pelos trabalhadores, sendo que é o seu papel na instituição.

Outro participante mencionou importância do enfrentamento coletivo, da supervisão institucional e do espaço para compartilhar.

Profissional de outro Capsij colocou que, enquanto trabalhadores, estamos todos vulneráveis à “gestão do medo”; acrescentou que talvez não aconteça assédio moral na direta, mas o fato de não se ter condições físicas ou de profissionais também gera medo. Trouxe a importância de um espaço político: importante posicionar todas essas questões na plenária de evento, questões sérias e que geram cansaço. Retoma o texto criado coletivamente para fala disparadora como esclarecedor no sentido de que a terceirização não foi a melhor saída – está claro nas falas de quem trabalha na OS – não gera qualidade, gera as vulnerabilidades faladas na roda e evidencia um futuro tenebroso: daqui cinco anos o SUS talvez não exista mais por uma lógica de mercado que gera medo e doença, sendo então importante se posicionar como trabalhador e pontuar as questões contundentes. Acrescentou ainda que no chamamento a ordem vem de SMS. Compreende o chamamento como uma política que entende o Estado mínimo e aponta para uma questão: ser a favor do SUS e lutar pelo SUS é contraditório com ser a favor de um Estado mínimo.

Outro profissional acrescentou ser o secretário de saúde da cidade de São Paulo quem determina o chamamento e considera ser importante resgatar o posicionamento político ao invés de apenas compartilhar angústia e não as devidas saídas políticas.

Participante da roda descreveu OS como terceirização do controle e de formas opressoras de gestão e colocou a necessidade de mecanismos de furar o sistema, de lutar pelo SUS. Complementou que nesses modelos de gestão tem-se uma alienação sem visão do macro – trabalhadores ficam só cumprindo tarefas – importante participar das discussões de uma forma coletiva.

Uma trabalhadora de Capsij colocou uma questão sobre agressões que os profissionais sofrem; explica ter trabalhado anteriormente em Caps AD, que também era violento, e ter mudado para o Capsij por pensar que seria melhor, mas percebe que isso continua – usuários também agredem os trabalhadores e não sente retaguarda por parte da gestão da OS. Trouxe referência de uma propaganda/campanha de enfermeiros e médicos sobre violência contra o trabalhador.

Participante da roda evidenciou que a troca de equipe dificulta entrosamento e gera a precarização do vínculo de trabalho, enfatizando que são todos trabalhadores do SUS e a questão é o SUS (que corre risco: privatização da saúde).

Outro profissional de Capsij retomou que quem sabe cronograma de chamamento é a supervisão; menciona época do PAS: violenta e abrupta; diferente

das OS – profissionais da prefeitura tiveram que sair para o PAS ocorrer. Se diz contra a OS, mas não contra o trabalhador de OS. Percebe sucateamento dos equipamentos da gestão direta para justificar a OS e introduz uma questão maniqueísta de julgamento com argumento do servidor público não querer trabalhar, sendo que o problema não é este – terceirizar não resolve – mudança de pessoas como objetos. Sobre a violência contra o trabalhador, percebe que trabalhar com saúde mental nos torna suscetíveis a surtos ou desorganizações que geram agressões: emprestamos o corpo, faz parte do trabalho. Isso é diferente da vulnerabilidade do trabalhador (por exemplo: falta de equipe que gera descuidos e violências ao trabalhador mais vulnerável).

O debate continuou com a fala de que a violência dos usuários contra os trabalhadores trazida na roda aponta para um paradigma de tudo o que está sendo falado: sentido de negociar com usuários e não precisar fazer B.O. (crime/delito) – sintomático de todo esse panorama (não tendo retaguarda partem para a polícia). Retoma a cena de um Pronto Socorro em que trabalhou em que 10 mães de bebês aguardavam um pediatra que a recepção não sabia se de fato compareceria para trabalhar – campanha/propaganda dos enfermeiros e médicos desloca a questão como se a culpa fosse do usuário, mas na falta de recurso é desesperador e a violência vem disso – a culpa é da gestão.

Participante da roda e trabalhador da Smads evidenciou que falamos de direito da população, mas e o direito do trabalhador? SUS é o irmão mais velho de outras políticas públicas, como o SUAS (assistência social). O sindicato dos trabalhadores não nos representa mais, algo muito sério e grave – não há organização para lutar pelos trabalhadores. Gera adoecimento, *super exploração* – fortalecimento individual passa pelo fortalecimento coletivo – importante travar brigas, mas de que forma?

Profissional de Capsij se perguntou de que forma nos organizaremos para transformar isso em políticas públicas? Sugestão de Fórum Municipal – abrir espaço para saúde do trabalhador ser discutida.

A moderadora mencionou o SINDSEP – profissionais de saúde do trabalhador estão sendo contratados para construir comitês de assédio moral. Importante pensar, para além de alternativas em longo prazo, estratégias pontuais de curto a médio prazo (locais/no território) e alinhava com algumas questões principais:

- Crítica à privatização – preocupação da precarização (aposentadorias);
- Chamamento como uma reorganização perversa;
- Quem é esse trabalhador? Diversidade da vulnerabilidade;
- Falsa polarização;
- *Burnout* – desistência/síndrome da desistência (hiper-ocupação/hiper-implicação do trabalhador no lugar das faltas institucionais que gera um cansaço e vai para um polo oposto: desimplicação e frieza)

Fala de um trabalhador da gestão direta: assédio moral também acontece na direta (deslocar profissionais por desentendimentos). Importante fazer um

posicionamento político na plenária, solidário e contrário a forma como o chamamento vem acontecendo (além de ser contrário à terceirização).

Síntese construída por relatoras e moderadora para plenária:

Início da síntese pela *falsa polarização* dos trabalhadores de direta e OS, como se estivessem brigando entre si (divisão dificulta a luta coletiva, sendo uma estratégia para um estado mínimo). Todos trabalhadores do SUS lutando por um mesmo ideal.

Três eixos de vulnerabilidade:

1. Crítica à forma como está sendo feita a terceirização (chamamento, diferenças entre as OS de salários, carga horária, equipe, gestão do medo) e ao sucateamento da gestão direta (aposentadoria, ausência de RH e de recursos materiais).
2. Questão: de que profissional nós estamos falando? Em que lugar ele está inserido? (Direta, OS, equipe de apoio – e assim as diversidades de vulnerabilidades) *importante: *burnout* – Síndrome de desistência dos profissionais.
3. Formas de enfrentamento coletivas – como vamos nos organizar para lutar pelo SUS – pensando em medidas no território, de curto e médio prazo (municipais) e de políticas públicas para longo prazo (nacionais) – importante criar espaços para falar da vulnerabilidade do trabalhador e decidir junto os modelos de gestão no SUS.

Roda de Conversa 17: Todo lugar é lugar de autista

Disparadores:

Silvia Pechy (Capsij Lapa)

Rosana Bianchi Correa de Santana (familiar Capsij Moooca)

Silvio Alves da Silva (familiar Capsij Parelheiros)

Moderadora:

Julieta Jerusalinsky

Relator (Capsij Perus):

Nathara Silva Moreira

Bárbara Narciso Russo

A moderadora iniciou a roda apresentando-se e dizendo da importância desse evento. Contou que trabalha com a formação de profissionais para clínica interdisciplinar dos problemas do desenvolvimento infantil além da clínica, sendo que muitos dos pacientes são crianças pequenas com quadros ou traços de autismo. O fato de participar dessa roda, ainda que tenha implicado em desmarcar alguns desses atendimentos, não deixa de ser para trabalhar com a questão que também aflige crianças com autismo e suas famílias. Por isso, contou a seus pacientes o acontecimento dessa mesa, na medida em que é um outro modo de honrar o compromisso com o tratamento das crianças com autismo quanto às políticas públicas implicadas em seus cuidados. “Para avançar nesses cuidados é preciso que possamos partilhar algumas questões: O que consideramos central no tratamento de pessoas com autismo? Que impasses temos na atualidade quanto ao tratamento? E de que forma de resolvê-los? Estamos norteados e causados por essas questões. Temos, nesse sentido, essa causa em comum. Então vamos procurar que a nossa conversa possa seja ampla e plural, pois é a partir não só do que compartilhamos, mas também das diferenças que é possível pensar, e portanto, avançar” (sic). Após explicar como funcionará o dispositivo da Roda de Conversa e dar as boas-vindas convoca os participantes a que sintam à vontade para contribuir e passa a palavra aos participantes da mesa.

A primeira disparadora disse da beleza do nome dessa mesa: “*Todo lugar é lugar de autista*”, que coloca em relevo a questão da inclusão no convívio social, nos espaços sociais, escolas e praças das pessoas com TEA. Contou sobre a legislação que regulamenta tal questão situando que houve muitas mudanças na última década em relação a conceitos sobre o que seria inclusão em função de políticas afirmativas em relação à inclusão das pessoas com TEA. As pessoas com TEA passaram a ter os mesmos direitos das pessoas com deficiência. Antes os autistas estavam pela CID como

portador de um transtorno mental. Isso é bastante interessante porque há também uma movimentação no conceito de deficiência, no conceito de inclusão. O modelo inicial era de que a pessoa com deficiência tinha que se adaptar ao mundo, mas, progressivamente não é mais trabalho do sujeito com deficiência se incluir no mundo, esse passa ser trabalho do mundo: estruturar-se de uma maneira que o sujeito com deficiência possa nele circular. Essa mudança de paradigma teve um avanço muito grande e nos convoca a pensar nas alterações que é preciso fazer no mundo, para tornar possível a circulação das pessoas com TEA. Na área da saúde, em 2011, as pessoas com TEA eram remetidas para tratamento nos Caps, desde a portaria 336/2002, desde a cartilha dos Capsi em 2004, então o Caps era o lugar por excelência para receber, para tratar as pessoas com TEA. A partir da Raps essa concepção mudou, o Caps centralizava, essa concepção mudou, de ter uma rede. Se formos pensar na área da saúde, temos as UBS, os CECCO, Caps, Centros Especializados, todos os equipamentos de saúde, as urgências, hospitais, qualquer ponto de saúde pode ser uma porta de entrada para cuidados das pessoas com TEA. E dentro da Raps estão articuladas não só a saúde com outros setores. Não só a saúde, como a educação, a escola é o espaço por excelência para pessoas com TEA e esse espaço deve ser pensado pela Raps, a Assistência Social para quem precisa de direitos, benefícios sociais na medida em que precisam ser afirmados, são pontos de estratégias, também tem assistência jurídica. Dentro da Raps tem o ponto importante que é da prevenção. A porta de entrada da Raps é na UBS e ela tem o papel bastante importante para a detecção precoce do risco para desenvolver o autismo, ele só pode ser afirmado depois de 3 anos de idade, mas há alguns sinais que apontam que existe um risco para o desenvolvimento do autismo e na medida que é detectado precocemente é possível que as intervenções sejam mais efetivas.

A partir dessa exposição a moderadora sublinhou que o título dessa mesa *“Todo lugar é lugar de autista”* é uma questão de princípios, na medida em que é preciso produzir cuidados qualificados e não segregados da rede. Retomando a fala da primeira disparadora, a moderadora reforçou o fundamental papel da UBS em relação a detecção precoce. Esta consiste em detectar sofrimento em um momento da vida dos bebês e pequenas crianças em que as dificuldades e o sofrimento não estão ainda fechados em um determinado quadro patológico. *“Esse é um dos grandes desafios que temos na atualidade, já que é muito frequente encontrarmos narrativas da seguinte ordem: mães que quando o bebê tinha um ano, um ano e meio detectaram atrasos na aquisição de linguagem, ou uma baixa *responsividade* da criança na relação com outros, mas que não tiveram suas falas consideradas por profissionais do campo da saúde ou da educação. Essas mesmas mães, posteriormente, quando o filho contava com aproximadamente 3 anos, em uma consulta de 15 minutos recebem o diagnóstico de autismo. Aqui há um problema central: Por que se perde esse tempo precioso entre o momento em que uma mãe detecta uma dificuldade e a espera e comunicação de um diagnóstico fechado com 3 anos de idade? Nesse tempo poderia ter ocorrido uma intervenção clínica, na medida em que esse é um momento da vida decisivo para a constituição da criança. Para além da dificuldade que a criança possa ter, isso revela um sintoma na área da Saúde, justamente porque ainda predomina a ideia de doença para intervir e não a noção de favorecer a constituição”*.

A segunda disparadora contou que é mãe de M. e que em relação ao diagnóstico do filho já escutou diversas coisas, e que então vai falar de sua vivência. *“O*

primeiro ponto que eu queria falar é que o primeiro lugar para o autista é no coração de uma mãe, porque nós estamos preparadas para receber um filho que é diferente. Meu filho tem 10 anos, já tinha uma filha que tinha 4 anos, tudo estava adequado, correto, eu como mãe fiz a comparação, meu filho na época de andar começou a engatinhar, com um ano e seis meses ele teve acompanhamento de médicos particulares, e o que me falavam era que ele era preguiçoso. Quando ele foi para a escola com três anos, fui chamada no terceiro dia e me perguntaram o que ele tinha e eu perguntei: mas o que ele fez? e eles falaram que ele não participava das atividades, ele não sabia conviver com as outras crianças. Eu me perguntei: o que eu fiz de errado? Não estimei? Perdi-me no meio do caminho? Me senti muito culpada, frustrada. Um amigo encaminhou para uma psicóloga que fez uma avaliação dele durante um mês, e ela disse que ele tinha um transtorno invasivo, e eu nunca tinha ouvido falar desse nome. Lembrei de um filme de um menino balançando o carrinho de um a lado para o outro, meu filho também faz umas coisas assim, mas ele é carinhoso, olhava nos meus olhos. Minha grande questão é: onde ele pode chegar? O que eu tenho que fazer? O que deu errado? Por que ele é assim o que ele vai ser quando ele crescer? Eu fiquei sem chão. O ponto principal depois da dificuldade do diagnóstico com o médico, foi a escola, que a gente acreditava que era o lugar de crianças, nós temos leis que permitem que o autista esteja incluído nas escolas, mas isso não é bem assim. Quando você se depara com um lugar que você vê que seu filho não é querido, nós como mães sabemos onde nosso filho tem um acesso livre e onde estão tentando empurrá-lo para outro lugar. Achei uma escola pública que ajudou muito meu filho, meu filho ficou três anos lá, teve uma alavancagem tremenda na parte do comportamento dele, quando ele chegou lá os outros riam dele, e eles conseguiram inseri-lo no convívio social, que foi muito bom na parte pedagógica, os avanços ficaram a desejar, mas dentro da sala de uma escola pública com muitas crianças e uma professora não dá conta, a inclusão é utopia. No ano passado eu encontrei uma escola particular que tem outras crianças diferentes, então está sendo bom para ele, bom para mim, porque o diferente não é tão diferente assim. Eu como mãe hoje, tenho um olhar em relação a essa criança diferente, foi assim que eu encontrei a escola para meu filho. Então, na sociedade, estamos muito aquém, eu acho que as famílias que tem dificuldade ainda preferem ficar em casa com seus filhos do que ir à escola porque na hora que eles gritam ou tem comportamento inadequado todo mundo olha e pensa que a gente não sabe corrigir nossos filhos e era assim que eu me sentia quando eu levava ele no supermercado e tinha que ficar na fila e ele não suportava mais. Eu sou uma mãe que tento criar ele como se não tivesse diferenças. O que eu cobro da minha filha mais velha eu cobro dele no padrão de educação, comportamento, mas tem hora que ele não suporta mais. Nessa época foi muito difícil até descobrir que eu podia chegar no atendimento especial e dizer: meu filho tem problema. A pessoa que estava atrás falava: que problema? Eles querem ver uma criança que tenha algo na sua constituição física e não na sua mente, no seu comportamento. Os olhares que eles têm perante a sociedade são de rejeição, mas eu tenho brigado por isso e não tenho deixado de ir nos lugares, mas tenho exposto ele ao mundo, levo ao cinema, na Sala São Paulo. Tive problemas, mas era lugar dele sim porque era um concerto aberto para crianças e ele tinha o direito de estar lá e tive muitos olhares contrários e olha que ele se comportou muito bem. Ele frequenta igreja, vai a restaurantes e está participando de um projeto no SESC com a equipe do

Capsij da Mooca. A gente sabe que eles vão ser rejeitados, mas eles fazem parte desse mundo e nós temos que cavar o lugar deles nesse mundo”.

A moderadora agradeceu o depoimento e ressaltou que mais importante que o diagnóstico fechado é detectar uma dificuldade e intervir o quanto antes favorecendo a constituição. Mas também é preciso formar para a inclusão para que ela ocorra de fato, para que a criança tenha um lugar efetivo no laço social. Nesse sentido, que haja uma lei de inclusão nos ampara, nos traz uma possibilidade legal que antes não existia, mas a lei por si só não garante que a inclusão ocorra. Pois acolher a diferença implica uma complexa condição psíquica de encontro como a alteridade que passa por primeiramente poder suportar a falta que há em nós mesmos para não lidar com a dificuldade do outro de um modo defensivo ou com formações reativas, como tantas vezes encontramos nos lugares públicos. Todos nós temos nossas inadequações e o autismo nos coloca na soleira desta questão da produção de um laço possível com os outros.

O terceiro disparador contou que sua filha foi uma criança desejada. “Durante a gestação, a gente espera um planejamento para os filhos, queremos que eles se encaixem. Minha esposa teve algumas dificuldades no parto. Mas tivemos que mudar do lugar que morávamos decorrente do desemprego e fui morar em uma região mais afastada com o neném recém-nascido e foi difícil, serviços sociais estavam distantes. Minha filha demorou para andar, nós desconfiamos que tinha alguma coisa errada, a gente já tinha uma desconfiança do quadro dela por não ter certas respostas e estímulos. E nesse meio tempo apareceu lá em casa uma equipe de psicóloga e terapeuta e era o pessoal que vinha do Capsij em uma região remota a gente nem acreditou que eles iam lá, mas foram e nos levaram esperança por que estávamos em desespero sem saber do que se tratava a deficiência da nossa filha e desamparados e eles nos confortaram. E eles nos levaram até o serviço e a gente começou a entender melhor do que se tratava e fizeram uma bateria de testes e ela se integrou no programa. Foi difícil para nós, no início, entender o programa por que somos pessoas simples e é difícil entender a proposta, mas conseguimos com a insistência do programa e a dedicação dos profissionais, por que a amiga lembrou bem, não adianta a lei, o que nos conforta e o que nos atinge de verdade é o comprometimento de cada profissional o amor que cada um tem por cada profissão que escolheu. E assim com três anos minha filha recebeu o diagnóstico de autismo e já estávamos mais fortalecidos porque lá oferece tratamento para os pais para nos preparar para aceitar. E fomos movidos pelo amor da nossa filha e crescendo nossas conquistas com ela até então ela não falava, já andava e com quatro anos começou a emitir as primeiras palavras, a cantar. A gente começou a entender o funcionamento e a eficiência do trabalho da terapeuta ocupacional, psicóloga e esse trabalho só foi crescendo, é claro que a gente sabe que o trabalho é a passo de formiguinha, mas os resultados foram gigantescos. Chegou a época da minha filha ir para a escola e a minha esposa conversava muito com o terapeuta dela, naquele tempo eu não tinha muita proximidade por que eu trabalhava, mas também conversava e aí a ela foi para a escola e graças a Deus e a bons profissionais, ela teve uma boa aceitação na escola pública. Lá na zona sul, tem uma luz no fim do túnel da inclusão, ela iniciou nessa escola, as professoras se empenharam e entenderam a proposta do Capsij, do tratamento dela e essas pessoas preparam as crianças e elas a aceitaram. Foram se empenhando e hoje e ela já está no terceiro ano do ambiente escolar e no segundo

ano de escola. Lá no CEU Parelheiros, ela foi muito bem atendida e acolhida. As crianças lá dão aula para muitos adultos sobre o que é inclusão, disputam quem vai ajudar, é emocionante. Eu vejo profissionais no futuro que vão ter interesse em cuidar dessas crianças. Elas vão crescer e educar os adultos e até hoje não consigo entender por que o ônibus tem o assento diferenciado e essa questão vai sendo rompida por essas crianças. E o Capsij tem essa sintonia e um exemplo disso, foi um passeio que nós fizemos na cachoeira, que é próxima do nosso convívio e eu e minha esposa decidimos levá-la para passear nessa cachoeira. Quando chegamos lá algumas pessoas começaram a nos olhar diferente, o que é comum. E de repente quem aparece lá? Todos os amiguinhos dela do Capsij. Parece que foi uma coisa marcada por Deus, porque nós tínhamos faltado lá para ir na cachoeira para fazer alguma coisa diferente e aí o que aconteceu, as pessoas que tinham olhado diferente quando se deparam com a seriedade da equipe, do empenho para que cada criança pudesse sentir a água, a areia, pudessem ouvir a natureza, mudou o olhar de todos e ela não estava sozinha, estava ali para participar daquele espaço que lhe pertencia também, todos entenderam. E assim ela vem vencendo, ela vai para o cinema, Mcdonald, zoológico e estamos preparados para enfrentar a sociedade, incluir ela nesse meio e usar todos os instrumentos legais que estão disponíveis mas acredito que não seja necessário, que continue da maneira como está e melhorando cada vez mais esse avanço da inclusão. Porque minha filha está muito confortável com o processo da maneira que está” (sic).

A moderadora retomou a fala, dizendo que ficou muito emocionada com essas palavras que revelam, entre outras coisas, que paradoxalmente a inclusão acontece também quando temos com quem “matar aula”. A vida implica acontecimentos, implica as conquistas formais, mas também implica ir na cachoeira, ter amigos e sentir autorizado a desfrutar daquilo que todos nós desfrutamos. Coloca em relevo a condição que é sim reconhecer dificuldades, mas também que um diagnóstico não é um destino e que, acima de tudo, a condição de ser uma criança é a de poder compartilhar com os seus pais daquilo que diz respeito ao gosto de viver. Não nascemos todos iguais, as causas do autismo são um debate científico, ou seja, não está fechado quais são essas causas orgânicas, que a gente sabe que há componentes nessa direção, mas também se revela os acontecimentos de vida, os chamados fatores epigenéticos implicados nessa questão. Nesse sentido sabemos que o exercício da função materna e paterna não se exerce de uma maneira isolada, mas sustentada em rede, por uma família, por uma escola, sustentada por uma equipe de profissionais, e por uma sociedade. Não é uma questão de competências isoladas, somos todos responsáveis.

A., mãe de uma criança autista, disse que ficou muito feliz com os depoimentos, contou que tem uma irmã que tinha autismo e nasceu há 60 anos, ficando isolada em casa, havia muito preconceito. Desde de que seu filho nasceu, ela já sabia que ele tinha comprometimento porque ele tinha paralisia cerebral, só com 16 anos que eu descobriu o autismo. Participa da militância, junto a familiares e na convenção da ONU que não contemplava o autismo, em 2010. Fizeram vários seminários para conscientizar a sociedade que o autismo precisava de atenção. Em 2012, após mobilização conseguiram a lei 12.764, que foi sancionada para que, de fato, acontecessem os atendimentos. Disse que tem que haver uma apropriação do direito. As escolas precisam de profissionais capacitados.

A moderadora falou que o depoimento nos recorda que os prognósticos são muito enganosos, pois se bem situem uma verdade estatística, não dizem de cada um e que, além disso, o prognóstico não fala só do quadro em si, mas do tratamento que se recebeu. Nesse sentido o diagnóstico não pode estar em equivalência com prognóstico e destino. É preciso considerar que, se alguém está em constituição a intervenção precisa ser uma aposta nas possibilidades. Antes alguém com um diagnóstico grave ficava confinado em casa e isso, ou o confinamento em instituições por patologia, agravam os quadros pois produzem um empobrecimento de experiências de vida.

C., mãe de criança autista, falou que teve o grande privilégio de ser acolhida tão cedo, em um momento tão difícil da nossa vida. “Essa equipe de profissionais do Capsij Parelheiros, com tanto empenho, quando não tinha mais fôlego, tinha usado toda a capacidade de mãe, vi que estava faltando algo e não fui suficiente” (sic). “Me culpava de todas as formas. O que mais me ajudaram foi no sentido de me fazer acreditar que minha filha era capaz. A luta continua, hoje ela tem oito anos e vamos continuar, todos juntos, ocupando o lugar deles. E hoje eu tenho muita força mesmo, coragem para poder prosseguir” (sic).

A moderadora disse que lugar de uma mãe e um pai é insubstituível, mas que são funções que não se exercem sozinhos e que precisam de uma rede para poder ser exercidos, para que não se caia em uma culpabilização individual ou na noção de competências ou incompetências isoladas, isso depende de uma rede.

W., profissional de Capsij, contou que trabalha na rede pública com intervenção precoce e atualmente é psiquiatra de Capsij. “Deficientes somos nós, mundo, em relação a inclusão” (sic). Diz que a dificuldade é do mundo e a mudança de paradigma é muito importante assim como a detecção precoce e a inclusão são grandes descobertas da ciência contemporânea para acontecerem essas coisas maravilhosas dos relatos dos pais” (sic).

A moderadora retomou e disse que queria agradecer as palavras do W., há tanto tempo trabalhando com detecção precoce de riscos para o desenvolvimento infantil. No momento que esses riscos e dificuldades ainda não estão definidos, como quadros específicos e, portanto, mais permeáveis à intervenção. Além disso, mesmo quando já há um quadro específico é preciso considerar que a criança está em constituição, ainda não está decidido quem ela virá a se tornar. Nesse sentido a intervenção a tempo pode mudar o rumo de uma vida. “Lembro a respeito disso a palavra de um paciente de 14 anos na época em que passou aquela novela que tinha uma menina autista e ele me disse: o nome do que aquela menina tem é autismo? E eu disse: dizem que sim e ele diz: autismo era o que eu tinha? E eu digo: Foi um dos nomes que recebeu o que acontecia com você. E ele: Como eu era quando eu cheguei? E eu: Você não olhava, não falava, não brincava, não se interessava. E ele: Ah, mais agora eu faço tudo isso. Eu digo: faz isso e muito mais. Aí ele me diz: Bom, se eu já fui autista, hoje, eu não sou mais. Isso não acontece em todos os casos, mas em muitos acontece. E está aí a importância de a gente pensar na detecção precoce como aposta de intervenções, isso é decisivo” (sic).

F., profissional de Capsij, falou que é psiquiatra do Capsij de Santo Amaro há 15 anos, era o único Capsij da região Sul que recebia crianças de todas as idades, mas as crianças vinham naquela época com cinco, seis, sete anos, sendo muito difícil crianças menores que cinco anos. Relata que na APAE trabalhava com diagnóstico de

deficiência mental e quem tinha esse diagnóstico não servia para nada, ou ficava em casa ou ia para uma escola especial. Relata sobre o movimento, na década de 90, “People First”, que era primeiro a pessoa e depois o diagnóstico. “E eu queria relatar um caso pensando no diagnóstico, no diagnóstico nem tanto, mas pensando na estimulação precoce dessas crianças que hoje estão vindo com três anos ou antes. De um menino adolescente de 16 anos, que tinha todas as inadequações imagináveis, mas era verbal e articulado, mas com todas as dificuldades do mundo, pois não conseguia se interessar pelo que era dado em sala de aula. Não era por falta de capacidade que falou para o outro psiquiatra do Capsij, que se até o final do ano ninguém resolvesse o problema dele ele iria se matar. Eu falei para ele: você é um Asperger, por isso que parte social é um desastre. Ele saiu de lá, uma semana depois, ele veio e mão falou que ele chegou em casa e olhou no computador: “Mãe, essa médica leu meu pensamento, eu sou isso”. Então tem isso, o diagnóstico não fecha as possibilidades. Bem lembrado, o professor de não dar prognóstico para não ter “carão” depois” (sic).

A moderadora recordou a diferença entre desabilidades (que precisam ser avaliadas e que podem variar ao longo da vida) e sua tradução equívoca como deficiências (que implicam uma perda estável e da ordem do orgânico). Situa que para além de avaliar as desabilidades é preciso também que sempre o corpo clínico avalie competências já que estas dão a brecha, a porta entre aberta que, para além do diagnóstico revelam a singularidade que pode se cultivar, ao longo do tratamento, com cada paciente. “Estamos vivendo tempos de uma verdadeira epidemia diagnóstica de autismo. Em parte certamente porque mudou a régua com a qual se mede o fenômeno, na medida em que vários quadros antes diferentes agora entram no grande guarda-chuva do TEA, produzindo números extremos em termos epidemiológicos. Por isso é central marcar a diferença: uma coisa é detectamos precocemente dificuldades e, a partir disso, intervir favorecendo a constituição e outra é querer fechar diagnósticos em tempos em que eles não estão fechados, porque se não ao invés de detecção precoce viveremos tempo de psicopatologização precoce, e isso não ajuda as crianças” (sic).

M., profissional de SMS, disse que foi um presente estar aqui, por causa desse tema se sente em casa, em primeiro lugar há um esclarecimento, “nós emprestamos esse nome bonito *Todo lugar é lugar de autista* de uma *fanpage* de um grupo que é ligado a Associação Brasileira do Autismo, que é uma parceira nossa do movimento da Reforma, e brigamos com o setor de familiares de autistas que na votação da lei lançou um motim defendendo a posição de que Capsij não era lugar de autista. Diante disso, houve um grupo de pais que, como nós, entende que todo lugar é lugar. Daí o nome desta mesa. Quero colocar duas coisas, a primeira é levar como proposta para a Plenária final, primeiro para os pais e os familiares que pudessem endossar esse grande movimento que fala que todo lugar é lugar de autista, por que nós fomos muito massacrados profissionalmente, quando falamos que no Capsij levamos no parque, que andar pelas ruas, que isso também é clínica, também é cuidado. Gostaria que os pais fossem parceiros na autorização daquilo que chamamos de clínica psicossocial. Não adianta nada fazermos dez sessões de fono se a criança não puder falar do seu jeito em uma praça, uma cachoeira, e se as equipes de Capsij não puderem endereçar essa forma de cuidado, que é o que chamamos de cuidado intersectorial. É muito difícil, mas que é isso que fazemos também, acho que precisava constar esse apoio, também em contrapartida as equipes do Capsij façam um apelo

para não termos vergonha, achar careta fazer aquilo que aprendemos a fazer. Sabemos olhar para o desenvolvimento, sabemos estimular desenvolvimento, não somos caretas se fizermos aquilo que sabemos fazer. Também precisa constar em um enunciado que saia desse Encontro, que as equipes do Capsij, eu defendi muito, se clicarem no Google vocês vão ver que apareço como “bruxa dos autistas”, algumas entidades de pais me chamaram assim quando defendi enquanto gestão que Capsij é lugar de autista, fui extremamente violentada na minha imagem, fui ameaçada, então não me arrependo disso, desde que o nosso Capsij seja inclusivo para os nossos autistas, nem todos ainda são inclusivos. Ser inclusivo é também pensar que autista cresce, não adianta as equipes grudarem na tecnologia da intervenção precoce, que temos sim que aprender a fazer, mas precisamos fazer a passagem, que autista cresce. Acompanhar os familiares na transição do crescimento, se não, não seremos inclusivos. Também não seremos inclusivos se pegarmos um menino de dois anos e ele com 18 anos ainda está dentro do Capsij. Isso precisa aparecer, precisar estar registrado, precisamos muito dos familiares para isso. Não vamos a lugar nenhum, recentemente estive no serviço do Hospital Pinel que atende seis autistas internados, eu sai de lá, eu chorei muito, pois não conseguia pensar que aqueles autistas nunca mais veriam uma cachoeira, se não fizermos nada para tirarmos eles de lá dentro. São seis jovens que estão lá, pensar que cuidam deles ainda de braçadeira para Pit Bull, não há um estímulo na parede para que eles não quebrem nada e não usem nada. Então há ainda muito autista para levar em cachoeira. Eu me emocionei, chorei como cachoeira, agora se não tomarmos como enunciado na plenária, não avança naquilo que precisamos falar, que todo lugar é lugar de autista, e que o Capsij precisa ser inclusivo.

106

C., coordenador de Capsij Parelheiros, trouxe, a partir da fala anterior, o tema da clínica ampliada na Atenção Psicossocial; “Nesses 5 anos e meio que estou gerenciando esse Capsij, tenho o prazer de dizer que nem todas as crianças que nós diagnosticamos ou já vieram diagnosticadas, e que acolhemos ficavam no Capsij, porque atendemos um menino que tem o diagnóstico de TEA, através do circo, irmã é do circo, faz teatro, ele está muito ocupado para ir ao Capsij. O Capsij pode ser um dispositivo como apoio à Raps. “(sic) Disse, em relação a intervenção precoce, que o Capsij pode dar apoio nisso e a UBS conseguir ser capacitada, porque um olhar sensível de um ACS traz muitas possibilidades naquela região.

A., profissional da rede pública, disse que um dos relatos muito comum dos pais é a dificuldade no desenvolvimento de fala e de linguagem, e isso é negado pelos especialistas dizendo que é preguiça. A linguagem também é avaliada sem a presença de oralidade.

D., profissional da rede pública, diz que em relação a detecção precoce dos bebês como um tempo da vida no qual já se pode intervir. Relata o movimento “Psicanálise, Autismo e Saúde Pública” como via. “Se hoje os que têm síndrome de Down já conquistaram trabalhos em empresas e laço social, temos que caminhar muito com o autismo, sair desse diagnóstico tão limitador, o que a gente vê é essa radicalização da singularidade, autismo cada um é cada um” (sic) diz que através da arte, a patologia parte de um olhar mais amplo.

A moderadora encaminhou o encerramento, agradecendo pelas participações e pelo modo em que o debate foi levado, revelando uma posição implicada e respeitosa de cidadania “o que tem sido raro na atualidade, em que se revela tanta intolerância

com o que pensa diferente” e “cada vez que se procura dar uma resposta simples a um problema complexo, se cai em uma saída reducionista. Problemas complexos exigem o diálogo com a diversidade para que se possa avançar”. Referiu que tentou fazer um esforço de síntese das questões que permearam nossa roda. Mais uma vez agradeceu a seriedade daqueles que nos trazem desde a rede pública a sua experiência de cuidado e aos pais que nos trazem um testemunho vivo e vívido de que também é um a um que a gente faz acontecer a vida pois, para além dos diagnósticos, não há uma história igual a outra.

Ficam destacadas as duas questões:

1. A detecção precoce de dificuldades no desenvolvimento versus psicopatologização precoce. É preciso ter um olhar atento para queda na produção da criança, ou seja, uma aquisição de desenvolvimento que seria de se esperar não ocorre (dos 0 a 3 anos). Isso vem antes de qualquer diagnóstico, ou seja, primeiro a pessoa depois o diagnóstico. E aí se abre uma discussão importante que é qual é o lugar do autista. A UBS é o lugar de desenvolvimento, porque quem tem problemas orgânicos de base tem mais incidência de sofrimento psíquico e que quem tem sofrimento psíquico acaba tendo desabilidades.
2. É preciso qualificação para ajudar a evolução clínica o tanto quanto for possível. Porque sabemos que há muitas outras questões importantes, mas muitas vezes temos a sensação de que os quadros extremos de sofrimento e a primeira infância saem perdendo. É preciso qualificar o atendimento do autismo sem segregar. Precisamos tratar para viver, para circular na rua, para estar na escola, para poder ocupar o lugar público, porque assim como há condições para estar nos lugares é também preciso formar para a inclusão, para que as pessoas não se assustem com a diferença. Aqueles que não elaboraram as suas próprias desabilidades se assustam com as dos outros. Então a inclusão exige essa condição psíquica de cidadania. Um cidadão que acolha as diferenças.

Roda de Conversa 18: Que droga é essa?

Disparadores:

Camila Bispo (profissional do Capsi Guaianases)

Valdir Pierote Silva (profissional do Capsij Brasilândia)

Gabriel Costa (usuário do Capsij Brasilândia)

Moderadora:

Teresa Endo (Secretaria Municipal de Saúde São Paulo)

Reladoras (Capsij Itaquera):

Lilia Ribeiro

Nathália Miyuki Yamasaki

A moderadora iniciou a roda relatando suas percepções do evento. Falou sobre quão marcante é o convite para a reflexão e as relações horizontais que se estabeleceram.

108

A primeira disparadora apresentou-se como trabalhadora de Capsij e ex-trabalhadora do Cratod. Para responder à questão proposta pela roda, disse que conversou com os adolescentes com quem trabalha e que neste processo novos questionamentos surgiram, tais como: “Adolescente usa droga só para viver experiências?” “Ou usa droga por incentivo dos amigos, devido à questão da aceitação do grupo?” “Adolescente que usa droga pode ser taxado pela família como cabeça fraca?” “A vulnerabilidade social é um fator de risco para o uso de drogas?” “Conviver com parentes e pessoas próximas que fazem uso pode levar ao uso de drogas?”. Todas estas questões trazem de volta a principal delas. “Que droga é essa?” Não seria a droga da falta de educação dos pais, que nunca tiveram acesso à educação? Não seria a “droga” dos governos que não investem na educação, saúde e cultura? E o fato do tema ser um tabu, que o impede de ser discutido nas famílias e escolas?

O segundo disparador contou que já trabalhou em Caps AD e atualmente está no Capsij, ambos na região da Brasilândia, zona norte da cidade de São Paulo. Reforçou que sua fala será voltada à defesa do Capsij como serviço prioritário de atendimento para crianças e adolescentes com uso problemático de drogas e que enfatiza a importância para as práticas desenvolvidas no Capsij, que se pense sobre a descriminalização de todas as drogas. Em seu percurso observou que para os usuários do Capsi AD, os adolescentes do gênero masculino são tratados como "o de menor". São os adolescentes que são impelidos a serem fortes, sedutores e que já têm ligação com o tráfico da região. Já as adolescentes do gênero feminino são as "novinhas". São

as adolescentes impelidas a serem sedutoras, disponíveis e submissas aos homens mais velhos. Estes lugares já pré determinados limitam as possibilidades dos jovens ao serem atendidos no Capsi AD, enquanto que, no Capsij os adolescentes podem expor mais suas fragilidades o que permite muito mais devires. Acredita que o desafio atual é criar mais espaços de cuidado integral, com a abertura de mais Capsij III para que possamos oferecer maior qualidade no atendimento desta população. Colocou a necessidade de discutir mais realística e efetivamente a questão da descriminalização. Referiu que a legalidade levaria a um maior controle da qualidade das substâncias, pois tem sido cada vez mais frequente a morte de adolescentes devido à baixa qualidade de inalantes e misturas de substâncias na cocaína. Defende a regulamentação e a descriminalização do uso de droga para que, dessa forma, possa ser oferecido um cuidado mais efetivo.

O terceiro disparador apresentou-se como usuário do Capsij. Referiu que já esteve tanto em Caps AD como no Capsij, e disse preferir o ij. Falou ser melhor tratado e não é chamado por "de menor" e pode ter convivência com pessoas da sua idade, "meus amigos, minhas amigas, meus adolescentes" e já no Capsi AD é tratado como adulto. Disse que as drogas mexem "com o psicológico da pessoa" e que se você não souber usar, "elas te usam". Relatou que a convivência com sua família fica prejudicada e contou que o cigarro não faz tão mal. Considerou que deveriam existir mais Capsij 24 horas. Relatou que um dia conseguirá parar de usar drogas. Agradeceu à equipe do Capsij por ajudá-lo tanto dentro do serviço como fora, como por exemplo nas conversas em sua casa, com sua mãe. Falou dos momentos que se sentiu no desespero e "encurralado" e que o pessoal do Capsij foi até ele.

109

A moderadora retomou a palavra e referiu que nos Capsij não há tanto enfoque nas drogas em si quanto há no Caps AD, onde a identidade de usuário de droga fica muito marcada. Disse que no Capsij o usuário pode ser adolescente, podendo ter contato com outros adolescentes. Disse: "A droga só é a ponta do iceberg", e que a questão da depressão na adolescência só é percebida muitas vezes pela família quando estes já começaram a fazer uso de drogas. A seguir elenca algumas questões para serem pensadas durante a roda de conversa:

- A pessoa é sempre rotulada no senso comum. É importante falar dos tabus que envolvem o assunto, sendo que o profissional de saúde também pode vir com esta carga para sua atuação.
- Não há um perfil estabelecido de pessoas que possam vir a usar drogas. Há muitas concepções e mitos sobre o uso das drogas
- A grande facilidade de acesso às drogas. Como impedir essa acessibilidade e disponibilizar ao jovem outras possibilidades que também levam ao exercício do pertencimento, tão importante nesta faixa etária?
- As famílias desestruturadas, por si só, tornam-se realmente um fator de risco para o uso de drogas?
- Os adolescentes precisam ser vistos para além do uso de drogas

Após estas pontuações foi iniciada a conversa entre os demais presentes.

C., que trabalha em clínica de comunidade terapêutica no interior de São Paulo, relatou que os adolescentes saem da clínica após 9 meses e em muitos casos ela não sabe para onde encaminha-los, já que na região em que moram não há Capsij.

D., profissional de Capsij, falou sobre a questão da descriminalização. Para ele, há dois pontos. Há o enfoque do marco legal, que ainda teremos muitos anos de resistência pela frente, já que estamos num país que ainda há uma criminalização de usuários de drogas e judicialização do cuidado, mas que devemos sempre abrir este debate. Outra questão é que devemos olhar para o adolescente não através do lugar de criminoso, como geralmente se faz para as pessoas que usam drogas. Também quis saber dos adolescentes presentes sobre o que os leva a ir ao Capsij. Pergunta: “Quando dá vontade de ir ao Capsij?”

O terceiro disparador respondeu que vai ao Capsij quando está mal, sentindo que quer usar drogas, quando não tem nada para fazer em casa. Disse que quando está na fissura vai ao Capsij para pedir remédio, conversar, falar. Acha importante poder falar. Diz que quando segura emoção acaba descontando nas drogas.

Outro presente questionou o terceiro disparador se ele também não vai ao Capsij por ter coisas legais para fazer ou se ele só vai quando está difícil. Este respondeu que sim, que no Capsij tem muitas coisas interessantes, mas relata que muitos jovens “das quebradas” acham que lá é coisa de doidão. Brinca dizendo aos presentes que recomenda o Capsij aos seus filhos.

A moderadora respondeu sobre o que fazer com os adolescentes que não têm Capsij em seu território. Comentou que a problemática às vezes vira uma “batata quente” para a rede, pois os serviços entram numa lógica de encaminhamento e não têm o cuidado de receber e encarar a demanda e disse que quem está na UBS também pode ouvir esta demanda, não há necessidade de ser somente o Capsij ou AD. Relatou que em alguns lugares territórios vizinhos fazem matriciamento para que a rede dê conta desta demanda e que às vezes, mesmo em Caps, as equipes estratificam os sujeitos, estabelecendo tratamentos até mesmo dividido por tipos de drogas. Considerou que o PTS não necessariamente deva ser pautado num tratamento estritamente de saúde e que podemos acionar outros serviços, como as secretarias de esporte e cultura, caso contrário estaremos reforçando atitudes manicomiais.

O segundo disparador retomou e disse que há ausência de rede e que não há um consenso na forma de pensar um cuidado dos adolescentes que fazem uso problemático de drogas. Ainda precisamos criar espaços para trabalhar pensando a liberdade. Relatou que com relação aos estigmas, o que sua equipe tem feito é trabalhar na rua. Romper a patologização estando nas ruas, ocupando o território, estar com os adolescentes nas quadras, em teatros, valorizando outras formas de estar no mundo e não reforçando o uso das drogas.

C., profissional de comunidade terapêutica, retomou a fala que está fazendo levantamento dos Capsij das cidades do interior de São Paulo. Descobriu que a maioria só oferece atendimento psiquiátrico para os momentos de crise para esta população e

disse que não há oficinas. Ela também mencionou que geralmente existem UBS, mas que estas não têm estrutura.

A primeira disparadora comentou que as políticas e os governos não auxiliam os equipamentos. Questionou quais são os Capsij que são realmente atraentes para os jovens. Comentou também que há necessidade dos profissionais quebrarem seus estigmas. Mencionou que trabalha com redução de danos, por este motivo não tem um discurso sobre os prejuízos que as drogas trazem. Trabalha com promoção de contratualidade. Mostra aos adolescentes que há muito mais no mundo do que as coisas que ocorrem em seus territórios.

J.L., do Caps AD de São Miguel, disse que o Capsij pode não ser um local onipotente e a questão é a gente se apropriar da rede. O Capsij tem que cumprir seu papel de matriciamento, mas não precisa ter tudo o que é necessário para a infância e adolescência dentro dele.

A moderadora comentou que poucos vão para o Capsij por tratamento. As atividades culturais e esportivas são as atividades que mais chamam os jovens. Relatou que o programa De Braços Abertos oferece moradia, renda, e que é o primeiro a não exigir presença em Caps e mesmo assim este é um programa com bons êxitos.

L., profissional de Capsij, perguntou aos adolescentes presentes o que eles acham que chamaria mais os jovens aos equipamentos de saúde. O terceiro disparador respondeu que ficou internado num lugar muito trancado e que quebrou tudo. Disse que ficaria melhor em lugares que não se sentisse preso. Relatou sua última experiência, em que “ficou em danger”, e foi para um hospital. Deu desgosto à sua mãe. Ficou triste.

E., profissional de Capsij e de AD, contou experiência das articulações entre o Capsi AD e os Capsij da região de Itaquera. Falou das dificuldades de alguns funcionários do ij, pois não sabem como lidar com os adolescentes que usam drogas no meio dos demais usuários com outras patologias psiquiátricas. Relatou que há a preocupação e a crença de que é preciso entender de especificidades sobre as drogas para poder atender esta população.

C., psicóloga do NPJ (Núcleo de Proteção Jurídico-social e apoio vinculado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social), disse que já atendeu famílias que relatam que seus filhos fazem uso de drogas. Quando estes adolescentes são convidados a ir ao Capsij recusam-se, pois dizem ser lugar para loucos. Questionou como podemos alcançar “os meninos do fluxo” não pensando só em Capsij. Os fluxos são bailes funks que acontecem nas periferias que são frequentados por muitos adolescentes.

A., usuária do Capsij, acredita no potencial dos jovens e crianças. Falou das tristezas, tédio e angústia que os jovens sentem. Citou a carta de suicídio de Kurt Cobain em que ele diz que é melhor ficar queimando eternamente do que ir se apagando aos poucos. Ela relatou que os pais falam muito sobre as interferências

físicas das drogas, mas isso os jovens já sabem. Acredita que a questão é tentar conversar sobre as dores da alma. Contou que não quis provar drogas porque tinha outras curiosidades que eram mais significativas para ela. Disse que os adolescentes usam drogas para se acalmar e também devido ao ensino da escola ser tedioso. Terminou dizendo que os jovens precisam ser mais ouvidos.

Profissional da Brasilândia contou do projeto de cartografia emocional e cultural que estão utilizando para acessar e construir a rede cultural e afetiva do território para conseguir se aproximar dos jovens.

A.R., da educação, relatou que na região do Butantã não existe um Capsij, mas que há uma integração entre as escolas e equipamentos de saúde do território por meio de reuniões mensais, e que isto está sendo muito importante para a construção da rede. Ela acha que muitas crianças entram em contato com as drogas nos ambientes escolares, sendo que infelizmente este ainda é um assunto tabu para as escolas. Pergunta ao terceiro disparador como é a escola para ele. Este respondeu que não está na escola. Parou porque teve atritos, pois não conseguia ficar parado.

A primeira disparadora retomou a fala sobre Kurt Cobain enfatizando que sua questão maior não eram as drogas. Ela enfocou que há necessidade dos profissionais se reciclarem para conseguirem lidar com mais qualidade do cuidado com os adolescentes que fazem uso de drogas.

Após estas falas a moderadora encerra. As duas questões para encaminhamentos futuros:

112

1. Foi consenso entre os adolescentes presentes nesta roda de conversa que as crianças e adolescentes que fazem uso problemático de drogas devem ser acolhidos nos Capsij e não nos Caps AD. Como os Capsij, pensando tanto nos profissionais como na necessidade de maior número de Capsij III, podem se preparar para melhor atender o sofrimentos dessas crianças e adolescentes?
2. Como garantir um cuidado ampliado, que vai além do campo da saúde, às crianças e aos adolescentes que estão em sofrimento e estabelecem um uso problemático de drogas?

Roda de Conversa 19: CER ou não SER? A relação com os Capsij

Disparadores:

Angélica de Menezes (profissional do Capsij Penha)

Luciana Carvalho (profissional do CER FÓ/Brasilândia)

Moderadora:

Ilana Katz

Relatores (Capsij Penha):

Mariana Denardi

Gabriela Servilla

Após as apresentações a primeira disparadora disse que é preciso pensar nas questões que circundam as nossas vivências e situações do território para discutirmos o cuidado nos serviços de reabilitação. Clínica compartilhada como ferramenta importante para o trabalho no SUS. CER ou não SER? Ser e estar estão presentes no indicativo segundo o dicionário. Pensando nas crianças com transtornos mentais e com transtorno de desenvolvimento: onde esse sujeito é ou onde pode vir a ser? Onde está e onde poderia estar? Referência de reabilitação NIR na Penha. Os serviços de saúde devem realizar-se em rede, atuando a partir de linhas e níveis de cuidado (da atenção básica à terciária contemplam as crianças com TEA). Como construir um PTS e o cuidado compartilhado com os princípios do SUS e em rede. A democracia é para quem não tem poder e como democratizamos o atendimento para nossas crianças? Recebemos as crianças a partir da característica do serviço de saúde e como compartilhamos o cuidado? O compartilhamento deve estar desde o acolhimento, utilizando conceitos da clínica ampliada. Temos tendência de separar as demandas de acordo com as características do serviço. De acordo com a portaria 137 de 18 de fevereiro de 2016, habilita-se o Centro Especializado de Reabilitação, que institui a Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A segunda disparadora disse que trabalhou na Capela do Socorro por quatro anos fazendo apoio matricial do ambulatório da UBS e NIR, sendo este último um serviço público municipal de saúde destinado ao atendimento de pessoas que necessitam de reabilitação no nível intermediário de referência ou média complexidade e oferecendo os serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e enfermagem. A escassez dos recursos levou-nos a dar conta da demanda. Houve a criação de um espaço específico de discussão sobre qual local seria mais adequado para a criança na reabilitação e propostas do NIR e do Capsij foram discutidas. É preciso rediscutir as crianças inseridas no Capsij que necessitam da reabilitação no NIR. Qual o papel da terapia ocupacional no Capsij e APD? O

Capsij Capela do Socorro tinha 60 crianças e foi feita a aproximação com Nasf e UBS para discussão. Cita o documento do Ministério da Saúde *Rede de cuidados para a pessoa com deficiência* de 2012 e a criação dos CER em 2013. Citou os NIR Maria Cecília, Guanabara (convênio com a APAE) e Parelheiros e disse que CER e NIR atualmente passam por uma revisão de seus movimentos e estruturação. Os Capsij Brasilândia e Casa Verde também colocam a discussão de quem são as crianças do Capsij e do NIR? O PTS precisa ser coletivo, elaborado pelos serviços de saúde (Capsij, NIR e UBS, etc.). As condições do CER e da maioria dos serviços de saúde são insuficientes para atender a demanda existente. Precisa-se discutir as formas de inserção Capsij e CER, pois Capsij sendo porta aberta aumenta o recebimento da demanda, e assim, este serviço acaba se tornando responsável por toda a coordenação do cuidado da criança, o que é um princípio da Atenção Básica. Outra problemática que ainda persiste é a predileção das famílias pelo atendimento ambulatorial, ou seja, os pais têm dificuldade de sustentar o PTS no Capsij, e por isso os serviços precisam estar alinhados e trabalhando em rede para que a criança que necessita do acompanhamento psicossocial tenha esse direito garantido.

A partir deste ponto a discussão foi então aberta para o público.

G., conselheiro gestor, disse que tem um filho com TEA, porém não compreende o que é o autismo. Como explicar à família? Questão: Qual a participação na rede dos familiares? E qual a importância da família?

H., familiar Capsij, disse que a filha está em acompanhamento no Capsij e conta com visitas da APD. Refere ter bom acompanhamento na rede.

114

C. da ABADS (Associação Brasileira de Assistência e Desenvolvimento Social), disse que a associação tem convênios com a Secretaria Municipal de Saúde, mas não têm autonomia para encaminhamento via SIGA. Recebiam crianças diagnosticadas com deficiência intelectual e que apresentavam TEA. Tinham psiquiatra, porém pela portaria o Capsij teria essa função e foi retirado. Dificuldade de comunicação sobre o que outros serviços podem compartilhar com a rede. Realizam grupos de pais com a psicóloga ou outros profissionais da ABADS e recebem questões frequentes dos pais sobre o distanciamento deles com a equipe. Lema: “Não sobre eles, sem eles”, incluir os pais na construção do PTS.

E., profissional da supervisão de saúde, referiu que trabalhou em hospital-dia e que o acolhimento da família era essencial. Referiu o custo para que os pais chegassem aos serviços, dificuldade para o acompanhamento. Questão: Alta evasão das crianças no Capsij? Como trabalhar com os pais para serem nossos aliados no acompanhamento da criança? Como trabalhamos juntos com os serviços e com os pais?

A moderadora retomou a questão de que o olhar da rede precisa estar também direcionado à família e não apenas à criança para que o acompanhamento possa acontecer. PTS não pode excluir a atenção à família e a dificuldade seria como fazê-lo.

Necessidade de repensar as formas de entrada no CER (porta-aberta ou via agendada regulada).

G., conselheiro gestor, falou que as saídas das equipes de saúde dos territórios com mudanças das referências da criança e o medo de ficarem sem atendimento. Citou também a dificuldade da linguagem para a família compreender o que ocorre no acompanhamento.

P., profissional do CER, relatou pouca implicação das famílias no acompanhamento em alguns casos. Não há trabalho sem a família por ser quem mais permanece com a criança. Contou um esvaziamento dos grupos de família no serviço O intuito dos grupos não é dizer do transtorno, mas a construção do acompanhamento. Olhamos para a criança e sua singularidade para além do diagnóstico. Ampliar esse olhar faz parte dos grupos de família.

R., profissional da coordenação, citou que os serviços estão desfazendo-se por questões administrativas. Administração direta – concursado, administração indireta – OSS, conveniados. Seja como for o paciente precisa ser atendido, mesmo com o processo atual de mudanças (transição da saída e entrada dos profissionais por questões administrativas). Qual a relação do Capsij com os serviços de reabilitação em meio à essas mudanças de equipes (em alguns locais equipe completa e em outro não). Como ocupar os espaços onde há o profissional? Dificuldade de locomoção dos pais aos serviços. Acolher é fundamental. A família poder dizer o que gostaria no PTS é importante. A proposta do NIR é similar ao CER (equipe ampliada no segundo). Em 2013 o CER Penha foi habilitado em auditivo e visual (era NISA).

115

A., profissional de Capsij, perguntou como foi construído o PTS? Será que poderia ser articulado outro serviço para o filho? Articulação com a rede, lembrando que a UBS deve ser inserida como cuidado fundamental.

L., profissional do CER, contou sobre um grupo de pais junto com brinquedoteca (brincar de forma mais livre). Medo de serviços que possam oferecer tudo, pois eram assim os manicômios e a propostas da Raps é que as crianças circulem no território. Pensar na luta antimanicomial é importante nesta questão.

R., profissional do CER, disse que é importante a integração entre Capsij e CER e entre as abordagens no cuidado. Proposta de encontro para os terapeutas discutiram as abordagens terapêuticas, pois o paciente é único e precisamos falar a mesma linguagem na rede. Comunicação na rede precisa melhorar e poderemos pensar nas abordagens.

R., profissional da supervisão de saúde, falou da carência de serviços de reabilitação, da importância de atendimentos de qualidade e da escuta dos familiares. CER ou não SER? Documentos da reabilitação e do Capsij (quando os serviços se encontram para falar das necessidades da criança?) O que é de cada um? Ou a criança é da rede?

N., coordenadora de CER, falou do formato dos serviços e o “entre” não tem formato. Como se dá a comunicação, clínica ampliada e PTS compartilhado (muito do papel que a atenção básica tem na rede). A parceria com a atenção básica é essencial. Os serviços mantêm falas no sentido de que “a criança não é para esse serviço” e nos mantemos formatados. No brincar se constrói linguagem e processos importantes. A prática do cuidado é pautada em relações poderosas. A entrada de pessoas no serviço ocorria por avaliação individual do profissional e houve mudanças para avaliação da equipe multiprofissional.

A., familiar, falou que a construção destes serviços é uma luta da comunidade e da importância da participação do Conselho Gestor para que mostrarmos o que desejamos e precisamos.

C., profissional do CER, disse que é preciso ampliar os espaços da família quando pensamos a lógica dos atendimentos. Criar espaços reais de intersecção para discussão dos casos e qual o formato para continuar o serviço. Autismo – transtorno clássico da intersecção dos serviços com a reabilitação.

A moderadora retoma para fazer o encerramento. Falou que as reivindicações precisam chegar ao Conselho Gestor e aumentar sua presença no território. Os PTS devem ser construídos entre serviços e com as famílias. É preciso esclarecimento desde o início do tratamento sobre os serviços disponíveis no território. O PTS é dispositivo clínico e da rede. Fez uma crítica à criação dos dois documentos – diretrizes pensadas para serviços e não para as crianças: da saúde mental e outro da área da deficiência. Análise da qualificação do CER. O CER que fazemos não é o que está nos instrutivos (visão para além da visão organicista). Responder a cada criança seu PTS e suas necessidades. Compreensão do sujeito para além da doença (serviços precisam sustentar o atendimento à criança e ela não é do CER ou do Capsij, mas sim da REDE). Criação dos dispositivos de discussão dentro dos serviços. O cuidado de construir rede (não instituições totais, mas articulações entre os serviços). Importância do NASF nessa articulação. Entrada do serviço é a atenção básica (UBS) e temos que articular a rede.

Encaminhamentos para a plenária e discussões futuras:

1. Como garantir acesso às famílias ao PTS?
2. Descolamento da subjetividade x patologia orgânica (dicotomia dos documentos da saúde mental e da pessoa com deficiência). Articular rede, portanto, envolve articular essa dicotomização.
3. Conselho Gestor como ferramenta importante.
4. Cuidado de construir a rede (entrada é a Atenção Básica e pensar no papel do Nasf).
5. Entrada ao CER e ao Capsij (porta-aberta ou agenda regulada).
6. Proposta de Fórum para discussão das abordagens terapêuticas e se vamos abordar por patologia ou não. Explicar as abordagens e não as defesas.

Apontamentos das Plenárias Finais

- Ampliar os espaços de acolhimento , e quando fala em acolhimento, para além do acolhimento institucional, explorando o território em sua potencialidade;
- Radicalizar a atenção psicossocial, em conjunto com a rede intersetorial (escola, justiça e assistência social – dialogo consolidado); e também com os demais pontos da rede de saúde, como a atenção básica;
- Produzir uma Carta de Intenção de São Paulo;
- Sobre a discussão da atuação dos Caps ij na rua, é importante produzir uma clínica que não siga protocolos rígidos. Todo Caps ij tem uma rua;
- Em relação a temática das substâncias psicoativas, foi sugerido a realização de estudos com ênfase sobre lança perfume/loló;
- Ampliar a escuta dos usuários, sendo que a discussão sobre participação foi uma marca deste Encontro. O lugar do direito ao exercício político não está garantido, deve ser promovido permanentemente;
- Caps ij é o lugar de acolhimento da crise e da superação definitiva do modelo asilar;
- Ampliar os espaços de convivência com o intuito de garantir novas formas de cuidar das famílias. Rever a função das salas de espera;
- Realizar fóruns de saúde mental infantojuvenis intersecretariais e itinerantes;
- Ampliação do número de Caps ij III;
- Confecionar uma cartilha sobre atenção psicossocial, a partir da linguagem dos usuários;
- Ampliar o diálogo a cerca das medidas sócio educativas e medidas de acolhimento institucional, juntamente com a assistência social;
- Avançar no campo da infância e adolescência enquanto política pública de saúde mental infanto-juvenil;
- Subverter a cultura de laudos: direitos x psicopatologização. Mediar só para cuidar, medicalizar e patologizar jamais;
- Duplo mandato atrelado à clínica e esta é sempre política. Mandato terapêutico e gestor da demanda, como presença viva no território;