

ACOLHIMENTO, VÍNCULO E SUAS POTENCIALIDADES: UMA EXPERIÊNCIA TRANSFORMADORA.

Cintia Barcellos Vanzela¹
Guilherme Correa Barbosa²
Cintia Aparecida de Oliveira Nogueira³

Resumo: Na prática da Atenção Primária à saúde, dispositivo do Sistema Único de Saúde, é frequente que usuários busquem acolhimento, porém nota-se que essa prática, universal a todos os profissionais, tem sido delegada às equipes de saúde mental. Assim, o presente estudo visou relatar uma experiência que apresenta característica comum a muitos outros: usuária com frequente busca por uma unidade de saúde, em um município no interior de São Paulo, estigmatizada pela equipe como poli queixosa. Tivemos como objetivo fortalecer a discussão sobre a clínica ampliada, com referência no trabalho em rede e no território. O trabalho foi de abordagem qualitativa, descritiva, consistiu em um relato de experiência em que se discutiu o processo de acolhimento e vinculação que os residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde mental de uma Universidade Pública do interior do Estado de São Paulo estabeleceram com a paciente e com seus familiares, por meio de atendimentos, discussões em equipe e trabalho intersetorial. O resultado da pesquisa foi que o vínculo e o acolhimento são ferramentas essenciais para o processo de geração de autonomia e, principalmente, de cuidado. E que esse trabalho de ampliação da clínica é possível e que o cuidado no território demanda, em determinados casos, trabalho interdisciplinar, além de pedir afeto por parte dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à saúde; Colaboração Intersetorial.

¹ Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

² Docente no Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

³ Psicóloga no Centro de Saúde Escola - Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de Saúde, em âmbito coletivo e individual, responsável por promoção e proteção à saúde, diagnóstico, prevenção de agravos, reabilitação, tratamento, redução de danos e a manutenção da saúde com atenção integral, promovendo a autonomia das pessoas. Esta deve ser base, ser resolutiva e orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs), serviço integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser instaladas o mais próximo possível de onde vivem as pessoas, possibilitando aos profissionais conhecerem a história delas e quais são os vínculos que cada morador estabelece com a comunidade e com outros elementos da vida, podendo, então, acolhê-los.

O acolhimento não está pautado apenas no recebimento dos usuários e suas demandas no serviço de saúde, é também um dispositivo para formação do vínculo e prática do cuidado entre usuário, seus familiares e o profissional, estabelecendo entre ambos uma relação em que os usuários possam se sentir seguros para expressar aflições, dúvidas e angústias.

No entanto, ainda é muito frequente que o acolhimento seja entendido como técnica que deve ser delegada a áreas específicas, neste caso ocorre frequentemente encaminhamentos e solicitações para profissionais da área da saúde mental, principalmente quando as queixas e necessidades estão relacionadas ao sofrimento psíquico.

O acolhimento, enquanto escuta qualificada, pautado em uma lógica dialógica, deve ser posto em prática de forma coletiva e democrática entre usuário, profissionais e rede de cuidados, pois o conhecimento científico deve ser usado de forma cuidadosa, para prescrever modos de ser e de viver. O incentivo à autonomia do usuário leva a abertura à convivência com o outro, pautada no respeito à livre escolha e à alteridade.

Nesse sentido, faz-se necessário o trabalho em equipe interdisciplinar, pois essa forma de atuação favorece a criatividade dos profissionais, que passam a buscar formas de contribuir com cada sujeito, dentro de suas singularidades, ao invés de engessarem e enrijecerem suas práticas.

Para pensar em subjetividade e práticas criativas, cabe refletir sobre o conceito de território, que não é um espaço físico delimitado, mas sim um lugar marcado por singularidades humanas, relações afetivas. É um espaço dinâmico, vivo. A clínica ampliada atua nesse lugar, existindo a partir dos modos de subjetivação fabricados no social e coletivo. Esses espaços, individuais ou grupais, também podem ser chamados de territórios existenciais, pois representam processos de circulação das subjetividades que se configuram a partir das possibilidades e das relações ali estabelecidas.

O conceito de clínica ampliada visa valorizar a escuta qualificada, refletindo junto ao usuário do serviço qual a compreensão que ele tem acerca de um problema e pensando, também em conjunto, quais as possibilidades diante disso. Ou seja, essa forma de trabalho pressupõe que o profissional assuma uma corresponsabilidade de cuidado para o usuário, suspendendo valores e assumindo profundo compromisso ético, buscando ajuda em outros setores e serviços, quando perceber suas limitações, o que é denominado intersetorialidade.

Percebe-se, então, que o SUS tem priorizado a humanização da atenção, tomando como desafio que o cuidado integral seja colocado em prática, tanto na atenção quanto na gestão. Em 2003, lança mão da Política Nacional de Humanização, valorizando os diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, para consolidar e articular redes, saberes e práticas, através do princípio da transversalidade, que pode garantir uma atenção integral, resolutiva e humanizada. Humanizar significa, então, incluir diferenças no processo de gestão.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização está inserida nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dentro das RAS temos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – uma estratégia adotada pelo SUS para essas mudanças no modelo de atenção, que surgiram de mobilizações de usuários, profissionais e coletivos, através de diversos movimentos, dentre eles a reforma Sanitária e a Psiquiátrica, que mais tarde deu origem ao Movimento da Luta Antimanicomial. Entre as conquistas desse movimento, podemos citar a criação dessa rede que concretiza a mudança do cuidado para pessoas com transtornos mentais e para usuários de álcool e outras drogas, criando, ampliando e articulando os seus pontos. A RAPS funcionará efetivamente na medida em que os profissionais forem se capacitando para se conectarem aos outros que a compõem, inseridos no território e em diversos espaços, construindo o compartilhamento do cuidado, que resultará em maior efetividade do que no trabalho isolado.

Nesse sentido, é importante apontar que a RAPS não só implementa novos dispositivos de saúde mental, mas também visa uma nova forma de lidar com pessoas em sofrimento psíquico em serviços já existentes, como é o caso dos equipamentos da Atenção Primária à saúde, em que as práticas acima citadas devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, que tem como objetivo o entendimento do território e a relação de vínculo dos usuários com a equipe.

A partir do contato e da formação de vínculo com uma família atendida por uma Unidade de Saúde, em um município do estado de São Paulo, notamos o quanto as formas humanizadas de acolhimento podem transformar relações sociais, sentindo-nos motivados a detalhar essa experiência, para que as mais diversas formas de segregação sociais ainda existentes possam ser revisadas e, de certa forma, também acolhidas. Assim, a relevância desse estudo pode ser definida pelas possibilidades de novos olhares no cuidado ofertado por equipes de saúde.

2. OBJETIVO

Esse estudo visa descrever uma experiência a partir do relato de experiência, e fortalecer a discussão a respeito da clínica ampliada, tendo como referencial teórico a perspectiva do trabalho em rede e territorial, práticas que implicam o desenvolvimento do cuidado integral.

3. MÉTODO

Trata-se de um trabalho descritivo qualitativo, que consiste em um relato de experiência, elaborado a partir de encontros e intervenções da equipe de residentes do Programa de Residência em Saúde Mental de uma Universidade Estadual no interior do Estado de São Paulo em atendimentos a uma família usuária de uma Unidade de Saúde na Atenção Primária à saúde de um município no estado de São Paulo.

A equipe da Residência é composta por Psicóloga, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social. Os encontros consistiram em atendimentos compartilhados entre esses profissionais com a usuária em questão, visitas domiciliares, reuniões de rede, acolhimento de familiares, atendimentos externos e pesquisas em prontuários, ocorridos entre Abril de 2018 e Janeiro de 2020. Também foram realizados encontros individuais com a psicóloga dessa mesma equipe, os quais nem sempre tinham horário marcado, ocorrendo diversas vezes em sala de espera, porém, quando em sala de

atendimento, duravam cerca de meia hora, tempo esse considerado uma conquista da equipe.

O serviço em questão é caracterizado como uma unidade básica de saúde localizada em bairro com algumas vulnerabilidades sociais percebidas em visitas domiciliares, nas quais se nota falta de saneamento básico, água encanada e, em alguns casos, ausência de sanitários.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética (nº 3.721.600, CAAE 21825119.0.0000.5411, 2019) em pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, conforme preconiza a Resolução CONEP no 466/1229.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um desafio atual na área da saúde é exercitarmos o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico sem que ocorra a anulação das diferenças, sem “domesticarmos” a loucura, e suas potencialidades, para que não nos tornemos alienantes e profissionais com práticas engessadas⁷.

Ao iniciarmos nosso estágio, pela residência, em uma das unidades de saúde pelas quais passamos, nos foi relatada a necessidade de um olhar mais atento para uma mulher de 29 anos, à qual chamaremos, ficticiamente, de Betina, que tinha um histórico de agressão em animais e de comparecer a unidade frequentemente, comportando-se, segundo a equipe, de forma agressiva e impaciente. Estava sempre acompanhada de dois cachorros, que moravam com ela e também de um carrinho de boneca, às vezes com bonecas dentro, outras com bichinhos de pelúcia ou materiais escolares.

Betina reside com sua mãe e seu irmão mais novo. Na data do primeiro acolhimento, seu pai havia deixado a casa há cerca de um ano e meio. O pai é uma figura de bastante autoridade para Betina, levando-nos a pensar na hipótese dela ter vivenciado cenas de violência. Betina frequentou uma escola, que oferecia educação especial, por alguns anos de sua vida, mas no momento em que a conhecemos, não estava inserida em nenhum espaço de socialização. Tem um diagnóstico que aponta para um déficit cognitivo e a equipe da unidade de saúde relata ter presenciado diversas crises de convulsão, pois tem, também, o diagnóstico de epilepsia, porém, após alguns atendimentos, entendemos que se tratava de crises conversivas.

No primeiro contato com a usuária em questão, a partir de um acolhimento feito pela psicóloga e a enfermeira da equipe, pudemos colher informações, como o fato das

três pessoas residentes na casa terem dificuldade com atividades do cotidiano, devido analfabetismo e limitações cognitivas. Nesse primeiro encontro, Betina não conseguiu ficar na sala por muito tempo, solicitando que déssemos a ela alguma medicação, relatando dor no peito e falta de ar. Notamos que sempre que ela comparecia à unidade, algo era oferecido para que ela cessasse seus pedidos, porém, eles só aumentavam. Nesse dia, pediu inalação e a equipe realizou o procedimento.

O olhar deixa de ser exclusivamente técnico se a doença for colocada entre parênteses, deixando de ser uma categoria dada e permitindo que o sujeito seja compreendido em sua integralidade⁸. Portanto, acreditamos em uma clínica à qual Campos (2002)⁹ denominou de Clínica dos Sujeitos, considerando a clínica como uma arte e fazendo um paralelo à clínica ampliada, que pretende ressaltar o sujeito em sua integralidade, ampliando o objeto de intervenção e de saber, fazendo com que predomine quem o sujeito é, nesse caso, que prevaleça a Betina e não a poliqueixa, estigma gerado em alguns momentos de demandas recorrentes dos usuários.

Nesse primeiro atendimento, Betina solicitou uma cartinha que contasse para a tia dela que ela esteve conversando com os profissionais de saúde da unidade. Percebemos nesse momento que nosso processo de vínculo havia sido iniciado, pois essa tia é a principal rede de apoio.

Durante o atendimento, também jogamos quebra cabeça, objeto que Betina pediu para levar para casa, mas negamos o pedido, assim, a usuária bateu fortemente na mesa, aparentando ter sentido raiva. O pedido de levar algum material para casa, como canetinhas e lápis, foi recorrente em alguns atendimentos posteriores, assim acreditamos na hipótese dela buscar algum tipo de segurança podendo levar algo, como se assim soubesse que poderá voltar para ser atendida quando precisar, além de pensarmos que o pedido de algo material seja uma forma de expressar uma solicitação de cuidado, de ser olhada.

Também nesse primeiro contato, quando solicitamos que a mãe entrasse na sala de atendimento, foi agressiva com a mãe, dando forte tapa no seu braço, pois ela estava conversando com os profissionais sobre o comportamento da filha, o que incomodou Betina.

A partir disso, realizamos atendimentos semanais, sempre em duplas, por recomendação da equipe, que ainda se assustava com os momentos em que Betina expressava agressividade. Nos encontros, Betina trazia cadernos, bonecas e roupas para

elas, os quais relatava ganhar dos vizinhos e da tia, demonstrando comportamento um tanto quanto pueril.

Os profissionais de saúde devem considerar as necessidades de saúde da população para que um cuidado integral seja possível, pois nem sempre o que é demandado converge com a real necessidade dos usuários, já que esses, muitas vezes, desconhecem o que de fato precisam por não terem acesso a diferentes recursos daqueles ofertados pela cultura médica. É por isso que, de fato, é necessário que a doença esteja entre parênteses para que o olhar se volte para o sujeito, a partir do acolhimento e da escuta qualificada, que são possibilidades facilitadoras do diálogo entre profissionais e usuários¹⁰.

Assim, foram agendadas consultas compartilhadas com psiquiatra e, também, com ginecologista, pois foi pensado na hipótese de existir alguma alteração hormonal, porém, os exames estavam dentro dos valores de referência. A psiquiatra fez ajustes nas medicações, e nesse momento, constatamos que não era feito uso correto daquelas já iniciadas, devido à dificuldade com horários, impulsionada pelo fato da família não saber ler e escrever, além do fato da mãe de Betina nem sempre conseguir colocar limites na filha.

Uma nova medicação, para controle de impulsos, foi inserida e iniciamos um trabalho de sensibilização e de reorganização dos medicamentos, associando cada um aos horários de programas da TV, além de colarmos sol e lua nas caixinhas, para diferenciar as medicações do dia e da noite.

A clínica ampliada sugere um cuidado de forma interativa, que não renuncia o saber profissional, mas valoriza a experiência histórica e existencial do usuário e de sua família, afinal, ninguém muda sozinho^{9,11}. Como recurso de ampliação da clínica, pensamos em realizar visita domiciliar, porém fomos desencorajados pela equipe da unidade, que nos orientou a chamar a Guarda Municipal para acompanhar, pois em visitas anteriores, principalmente as do Canil, que tinham a função de retirar filhotes de cachorro que Betina ganhava dos vizinhos, ela ficou agressiva com a equipe.

Seguimos os atendimentos em equipe multiprofissional, focando entender quais são os recursos internos e sociais de Betina, apresentando letras, números e também, iniciamos um processo de sensibilização sobre o cuidado dos animais. Exemplo disso foi um atendimento realizado junto com Terapeuta Ocupacional (T.O.), em que figuras foram espalhadas pela sala de atendimento, com cenas de pessoas cuidando de animais e apenas uma era a imagem de um menino levantando um pedaço de pau para o cachorro,

questionamos qual seria a cena que deixaria o cachorro mais feliz e Betina responde que “são nas cenas de carinho”.

Refletimos, a partir daí, sobre a importância de dar banho, comida, água e carinho para os animais dela. Notando, também, certa dificuldade em pegar os papéis pela sala, o que fez com que o T.O. avaliasse a coordenação motora fina de Betina, constatando dificuldade por falta de estímulo. Nesse dia, Betina perguntou por que nós não tínhamos ido à casa dela ainda, nos convidando para conhecer.

A produção de cuidado e o território no qual esse cuidado é exercido são uma questão central para a atenção psicossocial, pois essa lógica norteia ações a serem produzidas pelos serviços, associadas ao tempo e lugar em que as ações são realizadas⁷. Assim, após dois meses de atendimentos, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional realizaram visita domiciliar. Betina ficou extremamente animada e eufórica com nossa presença. Quis nos mostrar suas coisas: roupas, quadro de mosaico que fez na escola, um passarinho que tem em uma gaiola, etc. Conversamos sobre a importância da medicação. Também fomos até o quintal para brincarmos juntos e de forma carinhosa com seus dois cachorros, convidando Betina a se relacionar com seus animais de forma diferente.

A ação terapêutica e o trabalho em saúde se aproximam das técnicas utilizadas no artesanato, pois há a constante necessidade da criação de coisas novas, diferentes do padrão, que envolvam os diversos fatores: sociais, orgânicos, subjetivos; assim, o SUS nos possibilita uma gestão participativa, que sugere o trabalho em rede¹¹. Nessa lógica, houve um momento em que a usuária demonstrou desejo em voltar a frequentar “a escola” e entendemos que ela chamava de escola um espaço de convivência. Assim, discutimos a história com a equipe de uma Oficina Terapêutica da cidade, que prontamente agendou uma triagem para Betina e articulamos com uma vizinha que essa levasse Betina até a oficina, de ônibus.

Betina pôde ficar com dois cachorros maiores, pois o canil da cidade referia que esses dois ela não conseguiria machucar, mas em alguns momentos ainda recebia de presente filhotes, o que fazia com que, rapidamente, a equipe da secretaria do meio ambiente comparecesse à unidade de saúde cobrando um posicionamento nosso. Foi agendada, então, uma reunião de rede, onde estavam presentes as equipes da secretaria do meio ambiente, da unidade de saúde, de uma Organização não governamental (ONG) de proteção ao animal e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Nesse dia, foi discutida a importância de entender o contexto de vida de Betina, as equipes de saúde e assistência social colocaram suas preocupações em considerar que Betina também precisa de um cuidado humanizado, ainda que em momentos de agressão, pois essa é uma resposta a todo um contexto de vida. Também foi refletida a importância de uma sensibilização ao retirar algo dela, mesmo sendo cachorros em sofrimento, pois muito já era retirado diariamente, tirar algo concreto e de forma agressiva, gerava angústia e agressividade! Nesse dia também acordamos uma visita com veterinários da prefeitura para avaliar condições de saúde dos dois cachorros que vivem com Betina.

A reinvenção da clínica, tornando-a ampliada, pede que a vinculação entre clínica e hospital seja quebrada, exigindo a criação de novas instituições que trabalhem na lógica da implicação, da circulação social e da heterogeneidade, a partir da experimentação. Assim, pensar a clínica no território não se trata apenas de deslocamentos em espaços físicos, mas de questionarmos quais os modos de vida que estão sendo produzidos ali e qual clínica é possível realizar⁷. Acreditamos que investimos num movimento de reterritorialização, trançando linhas de vida ali. Realizamos nossa primeira visita junto à equipe do canil e a usuária recebeu de forma simpática e afetuosa o veterinário que estava presente, que também teve um posicionamento de cuidado e afeto, realizando os cuidados necessários aos cães.

Nesse dia, também entregamos uma tabela, plastificada, com orientações de quais medicações Betina faz uso e seus horários, bem como uma tabela com os ônibus que levam à Oficina Terapêutica na qual faria triagem e registrariam o endereço, para que pudesse pedir auxílio no ponto de ônibus.

Além disso, foi realizado contato com a escola de educação especial, para pensar em possibilidades de reinserção na escola em questão, já que essa proporcionaria rotina de convívio com outras pessoas e espaços. A equipe referiu que a usuária já havia perdido a vaga por cinco vezes, devido a faltas excessivas, mas não soube informar os motivos e a quantidade de tempo em que estudou nessa escola. Referiu, também, que não via a necessidade de reinserção, mas caso houvesse interesse de fato, seria inserida em lista de espera. Assim, concluímos ser essa uma opção que não daríamos preferência, realizando, então, Visita Domiciliar para informar apenas a data de início na Oficina Terapêutica.

As Visitas Domiciliares eram recorrentes no início dos atendimentos, pois a família não possui outra forma de se comunicar com a unidade que não seja presencialmente. A tia de Betina possui um telefone que utilizamos diversas vezes para

recados, porém, alguns recados tinham uma urgência maior de serem dados e fazíamos contato pessoalmente.

A partir de então, os atendimentos de Betina passaram a ser com Psicóloga e Terapeuta Ocupacional, juntos ou intercalando os profissionais nos atendimentos. A assistente Social ficou responsável pelos acolhimentos com a mãe e, pontualmente, com a tia de Betina. Com a equipe da unidade, foi realizado matriciamento, cujo apoio é uma tentativa de consolidação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à saúde, potencializando o protagonismo dos profissionais e usuários, para que o grau de resolubilidade seja aumentado nas ações desse âmbito, considerando que as contribuições desse tipo de arranjo conduzem para uma terapêutica não restrita à fármacos¹².

Nesse sentido, notou-se que a equipe da unidade de saúde, durante esse processo de vinculação, foi mudando a forma de acolher a usuária e sua família, minimizando o estigma e possibilitando a singularização do cuidado. Segundo Jorge et al. (2015)¹², as equipes de saúde articulam-se com dispositivos do território para gerar maior resolutividade, assim, escolas, igrejas e outros dispositivos da comunidade tornam-se importantes espaços de cuidado.

Em determinado momento, houve a necessidade de realização de Visita Domiciliar após prefeitura solicitar um posicionamento, pois foi feita uma denúncia de que Betina havia pegado um novo filhote de cachorro. Na visita, entendemos que de fato esse cão havia sido levado para a casa, mas a mãe de Betina soube dar continência, dizendo que se lembrou das conversas que teve com a equipe da unidade de saúde em atendimentos de orientação tanto com psicóloga e T.O., quanto com assistente social, além das conversas com equipe do CRAS, percebendo, ainda, que sua filha não iria ajudar nos cuidados, assim, devolveu o cachorro para antigo dono.

No dia da visita acima citada, Betina pediu para que conseguíssemos uma vaga para ela em um curso profissionalizante, em uma escola vinculada ao comércio, pois sua vizinha ia nesse curso e ela queria ir lá e não na Oficina Terapêutica, na qual estava frequentando de maneira irregular.

Realizamos contato com essa escola, a qual enviou o cronograma do curso e, em equipe, pensamos que, independente do cronograma, seria uma possibilidade de convívio e, também, de respeitar um dos primeiros desejos expressados pela usuária. As informações foram transmitidas à Betina pelo terapeuta ocupacional o qual notou animação na usuária.

No mesmo mês recebemos ligação da prefeitura referindo que uma cachorra de Betina estava grávida, assim, no mesmo dia, realizamos visita domiciliar para conversar com a usuária, contando que a cachorra precisaria ser levada para o canil por um tempo, para que fosse feita a cesárea e a castração e depois retornaria. Betina questionou sobre os filhotes, mas contamos que eles ficariam com quem ainda não tivesse nenhum cachorro. Entregamos um papel com 30 quadradinhos, pois a previsão do canil foi de um mês para todos esses procedimentos, assim, ela pintaria um por dia, até sua cachorra voltar.

Após um mês, durante atendimento, perguntou sobre a cachorra e cobramos um retorno do canil, porém, a cachorra só foi devolvida dois meses após esse atendimento, ainda assim, foi possível dar continência, sempre dando notícias, mostrando, inclusive, fotos da cachorra e de seus filhotes. A visita de devolução da cachorra foi bem-sucedida.

É visto que há uma inseparabilidade da sociedade e seu espaço geográfico, assim, o território, considerado como dinâmico, permite uma visão não fragmentada dos processos sociais, econômicos e políticos. O território é relacional, diz respeito à construção e transformação dos cenários naturais e das histórias ali inscritas, indo além da dimensão geográfica, passando por encontros e afetos⁷.

Seguimos realizando os atendimentos focando na formação de vínculo e no acolhimento a reais necessidades, percebendo que seriam necessários atendimentos externos à unidade, como passeios pelas praças e parques presentes no território. Notamos que Betina não se apropriou nem mesmo de seu bairro, ainda que caminhe constantemente por ele, demonstrou não conhecer a Igreja principal do bairro, um campo de futebol e demonstrou muito medo e dificuldade de caminhar sem estar apoiada no carrinho de boneca, chamando sua mãe em alguns momentos, mas essa ficava aguardando na unidade.

Em um momento de atendimento externo, pegou uma flor que havia na rua e deu para a psicóloga. Pediu para que tirássemos fotos de borboletas.

Também foram realizadas atividades de autocuidado que demonstraram desconhecimento de produtos utilizados no cotidiano, nos chamando atenção o fato de Betina questionar se o batom que ela passou na boca iria sair depois. Em atendimentos posteriores, pudemos notar a utilização desses produtos anteriormente desconhecidos. De forma um tanto quanto inesperada, recebemos novamente ligação da equipe do canil da prefeitura, contando que Betina havia pegado um filhote de cachorro e solicitando acompanhamento imediato para uma visita de retirada do cão.

Negamos o pedido, pois estávamos com compromissos no momento, assim, a equipe do canil fez a visita de forma mais imperativa. Dois dias depois, os residentes fizeram uma visita para Betina, que estava bastante quieta, demonstrando o que interpretamos como vergonha, pois havia recebido punições verbais da equipe do canil. A mãe relatou que no dia da visita do canil Betina não quis tomar medicações e o pai dela precisou ser chamado para que ela não brigasse com a equipe do canil.

Questionamo-nos se esse acontecimento, uma visita de uma equipe que fez com que ele ficasse agressiva novamente, seria uma quebra em todo o processo que havíamos desenvolvido, mas, pudemos perceber, a partir dos retornos de Betina à unidade, que um processo de vínculo pautado na escuta qualificada e no acolhimento não é rompido com tanta facilidade.

A clínica ampliada exige trabalho em equipe, pois é importante que decisões sejam tomadas de forma singular, porém compartilhando incertezas e dúvidas com outros profissionais, quebrando a arrogância de protocolos biomédicos⁹, nesse sentido, notamos que a equipe da unidade de saúde passou a entender melhor o contexto de vida dessa usuária, acolhendo-a de forma mais efetiva, o que fez com que Betina passasse a aguardar seus atendimentos de forma paciente e calma na sala de espera, demandando menos respostas materiais da equipe e conseguindo se organizar melhor com horários e uma certa rotina.

Betina não continuou o seguimento na escola em que pediu para ser inserida, mas, em meados de 2019 compareceu à unidade solicitando “5 minutos da atenção da psicóloga”, aguardando na sala de espera e, ao avistar a psicóloga, levantou imersa em um abraço, dizendo: “Eu fui na Oficina Terapêutica!”, ainda que não tivéssemos mais falado sobre isso, pois sua vaga lá estava em aberto, já que o espaço foi sensível às dificuldades de Betina e sua família, nos mostrando que o vínculo e o acolhimento são ferramentas essenciais para o processo de geração de autonomia e, principalmente, de cuidado.

Foi notável, também, a relação de afeto que Betina desenvolveu com a psicóloga, comparecendo a unidade para “contar novidades” fora dos horários de atendimento e abraçando-a. Assim, podemos refletir sobre a qualificação dos profissionais de saúde, que está diretamente relacionada ao trabalho que desempenham, pois, o profissional de saúde mental tem como instrumento de trabalho sua própria pessoa, estando em espaços relacionais através de um contato prolongado e direto, o que exige recursos afetivos, habilidades e competências para além das teorias¹³. Portanto, conclui-se que o

profissional de saúde precisa olhar para si mesmo, para o usuário e para a equipe de forma integral, abrindo espaços de discussões, cuidado e construções coletivas.

5. CONCLUSÃO

Tolerar o estranho não significa mantê-lo longe e nem em espaços reinventados para ele. Esse trabalho nos mostrou a importância de abrir espaço, dentro de lugares comuns a todos, para o diferente, acolhendo-o, compreendendo, se é que se pode falar em compreensão de sujeitos e suas formas de vida, mas, buscando compreender as linhas que regem o ser no mundo de uma pessoa.

Assim, a discussão sobre o trabalho em rede e territorial foi possível, pois na prática da clínica ampliada e do acolhimento da família aqui relatados, foi colocado em prática o trabalho em equipe interdisciplinar, no território e pautado num acolhimento diferente da clínica tradicional que, muitas vezes os profissionais têm receio em fazer, sem se dar conta daquilo que acima foi citado: os profissionais de saúde são o próprio serviço de saúde.

6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Enquanto limitação desse estudo nota-se a dificuldade de um trabalho majoritariamente contínuo, devido ao fato de o programa de residência multiprofissional ter cronograma fluído e com tempo limitado.

7. REFERÊNCIAS

Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.

Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

Campos GWdeS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Saúde Paidéia, São Paulo, Editora Hucitec, 2002. Disponível em:

<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2019.

Brasil. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. (A) Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf Acesso em 10 de outubro de 2019.

Brasil. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA. Ministério da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf Acesso em 10 de outubro de 2019.

Brasil. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Série B. Textos básicos de saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf Acesso em 10 de outubro de 2019.

Brasil. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. (B) Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em 10 de outubro de 2019.

Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2012, pág. 11. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em 10 de outubro de 2019.

Jorge MSB, Diniz AM, Lima LLde, Penha JCda. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. Texto & Contexto - Enfermagem, 24(1), 112-120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002430013> Acesso em 10 de outubro de 2019.

Lima EMFdeA, Yasui S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde em Debate, 38(102), 593-606. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055> Acesso em 10 de outubro de 2019.

Nogueira CAdeO. (Dissertação). Expressão de sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Oliveira TTSS, Leme FRdaG, Godoy KRG. (2009). O cuidado começa na escuta:: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Mental*, 7(12), 119-138.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007&lng=pt&tlng=pt Acesso em 10 de outubro de 2019.

Righi LB. (2014). Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18 (Suppl. 1), 1145-1150. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1146> Acesso em 10 de outubro de 2019.

Sundfeld AC. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002> Acesso em 10 de outubro de 2019.