

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

LUÍSA SUSIN DOS SANTOS

A POLISSEMIA DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Porto Alegre
2020

LUÍSA SUSIN DOS SANTOS

A POLISSEMIA DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, como requisito parcial para obtenção de título de **especialização em Saúde Mental Coletiva**.

Orientadora: Sandra Djambolakdjian
Torossian

Porto Alegre
2020

CIP - Catalogação na Publicação

Susin dos Santos, Luísa
A Polisssemia do Cuidado na Saúde Mental
Infantojuvenil / Luísa Susin dos Santos. -- 2020.
41 f.
Orientadora: Sandra Djambolakdjian Torossian.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Residência Integrada Multiprofissional
em Saúde Mental Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Saúde Mental. 2. Cuidado. 3. Infância. 4.
Juventude. I. Djambolakdjian Torossian, Sandra,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Luísa Susin dos Santos

A POLISSEMIA DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, como requisito parcial para obtenção de título de **especialização em Saúde Mental Coletiva**.

Aprovado em ___ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr^a. Sandra Djambolakdjian Torossian
Orientadora

Me. Ricardo Lugon Arantes
Arguidor

Cristina Lima da Rocha Cannas
Arguidora

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ivanise e Valmir, e ao meu irmão Tomás, por terem me ensinado sobre cuidado, amor e sobre sonhar; mas mais do que isso, por me acompanharem e me fortalecerem quando a perna bambeou no andar deste caminho. À minha mãe por sempre ser colo e inspiração, pela dedicação, pelo contato desde a infância com a saúde pública, pela transmissão da perspectiva de acesso e democratização do cuidado em saúde. Ao meu pai, verdadeiro contador de histórias, pelo incentivo a sempre escrever a minha própria, por acreditar tanto em mim. Ao meu irmão, por apostar fielmente junto comigo na diversidade e potência do mundo e das pessoas e no respeito pelas tantas formas de existir. Obrigada por ficarem na retaguarda desde minhas primeiras saídas de casa. Se saio em busca de tanto, sei que sempre tenho para onde e para quem voltar.

À avó Antonia, por mostrar o que é força de viver. Por ensinar que é possível cuidar de mim e dos outros. Saudades pra sempre.

À avó Alayde, pelo carinho, leveza, torcida e por ter algo de sempre se rejuvenescer.

À minha família ampliada e aos meus dindos, por se fazerem porto seguro em tantos lugares e momentos diferentes da minha vida.

À Neura (tata) pelas memórias da infância.

Às amigas e aos amigos de Caxias do Sul e Florianópolis, por acompanharem os relances que faço na vida há tantos anos e continuarem se fazendo presentes, mesmo em outras cidades. Meu coração se aquece a cada reencontro com vocês. Às amigas de infância, Amanda (Dika), Virginia, Julia, Bruna e ao Thiago, por terem sido tão fundamentais em minha constituição, com vocês aprendi e ainda aprendo sobre relações, amor e sustentação. À Nathália, Bárbara, Luciano, Ana Carol, Luiza Harger, Daniele, Jéssica, Deiner, João Franche, Gabriel Marramarco, Bruno Ampessan, Lucas Uba, Thais Rodrigues e Samira que seguiram sendo tão importantes nesse tempo.

Aos colegas da RIS, que mesmo em tempos sombrios e de projetos de vida aniquilados, seguem fortalecendo, acreditando e resistindo coletivamente comigo. Em especial, à minha turma, Saúde Mental Coletiva 2018-2020. Aprendo muito com vocês, vocês são demais.

À Luna Trott, por nossa construção de um lar porto alegreense, pela nossa casinha.

Às chiquilinas Mariana, Marl(a)ize, Sandra e Fernanda, por serem amigas-irmãs, basicamente família em Porto Alegre. À Luisa Quadros, por compartilhar a alegria, energia e o gosto pelo rolê. Ao Roger, irmão de coração, pelo riso solto e presença calorosa.

Ao Otávio, pela aposta no compartilhar da vida, pela parceria, carinho e aconchego. Por fazer o coração bater mais forte.

Às amigas da psicologia UFRGS, em especial à Larissa, por ter proporcionado tantas aberturas quando comecei a ensaiar a vinda para Porto Alegre.

À Sandra Djambolakdjian Torossian, por acreditar na força das histórias, por firmar a articulação entre clínica e política de modo encantador e inspirador e por me orientar e acompanhar na escrita deste trabalho.

À Emylin Pedroso, Daniela Hauch e Tiago Anchieta, por terem sido parcerias de trabalho tão importantes, mas mais do que isso, pela amizade e pelo compartilhar da vida pessoal.

À Equipe RIS/UFRGS pelas escutas e construções que ultrapassam as vias institucionais. Por sustentarem uma perspectiva de formação tão enriquecedora.

Às equipes que me acolheram em estágio externo no Rio de Janeiro, em especial Cristina Ventura, Anamaria Lambert e Flávia Fasciotti.

Às equipes do cotidiano em Porto Alegre e Sapucaia do Sul, parceiras de trabalho. Às crianças, adolescentes, famílias, usuários(as) que escutei, por tantas histórias, aberturas, ensinamentos, resistências e insistências. Pela espontaneidade da infância e o desenrolar do riso genuíno no trabalho. Por tanto.

À calorosa Porto Alegre que me acolheu.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Adulto
CENTROPOP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
MSE	Medidas Socioeducativas
NUPPSAM	Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
RIS	Residência Integrada em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

Nos cenários de trabalho da Saúde Mental Coletiva, nos deparamos com casos complexos que colocam questões em relação às demandas dos sujeitos e possibilidades de trabalho/direções do cuidado de cada serviço que as recebe. A partir de narrativas oriundas da experiência enquanto residente em Saúde Mental Coletiva - registros que retratam a invisibilidade e o não reconhecimento de (certas) infâncias e juventudes que chegam aos serviços - trago o conceito de polissemia do cuidado. Primeiramente, a polissemia faz referência ao fato de que o cuidado na saúde mental infantojuvenil pode - e deve - se constituir de muitas formas - o que é possível a partir do momento em que se entende o sofrimento e a produção de saúde como uma relação ética, política, estética e clínica. Diante disso, reafirmo a importância das políticas de acolhimento e reposicionamento do olhar para a leitura das demandas que chegam pelos sujeitos, bem como a consideração das relações transferenciais para pensar o cuidado e o vínculo. Nesse contexto, para que o cuidado tenha uma direção polissêmica, ampliando sentidos e produzindo deslocamentos, a organização e gestão dos processos de trabalho mostra-se fundamental: nas pactuações da própria equipe, na organização intersetorial e na atenção às questões transferenciais dos sujeitos com os serviços. Torna-se evidente, assim, que o cuidado polissêmico evidencia uma relação entre o singular e o caráter coletivo da perspectiva de sujeito, das possibilidades de cuidar - também pela via do que surge na cultura, na arte e no território - e da gestão do trabalho. Conclui que ter como direção a insistência em um cuidado polissêmico pode provocar um giro do cuidado fragmentado para a corresponsabilização dos atores e produção de novas aberturas e sentidos, legitimando novos territórios existenciais.

Palavras-chave: Cuidado; Saúde Mental; Infância; Juventude

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
O caminhar de parcerias em atos: A Residência em Saúde Mental Coletiva	10
Restos, memórias, afetações: o que está acontecendo?	11
Lugar ao tempo e à travessia: a carta. E a infância.	14
A POLISSEMIA DO CUIDADO	16
A Saúde Mental precisa de poesia	16
Testemunho da Imagem: o sensível, a estética, o (in)visível	20
Qual o perigo da infância e da juventude?	22
Polissemia I: O cuidado se dá de muitas formas, frente às diferentes demandas	25
Polissemia II: Para cuidar precisamos nos organizar. E reorganizar.	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS: estratégias de insistência, apesar de tudo	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1. INTRODUÇÃO

O caminhar de parcerias em atos: A Residência em Saúde Mental Coletiva

A Residência em Saúde é um espaço de formação pelo e para o trabalho. Estrutura-se a partir da articulação das demandas e potencialidades dos sujeitos, territórios e serviços com a prática supervisionada de profissionais, tendo como horizonte de atuação as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a (re)construção de modos de ser, fazer e saber no cuidado em saúde. Processo intenso, de afetos, andanças, resistências e transformações. Mais do que um espaço de formação e pós-graduação, em tempos sombrios na conjuntura brasileira, as residências em saúde têm legitimado seu cunho político, ético e estético. Resistem em meio aos desmontes e cortes das políticas públicas, evidenciando a necessidade de implicação do Estado, das pautas coletivas e públicas, de uma perspectiva de sujeito que se dá no social, no histórico, no político e (justamente por tudo isso) no singular. A residência permite a aproximação com os diferentes profissionais e saberes, diferentes campos de atuação, diferentes territórios, diferentes perspectivas e dispositivos de trabalho. Configura-se como um continuum, como esse caminhar de parcerias em atos.

No programa de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a parceria estrutura-se entre os espaços teórico-didático-pedagógicos da academia e a rede intersetorial de saúde mental dos municípios de Porto Alegre e região Metropolitana. Assim, enquanto residente passei por quatro cenários de prática diferentes, cada espaço com seu respectivo preceptor(a) e plano de ação: O Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) Cais Mental Centro e a Casa dos Cata-ventos em Porto Alegre; e o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) Espaço Vida e o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Sapuca em Sapucaia do Sul.

A composição das atividades era feita a partir da inserção no cenário e construção de uma demanda de atuação dos profissionais residentes, articulada com o desejo e implicação no trabalho. Diante disso, o plano de ação visava elucidar a construção e organização das ações planejadas enquanto residentes e integrantes

das equipes dos serviços de atenção em saúde e/ou assistência social. Tal metodologia permite o acompanhamento e a troca entre os residentes e tutores, preceptores e coordenação, visando à co-construção com as equipes nos processos de trabalho, a efetividade do processo formativo dos residentes e o fortalecimento do cuidado ético em saúde mental aos usuários. São ideias e apostas colocadas, não dadas como fixas e imutáveis, podendo ser moduladas, revistas e repensadas diante da realidade imprevisível do trabalho em saúde mental e da precariedade da vida e do sofrimento humano.

Acho importante situar tudo isso aqui, para evidenciar o trabalho e a metodologia dos processos de trabalho construídos sempre na legitimidade dos coletivos, na força e na potência daquilo que conseguimos produzir a partir da alteridade, das diferenças e singularidades. Sempre entendendo a formação como um processo que não se esgota por si só, mas se permite e se desenvolve em diferentes espaços, vislumbro a residência como uma experimentação ímpar, disparando descobertas, questionamentos e confrontos com os instituídos em nós mesmos a partir deste contato com tantas variáveis e saberes.

Diante do plano de ação e da atuação vívida nos cenários, são traçadas as primeiras experiências no cuidado em saúde. Estas respingam em escritos, registros, rascunhos. Flechas, pontos de interrogações, espaços vazios. Este trabalho parte destes fragmentos. Por vezes mais duros, por vezes mais poéticos. Parte dos restos.

Restos, memórias, afetações: o que está acontecendo?

O primeiro cenário no qual me inseri foi o CAPS II Adulto Cais Mental Centro. O Cais é um espaço de transmissão e construção. Acolhe estagiários e residentes há anos, contando histórias, fazendo História. Faz apostas e reinvenções: seja em dispositivos, profissionais ou práticas de cuidado. Tão importante quanto o cuidado e a técnica em si, percebia como o Cais é instituição, corpo, equipe e memória que potencializa o percurso pela complexidade do sofrimento psíquico grave. Isso porque são profissionais de luta e resistência, que trabalham atentos às questões psicossociais e à garantia de acesso à população em situação de vulnerabilidade. O

Cais é uma história forte que se conta em meio a tantas fragilidades. Estava inserida em um serviço que foi construído e constituído a cada ato durante todos esses anos.

Logo que cheguei, na primeira reunião de equipe, o primeiro impacto. Equipe instituída, cais de memória, história, transmissão, luta. Cais que parecia sofrer. Me deparei com uma equipe passando por muitas transições, revendo dispositivos de atenção, procurando novas possibilidades e reorganizações do trabalho. Equipe que resiste em meio aos desmontes da conjuntura macropolítica, mas que é afetada pela redução de pessoal, do corpo que sustenta o cuidado em saúde mental. O que espera o CAPS lá na frente? Com o que vai ser possível contar? E mais, como essa história vai ser contada?

O Cais foi o primeiro local a dar pistas. Das perguntas, talvez também das respostas - a importância da historicidade. Mas confesso que quando entrei na residência, apesar de acompanhar os golpes de Estado que vinham ocorrendo no Brasil e de já ter uma vivência na saúde pública em Florianópolis, ainda não era tão evidente os efeitos no real do traçar profissional (e pessoal), considerando o lugar social e político que tenho o privilégio de estar. Revisitar o meu próprio percurso, desde o início da residência, parece convocar o desejo em escrever. Sobre a experiência, sobre os encantamentos, sobre os desencantamentos, sobre as angústias. O que é importante, porque em alguns momentos pareceu difícil escrever sobre tanto, iniciar este trabalho, como uma sensação de paralisia e amortecimento. Para além do início que vivo agora - deste trabalho, dos encerramentos, finalizações e dos relances do desejo; estas páginas trazem a densidade dos afetos, da experiência, da elaboração do vivido. E de algumas aberturas.

Acho importante dar lugar para as afetações. Tenho receio de que pareça melancólico a quem lê o que trago neste momento, ao mesmo tempo que tenho repulsa à suposta neutralidade ao falar de cuidado, de ética na direção dos tratamentos e, principalmente, de ciência e produção de conhecimento (âmbito ao qual pertence esse tipo de escrito). Tenho visto muitos colegas que, assim como eu, apostam na política pública e no cuidado implicado, logo no início do traçar

profissional falando em desesperança e falta de perspectiva. Verdadeiramente afetados, todos nós. Mais do que dúvidas e incertezas em relação aos projetos de futuro que por tanto tempo acreditamos, e ainda insistimos em acreditar; o testemunho da crueldade e da vida dura e seca parece invadir nossos corpos também enquanto trabalhadores da saúde mental. Falo por mim que tenho achado um lugar difícil de estar e sustentar: esse híbrido da academia com o serviço público, enquanto ambos os lados vem sofrendo diversos ataques e descasos. Falo por mim, mas temos sentido por nós, por Ricardos¹, por trabalhadores que estão na rede há anos tentando construir um trabalho. É difícil, também, escrever sobre isso. Porque o peito aperta e eu, que já não demoro muito a deixar as primeiras lágrimas virem, fico tentando realmente entender o que acontece. É estranho, porque sabemos que não estamos bem, não nos sentimos bem, compartilhamos das angústias, mas ainda não elaboramos a ponto de deixar evidente o que tem acontecido. Não está evidente. E falo no plural porque muitas das lutas, dúvidas e desconfortos tem sido coletivos. Mas, muitas das estratégias de resistência e apaziguamento do peito também.

Quando falo em outros espaços ou conto a amigos e familiares próximos que tem sido difícil, acabo me agarrando nos mesmos argumentos (de que as condições de trabalho estão cada vez mais precarizadas; que somos engolidos pela dimensão macropolítica do Brasil; que testemunhamos realidades cada vez mais árduas e angustiantes) e as pessoas parecem não entender. Parece que só quem tem vivido a experiência viva do cuidado em saúde mental na política pública sabe do que tanto temos falado. Seria possível começar um trabalho de conclusão sem falar disso? Um trabalho de conclusão justamente de uma formação para o Sistema Único de Saúde e garantia de direitos? Um trabalho de conclusão que almejasse trazer sobre as infinitas possibilidades da vida de criação e recriação para sair da paralisia decorrente do sofrimento psíquico? Como escrever sobre alternativas se por vezes me sinto paralisada enquanto profissional e autora deste trabalho?

¹ Ricardo é o nome fictício dado a um dos jovens acompanhados pelo CAPSi, do qual falo ao longo deste escrito.

De alguma forma, é inevitável que vivemos um outro momento na saúde coletiva. Parece até que um pouco antes, mesmo que pouco antes (alguns meses, um ano?), era um privilégio poder falar de conceitos da clínica, de dispositivos e tecnologias de cuidado e até do sofrimento situado no âmbito sociopolítico - como isso que é efeito da cultura, das relações. Hoje parece que o peso disso é maior, que a boca seca na hora de contar, que o trabalho parece mais árduo porque estamos diante de cotidianos fragmentados de processos de trabalho. De muitas equipes adoecidas. Penso que tem sido de outro tom e outra ordem o que temos vivido este ano. Mas diante de tanto, encontro lugar para escrever, marcar, inscrever aqui. Testemunhamos muitas coisas e o testemunho também é a possibilidade de uma memória coletiva, de resistência. Legitimar os tempos que estamos vivendo, reconhecendo seus impactos, impasses, também o que ainda é possível, apesar de tudo. Penso que este trabalho é uma via também de se fortalecer. Apesar de tudo. Penso que o cuidado em saúde mental na política pública ainda tem muito a construir pela frente. Apesar de tudo. Seria possível começar um trabalho de conclusão sem se dar conta disso?

Lugar ao tempo e à travessia: a carta. E a infância.

Eu sempre tive gosto pela escrita. Acho que comecei escrevendo cartas, já que tenho guardado algumas cartas desde criança. Das lembranças da infância, a coleção de 30 anos de papéis de carta que a mãe me mostrava contente. Com a graça das bordas estampadas, diferentes linhas e desenhos sutis, ela me contava histórias sobre as trocas que as cartas nos garantiam com o passar dos anos. Contava sobre o contar histórias pela via da escrita, narrar uma possível verdade, tão ficcional, referente à experiência. Já meu pai, jornalista, sempre insistiu que nas datas importantes fizéssemos o exercício de escrever cartas. Nunca hesitou em transbordar os mais intensos dos afetos na pele dele, na bochecha que cora - como a minha quando falo -, e na sequência, também não hesitava em passar tudo para o papel. O papel vívido, fidedigno, que parece convocar os olhos com tamanha sinceridade e calor daquilo que pulsa de mais autoral.

Da superfície da folha que a mãe escolhe cuidadosamente e me entrega, às primeiras marcas da escrita encorajada pelo pai. Esboçam-se as primeiras narrativas, tão minhas, sempre endereçadas, sempre vivas. Genuíno poder fazer esse exercício desde pequena com o olhar cuidadoso dos dois. Com o passar dos anos, me pus a escrever sozinha, com o efeito daquilo que fica deles interiorizado em mim e poetizado no ardor da vida. Me pus a narrar. No decorrer do tempo, surgem as cartas de amor, as cartas de saudade, as cartas de felicitações, as cartas de desejos, as cartas de despedidas, as cartas de reconciliações.

Também é época, agora, das cartas de Natal; dos anseios de Ano Novo. Deste tempo que demarca a passagem e o entre das experiências familiares/relações interpessoais e dos desejos individuais. Do coletivo, para o singular. Da relação que não se faz novidade. Mas que se faz necessária enfatizar em meio a tantos processos de trabalho e de vida dos quais 2018 e 2019 se encarregaram. A carta relança meus afetos para o outro a quem endereço, mas também para o terceiro que lê, e joga com o caráter coletivo-singular da experiência. Hoje, me coloco a escrever. Neste escrito, talvez em outro formato. No caso, hoje, a escrita chega como um dispositivo de autocuidado para mim; como um dispositivo técnico-profissional, como uma forma de registro. É tempo de revisitar meu percurso e a verdade tão minha que carrego sobre ele.

A carta foi um dispositivo do qual usei de diferentes maneiras ao longo do percurso da residência; uma delas, inclusive, como instrumento de oficina para adolescentes no CAPSi Sapuca. A carta também é uma forma de se fazer presente. E de apostar nos tempos fluídos, flexíveis, incertos, nos imprevistos do caminho; de poder se ver diante do vazio entre o remetente e o destinatário. A carta tem um caráter diferente da urgência do virtual. A urgência não dá tempo para elaboração e sustentação do simbólico. Por isso, escolho falar da carta, dando lugar ao tempo e à travessia, como uma metáfora do percurso RIS. Como o tempo da experiência.

A Casa dos Cata-Ventos, segundo cenário em que estive em 2018, também reviveu meu carinho pelas cartas. Lá também costumam escrever cartas; também é um dispositivo de cuidado. Para aqueles que estão ausentes de alguma forma, ou

que estão por ir embora. Para os que amamos. Lá, também, eu revisitava a minha própria infância: não é a toa que lembro com ternura, mas também uma certa angústia, de cenas que vivi quando era criança e tracei as primeiras letras no papel.

A Carta e a Infância. Talvez este escrito trate de algo parecido com isso: dos passos (nem tão) iniciais de um percurso de formação, do tempo de se colocar a tentar, do que se faz coletivo no singular (e vice-versa), do que se leva para si daquilo que se aprende com o(s) outro(s), do afeto, do amor, do apesar de tudo. Convido vocês, leitoras e leitores, a me acompanharem no situar dos primeiros passos deste trabalho e de uma tentativa de delimitação do tema.

2. A POLISSEMIA DO CUIDADO

A Saúde Mental precisa de poesia

Ao longo de 2018, tive a oportunidade de compor com uma super-equipe da Contação de Histórias na Casa dos Cata-Ventos. Enquanto residente, meus horários eram organizados em diferentes momentos - bem delimitados, mas que se relacionavam entre si: o turno de brincadeira livre, o turno de contação de histórias, as reuniões de equipe, as reuniões de micro equipe de cada turno, a preceptoria e reuniões extras com a escola e com a rede.

Com a equipe da contação, aprendi que as histórias são lugares de afetos coletivos. Elas viabilizam uma continência necessária para elaboração e construção de muitos dos nossos traumas, para nossos conflitos psíquicos mais duros, aqueles que precisamos de um certo distanciamento afetivo para conseguirmos lidar. Além disso, as histórias provocam deslocamentos para aquilo já fixado, abrem sentidos, propõem o novo.

Daquele espaço compartilhado do turno da contação, comecei a afirmar que a saúde mental coletiva PRECISA de poesia. Fiquei encantada. Por meses reiterei essa frase em minhas produções. Ela só é saúde mental se chega pela via do poético - da composição da narrativa. Porque são as histórias, poesias, contos que abrem novas possibilidades de existir e viver: menos duras, mais singulares. É nesse momento que se inicia o processo de pensar este trabalho de conclusão.

Se Chimamanda Ngozi nos alerta sobre o perigo de contar uma única história (2009), o campo da saúde mental coletiva precisa estar atento às outras tantas narrativas a serem criadas, para que não caia na redução e aniquilamento de vidas e existências em suas mais diversas formas. É a possibilidade de expandir territórios existenciais fugindo de uma história única.

As histórias sinalizam deslocamentos, rupturas, aberturas, possibilidades; operam com a invenção e criatividade; têm seu efeito polissêmico; apontam que existem outras saídas para tudo aquilo que mais nos dói na vida, e também para as várias outras formas de vida. E muitas vezes apresentam a própria saída.

Também é importante dizer que o conto, por exemplo, é atemporal. Reúne em uma só narrativa angústias, experiências, potencialidades do que há de mais humano, para além da época. Na Casa dos Cata-Ventos eu contava para as crianças muitas das histórias que leram para mim há 20 anos atrás e que se reatualizam.

Eu acho que nós sobreviveremos nesses tempos por meio de um modo feroz de contar histórias, por meio de uma resistência feroz, da política, de um tipo de recusa a ir embora, do reconhecimento de que isso aconteceu antes, muitas vezes, e está acontecendo de novo, e de que nós simplesmente nos recusamos a ir embora. Que nós somos uns (com) os outros, que realmente podemos, e devemos apelar uns aos outros para termos força, o que inclui força e luto, cuidando das feridas de cada um. Eu, de certo modo, fui extraordinariamente ingênua, eu realmente não acreditava que fosse possível que as coisas desmoronassem de modo tão rápido, tão amplamente e de um jeito tão difícil, mas é a ingenuidade dos privilegiados, e eu acho que muitas pessoas neste planeta sabem de fato muito bem que manter a vitalidade uns com os outros está se tornando incrivelmente difícil, e de que se não continuarmos a cultivar a capacidade de rir e brincar uns com os outros, aí sim nós perderemos realmente. Insistir na criação de vitalidades, apesar dos novos tipos de opressão. Que não fomos derrotados, que não iremos embora. E contar histórias é uma das nossas capacidades mais preciosas. (Haraway, 2018)

Aqui a história é o que torna possível o deslocamento, a criação, a abertura de sentido. Gutfreind (2003) afirma que contar histórias auxilia no encontro por representações para o sofrimento; ajuda a encontrar um discurso, uma forma de

expressão. Tanto as histórias fazem que possibilitam um amparo discursivo. Mas de novo, o que isso tem a ver com a Saúde Mental Coletiva? Trabalhamos, na maioria das vezes, nos debruçando sobre o sofrimento psíquico, mas também olhando para aquilo que potencialmente produz vida àqueles que cruzam nossos cotidianos de trabalho.

Rosa (2016), ao se debruçar sobre a clínica psicanalítica diante de sofrimentos situados em contextos e posições sociopolíticas, desvela a problemática do sujeito excluído do modelo neoliberal e reitera que a questão do traumático está diretamente atrelada ao desamparo discursivo e social. Aponta, então, para as especificidades da clínica em tais contextos (incluindo, também, uma atenção especial ao lugar social e à resistência de quem escuta nessas situações).

Ao longo do ano no qual estive na Casa dos Cata-Ventos, testemunhamos muitas cenas de racismo, que quando aconteciam entre as crianças, ou vinham em algumas falas endereçadas a nós cataventeiros², chegavam como algo que nos paralisava nas intervenções. Efeito de tantos fantasmas do nossos tempos. Foi fundamental, enquanto equipe, nos colocarmos a pensar, estudar e dar lugar às relações étnico-raciais no processo de trabalho da própria equipe. A falar não só sobre negritude, mas branquitude também! Foi a partir do trabalho interno que podemos começar a expandir para o externo. Começamos a dar lugar não só para os diferentes lápis cor de pele e as mais variadas texturas de cabelos nos desenhos, mas para os batuques, orixás, para a história da África e do Brasil. Nos colocamos a contar outras histórias relacionadas à raça, ao povo preto. Outras histórias e narrativas possíveis. Mais existências possíveis, mais parapeitos:

Não acho, porém, que um autor “absoluto” seja possível. De absoluto no mundo não há nada, nem mesmo no fundo mais fundo da nossa biologia. [...] Somos furacões que arrastam fragmentos das mais diversas fontes históricas e biológicas. Isto nos torna - ainda bem - aglomerados móveis, em um equilíbrio sempre precário, incoerentes, complexos, não redutíveis a um esquema sem que muitas, muitíssimas coisas fiquem do lado de fora. Por isso, as histórias são mais eficazes quando constituem parapeitos dos quais podemos olhar tudo o que ficou de fora (Ferrante, 2017)

²Termo criado para nomear a equipe da Casa dos Cata-Ventos

Muitos dos parapeitos chegam pela via da Contação de Histórias. Além de contar histórias, também trabalhamos construindo com os pequenos a história de cada um, seu nome, seu percurso. Às vezes precisamos ajudar porque há uma confusão de idades.. eles dizem ter 9, na semana seguinte 10, depois 9 de novo. Era importante ajudar a localizar, esclarecer quando a palavra estava confusa; situar no mundo a própria existência e construir um sentido narrativo. Assim é possível começar a sair em busca da própria trama. Assim é possível um amparo discursivo.

No que tange ao desamparo discursivo, Rosa (2016) nos lembra que o discurso social e político é carregado de interesses, capturando o sujeito em suas malhas - seja na constituição subjetiva ou nas circunstâncias de destituição subjetiva. Assim, o discurso social é oferecido como se fosse discurso do Outro, como se fosse a dimensão simbólica que referencia a pertença do sujeito. Um estratégia para elucidar esse emaranhado e abrir a possibilidade de um novo pertencimento é resgatar a memória na e pela experiência compartilhada. Testemunho, memória, historicidade. Patrimônio. Historicização dos laços sociais. Compartilhar narrativas, propor grupos nos territórios. Contar histórias. Poder contar João e Maria e escutar os efeitos do medo de ficar desabrigado/abandonado. Poder contar Dandara dos Palmares e reafirmar a história do povo preto, da luta, da negritude.

“27 de Julho de 2018. Manhã de sexta-feira. Dia de contação de histórias. Chegamos na vila e algumas crianças já estavam pela rua esperando os cataventeiros. Algumas já cantavam

eu vou, eu vou, contar história eu vou.
Pararatimum
Pararatimum
eu vou, eu vou, eu vou, eu vou

Éramos cinco cataventeiros, carregando um cartaz com um mapa que havíamos pintado no dia anterior. Algumas crianças nos acompanham no caminho até em casa. Igor, menino negro de 8 anos que mora na vila, no caminho, conta que ontem a polícia entrou em sua casa durante a madrugada. Levantou os colhões, acordou a família toda e queria prender seu padrasto. Ele e a mãe foram dormir na tia. Nos contou que sentiu muito medo. Outra criança de 11 anos, Eric, pede para ver o cartaz. Reconhece o Rio Grande do Sul e aponta no mapa anunciando que sabe onde moramos. Uma das cataventeiras aponta para o outro desenho, mostrando a África. Ele responde “ah, eu gosto da África. Queria morar lá, porque

lá é muito legal”. Dentro da casa, começamos a contação com uma pergunta: “você sabem por que tem tantas pessoas negras no Brasil?”. Situando a história da escravização, introduzimos a história de Dandara dos Palmares, escolhida para aquela manhã. Eric, menino negro, trazia provocações e participações ao longo da história. Achava a África legal, Depois falava que preto era tudo feio. Insistia nisso. Quando uma das cataventeiras conta, a partir da história, que os africanos ensinaram os europeus a tomar banho, Eric fala orgulhoso:

- HÁ, eu quem fiz vocês tomarem banho!!!!!!
Ali ele ensaia uma identificação com sua cor. “

Aqui, não hesito em afirmar que o campo da saúde mental exige um compromisso clínico, ético, político, e estético dos atores convocados por ela. Afinal, é necessário situar o sofrimento nesses diferentes âmbitos e também poder pensar em produções de vida diante das diferentes formas de existir e viver. Para Fagundes (1995), a Saúde Mental Coletiva diz de um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações no modo de pensar, sentir, fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas então tradicionais por outras capazes de contribuir com a criação de projetos de vida.

Testemunho da Imagem: o sensível, a estética, o (in)visível

Rosa (2016) retoma diferentes autores do nosso tempo para afirmar que a política apresenta-se tanto como poder e domínio sobre o sujeito, quanto ação no espaço entre as relações (a produção de um mundo comum). A condição do comum é sustentar um lugar vazio que possibilite a criação, já que é pelo vazio que as formas da comunidade foram construídas. Mas lembra que Arendt apresenta um recuo, que dá ênfase na suposição de diferença e pluralidade da experiência compartilhada, o que permite elaborar uma resistência aos modos modernos de fazer política.

As trajetórias dos sujeitos testemunham modos de lidar com o mundo comum ou o modo como se induz a hierarquizar ou homogeneizar as experiências e culturas pela imposição de um único modo de viver. (Rosa, 2016, p. 23)

As formas de ver, agir, sentir, pensar são permeadas por uma concepção de mundo, por suas regras, configurações e partilhas (Maheirie, 2015). Para Rancière (2014), a política remete ao dissenso, à demonstração do dano, à verificação da

igualdade e é aquilo que reconfigura a ordem do sensível, portanto, faz parte do campo da estética - o que nos toca, o que produz uma sensibilidade em nós mesmos.

Nos primeiros meses de residência escrevi sobre como minha inserção nos cenários de prática estava sendo uma verdadeira **experiência estética**. Em agosto de 2018, na minha primeira narrativa³ da residência, escrevi:

“Minha primeira ida para a Casa dos Cata-Ventos foi a própria experiência estética das cidades. Estética porque é pela via do sensível, do que afeta, do que (não) compõe e aparece no cotidiano. Do que é estranho, mas diz respeito a mim. A entrada na Vila São Pedro, realidade bruta e difícil do desamparo do Estado e do abismo social brasileiro, quanto impacto! Ouvir relatos de crianças que passam por invasões em suas casas, que têm familiares violentados, dificuldades de acessar direitos básicos, pouco respaldo e amparo. Que infância é possível ali? Que nome se possibilita ter? Que visibilidade? O que fazer com o mal-estar de ficar ali por algumas horas, mas saber que posso sair quando quiser? Há quem fica e não transita ou escolhe como eu. E não há problema em ficar. Mas como ficar e poder ter possibilidades novas de vida e existência? Não tão invisibilizadas e violentas?”

O que fazer com isso que vejo e que me olha? Não basta receber passivamente a cena. Como uma imagem dialética - ao encontro do entendimento de Didi-Huberman (1998). Se a iconografia tende a ser tautológica, justificando-se pelo próprio ícone e destituindo qualquer sentido para além daquilo que vê na forma: o que eu vejo é o que eu vejo; a imagem dialética é o que eu vejo e isso que eu vejo é o que me toca e o que me olha. E o que me olha é tudo aquilo que escapa da visão, do campo do conhecido e do familiar. É a oportunidade de olhar para o não sentido.

As imagens dialéticas conduzem ao movimento de ir e voltar, de se envolver, de ser olhado. Enquanto trabalhadora(s) da saúde mental - aqui o plural tende a indicar que não é um movimento que comete apenas a mim - fui olhada por essas cenas, por essas imagens, passei a ficar imersa em configurações sociais e realidades completamente diferentes das que já havia vivido. O que fazer com isso?

O que fazer com isso, se trabalhar na rede de saúde mental, na assistência social e no projeto da casa dos cata-ventos é testemunhar a imagem da *sobrevivência dos vaga-lumes* de Didi-Huberman (2011); é reconhecer e *deslocar o*

³ Chamamos de narrativa a produção escrita semestral e de caráter avaliativo do programa da Residência em Saúde Mental Coletiva.

enquadramento de vidas passíveis de luto apontadas por Judith Butler (2015). O contato dialético com tantas cenas - estas de ver o que não pode ser visto, imaginar o inimaginável, tantas instâncias de exceção às lógicas totalizantes que dominam a história contemporânea (Kon, 2016) - que produz o que acima chamei de experiência estética no cuidado em saúde mental.

Sensível, estético. Visível, invisível. Comecei a testemunhar verdadeiros não lugares logo nos primeiros meses. Às vezes, pela via da invisibilidade. Às vezes, um não reconhecimento de vida/lugar que acaba por patologizar existências e, conseqüentemente, medicalizar ou medicamentar. Quero escrever sobre não lugares da infância e juventude! Preciso! O que fazer com isso? dar lugar pra isso. Com o passar do tempo as perguntas foram crescendo: o que essas existências provocam em nós trabalhadores da rede? Qual o perigo da infância e da juventude?

Qual o perigo da infância e da juventude?

“Meados de Setembro de 2018. Chegamos na Casa dos Cata-Ventos para mais um turno de contação de histórias. Algo estava diferente. A casa tinha em sua estrutura um portão de entrada, o pátio e então a construção, com três janelas na fachada. Naquela manhã, as janelas, que já contavam com alguns bons trincos e frestas, estavam estilhaçadas. Varremos cuidadosamente os vidros do chão. Havia marcas de furos por todas as janelas. Cacos, restos. O que as janelas quebradas nos comunicavam?

- Trabalhamos com a palavra, vamos perguntar para as crianças.

Na conversa, “nada”. Quebraram mais vidros. Encerramos o turno: “hoje os adultos precisam conversar”. Do caminho da Casa, até a creche, onde trabalhava uma de nossas parceiras do território, escutávamos de outros adultos - os que viviam na vila:

- Foram as crianças!
- Não sei o que vocês ainda estão fazendo aqui, essas crianças não tem mais jeito!
- O que esses aí vão ser não tem mais volta.”

O perigo da infância e da juventude está em mostrar o que há de mais bruto nas formas de subjetivação dos nossos tempos. Sousa e Paiva (2012) trazem que hoje em dia vivemos em uma sociedade na qual há uma adoração ao modelo cultural construído para a juventude. Mas, mesmo que por um lado essa valorização da juventude no sistema capitalista se dê principalmente pela capacidade de produção e de consumo, é importante ressaltar que a (outra) juventude também

ganha um caráter perigoso e violento. Sustentam, assim, posições estigmatizadas de violência e criminalidade, em contrapartida à posição de liberdade e contribuição para o capital. Julieta Jerusalinsky (2019) reitera que quando tratamos de crianças, fica evidente como elas, com suas produções e dificuldades, revelam quais os ideais e os furos do tecido cultural e social de uma determinada época. Que mundo estamos oferecendo para nossas crianças?

Ali a imagem era sempre a mesma. A recepção do CAPSi tem sua cortina delimitando um segundo espaço, a sala de convivência. Nesta sala, um sofá, uma televisão, um bebedouro. A sala também é passagem para o pátio e para os fundos da casa, onde se acessa uma outra casa. A sala é de convivência, mas a imagem ali acabava sendo sempre a mesma. No início de 2019, no primeiro horário da manhã, a imagem era sempre a mesma. Ricardo chegava cedo. Cedo porque não dormia a noite toda, fazia uso de cocaína e chegava “duro”. Chegava de surpresa, mas nem era tanta surpresa assim. Às vezes chegava sozinho; às vezes trazido pela guarda municipal; às vezes pelo Conselho Tutelar. Chegava com fome, corria preparar suco e pipoca na casa dos fundos. Não dava muito tempo, dormia. No sofá, atirado. A imagem era sempre a mesma. O corpo jogado no sofá, a boca entreaberta, os pés encardidos, algumas feridas pelo corpo, o cabelo preto com aspecto oleoso. As roupas por vezes inteiras, por vezes restos, retalhos. O odor, sempre forte. As camisetas no chão que Tia Iná colocava para limparmos os pés se confundiam com roupas que o Ricardo levava e tirava espalhando pelo CAPSi. A imagem era sempre a mesma. Aliás, todas as suas roupas estavam no CAPSi. Quando ele completou 18 anos, em Abril de 2019, o serviço de acolhimento institucional ao qual ele estava referenciado simplesmente entregou todas as suas “trilhas e documentos” ao CAPSi. Afinal, lá ele já não pode entrar; tem 18 anos, é um risco para outras crianças. É um risco para outras crianças?

São infâncias e juventudes de imagens insistentes, resistentes e que ali se apresentam, apesar de tudo. **Com quem precisamos trabalhar quando essa população chega aos serviços? De quem é a demanda? Qual a demanda?**

Aqui estética e política são indissociáveis.

Aqui política e clínica são indissociáveis.

Aqui clínica e ética são indissociáveis.

É a partir de uma posição de escuta clínica que intervimos nas diferentes políticas do olhar, nas políticas de acolhimento, nas políticas produtoras de exclusão e violência (Torossian, 2019). Aqui precisamos brincar com a capacidade de ampliar os sentidos. De atravessar história, de deslocar significantes. De criar alternativas. De abrir sentidos.

Retomando a pergunta acima, o que fazemos com isso, enquanto trabalhadores da saúde mental, também envolve nos posicionar - para além da possibilidade (e necessidade) de dar lugar para esse testemunho das imagens de forma escrita, ou dita, quebrando a tendência ao silenciamento do cotidiano do trabalho. Reposicionar. Escutar e olhar. Parece óbvio, mas muito do que presenciei no último ano trabalhando na rede de atenção infantojuvenil dizia de uma escuta que com o tempo se perdia na dificuldade de gestão dos processos de trabalho. Ricardo segue procurando o CAPSi, mas nós, enquanto equipe de referência, “acostumadas” com sua presença, parecemos deixar a escuta de Ricardo de lado.

Mesmo assim, algo o levava até lá. Até o CAPSi especificamente. Mesmo que o CREAS da cidade tivesse registros do caso de 10 anos atrás e tivesse conhecimento da gravidade, as tentativas de vinculação feitas não surtiam retorno. Nesse contexto, a noção de transferência da psicanálise, formulada inicialmente por Freud e revisitada por outros autores como Lacan, nos auxilia a pensar que para além das rotinas e delimitações da rede, os sujeitos que a acessam também escolhem com quem se vincular. A transferência é a presentificação do inconsciente no estabelecimento de relações do sujeito com os outros, a partir da fantasia (Elia, 2010). A transferência diz da forma de se relacionar, de identificações, de lugares de enunciação. A rede, portanto, pode estar atenta a tais questões, se adaptando aos endereçamentos dos sujeitos.

Mesmo que sua “demanda fosse mais social”, como trabalhadores da rede costumavam falar (demanda mais social?) ele não vinculava com o CREAS. Mesmo que o CAPSi insistisse que o CREAS tinha que estar mais presente no caso. Muitas vezes, essa visão fragmentada do cuidado trazia certo mal estar, não sei dizer se só a mim ou a toda equipe. Essa fragmentação que caíamos enquanto trabalhadores de vários setores da rede de atenção psicossocial. Como se fosse cada um por si e cada um com sua demanda enquadrada, rígida, fixada.

Tinha uma clara divisão de tarefas, burocracias e obrigações. Os discursos viravam disputas entre a rede de cuidado. O que nós esquecemos, por vezes - e não devemos esquecer - é que a própria vida diz de uma precariedade, e o que é da

ordem do precário exige reposicionamentos frente a alterações, recaídas, balanceamentos. Exige criatividade. A vida tem muitas variáveis, se desloca e precisamos apostar em experimentações a partir das variáveis, principalmente pensando em saúde mental. Neves, Porcaro e Curvo (2017) retornam a Georges Canguilhem para afirmar que saúde é colocar-se em risco - no sentido daquilo que foge do que é rígido, seguro e aceito. Saúde é a margem de tolerância às infidelidades do meio e à capacidade normativa do nosso tempo. Ela exige uma certa criatividade e um jogo com as possibilidades.

O traçar dessas reflexões me fizeram querer nomear como **Polissemia do Cuidado** a questão principal deste trabalho - a partir dos recortes com as infâncias e juventudes que tive o privilégio de conhecer, acompanhar, testemunhar - principalmente aquelas que geralmente ocupam um lugar de resto e/ou de invisibilidade. A polissemia remete à abertura de novos sentidos; aos muitos significados. A polissemia diz de uma diversidade, de uma composição, de muitas possibilidades. E aqui defendo que o cuidado é polissêmico quando se fala em saúde mental. O cuidado pode se dar de muitas formas, justamente porque a demanda é complexa e a vida conta com os deslocamentos, com as infidelidades do meio.

Polissemia I: O cuidado se dá de muitas formas, frente às diferentes demandas

Portanto, como “definir” UMA demanda? ou A demanda de um serviço? Ou um serviço específico para a demanda? Como delimitar o que cabe a cada um da rede, sabendo que um certo direcionamento é necessário a nível de organização do próprio processo de trabalho das equipes? Afinal, não é a toa que temos regulamentações, portarias, direções técnicas, mandatos. Qual a solução para isso?

O que chega como demanda? Qual a demanda? O que é uma demanda? Como construir uma demanda?

Ao me inserir na equipe do CREAS, passei por alguns processos na sequência: de entendimento dos fluxos da assistência social, de me questionar sobre o “objeto de trabalho da assistência social”, das direções de acompanhamento

que os psicólogos assumem, **do que é possível enquanto quase especialista em saúde mental na assistência**, do limite do trabalho, do alcance do trabalho.

O CREAS é um dispositivo do Sistema Único de Assistência Social de média complexidade que tem em vista a proteção social em nível especializado, constituindo-se como um lócus de referência a famílias e indivíduos que se encontram em situações de risco pessoal ou social por conta da violação de direitos. O território em que vivem, a vulnerabilidade social e risco pessoal e social são disparadores para pensar o enfrentamento de tais violações e rompimento de vínculos. O trabalho caminha na direção da construção de novas possibilidades de interação, projetos de vida e superação das situações vivenciadas, bem como da prevenção do agravamento das situações (Brasil, 2011).

No CREAS em que estive, estranhava nas primeiras semanas o “esvaziamento” do serviço e como se dá o processo de trabalho. Meu corpo, de certa forma, já vinha se colocando em outro modo/presença nos locais em que estive no ano anterior, o Cais Mental e a Casa dos Cata-ventos. No CREAS o trabalho não parecia ser tanto com o corpo - aquele que brinca, encena, corre, dança, caminha, canta. No CREAS comecei a esboçar direções de escuta, visita, deslocamento, mapeamento, rede, circulação. No CREAS vamos até a casa das pessoas no momento em que elas se ausentam; vamos até a rua se essas pessoas não têm casas; mapeamos e articulamos possibilidades de trabalho para os meninos em medida socioeducativa; avaliamos riscos e orientamos famílias preocupados com aquilo que chamamos de “proteção”, que mais do que social tem seus efeitos psíquicos. O menor fluxo de pessoas no serviço e o ritmo de trabalho apontavam para questionamentos meus em relação aos **vínculos, noções de cuidado e demanda**.

A relação que os usuários acabam por estabelecer no CREAS perpassa, muitas vezes, uma demanda judicial (ou uma judicialização de problemas relacionais, como muitas vezes podemos perceber com o público das medidas socioeducativas e no PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) e não uma procura imediata por cuidado. Às vezes o trabalho

lá acaba por fazer esse giro: da burocracia para um lugar em que emergem sujeitos. Talvez essa seja a direção do cuidado no CREAS, para além da proteção. Assim, não se pode dizer que não é possível identificar e construir uma demanda de cuidado em um espaço que tem em seu mandato a proteção. Este cuidado acaba caracterizando-se pela via da garantia de direitos e pela escuta que se oferta. Como se a própria escutada fosse um rompante da garantia de direitos. A escuta irrompe como resposta a uma chegada que de início supostamente é judicial ao serviço e passa a delimitar uma demanda. **Demanda** de direito a ser garantido, de reposicionamento social e político, demanda de um outro olhar ou caminho possível.

Nesse contexto, **a noção de cuidado** trabalhando na assistência e na saúde traz suas variações. Tenho pensado que na assistência o cuidado que ofertamos enquanto residentes em saúde mental, de maneira geral, envolve um olhar para condições básicas de vida (a garantia de direitos) e para as relações interpessoais e seus efeitos na organização dos sujeitos. Principalmente no concreto do dia-a-dia, mesmo que anunciando no horizonte os efeitos para a subjetividade, saúde mental, organização psíquica (seja lá como vamos chamar aqui isso que diz de um entendimento do sofrimento e uma construção de estratégias). Fui concluindo, que o “esvaziamento” no dia-a-dia do serviço, quando comparado com dispositivos da saúde, diz desse cuidado que se dá de outra forma e conseqüentemente, um **vínculo** que se dá de outra forma. Talvez com mais autonomia dos sujeitos? ou será que ainda com esse distanciamento burocrático que respinga das vias judiciais?

Já no CAPSi o cotidiano do trabalho começou a trazer desafios em relação à clínica singular do caso a caso (a pensar diagnósticos estruturais, a enfrentar e questionar processos de medicalização na infância, a direcionar o tratamento clínico); ao exercitar uma comunicação sensível com os cuidadores; ao sustentar, diante das figuras escolares, um posicionamento em relação à criança enquanto sujeito; ao saber medir o momento de acionar órgãos mais policiaescos como o Conselho Tutelar; a experienciar o tato de avaliar risco, mas mais do que isso, gravidade em situações “silenciosas”; à diferença entre educar e cuidar (e qual verbo nos guia ali?). Mas principalmente, trazia duas questões em relação à **demanda**: o

encaminhamento para o serviço foi feito por demanda de quem (dos pais? escola?); e era “demanda de CAPSi”?

Os processos de trabalho no CAPSi envolviam turnos de acolhimento, escuta individual e familiar, reunião de equipe, inserção nas atividades coletivas, matriciamentos e interconsultas. Envolviam reafirmar uma escuta não só da criança e do adolescente, mas também dos cuidadores e pessoas de referência. O que nos indica em que lugar essa criança está situada na fantasia de pessoas que representem a cultura e o laço social em sua vida; em que lugar a criança está situada no desejo dos pais, e mais do que isso, no campo discursivo dos pais. Além disso, convocar as idas dos pais nos tratamentos diz de uma implicação nos processos subjetivos de deslocar o lugar que essa criança ocupa. Poder olhar para a posição de objeto que a criança foi chamada a ocupar na fantasia do outro, nos permite acessar aos poucos o seu desejo na condição do sujeito, construindo isso com ela, e aqui podemos falar de **noção de cuidado**.

Mas, justamente por ser um CAPSi é inevitável falar em atenção psicossocial quando pensamos em cuidado. O CAPS não é CAPSi se não estiver atento a isso. Precisamos olhar para as condições de vida e a cultura do território. Estas são determinantes nas formações discursivas, como retratado anteriormente. É entorno destas formações discursivas que o sujeito vai se constituindo na dialética da alienação e separação com o desejo do Outro (Simbemberg, 2019). Precisamos evidenciar o cuidado no território, já que o CAPSi surge como:

um polo de encaminhamento de demandas psicossociais diversas em determinado território, do qual emanam, igualmente, não só respostas a essas demandas que atingem as suas fontes, mas também ações e intervenções dirigidas a **diferentes instâncias e dispositivos do território**, que o modificam, sempre visando a um grau cada vez maior de saúde mental ...Caracterizado dessa forma, o Caps não se reduz a um tipo de serviço entre outros, mas constitui a **encarnação de diretrizes da política de saúde mental** em determinado território. Como tal, ele representa um conjunto de concepções de atenção, de modos de intervenção, regidos por uma **determinada lógica do cuidado. Essa lógica trata-se de fazê-la valer no território**. (Brasil, 2005, p. 45 e 46).

Se o CREAS que estive chegou como um local mais calmo e silencioso de trabalho, a rotina do CAPSi, por sua vez, tem a melodia de muitos gritos, berros, choros, risadas gostosas e também silêncios da infância e da juventude. Tem a urgência, tem as contenções. Tem o movimento do corpo, tem as repetições, tem o se experimentar no mundo, tem o procurar referências, tem o construir a imagem de si e de um outro, tem a separação em relação aos pais, tem o incluir alguém na própria brincadeira, tem o falar de redes virtuais que ocupam lugares de transmissão. Mas tem também a fome, o sono, a busca por um lugar para dormir. Enfim, tem as demandas psicossociais.

No CAPSi a demanda também pode chegar por outras vias. Mas quando é assim, perde o seu caráter de “cumprir com o encaminhamento do conselho, da escola, do Ministério Público” no momento em que os sintomas e o sofrimento conseguem ser situados e costurados na história para aqueles que o vivem (crianças, adolescentes, famílias, cuidadores). O significante referência que usamos no cotidiano do trabalho (técnico de referência, referência e contra-referência) é certo ao retratar que o trabalho em saúde mental na infância e juventude acaba se tornando referência de vida para os pequenos. De posição subjetiva. Aqui temos pistas sobre o **vínculo**.

A questão é que, muitas vezes, no CAPSi, ficava confuso para nós, equipe, o que “realmente é demanda de CAPSi”. Isso implica em momentos de desconfortos, ressentimentos e, mais uma vez, um cuidado fragmentado.

A saída do abrigo, mas mais do que isso, a representação do que seriam seus 18 anos já era antecipada por Ricardo há alguns meses. Eu achava um verdadeiro potencial encontrar um menino de rua, que está há 10 anos na rede de saúde e socioassistencial de Sapucaia do Sul, conseguir prospectar algum futuro. Ele se preocupava com seu futuro. Oscilava entre o sonho de continuar nos malabares e no circo, entre o sonho de institucionalização do exército, entre as ruas e retornos para casa que havia sido retirado. Vocês sabem o que é isso? Um menino que sofreu tantas violências, violações de direitos, preocupado com o futuro? Alguém tem escutado? Em Março já sinalizava: estava por fazer aniversário e nos questionava enquanto equipe “o que fazer?”. Ricardo ia todos os dias ao CAPSi. O ritual era sempre o mesmo. Ficava horas dormindo, até alguém da equipe tentar acordá-lo. Às vezes conseguimos que ele fosse para a casa dos fundos. Lá, ficava escutando funk e comia. Funks que olhava com expressão de deboche e malícia para a equipe, majoritariamente composta por mulheres. Tomava banho, trocava de roupa. No fim da tarde voltava pra rua. Não queria atendimentos, não queria participar de grupos. **Não se identificava com a “demanda de CAPSi”**. Nas tentativas de estratégias diante dos efeitos da situação de rua e

do uso abusivo de cocaína, Ricardo respondia com raiva que não era mendigo e que não era louco, que não precisava disso. Que não era como sua mãe. A mãe, também em situação de rua, circulava pelo centro da cidade vizinha. Deixou os filhos com a avó para criar e fazia uso abusivo de crack e cocaína. O Ricardo quando chegou ao CAPSi, em 2015, morava com um tio. Nas reuniões deste ano a equipe se pega pensando que hoje nem sabe mais porque ele está ali. Sabem, mas não sabem. Não sabem porque ele não usa os dispositivos que corriqueiramente a equipe, a gestão e a rede entendem como de saúde mental. Os comentários surgiam de que a demanda de Ricardo, era da rede socioassistencial, dos CRAS, CREAS, CENTROPOPS, centros da juventude, espaços de convivência. Tentativas de encaminhamento para o CAPSad, para o CREAS. E nada: **“ele não vincula. Ele só vincula aqui, mas ele não é demanda nossa”**.

A partir do caso de Ricardo, algo dispara em minhas tentativas de elaboração indicando que talvez possamos falar de uma demanda *outra* que atravessa o exercício do cuidado em saúde mental na política pública, independente do equipamento. Um comum. O trecho acima nos mostra que Ricardo não vai para usufruir das tecnologias de cuidado e atividades que o equipamento se propõe, como grupos, oficinas, circulações territoriais. Mas aqui tendo a apostar que a demanda vem de outra ordem, de algo que ainda não é anunciado, mas chega pelas idas diárias de ao serviço, pelo comer no serviço, pelo *estar no serviço por estar*. Uma demanda de outro olhar. Ele não quer jogar bola na convivência, não quer participar do grupo de adolescentes, mas quer estar ali.

Ricardo sinaliza estar transferenciado com este equipamento especificamente. A rede pode estar organizada de uma forma - que se configura a partir de diretrizes, regulamentações, organogramas e fluxogramas e das particularidades de cada Município, território, equipes - mas a transferência do usuário com os serviços por vezes acaba indicando outra forma de estabelecer um cuidado.

No que tange a este outro olhar que falo acima, a própria noção de acolhimento, que tanto falamos no SUS, pode ser retomada. Isso porque temos como um conceito importante na lógica de cuidado do SUS e direciona nossa prática de uma forma objetiva, instrumental. O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que remete a uma postura ética, implicando na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. De acordo com a cartilha da

PNH, acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Brasil, 2013).

No âmbito da infância, o manual Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil (2005) do Ministério da Saúde, evidencia a importância do **acolhimento universal**, este primeiro campo relacional, no direcionamento do cuidado em saúde mental. A perspectiva de acolhimento universal contempla toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, entendendo que esta ser acolhida em três etapas: recebida, ouvida e respondida. O documento reitera que isso não significa que todo aquele que procurar o serviço terá que ser absorvido nos modos de tratamento existentes no lugar em questão, mas pressupõe que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado, sempre possível, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos, segundo o caso.

Aqui acrescento que o acolhimento não diz só de uma ética, de uma operacionalidade ou de um fluxo de entrada. O acolhimento legitima o caráter polissêmico do cuidado - que se inicia justamente ali, diante da formulação ou desconstrução da demanda, atento também às dimensões ética, política, estética. Ou seja, o acolhimento também pode se dar de muitas formas. Aqui a aposta é de que muitas vezes a demanda também é de um outro olhar, redirecionado, propondo um acolhimento implicado: temos uma relação de convocação do olhar aos casos que chegam até nós, um relação que se faz pela ordem também do sensível. Precisamos fazer algo com aquilo que nos olha.

Seguindo com o documento da política infantojuvenil (2005) citado acima, escutada a demanda, é necessário dar uma resposta que acabe com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso aos serviços. Para que os usuários não percorram uma série de serviços, sem encontrar acolhida em nenhum, precisamos ter como horizonte de trabalho o **encaminhamento implicado**. Essa redefinição exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Ou, também, trabalhe com a desconstrução da demanda como

demanda de tratamento - ou acompanhamento no caso da assistência social (grifo meu em 2019). O trabalho de desconstrução muitas vezes implica em uma intervenção junto a outras instâncias. O documento traz como exemplo o contato com a escola, por exemplo, diante de demandas de “problemas de aprendizagem” como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento (Brasil, 2005). Diante disso, e retomando a discussão sobre a demanda acima, fui concluindo que o que chega num primeiro momento como demanda pode se reinventar conforme o serviço (ser desconstruída, construída, pensada) mas permanece, mesmo nestes casos da escola, o atravessamento de uma **demanda comum** - de um acolhimento que implica um redirecionamento do olhar e um olhar atento às questões transferenciais.

Fazer uma análise desta demanda que chega em sua complexidade, exige que trabalhemos com parcerias. Se um cuidado é polissêmico, mais potente ele tende a ser quando abre possibilidades de articulação com diferentes vias da vida dos sujeitos. Com o **território** e com uma construção de rede. O território é o tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo o próprio sujeito na construção deste território (Brasil, 2005). Já a construção de rede implica a noção de **intersectorialidade**. A intersectorialidade não se reduz à simples presença de serviços e articulação entre diferentes setores, mas se efetiva quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

A **intersectorialidade** na ação do cuidado é uma opção à fragmentação do cuidado diante da leitura das demandas. Por vezes, em discussões de novos casos que chegavam aos serviços, a paralisia na construção do cuidado partia de uma visão de *“a demanda não é daqui, vamos passar o caso para o outro serviço, eles vão ter que lidar com isso”*. Passar para o outro. Essa visão fragmentada de cuidado acabava por me trazer uma sensação de boicote. Couto e Delgado (2010) advertem em relação aos mandatos de cada setor no cuidado em saúde mental infantojuvenil, evidenciando a importância do compartilhamento para a ação intersectorial:

[...] a rigidez dos mandatos ou sua diluição situam-se no mesmo patamar de inoperância e desresponsabilização em relação à tomada compartilhada do cuidado. A questão, então, que se coloca, é a de como, na ação intersetorial, não ceder dos mandatos específicos e mesmo assim construir parcerias conseqüentes e efetivas? Como construir, e onde sustentar, uma direção que permita a articulação intersetorial por setores cujos mandatos são tão diferentes entre si, mas que precisam ser parceiros e efetivos no cuidado da mesma criança ou jovem? (p. 275).

Afinal, se conseguíssemos nos organizar e articular - e portanto, se o cuidado não fosse TÃO fragmentado - estaríamos efetivamente atentos às crianças e adolescentes. Além disso, me parece que o compartilhamento do caso permite uma sensação de corpo de trabalho, de sustentação diante da complexidade, e também de segurança para o trabalhador.

Por isso, como parte deste caráter polissêmico do cuidado, diante das tantas demandas, entendo que a organização e gestão dos processos de trabalho e a corresponsabilização são o que temos de mais promissor para exercer o cuidado de infâncias e juventudes em diferentes serviços e setores. O cuidado é polissêmico e exige organização e corresponsabilização entre parcerias. Assim, vemos que não estamos sozinhos. Coincidentemente, nos meses que encaminhava o fim deste escrito e muito pensava sobre a gestão compartilhada do cuidado, vivenciei paralelamente meu estágio externo da residência no Rio de Janeiro, onde me deparei com o conceito de cuidado colaborativo. O cuidado colaborativo é uma intervenção multifacetada, um trabalho que permite o desenvolvimento de possibilidades mais criativas e efetivas para articulação de instituições, setores e atores com diferentes mandatos públicos ou lugares sociais (Teixeira, Couto & Delgado, 2017).

Polissemia II: Para cuidar precisamos nos organizar. E reorganizar.

“Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020. Sexta-Feira. Estágio Externo. Apresentação da proposta do Cuidado Colaborativo. Anotações:

- organizar, sistematizar, planejar o cuidado intersetorial;
- compartilhar entre os atores o que deu certo e errado, isso não deixa “o caso se perder”;
- cotidiano não é todo dia, cotidiano é regularidade;

- não é uma fusão dos serviços, mas uma passagem do competir pro colaborar;”

Em Janeiro e Fevereiro de 2020, estive circulando por diferentes frentes no cuidado em saúde mental infantojuvenil do Rio de Janeiro como proposta do meu estágio externo da residência. Superintendência da Saúde Mental, CAPSi, Projeto cuidado colaborativo (UFRJ). Foi um fechamento importante deste momento de formação RIS, principalmente por acompanhar articulações intersetoriais bem consolidadas, instituídas. Ficava com a sensação de que no Rio, mesmo num cenário também caótico da política pública, as equipes trabalhavam mais próximas. Mas trabalhar junto exige uma organização dentro do próprio serviço entre os profissionais e uma sistematização e planejamento para estar com outros serviços e com o território. No que tange à organização dentro da própria equipe, relembro da experiência na Casa dos Cata-Ventos:

O cuidado singular em saúde mental diz de um olhar e escuta sensíveis, mas também de um corpo presente que se coloca mais ainda na cena: brincando, dançando, abraçando, levando na cacunda, pegando o pincel junto, rodopiando, sentando lado a lado na sombra da palmeira do pátio ou na grama que a prefeitura não corta há uns três meses. Conversando, trocando histórias. A Casa dos Cataventos é um lugar que aposta no trabalho coletivo, na equipe-corpo. Trabalhei com diferentes segmentos da equipe: duas micro equipes no território (a equipe de quarta de brincadeira livre e a equipe da contação de histórias); minha dupla parceira e fiel da residência, assistente social; a equipe geral da Casa e as preceptoras no espaço reservado para discutir e cuidar da formação. Poder compartilhar de diferentes espaços com tantas pessoas da equipe me ensinou muito sobre a gestão do próprio trabalho. Este se dava em meio a continuidades e, também, descontinuidades. A construção do cuidado se estendia para os mais variados espaços: a própria casa no território, os registros em emails, as discussões em reunião, as leituras de suporte, a articulação com a rede.

Chegou um momento nos turnos dentro da Casa que o olhar e o movimento do corpo já ficaram tão sincronizados que comunicavam facilmente como (re)organizar a micro equipe do dia. Foi necessário estarmos atentos enquanto micro equipe para esta **gestão dos processos de trabalho**, tornando possível rodar as funções no território e sustentar coletivamente decisões, intervenções, questionamentos - efetivamente como uma equipe-corpo. Além disso, sempre estivemos muito sensíveis e atentos ao corpo do outro colega: aos limites quando não estamos em um dia bom; quando a situação apertada; quando há dúvida e angústia. Juntos, aprendemos muito sobre as diferentes formas de cuidar: através da brincadeira, da escuta, do mais pulsional do corpo, do conto, das redes, do território, da família, das festas. O trabalho que cuida em ato exige estas muitas escutas, mãos, braços, pernas, cacundas, falas. Enfim, compartilhamentos. Exige o olhar para o território com toda sua memória, patrimônio e história; com todos os seus afetos, potencialidades, fragilidades, faltas, fantasmas, leis que imperam.

(Trecho da narrativa do segundo semestre de 2018).

Nesse sentido, o cuidado polissêmico e sua organização evidenciam uma relação entre o coletivo e o singular na saúde mental. A singularidade, a visão daqueles que chegam até os serviços como sujeitos, acaba por exigir essa gestão dos processos de trabalho de forma mais coletiva, para dar corpo, sustentação ao cuidado, mantendo a atenção às questões transferenciais. Quando a questão se amplia para o cuidado intersetorial, é certo que encontramos barreiras e facilitadores. Melissa Teixeira, Maria Cristina Ventura Couto e Paulo Delgado do NUPPSAM (UFRJ) - que também trazem sobre a importância de uma articulação **intrassetorial** (como CAPSi e Atenção Básica) - afirmam:

A superação da lógica fragmentada do cuidado, com propostas de ações conjuntas e **estabelecimento de comunicação regular e sistemática** entre os diferentes atores envolvidos, indicou a possibilidade de mudanças na realidade local, através do protagonismo dos trabalhadores. O estreitamento da comunicação entre os profissionais pode reduzir a distância entre as equipes, contribuir para o estabelecimento de um cuidado continuado para crianças e adolescentes, e potencializar as ações da atenção psicossocial e intersetorial nos territórios (Teixeira, Couto & Delgado, 2017, p. 1940)

Um exemplo de barreira na saúde mental infantojuvenil é o fato de termos serviços debruçados sobre a mesma criança com urgências diferentes. Notoriamente, aqui o tempo tem uma relação que se faz relativa com cada um: uma escola precisa que o aluno seja atendido o mais rápido possível no serviço de saúde, porque este incomoda e precisa estar adaptado à rotina escolar. O tempo letivo voa. Como alinhar? Como trabalhar junto se o tempo é outro? Legitimando o tempo da criança. Sustentando esse olhar. Insistindo em compartilhar intersetorialmente dessa visão.

O cuidado, o não saber e o tempo

Parece que muitos dos atravessamentos da saúde mental na infância vêm do tempo. Do tempo da criança, da família, da escola, do serviço. Talvez na infância muitos dos sofrimentos venham de uma dificuldade de elaboração de situações bruscas que invadem o tempo da criança. Ou muitas de referências que faltam num tempo já dado de viver e experienciar o mundo. Ou até o contrário, de já estar dado um tempo e algumas experiências não caberem nele mesmo. A Mariá tinha 4 anos. Conversava, construía brincadeiras comigo, ria e debochava de mim, pulava, cantava, falava inglês, contava dos sonhos, do que achava certo e errado, contava que não queria ter amigos meninos, só meninas. Eu vinculei bem com a Mariá, ela me chamava de “doutora brinquedo”, e sempre pedia um tempinho a mais para brincarmos quando acabava meu atendimento. Dizia que

passava a semana pensando no dia de brincar comigo de novo e perguntando quanto tempo faltava. Quando vi Mariá pela primeira vez, acolhi ela e sua família porque uma técnica do serviço estava com diferentes demandas espontâneas chegando em pouco tempo. Mariá chegou com a mãe e avó. A avó, muito preocupada porque Mariá “é mais lerdinha” que as outras crianças. A mãe dizia que ela sempre demorou pra algumas coisas, quando a pedem para fazer algo, ela fica sentada e depois de alguns segundos que toma a iniciativa de realizar alguma ação. Mariá nasceu prematura, antes do tempo que deveria. Mariá teve o coração que parou por um tempo na gravidez. A preocupação da avó de Mariá, era poder avaliar o quanto antes, ter um parecer profissional o quanto antes para prevenir todo e qualquer tipo de problema de saúde mental que Mariá poderia vir a desenvolver com o tempo. A avó tem histórico de acompanhamento em saúde mental há anos e se preocupa de Mariá vir a ter. A mãe, traz que nunca tem certeza sobre como educar Mariá, já que as vezes ela faz birra, não quer guardar os brinquedos ou ir dormir. **Elas chegam no serviço com um parecer da escola falando o quanto Mariá tem um tempo diferente das outras crianças, que parece preguiçosa e cansada.** No telefone, conversei com o professor: “a Mariá sempre lava a mão depois das outras crianças”. Parece que as pessoas da rede de Mariá estão tão preocupadas com seu tempo de se organizar e desenvolver na vida que esqueceram que o tempo é invasor e ao mesmo tempo sensível. Que o tempo não é exato. Conversei com a mãe sobre o tempo de se autorizar ser mãe. Sobre poder errar, acertar e aprender com o processo. Afinal, ela foi mãe cedo. Conversei com a avó sobre o tempo de Mariá descobrir o mundo e como se posicionar frente a ele. Sobre não antecipar aquilo que só o tempo pode trazer. Sobre o tempo que a avó viveu, ser diferente do que Mariá vai viver. E ai ja era tempo. De articular com a escola. De tentar alinhar os tempos. E de tempos em tempos, precisamos retomar isso.

(Trecho da narrativa do primeiro semestre de 2019).

A escuta do sujeito somada à construção intersetorial permite alinhar o olhar fundamental para sustentar o cuidado. No CREAS estive mais próxima dos processos de trabalho das Medidas Socioeducativas (MSE), acompanhando jovens que estavam cumprindo a medida por terem praticado algum ato infracional. Lá conheci o Pedro. O Pedro também já era conhecido no CAPSi. Chegou no CAPSi depois de ser encontrado na rua após fazer uso abusivo de cocaína, um mês depois do suicídio do pai. Quando Pedro chegou ao CREAS, também estava virando pai, um ano depois da morte de seu pai. Começou a cumprir a medida, mas com o tempo evadiu.

A mãe acionava o Conselho Tutelar dizendo que não sabia o que fazer mais, que ele estava perdido. O Conselho encaminhou uma internação compulsória. Nós, do CREAS, insistíamos em conversar para dar outro direcionamento. Com o tempo, não conseguimos mais achar Pedro nas visitas domiciliares e nos vimos paralisados diante do caso. O que entendemos, então, que tínhamos que redirecionar o trabalho. Decidimos que iríamos seguir fazendo reuniões com CAPSi

e Conselho para reforçar que era um menino que estava em sofrimento, e *não apenas perdido*. Insistíamos que ali precisávamos provocar um giro no olhar, para sustentar um trabalho com as redes de Pedro, mesmo que ele não frequentasse mais o serviço. Afinal, se não estivermos como uma visão alinhada do caso, no sentido do olhar que acolhe e provoca uma ruptura em um lugar anteriormente fixado para aquela criança ou adolescente, a própria organização de um direcionamento do trabalho tende a se perder.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS: estratégias de insistência, apesar de tudo

Às vias de finalização deste percurso de formação e deste trabalho, cabe retomar o caminho desta escrita. A proposta de trazer a quem lê, logo no início da produção, uma contextualização do programa de residência - incluindo a atual conjuntura, as afetações, os efeitos enquanto psicóloga trabalhadora da Saúde Mental Coletiva - permite um reconhecimento das estratégias coletivas em um momento no qual por vezes achei difícil saber onde buscar e encontrar recursos. A perspectiva de formação, o projeto pedagógico da residência, a organização de instrumentos de articulação entre residente, Universidade e os serviços pautavam-se em uma construção coletiva, evidenciando a importância da historicidade, da memória, dos restos e das afetações para a produção de aberturas no cuidado em saúde mental.

Na sequência, me apresento enquanto autora deste trabalho, desde meu “protótipo de escritora”, lembrando o apreço desde criança pela escrita, transmitido pelos meus pais. Acho importante situar a transmissão e a referência dos dois em um trabalho que opto por falar de infâncias, juventudes, cuidado. Paralelo à isso, a metáfora da carta e a relação com a travessia e o tempo da experiência de formação na RIS. A carta também foi instrumento de trabalho nesses dois anos. Foi algo que revivi pela passagem na Casa dos Cata-Ventos, um dos meus cenários de 2018. A Casa tinha esse efeito, de reviver memórias, de se encantar com o que há de genuíno na infância, mesmo em realidades tão brutas.

Também a partir da experiência na Casa, o contato com a poesia. As histórias. O caráter poético da Saúde Mental, o que abriu brechas para pensar o

início deste trabalho: a saúde mental precisa de poesia. Principalmente para provocar deslocamentos e aberturas em posições tão enrijecidas e invisibilizadas de certas infâncias e juventudes, para dar novos lugares e narrativas.

O cuidado em saúde mental, então, exige um caráter polissêmico: um reconhecimento de lugares, resistências, discursos sociais. Precisamos insistir no cuidado como algo que é da ordem da estética, política, ética, e conseqüentemente, temos seus efeitos clínicos. Além disso, precisamos nos debruçar na leitura cuidadosa de diferentes demandas: às vezes é necessário fazer outra leitura da demanda, também sustentada nas questões transferenciais, fazer um giro no que se lê como demanda de saúde mental e do que se oferta a partir disso. A oferta pode ter a ver com convidar, esperar, desafiar, apostar, propor a partir do redirecionamento do olhar daquele profissional que recebe e, portanto, acolhe. Além disso, se o sujeito sinaliza estar transferenciado com algum serviço específico, a rede pode estar atenta em respeitar essa escolha, chegando a um acordo. Assim, a construção do cuidado entre os serviços e a busca por estratégias pode seguir uma demanda que - agora sim - é do usuário. O que permite direcionar a organização e gestão do trabalho em rede.

Para concluir: defender que o cuidado é polissêmico nos leva a dois caminhos: 1) Que o cuidado polissêmico diz de um outro olhar para o sofrimento e para o sujeito; 2) Que o cuidado polissêmico permite uma direção de trabalho, de pensar processos de trabalho e organização do trabalho pela via da corresponsabilização e da atenção às questões transferências dos sujeitos com os serviços. O cuidado polissêmico, então, exige um reordenamento dos atores e de participações de rede. Aliando os dois caminhos temos no horizonte a provocação de deslocamentos, ampliação de sentidos e significados e a anulação de posições fixas e enrijecidas. Assim, o trabalho se torna possível por diferentes vias e não restrito a tecnologias e visões tradicionais de dispositivos de saúde mental na clínica. Às vezes, tem-se um aparato maior de possibilidades que sinalizam ser até mais acessíveis, como os próprios recursos da arte, do território - a capoeira, o slam

- ou como as histórias. Usar das relações (de território, de equipes intrasetoriais, de equipes intersetoriais), daquilo que urge na cultura e no cotidiano.

Por fim, já que falamos em Saúde Mental Coletiva, cabe aqui, também, retornar à relação do singular com o coletivo deste trabalho: na perspectiva de sujeito, na direção de cuidado e na gestão do trabalho. Uma visão mais clássica da clínica psicanalítica, especificamente, nos ajuda a entender que o sujeito constrói seu sintoma como resposta à demanda do Outro. Sobre a direção do cuidado, conclui-se que pelo resgate de memórias coletivas na e pela experiência compartilhada, há a possibilidade de dar outro lugar, resgatando também o sujeito de discursos que fixam lugares simbólicos de resto, aniquilamento e não-validação. Por último, a relação coletivo-singular na gestão do trabalho elucida que a parceria em atos e entre atores na rede; o comunicar, trocar, dar um caráter singular aos casos só é possível se a composição coletiva conseguir se reinventar diante do caso a caso. O que se propõe no coletivo (na organização do trabalho, na troca entre os serviços, nas invenções, nas insistências no mesmo) muda conforme o que é singular de cada criança e adolescente.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adichie, C. N. (2009) *O perigo da história única*. TED Global, Oxford (Inglaterra). Disponível em: https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story/transcript. Acesso em 04 de Dezembro de 2018.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 72 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)
- Brasil (2011). Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 120 p.
- Brasil 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS - *Política Nacional de Humanização* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, - 1. ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 16 p.
- Butler, J. (2015). *Introdução: vida precária, vida passível de luto*. In: Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Didi-Huberman, G. (1998). *O que vemos, o que nos olha*. São Paulo: Editora 34, 264 p.
- Didi-Huberman, G. (2011). *Sobrevivência dos vaga-lumes*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 119 p.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(4), 384-389.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2010). Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. Em: Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. SP: Ed.Hucitec, pp. 271-279.
- Elia, L. (2010). *O conceito de Sujeito*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Fagundes, S. (1995). Exigências Contemporâneas. *Saúde Mental Coletiva*. Bagé, 2, 2, p. 2-4.

- Ferrante (2017), H. *Frantumaglia: Os caminhos de uma escritora*. Rio de Janeiro: Intrínseca.
- Gutfreind, C. (2003). *O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Haraway, D. (2018) Isso parte meu coração: entrevista com Donna Haraway. In: *Revista DR*. Disponível em: <http://revistadr.com.br/posts/isso-parte-meu-coracao/>. Acesso em 03 de Novembro de 2018.
- Jerusalinsky, J. (2019). Verdade, gozo e saber na infância, cem anos depois de Freud: impasses das políticas de saúde pública para cuidarmos das crianças de hoje. Em: Instituto APPOA & APPOA (Orgs). *Quem cuida da saúde mental infantojuvenil?*. Porto Alegre: Instituto APPOA.
- Kon, A. S. (2016). Apesar de tudo: Didi-Huberman, ética e estética. *PARALAXE* ISSN 2318-9215, 4(1), 3-21.
- Maheirie, K. (2015). O fotografar e as experiências coletivas em Centros de Referência em Assistência Social. Em: Lima, A. F.,; Antunes, D. C.; Calegare, M. G. *Psicologia social e os atuais desafios ético-políticos no Brasil*. Porto Alegre: Editora da ABRAPSO.
- Neves, T. I., Porcaro, L. A., & Curvo, D. R. (2017). Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. *Saúde e Sociedade*, 26, 626-637.
- Rancière, J. (2014). Político, política, identificação, subjetivação. Em: *As Margens do Político*. Lisboa :KKYM, pp. 69-76.
- Rosa, M. D. (2016). *A Clínica Psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta.
- Souza, C., & Paiva, I. L. (2012). Faces da juventude brasileira: Entre o ideal e o real. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 353- 360.
- Teixeira, M. R.; Couto, M. C. V & Delgado, P. G. G. (2017). *Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942,
- Torossian, S. D. (2019). A clínica da adolescência, as políticas públicas e desigualdade social. Em: Instituto APPOA & APPOA (Orgs). *Quem cuida da saúde mental infantojuvenil?*. Porto Alegre: Instituto APPOA.