

Universidade Federal de São Carlos
Programa de Pós-Graduação de Gestão da Clínica - PPGGC

Laboratório de Inclusão:

Espaço multidisciplinar e intersetorial em um CAPS Infantil no município de São Paulo. (Inter) Invenções possíveis entre Saúde, Educação e Assistência.

Fabio Luis Saad

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Nogueira Fioroni.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Helena V. Torkomian Joaquim.

São Carlos/SP

Dezembro 2017



FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabio Luis Saad

“Espaço multidisciplinar e intersetorial em um CAPS Infantil no município de São Paulo. (Inter) Invenções possíveis entre Saúde, Educação e Assistência”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 17/10/2017

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Luciana Nogueira Fioroni - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Márcia Niituma Ogata - UFSCar

Prof. Dr. José Juliano Cedaro – UNIR

DEDICATÓRIA

À Bella...

...esposa

...profissão

...escolha

...vida

...filha,

que surge produzindo

transformações

com doçura e mel...

AGRADECIMENTOS

Os mais íntimos sabem o quanto sou apreciador de viagens. Alguns poderiam pensar que essa qualidade é inerente ao ser humano e que hoje em dia esse é um bem de consumo cada vez mais utilizado e desejado por “todos”. Mas onde entra minha consideração nessa parte tão importante do trabalho? Antes de discorrer sobre esse tema, adianto-me em esclarecer que as pessoas aqui citadas aparecem em momentos aleatórios, sem ranque de importância. Evidentemente isso não se aplica ao primeiro nome, pois foi o responsável por minhas primeiras viagens.... A que nome me refiro? Ao nome do (meu) pai.

Por sua dedicação afetuosa na arte de ensinar, por sua transmissão precisa no que se refere a valores e por ter produzido em mim o desejo de querer saber.

À minha mãe, guerreira, batalhadora. Importante em minha vida e marcante em meu desenvolvimento. Acreditou em meus projetos mesmo que muitos deles não fossem tão consistentes. Mas (minha) mãe é assim... Está perto principalmente nos momentos e fases em que seus filhos mais precisam.

Agradeço muito a vocês dois pela pessoa que sou, pelas escolhas que fiz, pela generosa oferta cultural e pela diversidade de ideias, opiniões e comportamentos aos quais tive acesso enquanto convivíamos mais próximos.

À Luciana, minha orientadora, pela pessoa incrível que é. Por sua capacidade técnica e didática, sem as quais essa viagem não teria sido possível. Pela generosidade em me acolher com todas as minhas chatices, distância e momentos de vida onde o tempo para o mestrado foi disputado com o tempo de novas convocações e mudanças.

À Regina, minha co-orientadora, por sua sensibilidade e capacidade de leitura tanto técnica como da vida, que só agregou para o andamento desta pesquisa.

À Banca, Márcia e Juliano, pelas valiosas contribuições, as quais me ajudaram a caminhar nessa viagem acadêmica e sistemática, lembrando-me constantemente de quem sou e de qual é o alvo da proposta deste programa, sem desconsiderar meu próprio percurso como analista.

Oportunamente, a todos os colegas do CAPSi Capela, meu lar profissional por seis anos. Em especial ao Paulo companheiro da Saúde Mental que, com sua generosidade, contribuiu com este projeto e o viabilizou dentro e fora da Instituição.

Aos profissionais do Território, que participaram desta pesquisa e que batalham arduamente na difícil tarefa de ensinar e educar.

À querida Valéria, educadora no sentido mais terno da palavra. Pessoa iluminada, trabalhadora e apaixonada pelo que faz. Foi inspirado por essa paixão que embarquei nesta viagem da Educação da qual não sei se sairei mais.

À Cristiana, companheira e batalhadora do SUS e das iniciativas educacionais significativas e transformadoras. Pessoa idealista e que tanto me inspira, faz parte desta nova fase da minha vida.

À minha bela companheira, pois sem ela essa viagem não teria sido possível. Foi ela quem lidou com minhas ausências, com o fato de eu viajar três vezes por semana até São Carlos e me aguardou acordada em tantas madrugadas. Inquieta e preocupada, aguentou esse ritmo por mais de um ano, esperando-me junto com meus amados Zeca e Sky, traduzindo o verdadeiro sentido de família. Sem ela a vida não teria sido tão bela.

Por fim, a metáfora da viagem... Cada um produz um sentido para suas próprias viagens. Para mim, permanecem apenas as lembranças boas, como a chegada ao pé de uma vista deslumbrante e incomparavelmente bela, mas que exigiu uma longa e árdua caminhada, em meio a horas de trilhas e subidas. Foi uma viagem difícil e laboriosa, mas faria tudo novamente.

Resumo

Nossa pesquisa investigou um dispositivo intersetorial que ocorre em um CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil – no extremo sul do município de São Paulo - SP, do qual vinte e oito trabalhadores do serviço de Saúde, Educação e Assistência Social, que atuam com crianças e/ou adolescentes com sofrimentos psíquicos, participaram. O Laboratório de Inclusão é um dispositivo reconhecido pela rede de sua área de abrangência como um espaço importante, no qual os profissionais participantes podem compartilhar casos (clínicos) e dificuldades no trato e no cotidiano com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Esses trabalhadores chegam ao Laboratório de Inclusão em momentos agudos e críticos, isto é, quando os conflitos ou impasses gerados na relação com as crianças e/ou adolescentes tornam-se insuportáveis ou incontrolláveis, atribuindo a elas a responsabilidade do desajuste. A pesquisa e a condução dos encontros foram realizadas pelo autor/profissional que se orienta pelo referencial da psicanálise em seu manejo e compreensão dos fenômenos apresentados. Esta abordagem proporcionou aos participantes do Laboratório maior implicação no processo e reconhecimento sobre a importância do olhar singular do “caso a caso”. O método utilizado foi o da pesquisa-intervenção a partir do estudo de caso. Os dados foram colhidos de dezesseis encontros gravados, transcritos e analisados com o referencial teórico da psicanálise e da saúde coletiva; foram utilizados também um questionário inicial e entrevista. Os resultados foram demonstrados passo a passo, desde a chegada dos participantes ao Laboratório, a dinâmica dos encontros até os seus efeitos. Definiram-se três categorias de análise: i) chegada; ii) processo; iii) chegada e processo. Percebemos importantes deslocamentos entre a chegada dos participantes ao Laboratório e o processo vivenciado por eles nesse dispositivo. Inicialmente apresentavam fragilidades na condição emocional que incapacitavam a relação com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico; acreditavam que suas capacidades técnicas eram insuficientes para lidar com essa população e a condição de desconforto aparecia como resultado de um mal-estar fruto de seu cotidiano. Os encontros proporcionaram aos participantes alívio, reflexão e criação, elementos que modificaram a maneira como eles pensavam sobre essas crianças, e passaram a enxergá-las como sujeitos com dificuldades e potenciais. Deste modo, manifestaram desejo de estar com elas de forma acolhedora e inclusiva. Demonstramos como a condução de um analista na instituição, especificamente no Laboratório de Inclusão, oportunizou tais deslocamentos. Percebemos significativas mudanças na condição emocional dos participantes, que chegavam angustiados e saíam aliviados. Deixaram de atribuir a responsabilidade do desajuste somente ao outro e passaram a corresponsabilizar-se por esta dinâmica e relação. Por fim, demonstramos a aplicabilidade do dispositivo estudado, sua relevância no campo da saúde mental, como importante espaço de diálogo.

Palavras-chave: CAPSi, Intersetorialidade, Psicanálise Aplicada, Saúde Coletiva.

Abstract

Our research focused on an intersectional collaboration program that takes place in a psychosocial Brazilian public service for children, CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil – in the extreme South of the city of São Paulo, in which twenty-eight Public Health, Education and Assistance Workers, who work with children and/or adolescents with psychic suffering participated. The Inclusion Laboratory is a recognized program by the network in its area of coverage as an important environment, in which workers can share cases and difficulties in the treatment and in the daily life with children and adolescents with psychic suffering. These workers arrive at the Inclusion Laboratory in severe and critical moments, that is, when the conflicts or impasses originated from the relationship with children and/or adolescents with psychic distress become unbearable or uncontrollable, assigning to them the responsibility of the maladjustment. The research and conduction of the meetings were carried out by the author/professional who is guided by theoretically based psychoanalysis in his management and understanding of the phenomena presented. This approach gave the Laboratory participants greater implication in the process and broadened the singular look of the case by case. The method that was used was the research-intervention from case study. The data was collected from sixteen recorded meetings, transcribed and, then, analyzed with a psychoanalytical and public health theoretical reference; there were also used an initial questionnaire and interview. The results were demonstrated step by step, since the arrival of the participants in the Laboratory, the dynamic of the meetings, until its effects. There were defined three categories of analysis: i) arrival; ii) process; iii) arrival and process. We noticed important displacements between the arrival of the participants in the Laboratory and the process experienced by them, in this program. Initially, they have presented fragilities in the emotional aspect that disabled the relationship with the children and/or adolescents with psychic suffering: they believed that their technical capacities were insufficient in dealing with this population and the condition of discomfort showed up as a result of an unease, fruit of the daily routine. The meetings provided to the participants relief, reflection and creativity, elements that changed the way they were thinking about this children and started to see them as subjects with difficulties and potentials. Therefore, there was demonstrated the interest in being with them in a welcoming and inclusive way. We demonstrated how the conduction of an analyst in the institution, specifically in the Inclusion Laboratory produced these movements. We noticed significant changes in the emotional condition of the participants, which arrived distressed and left relieved. They stopped to assign the responsibility of the maladjustment only to the other e began to share the responsibility by the dynamic and the relation. Finally, we demonstrated the applicability of the studied program, its relevance in the mental health field, as an important room for debate.

Keywords: CAPSi, Intersectionality, Applied Psychoanalysis, Public Health.

Lista de figuras e esquemas

Figura 1 - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – 2010.....	22
Figura 2 – Agrupamentos socioambientais dos territórios de saúde do município de São Paulo.....	23
Figura 3 - Mapa de São Paulo / Subprefeituras.....	40
Esquema1: Triangulação dos dados.....	43
Esquema 2: Categorias de análise: Chegada.....	47
Esquema 3 – Categorias de análise: Processo.....	74
Esquema 4 - Categorias de análise: Chegada e Processo.....	78

Lista de quadros

Quadro 1 - Dados Demográficos do Distrito pertencente à Subprefeitura Capela do Socorro.....	39
--	----

Lista de abreviaturas

APAE - Associação de Pais e amigos dos Excepcionais

APD – Acompanhante da Pessoa com Deficiência

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CCA – Centro para Criança e Adolescente

CEFAI – Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão

CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CID 10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento 10ª versão

CRAS – Centro de Referência da Assistência

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental

EMEI – Escola Municipal de Educação Infantil

GCM – Guarda Civil Metropolitana

JEIF – Jornada Especial Integral de Formação

IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

LAB – Laboratório de Inclusão

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da educação

MSE – Medida Socio-educativa

NAAPA – Núcleo de Apoio e Acompanhamento Para a Aprendizagem

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NIR – Núcleo Integrado de Reabilitação

PAAI – Professor de Apoio e Acompanhamento à Inclusão

PAAE – Programa de Avaliação da Aprendizagem Escolar

PPP - Projeto Político-pedagógico

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SAAI – Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão

SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	7
1. Introdução	8
2. Referencial Teórico	14
2.1 Psicanálise.....	17
2.1.1 Transferência	17
2.2 Saúde Coletiva.....	20
2.2.1 Território	20
2.2.1.1 Intersetorialidade	24
2.2.2 Vulnerabilidade	25
2.2.3 Transtorno Mental – Sofrimento Psíquico	27
2.2.4 Centro de Atenção Psicossocial.....	29
2.2.4.1 Laboratório de Inclusão	30
2.2.4.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	32
3. Delimitação do Problema de pesquisa	33
4. Justificativa	35
5. Objetivos	36
5.1 Geral	36
5.2 Específico	36
6. Método	36
6.1 Participantes.....	38
6.2 Campo Empírico	39
6.3 Trabalho de campo.....	40
6.3.1 Produção dos Dados.....	41
6.4 Aspectos Éticos	42
6.5 Análise dos Dados.....	42
7. Resultados	44

7.1 Chegada ao Laboratório de Inclusão	45
7.2 Necessidades e Demandas	51
7.3 Novos Significados.....	55
7.4 (Inter) Invenções Possíveis entre Saúde, Educação e Assistência	78
8. Considerações Finais	84
Referências	89
Apêndices.....	92
Apêndice A – Questionário Inicial	92
Apêndice B – Roteiro de Entrevista.....	93

Apresentação

A escolha por este mestrado se fez pela consistência do Programa, que se mostrou alinhada com nossas necessidades de formação e capacitação para melhor desenvolver este projeto.

Esta pesquisa, ora apresentada, aborda o tema da Saúde Mental da criança e da adolescência, e as ações Intersetoriais e Multidisciplinares que ocorrem no Território do CAPS Infantil da Capela do Socorro, zona Sul de São Paulo. Nosso objetivo é estudar uma dessas ações denominada Laboratório de Inclusão.

Na introdução destacamos o cenário e a atuação do CAPS Infantil, levantamentos históricos desse serviço e o pedido da área da Educação de criarmos um dispositivo Intersetorial para tratarmos as questões das crianças de Inclusão e as dificuldades que as escolas e professores enfrentam por não saberem lidar com essa população.

Destacamos em um capítulo os referenciais teóricos para melhor compreensão dos temas abordados neste trabalho.

Apontamos na delimitação do problema de pesquisa o cenário atual do CAPS Infantil e a atuação desse serviço na comunidade.

Na justificativa tratamos da atuação do CAPS Infantil no Território e do Laboratório de Inclusão como dispositivo Intersetorial e Multiprofissional ofertado aos profissionais da Saúde (CAPSi), Educação (escolas) e Assistência (abrigos) que lidam com crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos e que apresentam questões ou dificuldades no trato com essa população.

Após a justificativa, apresentamos os objetivos deste trabalho.

A seguir, destacamos o método que utilizamos para responder nossas questões de pesquisa e análises dos resultados obtidos.

Apontamos a Psicanálise e a Saúde Coletiva como Referenciais Teóricos para compreensão e análise dos conteúdos apresentados.

1. Introdução

Atuando no CAPSi Capela do Socorro, acolhemos crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes. Consideramos os prejuízos e comprometimentos do sujeito e suas dimensões: autonomia, vulnerabilidade social e risco. Trabalhamos na perspectiva de portas abertas, recebendo demandas espontâneas e encaminhadas: das Escolas, Conselhos Tutelares, Unidade Básica de Saúde (UBS), APAE, Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), Judiciário e Abrigos.

As principais demandas para acompanhamento e tratamento no CAPS são: Transtornos de Conduta, Hiperatividade, Agressividade, Dificuldades Escolares, Transtornos do Humor, Psicoses, Autismos, questões relacionadas com Drogas, entre outras. Essas condições apresentadas pelas crianças e adolescentes muitas vezes são percebidas pela maneira com que elas estabelecem a relação com o outro, isto é, a maneira como se apresentam na relação com os pais, na comunidade, com outras crianças e na escola, com seus colegas e professores. Os prejuízos podem manifestar-se no baixo rendimento escolar e/ou pela incapacidade de socialização, seja traduzida em um comportamento reservado, sem nenhuma interação, seja pela maneira com que elas tentam a interação, por vezes, destrutiva, representada por brigas, impulsividade, descontrole, baixo limiar à frustração e até mesmo manifestações de surtos, choros, entre outros. Ou ainda, a própria incapacidade de se concentrar ou realizar as atividades propostas em aula, traduzida por falta de Atenção, com ou sem Hiperatividade ou Déficit Intelectual. Segundo Stolzmann e Rickes:

Quem atende crianças, dentro dos mais variados campos terapêuticos, sabe que a procura por um atendimento é, muitas vezes, originada por um pedido da escola, pois a entrada neste ambiente, frequentemente, traz à tona alguns percalços da estruturação subjetiva da criança, que até então tinham passado despercebidos. Os pais, em muitos casos, não constituíram propriamente uma queixa, chegam como meros emissários de um lugar onde o filho, por ventura, está apresentando algum problema, a respeito do qual, a princípio, eles não se sentem implicados ou ainda duvidam de sua existência (1999, p. 39).

É a Educação, na figura de seus educadores e professores, com sua vivência e cotidiano com as crianças, que constata a “diferença” entre uma criança e outra, estranha comportamentos e aponta os desajustes constatados.

Jerusalinsky ressalta a perspicácia do educador em detectar disfunções, falhas ou inaptações por parte das crianças e dos adolescentes, além de possuir a sensibilidade à capacidade de registrar o estatuto precisamente psíquico desses prejuízos, sendo ele, o educador, o responsável pela maior parte dos encaminhamentos à saúde (1999).

Em razão de atendermos uma faixa da população que compreende desde o nascimento até os 18 anos e com o ingresso cada vez mais cedo das crianças no ambiente escolar, fica evidente a importância da relação entre as áreas da Saúde e da Educação, ou seja, atendemos a mesma população com objetivos distintos; de um lado, pacientes com sofrimentos psíquicos e, de outro, alunos e aprendizado.

A Saúde e a Educação estão intimamente relacionadas, embora, por vezes, essa articulação não seja tão clara. O ambiente escolar pode ser facilitador ou não do acolhimento da diversidade e as diferentes demandas de cada um. Podem surgir por parte dos professores/ educadores, sentimentos de incapacidade e frustração pelo fracasso do aluno, pela cobrança dos pais e pela obrigatoriedade do cumprimento do conteúdo programático, bem como, por sua incompreensão da dinâmica e das manifestações dos inúmeros sintomas referentes aos problemas e sofrimentos psíquicos manifestados pelas crianças. Podem surgir, também, dúvidas sobre o tratamento, as incertezas sobre se o aluno/paciente está tomando a medicação, os comportamentos agressivos dirigidos aos educadores e ainda, sobre a necessidade de lidar com seus próprios sentimentos e desgastes referentes à sua rotina, escolhas e condições de trabalho.

O educador se depara também com a maneira pela qual o aluno se coloca na relação com os colegas, por vezes: agressivo, solitário, vítima de chacotas, envolvendo-se em brigas, comportamentos bizarros envolvendo a sexualidade ou mesmo comportamentos que fogem muito do convencional. Depara-se, ainda, com seu próprio desejo de ensinar e, para que sua função como educador seja contemplada, faz-se necessário que o aluno deseje aprender (MANNONI, 1999).

Considerando que criança e o adolescente com sofrimentos psíquicos muitas vezes são convidados a corresponder a essa expectativa, o educador acaba por concluir que essa lógica nem sempre funciona, acarretando para si, não raro, frustrações, sentimentos de impotência e incompetência, episódios de agressividade

ou rispidez direcionados aos alunos, choro em sala de aula, fadiga e, em alguns casos, afastamento por questões psiquiátricas.

As crianças e adolescentes que apresentam graves problemas e sofrimentos psíquicos são acompanhados no CAPSi a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular, realizada em conjunto com a família (apresentaremos o conceito de PTS no capítulo Referencial Teórico). Consideramos nesta pesquisa o território do qual os sujeitos fazem parte. O fato de a escola indicar os alunos para tratamento não a exime de acolhê-los, durante esse processo, dentro de seu espaço. Faz-se necessário ampliarmos uma rede de cuidados, incluindo a própria escola. Portanto, isso justifica a importância de o professor ser ouvido em suas possíveis dificuldades de manejo com essas crianças e adolescentes, visto que, muitas vezes, o educador é convocado a responder a toda e qualquer dificuldade que surja sem, no entanto, ter ferramentas para isso.

Muitas vezes, o encaminhamento de crianças e adolescentes para o serviço de saúde reflete a dificuldade da escola em discernir o que é da ordem do problema e do sofrimento psíquico e o que faz parte da dinâmica do comportamento infantil e da adolescência. A fronteira entre o estigma do paciente psiquiátrico e o comportamento das crianças e dos adolescentes, por vezes, não é clara. Outras vezes, o manejo entre os educadores e essa população se traduz por um rigor e um engessamento em compreender o comportamento apenas pela patologia, vendo a criança em sua incapacidade e seu transtorno, deixando de lado possíveis potências e alternativas singulares, uma vez que o educador é naturalmente convidado a fazer uma transmissão para todos, transmissão essa que, muitas vezes, ignora a singularidade de cada um e, portanto, a necessidade de flexibilização durante as aulas é fundamental, mas não tão óbvia assim.

O trabalho do CAPSi Capela do Socorro, na perspectiva da clínica ampliada, considera a escola como espaço potente.

A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dentro dessa perspectiva, faz-se necessária a parceria entre a Saúde e a Educação. Para tanto, criamos o **Fórum Saúde e Educação**, com encontros mensais que contavam com a participação dos coordenadores, professores e educadores das escolas de nossa região, e os funcionários do CAPSi.

A proposta inicial era a de que os participantes colocassem suas questões e impasses frente a possíveis dificuldades no trato com crianças e adolescentes que apresentavam problemas e sofrimentos psíquicos. Houve grande aderência por parte da Educação, com encontros com até 80 participantes. Mantivemos o Fórum por aproximadamente um ano (2012). Durante esse período observamos que os professores solicitavam respostas para suas questões e dúvidas sobre lidar com essas crianças, e também demandas de capacitações para um conhecimento mais profundo acerca de patologias, transtornos e diagnósticos.

Sendo assim, notamos que, de modo geral, os professores conheciam pouco sobre a implicação de seu próprio papel e de sua responsabilização em relação aos desajustes ou fracassos apresentados pelas crianças e adolescentes com problemas e sofrimentos psíquicos.

A justificativa deles sempre recaía nos diagnósticos e em seus portadores. Essa posição de delegar a responsabilidade ao outro ficou muito clara na própria dinâmica e no funcionamento do Fórum: de um lado, a Educação querendo aprender e, de outro, a Saúde devendo ensiná-los a lidar com esses alunos.

Ao final de um ano de encontros no Fórum propusemos o encerramento dessa atividade e o início de um novo projeto, ao qual nomeamos **Laboratório de Inclusão**: dispositivo cujo espaço de fala é aberto, ofertado pelo CAPSi da Capela do Socorro aos profissionais da área da Educação da região, a saber, EMEF, EMEI, CEFAL, NAAPA e educadores e profissionais de abrigos bem como os profissionais do CAPSi, sob a perspectiva de proporcionar diretamente aos envolvidos um momento privilegiado no qual pudessem expor suas dúvidas, medos ou quaisquer questões que surgissem em seu cotidiano com crianças e adolescentes que apresentassem algum problema ou sofrimento psíquico.

O compartilhamento das questões e as soluções ou encaminhamentos eram construídos entre todos. Os profissionais do CAPS conduziam os encontros como

facilitadores. O Laboratório de Inclusão passou a exigir de seus participantes posição e postura ativas no processo de Inclusão, e cuidado com as crianças assistidas. Os encontros ocorriam semanalmente, às quintas-feiras, com duas horas de duração.

Destacamos a importância de a Saúde estar próxima da Educação, na articulação e oferta de linhas de cuidado de crianças e adolescentes que apresentam algum problema ou sofrimento psíquico, desse modo, faz-se necessário **analisar o Laboratório de Inclusão** e seus efeitos nos professores/educadores e profissionais que atuam diretamente com essa população.

Por vezes, a atuação do profissional da saúde ocorre como facilitadora, traduzindo, por meio de uma compreensão clínica, as dificuldades e questões manifestadas pelas crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos, articulando possibilidades com os educadores/professores, pensando estratégias, visando oferecer para essa população uma condição de Inclusão, sem que isso custe aos profissionais envolvidos seu próprio adoecimento, visto que, em determinados casos, a mobilização apresentada em sala de aula e nos abrigos atinge proporções de desajustes incapacitantes para todos.

Ofertar escuta para as Instituições que atuam também com essa população, manifesta uma perspectiva de estarmos juntos em rede (Saúde, Educação e Assistência), uma vez que o paciente circula entre todos esses setores. Conforme Kupfer:

Há hoje propostas no campo da Educação Especial que são o resultado de uma urgência, de uma demanda que se impôs para os que tratam de crianças com transtornos graves. Ou seja, tais propostas vieram de encontros interdisciplinares ditados pela clínica, pela criança que chega até os profissionais da área precisando de uma ação urgente e conjunta (1999, p. 20).

Compreendemos a importância de a Saúde estar próxima de outras áreas. Apostamos nos dispositivos Multidisciplinares e Intersetoriais e utilizamos em nosso território o Laboratório de Inclusão.

(...) com isso no poder subjetivante dos diferentes discursos que são postos em circulação, no interior do campo social, com o intuito de assegurar, sustentar ou modelar lugares sociais para as crianças, levando em conta que, neste sentido, o discurso (ou discursos) em torno do escolar são particularmente poderosos. Uma designação de lugar social é especialmente importante para as crianças incapazes de produzir laço social, como é o caso das crianças psicóticas ou com transtornos graves (Id., p. 22).

Durante o período deste trabalho verificamos a relevância dessa parceria e de seus efeitos em relação aos professores, educadores e cuidadores.

Este trabalho aponta a importância da participação das escolas e abrigos na Rede de Cuidados da criança e do adolescente que apresenta demanda de atendimento na área da saúde mental. As escolas e abrigos fazem parte do território pertencente à circulação dessas crianças, que se caracteriza como um conjunto de elementos além das questões geográficas, sendo constituídos fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, em todas as suas dimensões, conflitos e impasses. Compreendemos o território sobre a perspectiva da atenção à saúde da população na organização de uma rede, com o intuito de melhor atender as pessoas que apresentam sofrimentos psíquicos, seus familiares e as pessoas que se deparam com essas questões.

Para construir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitária (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômico (dinheiro, previdência etc), culturais, religiosas e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, 2004, p. 11).

Sendo o CAPS o articulador da saúde mental no território, dispõe do matriciamento como principal recurso para a articulação de ações.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou atendimentos conjuntos (Id., p. 80).

Destacamos a importância da cooperação entre a Educação e a Assistência nas discussões, interação e participação sobre as ações tomadas e articuladas entre toda uma rede de cuidados da qual elas fazem parte. Sendo assim, a coresponsabilização é efetivada entre todos, permitindo ampliar uma visão sobre as questões pertinentes à população assistida que apresenta problemas e sofrimentos psíquicos.

A compreensão e o alinhamento de ações por si só não garantem a eficácia e a continuidade dos processos, mas permitem a apropriação e o conhecimento dos recursos disponíveis em nosso território, sendo um deles o Laboratório de Inclusão. Nesse espaço os participantes podem manifestar suas dúvidas, impasses e sentimentos, ampliando seus olhares e sua compreensão por meio de uma colaboração mútua.

2. Referencial Teórico

Os referenciais teóricos que apóiam a compreensão do objeto de estudo são a Psicanálise e a Saúde Coletiva. Nossa escolha é atravessada tanto pela formação do pesquisador (psicanalista) quanto pelo manejo e o lugar que o mesmo ocupa no dispositivo estudado (CAPSi – equipamento de Saúde Pública). Pesquisador, sujeito de pesquisa e coordenador do Laboratório de Inclusão são posições distintas, mas temos um único sujeito, a saber, segundo Rosa e Domingues:

A psicanálise porta uma dimensão própria de sujeito e de objeto, a qual constitui o seu método específico de pesquisar e em que o desejo do pesquisador faz parte da investigação e o objeto da pesquisa não é dado a priori, mas sim produzido na e pela investigação. Pautada pela dimensão do enunciado e da enunciação do discurso, a pesquisa psicanalítica produz conhecimento interceptando a transmissão de dogmas e de idealizações, mediante o conhecimento de uma série de contextos e histórias, acrescido de articulações fora da história oficial (2010, p. 182).

Estudar um dispositivo da Saúde Mental, Intersetorial, Multidisciplinar que trata de questões relativas aos profissionais (Saúde, Educação e Assistência) e seu cotidiano com crianças e adolescentes que apresentam algum problema psíquico exigiu que fizéssemos aproximações, visto que a literatura científica existente acerca desse tema não se dedica a esse recorte.

Ao realizarmos pesquisa na base de dados LILACS, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores: criança; intersetorial e, saúde mental, obtivemos apenas sete publicações, sendo que, nenhuma delas abordava a investigação de um dispositivo com as características de nossa pesquisa.

Segundo Kupfer e Pechberty:

No campo da escolarização das crianças e jovens que sofrem de problemas psíquicos, poucas pesquisas trabalham sobre a especificidade das dinâmicas psíquicas mobilizadas nos profissionais em seu trabalho (2011, p. 148).

Em razão da escassa produção científica acerca desse tema, os autores destacam dois trabalhos, um realizado no Brasil e outro na França, ambos com foco na escolarização de crianças com sofrimentos psíquicos, sua dinâmica na escola e a relação com os educadores.

O trabalho realizado no Brasil, apontado pelos autores, ocorreu no Lugar de Vida com o objetivo de promover a inclusão escolar das crianças com sofrimentos psíquicos.

O Lugar de Vida promove uma reunião mensal aberta aos professores da rede pública interessados em discutir suas dificuldades com os alunos incluídos. Tais reuniões são coordenadas pelo Grupo Ponte¹ e o número de educadores oscila em torno de vinte a cada encontro (Id., p. 151).

Observa-se a importância desse trabalho na direção da inclusão escolar e as valorosas mudanças alcançadas na relação professor-aluno. Os autores destacam que o dispositivo de escuta visa à promoção de novos sentidos e compreensões sobre os alunos que apresentam sofrimentos psíquicos.

Nota-se que essa escuta que implica o outro em uma confrontação com seu próprio dizer contribui para que se instalem, no lugar das certezas, perguntas e questões referentes às interpretações que os professores dão às atitudes “estranhas” de seus alunos, sendo visíveis os efeitos provocados por esse trabalho de escuta na relação que os professores passam a manter com eles (Id., p. 152).

A iniciativa do Lugar de Vida revela a importância de considerar o educador no processo de inclusão das crianças com sofrimento psíquico. Seu enquadramento na área educacional se mostra essencial na vida e no processo de escolarização dessa população.

Embora nossa pesquisa tenha como amplitude o enquadramento da Educação, da Saúde e da Assistência, bem como a metodologia do Laboratório de Inclusão apresente particularidades distintas dessa referência, entendemos que o exemplo do trabalho desenvolvido no Lugar de Vida nos é muito benéfico.

Sobre a pesquisa na França, trata-se de parte do conteúdo programático do curso da Faculdade de Ciências da Educação da Universidade de Paris 5, conduzida por Pechberty, que busca responder às seguintes questões:

De que modo o acompanhamento conduzido por profissionais especializados pode ser conciliado com os objetivos de diminuição dos efeitos estigmatizantes dos problemas psíquicos graves? As práticas e as intervenções dos profissionais que comportam lógicas e culturas diferentes são complementares, justapostas ou conflitam dentro do campo da escolarização dos adolescentes com problemas psíquicos? (Id., p. 149).

O autor destaca que os primeiros resultados conduzem para a necessidade de questionar as intersecções entre as questões subjetivas dos profissionais e os tipos de relações institucionais geradas em seu cotidiano com esses adolescentes.

Observamos em ambas as pesquisas a necessidade de investigar as questões psíquicas dos profissionais que atuam com crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos. Partindo dessa premissa, o Laboratório de Inclusão avança em sua metodologia, possibilitando aos seus participantes um dispositivo semanal, com uma dinâmica e uma condução para compreender os fenômenos, e encontrar “saídas criativas” e “possíveis” frente aos impasses gerados no cotidiano com a população mencionada. A configuração do Laboratório convoca seus participantes a assumirem uma posição de corresponsabilização, deslocando o sentimento de que o profissional está sozinho frente à criança e ao adolescente com problema psíquico para um lugar onde ele compartilha experiências e amplia sua visão, deixando de estar só na tomada de decisões. O Laboratório de Inclusão passa a ser um dispositivo Intersetorial reconhecido pelos profissionais que o frequentam como um espaço potente que acolhe e traz resolutividades que, antes, não eram visualizadas. Por essa razão, faz-se necessária uma profunda investigação desse dispositivo.

Tratando-se de um dispositivo intersubjetivo que visa à construção de novos sentidos e significados, acreditamos que os encontros semanais possibilitam melhor apropriação nesse processo. Analisaremos de perto a transferência que ocorre nos encontros, à luz da psicanálise aplicada.

2.1 Psicanálise

2.1.1 Transferência

O conceito de transferência percorre a história da psicanálise desde seus fundamentos iniciais até os dias de hoje, sofrendo mudanças em sua formulação.

Sua compreensão aparece de forma distinta, dependendo das correntes teóricas e de seus pesquisadores.

Destacamos que o conceito de transferência começa a ser discutido/sistematizado antes de Freud, mas é por meio dele que seu estatuto e sua relevância dentro da teoria psicanalítica passam a ocupar um espaço fundamental. Segundo Lacan: “A transferência é um fenômeno essencial, ligado ao desejo como fenômeno nodal do ser humano, que foi descoberto antes de Freud. Ele foi perfeitamente articulado” (2008, p.225). Ao longo da trajetória do próprio Freud, o conceito foi sendo modificado até a definição de que a transferência ocorre na cena analítica entre analisando e analista, apontando para o amor transferencial.

O conceito de transferência como elemento fundamental para o manejo e a direção de tratamento em psicanálise aparece pela primeira vez em uma publicação de Freud (1901/1996), em seu texto **Fragmento da análise de um caso de histeria**. Trata-se do caso de uma adolescente de 18 anos que inicia seu tratamento com Freud, mas depois de três meses abandona sua análise.

Desde o início ficou claro que em sua fantasia eu substituía seu pai, o que era fácil de compreender em vista de nossa diferença de idade. Dora chegou até a me comparar com ele conscientemente, buscando, angustiada, assegurar-se de minha completa sinceridade para com ela, já que seu pai “preferia sempre o segredo e os rodeios tortuosos” (1901/1996, p. 113).

Nesse mesmo artigo, Freud conceitua a transferência como fenômeno de reatualizado na cena analítica.

A produtividade da neurose, porém, de modo algum se extingue, mas se exerce na criação de um gênero especial de formações de pensamento, em sua maioria inconscientes, às quais se pode dar o nome de “transferência”. O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série

de experiências psíquicas prévia é revivida, como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico (Id., p. 111).

Freud demonstra em seu artigo os primeiros passos da “transferência” na relação analisando-analista (cabe destacar que em seus textos ele utiliza a nomeação do analista como médico). Ele é generoso ao publicar um caso em que ele próprio aponta a brevidade do tratamento (devido ao abandono por parte de sua paciente), e ainda vai além, ao trazer o estatuto primordial da transferência e suas consequências para uma análise. Vale ressaltar que a primeira referência de Freud acerca desse conceito aparece em **A psicopatologia da Histeria**, na obra **Estudos sobre a Histeria** (Breuer e Freud, 1895/1996).

Dois outros trabalhos de Freud que tratam do tema da Transferência e que merecem destaque são:

A dinâmica da transferência (1912), no qual Freud encontra-se às voltas com o funcionamento da transferência e de seus efeitos, apontando a intensidade da transferência nos indivíduos neuróticos, em análise, quando comparados com os mesmos tipos de sujeito, fora da análise. Traz também a ideia de transferência como resistência.

Assim, transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeitos e expressão da resistência (1996, p. 116).

Nesse mesmo artigo, Freud traz o conceito de transferência positiva e negativa, refere-se aos sentimentos dirigidos ao analista e associa esse conceito a impulsos eróticos reprimidos. Conclui, relacionando o tratamento analítico a uma “luta” entre analista e paciente quase sempre pela via da transferência, trazendo a equivalência da transferência como resistência.

Em **Observações sobre o amor transferencial** (1915) Freud enfatiza a importância da compreensão do fenômeno transferencial como uma repetição e uma resistência. Traz importantes contribuições sobre a ética e a técnica que devem ser aplicadas pelos analistas (médicos) a serviço do tratamento de suas pacientes, visto

que a transferência de amor, que é direcionada ao analista, mostra-se como importante forma de resistência da paciente ao tratamento. Frente a esses movimentos inconscientes, o conceito de contratransferência deve ser considerado e manejado pelo analista. Em suas recomendações, o autor discorre sobre a importância da transferência de amor, que não deve ser combatida, mas sim usada na condução do tratamento.

A paciente, cuja repressão sexual naturalmente ainda não foi removida, mas simplesmente empurrada para segundo plano, sentir-se-á então segura o bastante para permitir que todas as suas condições para amar, todas as fantasias que surgem de seus desejos sexuais, todas as características pormenorizadas de seu estado amoroso venham à luz (1996, p. 184).

Freud conclui seu artigo acentuando a eficácia do tratamento como a superação e controle de seus pacientes de seus impulsos mentais.

As conceituações e recomendações de Freud ao longo de sua obra, sobre a transferência, auxiliam-nos compreender esse importante conceito em psicanálise. Várias releituras foram apresentadas por seus comentadores, mas a essência da conceituação de Freud e sua aplicabilidade no tratamento pela via da psicanálise mostram-se fundamentais para qualquer profissional que faça uso dessa teoria em sua prática.

Traremos alguns autores comentadores de Freud que nos ajudarão a compreender a transferência nos dias atuais e suas aplicabilidades na cena analítica e na prática em instituições. Desde já apontamos o fenômeno da transferência para além dos consultórios e tratamentos analíticos, como algo inerente das relações humanas.

De acordo com Roudinesco e Plon: “Desde 1909, Sandor Ferencz observou que a transferência existia em todas as relações humanas: professor e aluno, médico e paciente etc.” (1998, p.767), sendo que, em psicanálise, os conteúdos apresentados na transferência manifestam a presença do inconsciente.

Aponta Lacan:

A presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente, de modo que quando ela se manifesta hoje em dia em certos encontros, como recusa do inconsciente – é uma tendência, e confessada, no pensamento que

formulam alguns - isso mesmo deve ser integrado no conceito de inconsciente (2008, p. 125).

O autor destaca, em seu Seminário 11, que o conceito de transferência faz referência a Freud e alinha-se ao conceito de repetição. Ainda fazendo referência a Freud, Lacan acrescenta, em sua conceituação de transferência, a ideia de resistência.

Lacan destaca que “este conceito é determinado pela função que tem numa práxis” (2008, p.124). Desta forma, aprofundaremos esse conceito e como ele opera no dispositivo do Laboratório de Inclusão, a partir dos dados coletados e da análise dos mesmos, incluindo o fato do pesquisador ser o mesmo sujeito que atua no Laboratório.

Nessa mesma perspectiva, articularemos o conceito de transferência ao conceito de sujeito suposto saber, que apresentaremos no capítulo “Novos Significados”.

2.2 Saúde Coletiva

Em nossa redação, utilizamos diversos termos relacionados à Saúde Coletiva, por isso, destacaremos nossas fontes e compreensões conceituais.

2.2.1 Território

Compreendemos o território não somente pela sua área de abrangência, mas também, pelas pessoas que lá vivem, com suas referências e histórias.

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 11).

Nossa compreensão de território inclui suas dimensões geográficas e formações naturais, mas não somente, isto é, o território é visto como algo dinâmico e vivo. Trata-se da conjugação do espaço entre as pessoas que lá vivem suas relações e conseqüentemente as marcas produzidas pelo homem. Segundo o geógrafo Milton Santos:

No mundo da globalização, o espaço geográfico ganha novos contornos, novas características, novas definições. E, também, uma nova importância, porque a eficácia das ações está estreitamente relacionada com sua localização. Os atores mais poderosos se reservam os melhores pedaços do território e deixam o resto para os outros (2015, p. 79).

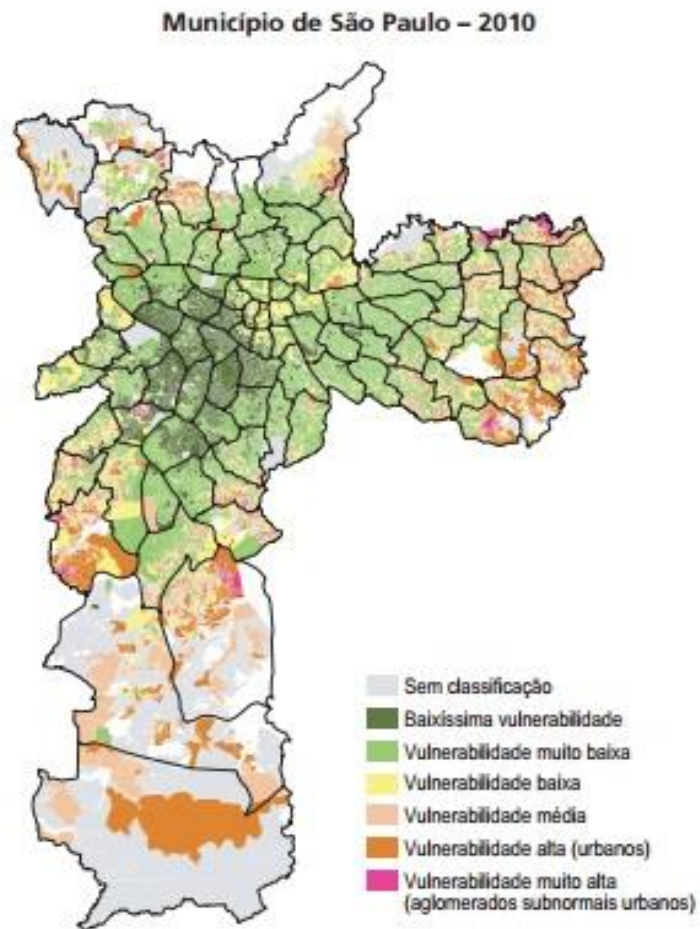
Observamos que, na Capela do Socorro, as ofertas de Saúde, Lazer e Cultura direcionadas à população apresentam-se de forma incipiente, além do que, pela dimensão da área, muitas famílias precisam usar três conduções (ônibus) para acessarem equipamentos como o CAPSi, por exemplo. As dificuldades não se restringem a essa, pois espaços de convivência, lazer e cultura são muito raros em nosso território.

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer aquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da resistência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em um território usado, utilizado por uma dada população (Id., p. 96).

Considerar o território em que atuamos é respeitar a história, as crenças, o modo de vida, a singularidade, as potências e até mesmo as dificuldades da nossa população. Considerar esses elementos nos leva a pensar em estratégias e ações que beneficiem essa população; sobretudo, incita-nos a pensar junto com a população.

As principais áreas de Vulnerabilidade no município de São Paulo encontram-se nas periferias, com prevalência na zona Sul. Na área de abrangência do CAPS Infantil da Capela do Socorro, observamos a importante concentração das vulnerabilidades média e alta, conforme classificação do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (2010).

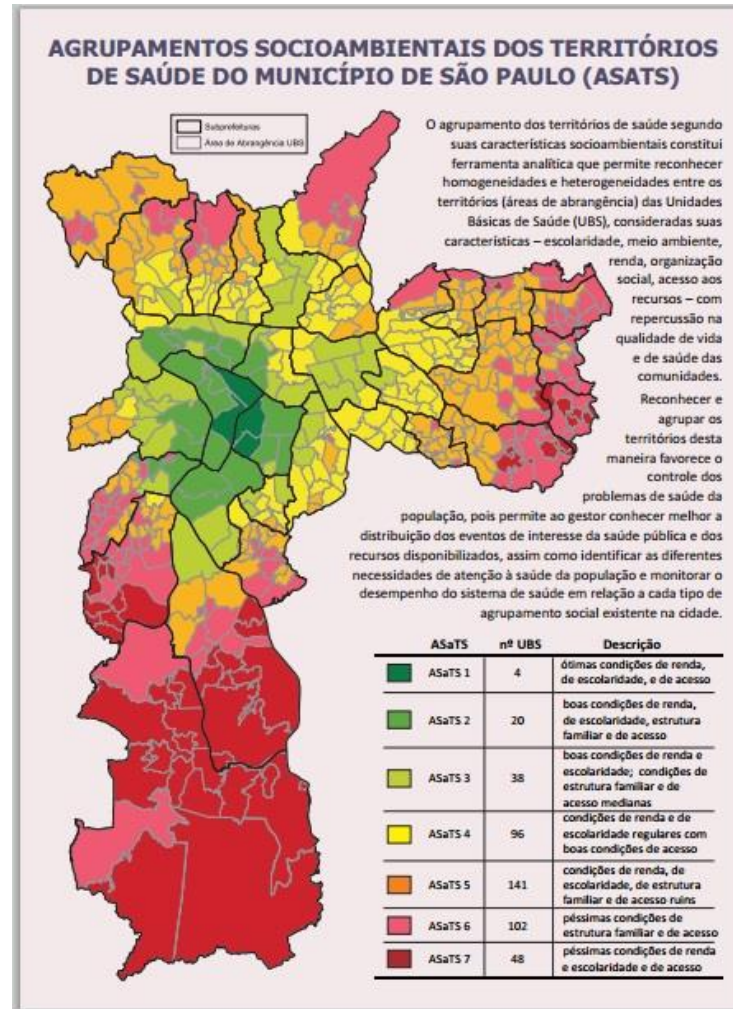
Figura 1 – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - 2010.



Fonte: Fundação Seade. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS.

Observando os agrupamentos socioambientais dos territórios de saúde do município, fica explicitado o quanto nossa área de abrangência apresenta péssimas condições de renda e escolaridade, e de acesso, conforme dados do CEInfo (2015).

Figura 2 – Agrupamentos socioambientais dos territórios de saúde do município de São Paulo.



Fonte: Boletim CEInfo - ano XIV nº 14, junho/2015.

Desde dezembro de 2011, assegurada pela portaria de nº 3.088, institui-se a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Essa portaria define os parâmetros, abrangência e regulamentações, envolvendo essa rede no SUS.

Ressaltamos que tais definições convergem para a consolidação de uma rede integrada, que visa acolher e corresponsabilizar-se pelo cuidado tanto dos usuários mais vulneráveis quanto de todos que dessa rede necessitarem de atenção.

Salientamos que o CAPSi Capela do Socorro pactua com as diretrizes da RAPS, por tanto, destacamos os principais pontos que convergem com o dispositivo Laboratório de Inclusão:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

Art. 3º São objetos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

VI – desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A portaria que institui a RAPS demonstrou importante avanço na organização, pactuação e orientação, no que se refere a um cuidado à população em saúde mental, que se organiza em rede. O CAPSi Capela do Socorro organiza-se prioritariamente ofertando ações no território e que sejam coletivas. Pactuamos com nossa rede, diálogo permanente, por meio dos encontros de matriciamentos, assembleias com os usuários, familiares e trabalhadores. Nesta mesma lógica o Laboratório de Inclusão, efetiva-se como dispositivo da própria RAPS, visto que, trabalha na lógica do território, promove ação intersetorial, articula a continuidade do cuidado, estabelece parcerias com os abrigos e as escolas de sua região, e constrói junto com seus participantes e equipe um diálogo permanente.

2.2.1.1 Intersetorialidade

Segundo Leal, Leal e César (2011), em relatório técnico para o Ministério da Saúde, a Intersetorialidade depende da articulação dos diversos saberes e experiências para que seja possível atender aos interesses dos cidadãos de modo a otimizar esses saberes para o objetivo em comum que requeira que as ações sejam conjuntas. Assim sendo, a Intersetorialidade aplicada ao campo social permite uma postura integrada das políticas que, assim, promovem transformações de base no Território, quais sejam, nos conceitos, valores, cultura, modo de prestação de serviço e, não menos importante, na relação entre Estado e cidadão.

De acordo com o relatório “Matriz Intersetorial de Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes” (2011), Intersetorialidade é uma ação para a gestão da cidade, que procura sobrepujar a fragmentação das políticas, considerando o sujeito em sua totalidade. Desse modo, não se trata de um conceito que examina apenas as questões político-sociais, mas também sua articulação com o território que, por ventura, caracterize as relações dos diversos segmentos da sociedade, sendo possível planejar, executar e controlar ações que visem cuidar de maneira integrada dos cidadãos e de seus problemas.

Ainda sobre Intersetorialidade, especificamente na esfera da Saúde e da Educação, espera-se que os distintos setores sejam capazes de pensar e coresponsabilizar-se por garantir a saúde como um direito humano e, assim, propiciar intervenções efetivas e eficazes.

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 23).

A aplicabilidade do conceito de Intersetorialidade mostra-se alinhada com as políticas públicas e com as necessidades dos usuários. O alinhamento de diversos atores e segmentos na perspectiva de construir ações que promovam o cuidado do sujeito e o acolham em suas múltiplas necessidades caminha nessa direção.

2.2.2 Vulnerabilidade

Os progressivos estudos em Saúde Coletiva, Epidemiológica, Prevenção e Promoção da saúde trouxeram a noção de risco como indicativos a serem considerados entre ações de diagnóstico e tratamento, prevenção e promoção de saúde. Segundo Campos e colaboradores, aspectos dos indivíduos e seus comportamentos, além de fatores sociais, culturais, econômicos, psicossociais e políticos são elementos a serem considerados para a construção de estratégias de promoção de Saúde e Bem-Estar, e de Prevenção (2007, p.391). Ao se considerar o

indivíduo em toda a sua dimensão e complexidade avança-se no conceito de Vulnerabilidade.

O conceito de Vulnerabilidade surgiu a partir dos avanços da ciência e da saúde ao longo dos anos, a princípio, no contexto do tratamento e da prevenção do HIV/AIDS, expandindo-se para outros contextos de saúde. Destaca Campos e colaboradores:

De forma geral, noção vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam mais suscetibilidade à infecções e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (2007, p. 396).

A discussão acerca da Vulnerabilidade tem-se ampliado para outras áreas como: saúde da criança; do adolescente; do idoso, entre outras. Os autores apontam:

(...) o quadro conceitual da vulnerabilidade na verdade sintetiza, sistematiza, aperfeiçoa e enriquece um conjunto de preocupações e proposições que já mais de um século vem instruindo as teorias e práticas preocupadas com o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença, como acontece no caso do atual movimento da Saúde Coletiva brasileira (Id., p. 399).

Para a análise de Vulnerabilidade são consideradas as dimensões: individual; social e programática, que diz respeito às instituições sociais como escolas, famílias, serviços de saúde, entre outras.

Avaliam-se três eixos articulados para se empreender a análise da Vulnerabilidade:

- (1) Componente Individual: o grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras;
- (2) Componente Social: diz respeito à obtenção de informações, a possibilidade de metabolizá-las, e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos mas de aspectos, como acesso à meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc..Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporados às análises de vulnerabilidade;

(3) Componente Programático: para que os recursos sociais que os indivíduos dispõem para não se expor a riscos e se protegerem de danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado (...) maiores serão a chance de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos (...) (AYRES et al, 2012, p. 217).

Conforme aponta Schumann (2015), Vulnerabilidade diz respeito a processos sociais dinâmicos e multigeracionais que dependem da exposição a fluxos de riscos, capacidade de reagir e possibilidades de adaptação considerando a intensidade do risco e a resiliência dos sujeitos expostos.

Destaca Ayres que a referência da vulnerabilidade surge de um grande debate social.

A vulnerabilidade aparece, então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes científicos, uma possibilidade de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas (2009, p. 16).

O autor destaca a importância do diálogo entre vários campos do saber na direção e perspectiva de uma atenção integral à saúde, que vai ao encontro do horizonte norteador do CAPSi.

2.2.3 Transtorno Mental – Sofrimento Psíquico

O termo **transtorno mental** é atualmente usado para caracterizar um indivíduo que apresente uma diversidade de condições associadas a sofrimentos e incapacitações manifestadas em padrões comportamentais.

A utilização do termo **transtorno mental** se mostra mais adequada do que a antiga utilização “**doente mental**”, explicitando claramente uma condição, e não uma doença a ser combatida e controlada. Segundo Cunha e colaboradores:

Para quem trabalha com psicodiagnóstico, é essencial a familiaridade com os sistemas de classificação nosológicas, já que a nomenclatura oficial dos transtornos é extremamente útil na comunicação entre os profissionais, além

do fato de que outros documentos, como atestados, além de laudos, podem exigir o código do transtorno de um paciente (2000, p. 37).

Os serviços de saúde utilizam o termo **transtorno mental** e suas classificações em sua 10ª versão, conhecida como CID 10.

Em nosso serviço – CAPSi - não nos orientamos obrigatoriamente e tão somente pelos diagnósticos e códigos em suas diversas subcategorias. Reconhecemos sua importância e trabalhamos fornecendo esses códigos nas produções e informações que são solicitadas aos equipamentos de saúde, mas compreendemos que o melhor termo a ser adotado aqui, no que se refere a transtorno mental, será o de **sofrimento psíquico**. Segundo Kupher e Pechberty:

A adoção da terminologia “problema psíquico” sinaliza ainda a recusa de uma presença massiva do discurso médico na área da educação, que impôs o uso de termos como distúrbios ou transtornos, faz o psicólogo e o psicopedagogo chamarem as crianças de pacientes, exige diagnósticos e anamneses, e inunda os trabalhos dessas áreas com sintomas (2011, p.148).

Os pedidos da Educação e Assistência por diagnósticos são cada vez mais frequentes. Acolher esses pedidos pode representar um desserviço, visto que um diagnóstico psiquiátrico atribuído a um sujeito vem com um formato de etiqueta que rotula, estigmatiza e modera as relações a partir das limitações e desajustes que os diagnósticos dizem do sujeito.

Já a palavra problema indica a existência de uma perturbação, ou de um sofrimento, de natureza psíquica, mesmo que ele tenha um fundamento orgânico. Esse sofrimento está sendo indicado pelo sujeito ou por seus pais, e não é necessariamente uma categorização no interior de uma nosografia médica. Pode ser mais impreciso, mas permite melhor aproximação com o singular de cada sujeito (Id.).

O termo **sofrimento psíquico** mostra-se mais adequado quando pensamos em um CAPS Infantil, sendo que as questões psíquicas e o sofrimento podem aparecer de forma transitória, uma vez que a própria criança está em desenvolvimento, estando mais suscetível aos desajustes familiares e às mudanças e transformações, sejam essas por suas fases de vida ou pela própria mudança em seu corpo.

2.2.4 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de saúde mental de base territorial e comunitária criados para substituir os hospitais psiquiátricos, atendendo a população que sofre de transtornos mentais graves e persistentes.

Trata-se de um serviço de porta aberta, pensado de forma a acolher e acompanhar a população em seu território, sem o imperativo de retirar o usuário de seu convívio familiar, bairro, referências, amigos, escolas etc.

Os CAPS compõem uma rede de cuidados aos usuários e se articula com os equipamentos de Saúde da sua região, e também com outras áreas, como a Educação e Assistência.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12).

Os CAPS foram criados para atender à população com graves sofrimentos psíquicos e estão divididos entre: infantil, adulto, álcool e drogas, e III (24 horas).

Seguindo essa lógica, destacamos o CAPSi, habilitado a atender crianças e adolescentes com importantes comprometimentos psíquicos como: autismo, psicoses e neuroses graves que se manifestam na impossibilidade de estabelecer laço social. Sendo assim, o CAPSi atua diretamente com essa população, em seu acompanhamento e tratamento, e estabelece parcerias com a Saúde, Assistência e Educação.

O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças

e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos (Id., p. 23).

As intervenções de promoção à saúde devem ocorrer o mais cedo possível e as ações devem ser pensadas de forma ampliada, considerando a família, a escola e a comunidade. O Projeto Terapêutico Singular deve considerar a realidade da família assistida, a faixa etária do usuário e privilegiar atividades de inserção social, principalmente no ambiente escolar.

O CAPS tem um papel importante no território, que é o de ordenar a Saúde Mental em sua região. Faz isso em parceria com as UBSs e os outros equipamentos de Saúde, mas não somente, incluindo escolas e abrigos, entre outros. Um dos dispositivos utilizados para a discussão e a problematização da Saúde Mental e os usuários que circulam entre o CAPS e os outros equipamentos é o matriciamento, que pode ser organizado por encontros mensais ou de acordo com as necessidades e pactuações de cada território. A ideia central é empoderar as equipes no cuidado dos usuários com sofrimentos psíquicos e a construção de ações e responsabilizações do cuidado, compartilhado e ampliado em toda a rede que o usuário necessita. É criar essa rede de forma a que todos os atores envolvidos sejam corresponsabilizados pelo do cuidado dos usuários.

2.2.4.1 Laboratório de Inclusão

O Laboratório de Inclusão surgiu em decorrência do trabalho que desenvolvemos inicialmente com a área da Educação em nosso território no Fórum Saúde e Educação. Compreendemos que o Fórum funcionava de forma vertical; de um lado, a Saúde, que sabe lidar com as crianças com sofrimentos psíquicos e, de outro, a Educação, que não sabe como lidar com essas crianças. Criamos o Laboratório de Inclusão como dispositivo horizontal, multidisciplinar e intersetorial destinado aos profissionais que atuam com crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos. Esse opera como espaço de fala para que os participantes possam trabalhar suas questões, dúvidas e impasses vividos em seus cotidianos com essas crianças.

Profissionais da área da Assistência (abrigos) passaram a frequentar o Laboratório de Inclusão, reconhecendo nesse dispositivo, um recurso do território que os auxilia a lidar com as questões geradas no cotidiano do trabalho.

O Laboratório de Inclusão ocorre semanalmente, às quintas-feiras, das 10h às 12h, dentro da unidade do CAPS Infantil da Capela do Socorro, tendo como coordenadores: um psicólogo e um terapeuta ocupacional.

As reuniões ocorrem como espaço aberto, podendo participar profissionais que atuam diretamente com crianças e adolescentes com algum problema psíquico, sejam esses acompanhados ou não pelo CAPS. Não há obrigatoriedade de frequência ou de inscrição prévia.

Cada encontro ocorre a partir de uma estrutura básica de atividades, que são:

1. Breve apresentação da proposta do Laboratório (a cada vez em que ingressa um novo participante);
2. Breve apresentação dos participantes;
3. Levantamento das expectativas individuais em estarem ali;
4. Tema disparador (situação-problema) construído coletivamente;
5. Compartilhamento de vivências, propostas, dúvidas, questões acerca do tema disparador;
6. Levantamento de alternativas e soluções frente às questões apontadas;
7. Avaliação do encontro.

A estrutura dos encontros foi pensada de modo a acolher as necessidades dos participantes com relação a dúvidas, sentimentos e impasses gerados na relação com as crianças e adolescentes que apresentam algum sofrimento psíquico.

A metodologia adotada no Laboratório de Inclusão convoca seus participantes a adotarem uma posição de implicação frente a suas questões. A condução do trabalho ocorre de forma ativa, entre todos, por meio de reflexões e levantamentos de

soluções frente às situações vividas no cotidiano com essas crianças e adolescentes, gerando uma corresponsabilização entre os participantes.

2.2.4.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Segundo o Ministério da Saúde (2011), Projeto Terapêutico Singular é um recurso da clínica ampliada e das estratégias de humanização em saúde que prioriza o termo singular, tendo como pressuposto que nas práticas de saúde coletiva, principalmente de atenção primária, é fundamental considerarmos o sujeito e, não menos importante, seu contexto social. Os projetos podem ter como foco a família, o território, um grupo de pessoas ou um único sujeito, sempre em articulação com a realidade social à qual pertença. Desse modo, um caso pode ser “um indivíduo, uma família, uma rua ou praticamente toda uma área de abrangência” (2011, p. 21).

O PTS é um importante dispositivo para a promoção do cuidado, e deve ser construído coletivamente entre os profissionais de saúde e o usuário.

Destaca Oliveira:

Formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos, necessariamente sobrepostos e articulados: coprodução da problematização; coprodução do projeto e cogestão/ avaliação do processo (2010, p. 94).

Referente aos movimentos citados, o autor nos orienta quanto à sua compreensão:

- **Coprodução da problematização** relaciona-se ao processo que produz o contato com a singularização de um caso específico. Ressalta a importância da promoção de encontros entre os profissionais da saúde e o usuário. Aponta a importância da circulação e compreensão do território. Aproximação entre os trabalhadores e usuários que oportuniza a criação de vínculos. Destaca a importância do fazer junto e não para o outro, sempre no movimento de estar com o usuário e problematizar com a equipe implicações, contratualizações e movimentos de resolução e promoção do cuidado.

Para tanto, os profissionais deverão considerar que todas as ações, sejam elas procedimentos técnicos, interações relacionais ou mobilizações de afeto, foram ações que expressam o que se passa com a equipe, as questões transferências, as estratégias utilizadas, suas apostas, as ênfases e as focalizações que a equipe-profissionais vem produzindo na relação com o usuário (Id., p.96).

- **Coprodução de projetos** traz em seu contexto a articulação entre as práticas de planejamento e o sentido de projetualidade. Nessa perspectiva o autor aborda a importância do aprofundamento do caso por parte da equipe e usuários implicados, sendo que todas as experiências e fluxos afetivos envolvidos são motivos para análise. Todos os elementos objetivos e subjetivos no que tange a “saúde, doença, sofrimento, melhora, sucesso e fracasso” (Id., p.97) devem ser considerados para a construção de um PTS factível e que contemple a singularidade do caso.
- **Cogestão-avaliação do processo** inicia-se antes mesmo da existência de um caso; trata-se de um movimento adotado pela equipe, em sua prática cotidiana, de criar espaços coletivos de reunião. Segundo Oliveira (Id., p.98): “Legitimar na própria equipe e nas relações com outras equipes, com a gestão e com a população o PTS como dispositivo importante na ampliação da capacidade resolutiva da equipe e do serviço”. A ideia central desse movimento visa a pactuação entre todos os envolvidos, incluindo os usuários, na busca de uma rede solidária de cogestão para que haja sustentação do projeto construído. Destaca também a importância do profissional de referência e sua articulação dentro da equipe; na rede construída e sua relação com o usuário e familiares. Cabe a esse profissional a promoção e a dinâmica de continuidade do PTS, e garantir nesse processo momentos de reavaliação do projeto.

3. Delimitação do problema de pesquisa

Trabalhamos em uma região que apresenta importantes questões sociais, entre elas, famílias com poucos recursos internos, financeiros e, não raro, vivenciando

situações em que a assistência à saúde é incipiente. Por se tratar de uma região com grande índice populacional e contextos sociais e pessoais, por vezes, envolvendo algum tipo de vulnerabilidade social, o reflexo desse cenário pode, até mesmo, potencializar desajustes, prejuízos e conflitos para crianças e adolescentes.

Comumente, a escola acolhe em seu corpo estudantil essa população com seus contrastes, diversidade e bagagem cultural. A escola abre suas portas para uma população que, por vezes, necessita de mais do que aprendizado. São os educadores que lidam diariamente com o que é manifesto, percebido e falado, mas lidam também com o não dito, incongruências da região que frequentemente são traduzidas em conflitos familiares, maus tratos, abandono, baixa estimulação de todas as ordens, violência e drogas. O mesmo cenário também pode ser observado nos abrigos.

Os profissionais da área da educação, com a missão importante de educar, deparam-se com uma realidade que, muitas vezes, não perpassa suas escolhas e formação. O professor que está em sala de aula com a finalidade de ensinar a todos os alunos obrigatoriamente se depara com toda a bagagem existencial desse aluno, manifestada, não raro, pelo ato, uma vez que o próprio recurso da linguagem se mostra deficiente.

Maud Mannoni aponta o impasse com o qual o professor precisa lidar ao se deparar com a criança ou adolescente portador de transtorno mental: seu próprio arcabouço teórico é visto como fracassado, uma vez que seu objetivo, como educador, é posto à prova. Isso porque, segundo a autora:

A posição tradicional baseada em critérios de adaptação, adaptação como um fim em si, constitui por sua orientação mesma o maior obstáculo com que nos chocamos. Diante das dificuldades encontradas com o psicótico, o pedagogo verifica o fracasso de suas referências teóricas (1999, p. 235).

O aluno manifesta-se como pode, isto é, reproduz o que lhe foi transmitido em sua vida, atravessado ou não por questões e sofrimentos psíquicos. Esse é o cenário do professor, cujo papel é essencial na vida (e na relação) da criança e do adolescente, agente singular e profissional da educação que obrigatoriamente transita em outros campos do saber, mesmo involuntariamente. Os cuidadores e trabalhadores de abrigos deparam-se com as mesmas questões e conflitos, com um recorte específico,

mas não menos importante, pelo contrário, pois seu cotidiano inclui acolhimento integral e suplência das relações familiares que não existem ou são mediadas e orientadas pelo poder judiciário.

Esse profissional múltiplo pode, muitas vezes, ver-se sozinho, com uma demanda que não reconhece como sua. Sendo o CAPS um articulador da Saúde Mental na Região, tem como obrigação incluir a Educação e a Assistência na rede de cuidados, fato que não garante por si só a mobilização dos envolvidos, nem a resolução dos conflitos e ambivalências observadas.

Frente a essas questões, nosso trabalho caminha na perspectiva de apontar a importância e a relevância de ações Intersetoriais e Multiprofissionais dentro da saúde mental como dispositivos potentes para ajudar a pensar e criar saídas e alternativas na perspectiva de melhorar a oferta terapêutica, pedagógica e de acolhida para a população que apresente sofrimentos psíquicos. Utilizamos para tanto o dispositivo Laboratório de Inclusão do CAPSi da região da Capela do Socorro.

4. Justificativa

Apoiados na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) da criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), além da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, verificamos avanços importantes sobre os direitos da criança e do adolescente, legitimando e assegurando: a educação, a saúde e o bem-estar social. As políticas públicas garantem também a promoção, proteção e recuperação da saúde física, integridade e moral, para que possam gozar de condições favoráveis ao seu desenvolvimento.

Reconhecer o avanço em nossa legislação e ampliar as discussões sobre a escola inclusiva e a vida dos abrigados passa a ser prioridade, visto que as leis existem, mas as violações de direito também.

Manter diálogo permanente do tema entre a Saúde, Educação e Assistência é prioridade em nosso serviço – CAPSi Capela do Socorro. Acreditamos que esta pesquisa, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC – UFSCAR), contribui para a construção de conhecimentos e explicita ações

inovadoras em Saúde e no campo da Intersetorialidade, visto a relevância do tema e a escassez de pesquisas realizadas.

Reconhecer os papéis de cada Instituição ou equipamento de Saúde, na perspectiva da Integralidade, representa importante avanço. O sujeito que sofre é o mesmo sujeito que está na escola, na comunidade, que circula entre todos. Olhar o sujeito de maneira multiprofissional, alinhada por perspectivas e propostas singulares, visando uma melhor relação dele com seu universo, pode representar ganhos para este e para todos os envolvidos no processo.

A importância que reside em se considerar essa perspectiva é a possibilidade de trazer contribuições para dentro das escolas, dos abrigos e da comunidade.

5. Objetivos

5.1 Geral

Investigar e analisar um dispositivo Intersetorial e Multidisciplinar denominado “Laboratório de Inclusão” em um CAPS Infantil na Cidade de São Paulo.

5.2 Específicos

- (1) Caracterizar como os participantes chegaram ao Laboratório de Inclusão;*
- (2) Investigar as necessidades e demandas que os participantes do Laboratório apresentam em sua prática cotidiana com crianças e adolescentes que apresentam problemas e sofrimentos psíquicos;*
- (3) Compreender se os encontros no Laboratório de Inclusão geram novos significados e quais seriam.*

6. Método

Utilizamos a **Pesquisa Qualitativa**, acreditando que “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e

das atitudes” (MINAYO, 2013, p.21). Além desse aspecto, a abordagem qualitativa considera a presença do pesquisador como elemento de análise e que faz parte do campo de investigação, além de guardar especial atenção para a dimensão processual e interacional dos fenômenos sociais e humanos.

Adotamos o **Estudo de Caso** como o método mais adequado para este trabalho e, segundo Yin, “o estudo de caso é usado em muitas situações, para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados” (2014, p.4). Neste recorte, entendemos que o Laboratório de Inclusão – objeto desta pesquisa – é o caso investigado, considerando sua singularidade.

A escolha pelo Estudo de Caso ocorreu também pelo alcance de sua aplicabilidade, conforme destaca o autor:

- **Explicar** os presumidos vínculos causais nas intervenções da vida real que são demasiado complexos para as estratégias de levantamento ou experimentais.
- **Descrever** uma intervenção e o contexto da vida real no qual ela ocorreu.
- **Ilustrar** determinados tópicos em uma avaliação, novamente em um modo descritivo.
- **Explorar** as situações em que a intervenção sendo avaliada não possui um único e claro conjunto de resultados.

Adotaremos o subtipo **Estudo de caso único integrado** que, segundo Ying:

No estudo de caso único ainda podem ser integradas subunidades de análise, para que seja desenvolvido um projeto mais complexo (ou integrado). As subunidades podem acrescentar, muitas vezes, oportunidades significativas para a análise extensiva, favorecendo os insights ao caso único (Id., p. 59).

Estudo de Caso Único: foco central no **Laboratório de Inclusão** e as subunidades:

- **Participantes da área da educação**, como: professores; coordenadores; diretores; educadores de modo geral, que buscam apoio no CAPS;
- **Participantes da área da assistência** que englobe: abrigos; conselhos tutelares; CRAS; CREAS, que buscam apoio no CAPS;

- **Participantes do CAPS** que coordenam a atividade: um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um técnico de nível médio.

Portanto, nossa pesquisa trata de um Estudo de Caso cuja Pesquisa-intervenção é a estratégia usada para realizar o estudo ora apresentado junto com os sujeitos pesquisados, com a intenção de modificar processualmente o objeto de pesquisa por meio das intervenções propostas. Desse modo, a pesquisa-intervenção como método de pesquisa propicia, segundo Romagnoli:

(...) a não separação sujeito/objeto (...) e leva em consideração a implicação do pesquisador, a complexidade e a indissociabilidade da produção de conhecimento da atuação/intervenção. (...) Esses pesquisadores têm em comum a perseguição da complexidade, a postura crítica, o combate ao reducionismo, a busca da desnaturalização e, sobretudo, uma grande preocupação com a transformação dos campos em que estão inseridos (2014, p. 46).

Portanto, o método aqui escolhido e descrito mostrou-se fundamental para a assertividade e efetivação deste trabalho, bem como na produção dos dados, compreensão e análise dos mesmos.

6.1 Participantes

Participaram da pesquisa 28 frequentadores do Laboratório de Inclusão que trabalham com crianças e adolescentes com algum sofrimento psíquico, na região da Capela do Socorro, São Paulo, SP. Todos os participantes, **no período de maio a setembro de 2016**, que buscaram o Laboratório de Inclusão como espaço de cuidado foram convidados a participar. Os que aceitaram participar foram orientados em relação aos aspectos éticos e metodológicos do estudo. Todos os participantes tinham mais de 18 anos e estavam em condições de participar de uma atividade grupal e responder a um questionário e a uma entrevista. Destacamos que os participantes são trabalhadores da Região nas áreas da Saúde, Educação e Assistência.

Em relação aos critérios de exclusão, definiu-se que os participantes que não trabalhavam na Região da Capela do Socorro não fariam parte do estudo.

6.2 Campo Empírico

O estudo foi realizado no Laboratório de Inclusão que ocorre na unidade do CAPS Infantil da Capela do Socorro, no município de São Paulo, zona Sul.

A área de abrangência em que atuamos corresponde à Subprefeitura da Capela do Socorro, que inclui os distritos: Santo Amaro, Grajaú e Cidade Dutra.

Quadro 1 - Dados Demográficos do Distrito pertencente à Subprefeitura Capela do Socorro.

Subprefeituras	Distritos	Área (km ²)	População (2010)	Densidade Demográfica (Hab/km ²)
Capela do Socorro	Cidade Dutra	29,30	196.360	6.702
	Grajaú	92,00	360.787	3.922
	Socorro	12,90	37.783	2.929
	TOTAL	134,20	594.930	4.433

Fonte: Site da Prefeitura de São Paulo/ Subprefeitura da Capela do Socorro.

Nossa Região localiza-se na zona Sul da cidade de São Paulo, fazendo divisa com Parelheiros, Cidade Ademar, M'Boi Mirim e Socorro. Sua população aparece em maior número em relação a todas as regiões do município de São Paulo (2010).

Figura 3 – Mapa de São Paulo / Subprefeituras



Fonte: Site da Prefeitura de São Paulo / Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras.

6.3 Trabalho de Campo

Nosso Trabalho de Campo ocorreu ao longo de um período de seis meses, de 26 de maio de 2016 a 8 de setembro de 2016, em dois momentos:

- Durante as reuniões do Laboratório de Inclusão, por um período correspondente a 16 encontros.
- Entrevistas realizadas com os participantes do Laboratório de Inclusão que frequentaram as reuniões dentro do período das 16 reuniões que foram consideradas nesse projeto. Todos os participantes do Laboratório de Inclusão que frequentaram esse dispositivo durante o período citado foram convidados a participar da entrevista individual independentemente de sua frequência e do número de reuniões das quais participou. O local e a hora para a realização das entrevistas

ficaram a critério e conveniência dos participantes. Restringimos o período para a realização das entrevistas em dois meses, contados a partir do término dos 16 encontros.

A definição por 16 encontros foi pensada para olharmos e analisarmos se os participantes utilizariam esse espaço de forma processual, isto é, se frequentariam o Laboratório todas as semanas ou se sua participação justificaria uma aderência, fato que não ocorreu.

6.3.1 Produção dos dados

Realizamos os registros dos encontros e levantamento dos dados, utilizando:

Gravação dos encontros (áudio), que foram transcritos e arquivados em computador, gravados em pasta única com o mesmo nome, separados por datas. Cópias impressas das transcrições foram arquivadas em pastas plásticas separadas por datas.

Registros dos encontros em livro próprio do Laboratório de Inclusão, constando: lista de presença; levantamento de expectativas iniciais dos participantes; temas trabalhados; avaliação do encontro feito por todos os participantes (dividido em três partes – auto-avaliação, avaliação do encontro, avaliação dos coordenadores). Esses conteúdos foram transcritos para o formato digital, gravados em pasta única com o mesmo nome, separados por encontros.

Foi oferecido um **questionário** a todos os participantes dessa pesquisa, no início das atividades do Laboratório de Inclusão, somente em sua primeira participação. O modelo do questionário encontra-se descrito no Apêndice A.

Foram convidados a participar das **entrevistas semiestruturadas** todos os participantes do Laboratório de Inclusão durante o período do Trabalho de Campo. Adotamos como ponto de partida o roteiro de entrevista, que se segue no Apêndice B.

O período de realização das entrevistas e seus agendamentos ocorreram imediatamente após o término dos 16 encontros.

6.4 Aspectos éticos

Nossa pesquisa atende às especificações da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, respeitando os critérios Éticos e primando pelo respeito e pela dignidade humana, garantindo a proteção devida a todos os participantes envolvidos.

Foi submetida ao Conselho de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (PO - Projeto Original de Centro Coordenador) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMS, (POc – Projeto Original de Centro Coparticipativo). O Projeto foi aprovado nos dois Comitês de Ética, respectivamente em: 26 de abril de 2016, sob número do parecer 1.514.594 (PO); e 20 de maio de 2016, sob número do parecer 1.553.161 (POc).

A participação nessa pesquisa envolveu Riscos pelo fato de abordarmos temas relacionados com o cotidiano; conflitos; dúvidas, que podem se manifestar por meio de desconforto; tristeza; insegurança; frustrações. Pôde causar constrangimentos e desconfortos pelo fato de trazer à memória histórias, situações vividas ou lembranças que causam sofrimento psíquico. Considerando que o pesquisador tem como formação e área de atuação a Psicologia, encontramos-nos habilitados a resolver e manejar essas questões, fato que não foi necessário.

Destacamos como principais Benefícios: abordarmos temas do cotidiano dos participantes; avaliar o dispositivo “Laboratório de Inclusão” e apontar os ganhos que seus participantes tiveram. Participar de um dispositivo Intersetorial e Multidisciplinar discutindo questões, impasses, dúvidas acerca da infância e adolescência que fazem parte do nosso trabalho, com foco em buscar estratégias e possíveis manejos de como lidar com essa população que apresenta algum problema psíquico.

6.5 Análise dos dados

Consideramos todos os dados coletados para uma análise de seus conteúdos a fim de contemplarmos nosso objetivo geral e os específicos.

Adotamos a psicanálise como referencial teórico capaz de nos instrumentalizar a responder nossas questões de pesquisa.

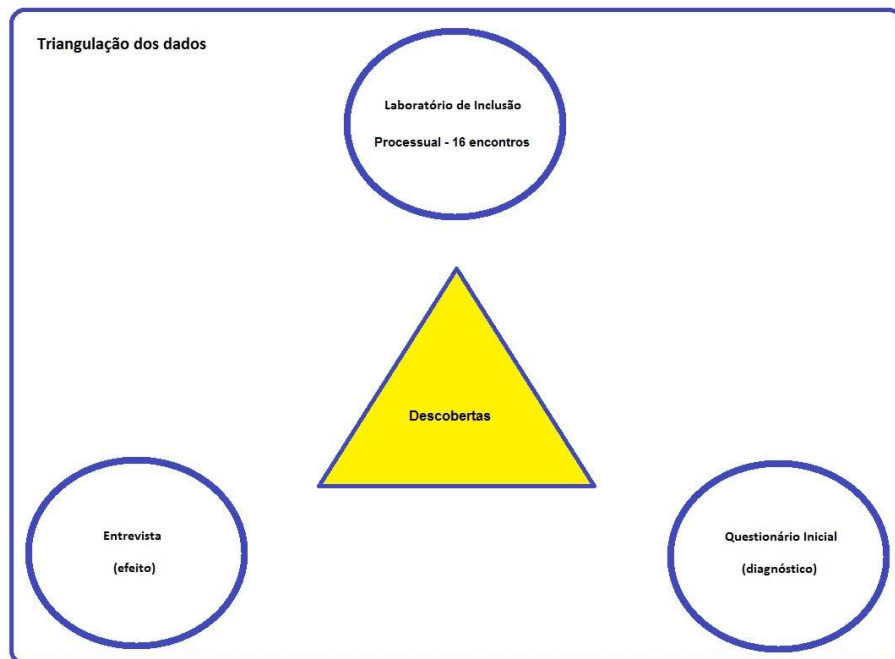
Rosa destaca que “a psicanálise é uma ciência como outras, um corpo de conhecimento coerente e subsistente por si mesmo, passível de ‘aplicação’ em territórios estranhos aqueles em que se formaram seus conceitos” (2010, p.181). A autora adverte ainda sobre a importância de se transformar os dados coletados em texto, quando se usa o referencial psicanalítico, destacando que essa prática possibilita o destaque das marcas do discurso, suas posições e efeitos de sentido.

Para que nossa análise dos dados ocorresse de forma eficaz, à luz da psicanálise, realizamos as transcrições de todos os dados coletados, em forma de texto, agrupados em:

- Questionários;
- Conteúdos coletados nos encontros do Laboratório de Inclusão.;
- Entrevistas.

A utilização de múltiplas fontes oportuniza uma grande oferta de dados, dos quais destacaremos a seguir os achados convergentes, e que se repetem, alvo de nossa análise e interpretação.

Esquema 1 – Triangulação dos dados para análise dos resultados.



Fonte: Autoria própria.

As entrevistas foram semiestruturadas, o que segundo Minayo, “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (2013, p.64).

Em nossa análise, destacamos os aspectos inconscientes que fazem parte da condição humana e conseqüentemente das relações. Segundo Rosa e Domingues:

No caso da contribuição da psicanálise ao estudo do campo social e político, não lhe cabe à pretensão de esgotar, por si só, o fenômeno: cabe-lhe esclarecer uma parcela dos seus aspectos, ainda que uma parcela fundamental. Sem pretensão de substituir a análise sociológica, cabe à psicanálise incidir sobre o que escapa a essa análise, isto é, sobre a dimensão inconsciente presente nas práticas sociais (2010, p. 187).

Adotamos categorias de análise, mesmo tratando os conteúdos de forma particular e singular, pois acreditamos que existam repetições que aconteçam com maior frequência. Sendo assim, os acontecimentos individuais não impedem o estabelecimento de categorias gerais.

7. Resultados

Nossa pesquisa investigou o dispositivo Laboratório de Inclusão no período de 26 de maio de 2016 a 8 setembro de 2016, que correspondeu a 16 encontros. Participaram, no total, 28 profissionais das áreas da Saúde, Educação e Assistência do Território. Observamos que a aderência consistiu predominantemente por profissionais da Educação, com uma participação de 17 profissionais em 8 encontros e 6 instituições diferentes. Foram 7 profissionais da Assistência em 5 encontros e 2 instituições diferentes. Todos os encontros foram coordenados por dois profissionais do CAPS, sendo um deles o pesquisador deste trabalho; uma técnica do CAPS e um apoio. O profissional de apoio participou dos 11 encontros iniciais e, por razões de agenda, interrompeu sua participação no Laboratório, houve a participação de outro profissional do CAPS em um encontro, portanto, foram 4 profissionais da Saúde/CAPS que participaram do Laboratório. Ocorreram 3 encontros (7º, 9º, 13º) sem a participação de profissionais tanto da Educação quanto da Assistência (aprofundaremos em nossa análise quanto ao absenteísmo no decorrer deste capítulo).

Compreendemos que 16 encontros foram suficientes para respondermos aos nossos objetivos. Reunimos um vasto material ao longo desse período, satisfatório para um aprofundamento criterioso e minucioso do dispositivo estudado.

Observamos que as Instituições participantes obtiveram aderência, mas com uma circulação (rotatividade) de profissionais, fato que demonstra pouca continuidade nos processos abordados nos encontros por parte dos integrantes, sendo que, nesse período, houve 4 participantes que voltaram ao Laboratório por 2 vezes e os demais participaram apenas uma vez, sem considerar a participação da Saúde, que participou em todos os encontros (coordenadores) e o apoio em 11 encontros.

A aderência da Educação foi de: 6 coordenadores, 7 técnicos de apoio (CEFAI e NAAPA), 4 professores/ educadores, demonstrando a dificuldade da Escola em liberar seus professores para atividades externas. Já na Assistência observamos o movimento contrário, sendo que a predominância na participação foi de educadores/ apoio (6) e 1 psicólogo (técnico de apoio), sem a participação da gestão/ coordenação.

Apresentaremos, a seguir, os resultados obtidos em nosso trabalho de campo, agrupados pelos objetivos específicos, a fim de facilitar nossa análise.

7.1 Chegada ao Laboratório de Inclusão

Para respondermos ao nosso 1º objetivo - **Caracterizar como os participantes chegaram ao Laboratório de Inclusão** utilizamos duas fontes de dados, o questionário inicial e o registro dos 16 encontros:

Todos os participantes do Laboratório, em sua primeira participação, responderam um questionário que nos orientou a compreender sua chegada e que permitiu destacar:

1. A totalidade dos participantes apontou que em suas instituições existem crianças com problemas e sofrimentos psíquicos, sendo assim, todos lidam cotidianamente com essa população.
2. Destacaram como problemas e desajustes dessa população: autismo; problemas de socialização; na fala; atraso no desenvolvimento e

aprendizagem; na socialização; agitação; agressividade; desajustes comportamentais; compulsão; ansiedade; depressão; carência do afeto familiar; baixa autoestima; abuso sexual; nas atividades de vida diária (alimentação, locomoção, autonomia); tristeza; abandono; teimosia; falta de um lar.

3. Relacionaram o efeito de trabalharem com essas crianças no que se refere a seus próprios desconfortos: não saberem lidar com essas crianças; constrangimento; preocupação; não saberem diferenciar questões de atraso com deficiência; insegurança na equipe; agitação; angústia; frustração; brigas; xingamentos; transtorno bipolar; desestrutura com toda a equipe; sentimento de incapacidade; dificuldade de atingir o objetivo (função) do educador da escola; tristeza; irritabilidade.
4. Todos os participantes disseram que em suas instituições já realizaram encaminhamentos para o CAPSi.
5. Os participantes, ao destacarem o que sentem frente a essas crianças, apontaram: desafiado e instigado a tentar ajudar no desenvolvimento; insegurança; impotente; preocupado; incômodo; despreparado; em busca de respostas; incapaz; sem apoio; desamparados e desestimulados; sentimento contraditório; de mãos atadas; inquieto, na busca do melhor aproveitamento para lidar com escola, aluno, família e a equipe; necessidade de repensar continuamente o trabalho com essas crianças; frustrado; constrangido.

Destacamos, a seguir, os dados produzidos nos encontros referentes ao 1º objetivo. Utilizamos as transcrições literais das falas dos participantes:

1º Encontro

Acho que num primeiro momento a minha procura foi exatamente essa. Aprender a lidar...

8º Encontro

Eu vou falar pela escola, nós estamos ainda no estudo, no entendimento desses alunos que apresentam dificuldades, não é fácil. São muitas as dificuldades. Tem que trilhar caminhos. A gente busca muito esse entendimento com vocês (CAPS) para dar esse norte. Estou completamente perdida.

10º Encontro

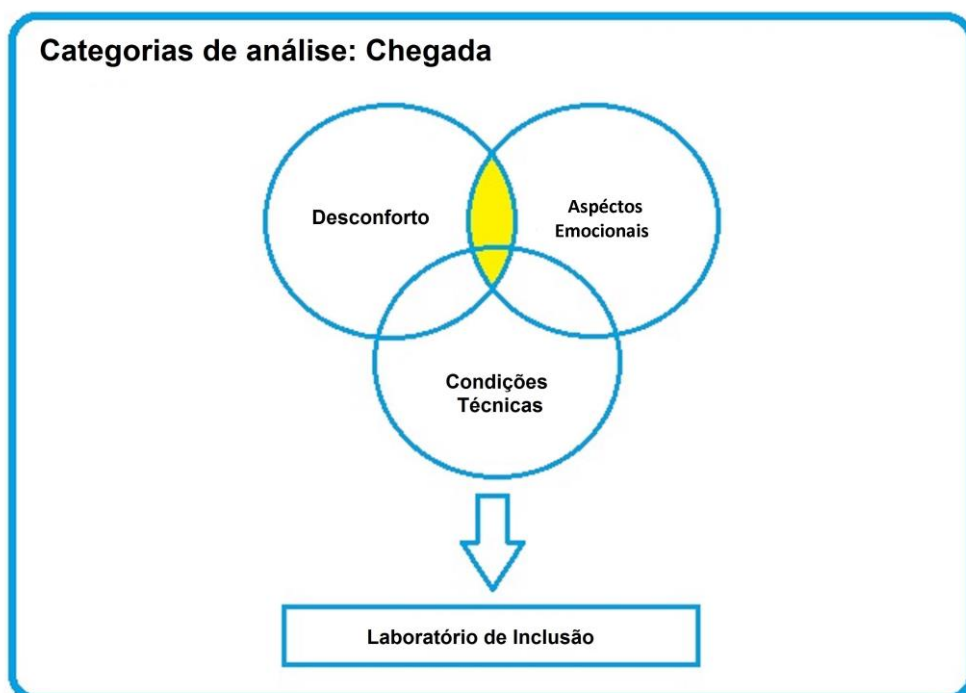
Sou professora, e o que me trouxe aqui foi um aluno nosso que é atendido aqui e às vezes a gente sente essa necessidade, às vezes acaba ficando muito distante dos serviços e a gente muitas vezes nem fica sabendo...

Em face de caracterização da chegada dos participantes ao Laboratório de Inclusão, destacamos três categorias de análise que traduzem esse momento inicial. São elas:

- **Desconforto;**
- **Condições Técnicas;**
- **Aspectos Emocionais.**

A seguir, apresentamos o esquema representativo da relação interativa das categorias de análise.

Esquema 2 – Categorias de análise: Chegada.



Fonte: Autoria própria.

I. Desconforto

O foco do nosso trabalho no CAPSi são as crianças. Entretanto, compreendemos a importância de incluirmos todos os atores envolvidos nesse cuidado, isto é, toda a rede que atende e convive com a mesma população. Utilizamos o PTS (Projeto Terapêutico Singular) como um dispositivo e um instrumento capaz de auxiliar-nos em nossas ações, pactuadas com os usuários e seus familiares, e com a própria rede da qual dispomos. O PTS auxilia-nos também, na reavaliação sistemática desse Projeto Terapêutico Singular, com a perspectiva de modificá-lo, sempre que necessário.

Observamos, por meio dos profissionais que mantiveram contato com esta pesquisa, organizarem-se buscando soluções e lançando mão de estratégias apenas nos momentos críticos. Por meio dessa constatação é que nomeamos essa categoria de análise de Desconforto.

O profissional que procura o Laboratório chega com a ideia de solucionar um “problema”, sem se preocupar com o “processo”. Busca uma solução rápida e momentânea, pouco implicado com os fatores desencadeantes desse desajuste, das condições e modos de funcionamentos dessas crianças ou até mesmo de sua própria atuação nesse cenário. Em sua maioria, esses profissionais participam do Laboratório trazendo “casos” na busca de soluções e sua participação em outros encontros não foi significativa, fato que poderia indicar um trabalho processual. Percebemos que os processos de trabalho não consideram o “problema” ou “desajuste” como elementos pertencentes ao cotidiano, e sim como algo a ser evitado ou solucionado o mais rápido possível.

Destacamos o aspecto organizacional dessas Instituições, que liberam seus profissionais para uma atividade externa, apenas nos momentos agudos, apenas quando eles por si só não conseguiram solucionar o “problema”. Merece, aqui, um apontamento importante: a Educação, a Assistência e a Saúde vêm trabalhando de forma solitária, pouco articulada, e as ações Intersectoriais aparecem apenas nos momentos mais difíceis, perdendo-se tanto a ideia dos processos de trabalho, quanto a perspectiva de que o usuário que pertence a um território demanda cuidados e ações que devem estar articuladas.

Observamos que os profissionais da Educação e Assistência chegam ao Laboratório de Inclusão como um pedido de “socorro”, em momentos críticos nos quais há necessidade da resolutividade do “problema”, visto que não sabem mais o que fazer. O desajuste transcende a sala de aula ou abrigos e passa a interferir na dinâmica de toda a instituição. Os profissionais e educadores envolvidos externam seu desconforto. Chegam com “certezas”: se soubessem lidar tecnicamente com as crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos, poderiam solucionar a questão.

Os trabalhadores da Educação e da Assistência relatam que não estão preparados para lidar com situações para as quais não foram capacitados.

O desconforto aparece como resultado de um não saber lidar e/ou um não querer lidar com esses episódios. Estão acostumados a lidar com encaminhamentos, isto é, sempre que uma criança e/ou adolescente manifesta comportamento indesejado, são encaminhados para outro serviço que possa dar conta de tal situação.

II. Condições Técnicas

Nessa categoria de análise, o destaque está na “falta” de condições técnicas para lidar com a população que apresenta problemas e sofrimentos psíquicos. Essa convicção é apontada pelos profissionais da Educação e Assistência antes de iniciarem as atividades do Laboratório. Eles descreveram essa convicção afirmando que se “tivessem as ferramentas” (capacitações), isto é, o “saber”, resolveriam os problemas/desajustes, seja em sala de aula, seja nos abrigos.

Durante os encontros observamos que os participantes esperavam dos “especialistas” da Saúde a compreensão e a solução de seus problemas. Muitos perguntavam como deveriam agir em determinada situação. Em vários encontros ouvimos que a formação/capacitação seria a solução para muitos professores/educadores. Percebemos que esses profissionais esperavam uma ajuda técnica/teórica a respeito dos impasses vividos por essas crianças.

Os profissionais da Educação e Assistência buscavam no Laboratório de Inclusão instruções de como lidar com as crianças com sofrimentos psíquicos. Acreditavam que resolvendo seus déficits de formação nessa área (Saúde mental),

teriam condições de solucionar seus problemas em sala de aula e no cotidiano dos abrigos.

III. Aspectos Emocionais

Ressaltamos nessa categoria de análise a manifestação e a nomeação, pelos participantes do Laboratório, sobre o resultado do encontro com o outro, a saber, as crianças e adolescentes com problemas e sofrimentos psíquicos. Os profissionais em questão “sabem” que as alterações e manifestações emocionais sentidas e vivenciadas por eles surgiram em decorrência de suas rotinas de trabalho associadas à presença dessas crianças, marcados pelos desajustes, conflitos e fracassos.

O modelo de trabalho que as escolas e abrigos adota em seu cotidiano não inclui espaços destinados a ouvir seus trabalhadores no que se refere a suas condições emocionais. Os espaços coletivos destinados a reuniões visam a discussão de aspectos objetivos no sentido das obrigações a serem executadas e dos resultados a serem alcançados. A subjetividade - tanto das crianças quanto dos profissionais envolvidos - não é objeto de discussão e, dessa forma, a condição emocional dos trabalhadores não é considerada e acolhida nessas instituições, gerando sentimentos de solidão. Relatam também quadros de irritabilidade e profissionais que manifestam transtornos mentais. Apontam também que a dificuldade e o não saber lidar com essas crianças e /ou adolescentes gera insegurança na equipe.

As condições emocionais dos participantes também foram afetadas por elementos externos ao cotidiano escolar ou dos abrigos, mas que fazem parte da história e contexto dessas crianças como: abandono, falta de um lar, abuso sexual, atraso no desenvolvimento.

Nas escolas e abrigos, aqui representados por seus trabalhadores que participaram do Laboratório de Inclusão, observou-se que fazem parte do cotidiano dessas instituições episódios de agitação, agressividade, conflitos ocasionados pelas crianças e/ou adolescentes em questão bastante significativos que geram neles próprios, os trabalhadores, angústia, desânimo, sofrimento, tristeza e sentimento de impotência em não saber lidar com esses momentos.

Trabalhamos três categorias de análise, que se enodam, e que apresentam intersecções, sinalizado pela cor amarela. Tal representação vale-nos para ressaltar

que todo sujeito que manifesta conteúdos classificáveis, cujos conteúdos podem ser divididos por categorias, mas, entre estas divisões reside algo do sujeito que está para além do classificável. Esta dimensão amplia nossa compreensão sobre os fenômenos apresentados e permite-nos introduzir um modo de funcionamento, que a razão cartesiana não pode explicar; referimo-nos ao inconsciente. Retomaremos essa questão no capítulo “(Inter) invenções possíveis entre Saúde, Educação e Assistência”.

7.2 Necessidades e Demandas

Nosso 2º objetivo - ***Investigar as necessidades e demandas que os participantes do Laboratório apresentam em sua prática cotidiana com crianças e adolescentes que apresentam problemas e sofrimentos psíquicos***, foi respondido com o auxílio das fontes:

Questionário inicial

Não saberem lidar com estas crianças; constrangimento; preocupação; não saberem diferenciar questões de atraso com deficiência; insegurança na equipe; agitação; angústia; frustração; brigas; xingamentos; transtorno bipolar; desestrutura com toda a equipe; sentimento de incapacidade; dificuldade de atingir o objetivo (função) do educador da escola; tristeza; irritabilidade.

Necessidade de repensar continuamente o trabalho com essas crianças.

Os Encontros

1º Encontro

No meu caso, é um aluno que tem alguns problemas, a gente não sabe exatamente qual. À tarde eu também tenho um aluno com laudo de autismo, já. E eu não sei lidar, vou ser bem franca, eu não sei lidar nem com a situação da manhã, nem da tarde. A da manhã é mais tranquilo porque ele é pequenininho ainda, dá para ficar. Na verdade, eu não sei lidar, minha expectativa é que eu consiga trabalhar um pouco com essas crianças, porque a inclusão que é feita hoje, que eu não concordo muito, no caso do aluno da tarde, e assim, ele não tem socialização nenhuma dentro da sala de aula e nem eu e nem a estagiária que fica com ele sabem lidar com a situação. Eu acho que a gente deveria ser melhor preparada em lidar com esses alunos.

O que fazer com esse aluno, o que trabalhar com ele? O que fazer para seu desenvolvimento?

Eu nunca trabalhei com criança especial, eu sempre trabalhei em escola particular, então, eu tenho muita curiosidade em saber como trabalhar essas crianças, eu vim mais por esse lado da curiosidade, para saber mais dessas crianças, não só dele, mas de outras crianças, porque eu não tenho nenhuma experiência, a não ser nada sobre essas crianças.

Quando eu vi que aparentemente ele é um pouco diferente das outras crianças, é uma criança que não senta na hora de uma leitura. Às vezes eu tenho que fazer muito carinho... colocar no meu colo, segurar na mão, para poder entender um pouquinho mais essa criança, então eu vim.

Eu sei que ele é meu aluno e ele vai estar comigo o ano inteiro e assim, sei que ele passa... já faz acompanhamento, mas eu tenho que saber o que fazer ali.

2º Encontro

Porque ele fica agitado, não se comporta, e na fala do professor: não tem um comportamento de estudante, não senta, “não é minha responsabilidade, não fui formado para isso”.

4º Encontro

Frustrado! Há várias frustrações aí, do profissional e do aluno. Frustrado por que “eu planejei uma mega aula e não consegui por que os alunos não ficaram parados” e “esses não são os alunos que eu gostaria de ter”

Se nós pensarmos nos professores de ensino fundamental 2 que são os alunos de 6º ao 9º ano, uma das frustrações que os professores trazem é que eles não conseguem desenvolver conteúdos e atividades, porque o aluno não tem aquele nível que eles precisam ter de alfabetização de conceitos matemáticos. Então isso também traz frustração ao professor, onde é também o papel do coordenador, de pensar, em auxiliar e poder ajudar esse professor e o aluno, porque ele tem dificuldades. E uma coisa que a gente traz bastante é que o aluno que apresenta comportamentos inadequados em sala de aula por conta de dificuldades de aprendizagem que eles têm.

6º Encontro

Eu estou aqui hoje por conta do R.

Um exemplo, um professor falou: você não sabe o que ele falou hoje. O que? Ele vinha descendo pelo corrimão, o corrimão é vazado, se ele pender para o lado ele vai cair nos outros degraus e vai se machucar. E o outro aluno falou assim, o outro aluno: professor, olha que o R. está fazendo? Na ora que o professor se virou, ele olhou para o professor e disse assim: eu sou o R., eu posso.

Acredito que seja pela condição dele. Teve um dia que ele jogou uma caneta, bateu na cabeça do menino, machucou, o menino ficou chorando, nervoso queria pegar ele, os outros colegas também queriam pegar ele, e colocaram na sala da coordenação, e falava: há mais o R, fez isso... querem pegar ele... mas a solução é colocar ele dentro da sua sala? Há, mas é até acalmar... Muitas vezes eu não me envolvo.

...eu falei: poxa vida, sinceramente eu não imagino que você não consegue entender. Eu comecei a falar numa boa, mas assim..., e ele falou: cuida da sua vida. Eu falei: eu

estou cuidado da minha vida, sabe por quê? Porque eu sou professora! E aqui a minha vida é cuidar dos alunos. Ele começou a gritar: você é intrometida! Ah, não, agora a gente vai ter que resolver de outra forma, porque você está me agredindo. Ele saiu correndo para a sala do diretor, e disse, essa mulher é louca... essa mulher é louca... eu comecei a falar: o R. estava fazendo isso... isso... e ele me desacatou, falei com o diretor, disse: acho que nós estamos tendo uma posição contrária, porque na minha época ser um bom aluno a gente tinha privilégios, o R. está aprontando e nós estamos dando privilégios para ele e não está adiantando, não está dando certo.

Não sei, eu vejo muito o R. como um menino sem limite assim, porque ele muitas vezes você fala para ele assim: não R. não dá para fazer isso agora. Ele olha para você assim, com aquela cara de ué, e vai e faz.

Exatamente, ele não precisa barganhar para ter o que quer, ele pode ter isso, mas de que forma?

... eu não sei o que eu faço, eu não sei o que eu faço.

15º Encontro

Eu acho que no caso do K., eu posso trazer um pouco porque assim, tem mobilizado bastante a equipe, né, a gente tem discutido bastante o caso dele, porque é um caso em que a gente precisa pensar estratégias de trabalho, estratégias de, de, de manejo mesmo como a gente conversou, e é um caso muito desafiador, assim, é, é um menino que ele se desorganiza com muita facilidade, por motivo mais simples, né, então assim, é um caso pra gente pensar e repensar e continuar pensando, né.

Nós trabalhamos com os casos fechado o diagnóstico de deficiência. Se a criança não tem nenhuma deficiência e está com uma questão de transtorno, ou de uma doença ou de inviabilidade, o grupo que acompanha, que toma ciência, que precisa estar próximo é o NAAPA... que a gente tem que deixar muito claro o diagnóstico para dizer: quem é o profissional que vai ser acionado?

Olha, enquanto psicólogo do SAICA, uma coisa que eu realmente eu sinto, eu acho que enquanto ser humano, eu não posso mexer, eu acho que a gente tem que... eu não posso ser hipócrita, né. E assim, eu sinto um incômodo muito grande, que esse incômodo, ele não é, não é por conta do menino, mas um incômodo muito grande porque, muitas vezes, a rede, a rede ela vê assim: "Mas você não é psicólogo? Você não está no SAICA? Por que que você não dá conta?" E muitas vezes quando nós buscamos o apoio da rede, porque, na verdade, o meu trabalho no... no SAICA, ele é muito mais articular a rede, movimentar a rede pra poder complementar o caso.

Então, assim, depois que dá 16 horas, 17 horas, o N. deixa todo mundo desesperado. Têm duas professoras doentes, uma de licença, o N. não atende ninguém, a única pessoa que ele atende está afastada, e aí eu falo, bom: como o afastamento dessa pessoa desorganiza um pouco mais? A escola se sente incomodada porque você acaba dizendo: existia uma pessoa que mesmo estando lá desorganizava, mas não era tanto. Essa pessoa não está mais, então algo diz: quem está não consegue atender... entender o N. Bom, então é cadeira, é mesa, é material, é os brinquedos das crianças, um menino de quatro anos de idade.

Então, assim, quando eu vejo que a desorganização ela está tomando outras direções, porque os profissionais também estão. Mas ela está no telefone, e ela sente que só falar não basta. Então, ela põe o telefone próximo dos gritos, próximo do... e todo mundo junto para segurar, e ninguém consegue segurar, e aí não segura, e aí...

Não, não, eles seguraram muito, tanto é que ela fez questão, a diretora: "Eu demorei muito para te ligar para que você não pensasse que a gente não estivesse tentando. Eu só estou te ligando porque não temos condições. E eu mandei um bilhete para a

mãe, para a mãe ficar com ele um dia, dois dias para dar um... um tempo, né, um respiro para a escola”.

Aí, o... FA., MC., é uma dimensão que eu, enquanto profissional da educação, não estou conseguindo lidar.

Porque assim o, o FA., uma coisa que... isso é um incômodo muito grande porque assim, na verdade às vezes a gente pensa, repensa e continua pensando e aquilo que a gente pensa na verdade não é o melhor caminho, não é o mais efetivo.

Observamos que os participantes do Laboratório explicitaram cargas emocionais importantes, fruto do cotidiano de trabalho, fato que nos mobilizou a uma atenção especial.

Os sentimentos ressaltados pelos participantes do Laboratório traduzem o mal-estar, a dificuldade e, não raro, o fracasso vivenciado pelo professor/ educador. Chegam a acreditar que a melhor solução seria que as crianças com sofrimentos psíquicos não estivessem ali.

Juntam-se as questões emocionais com o não saber lidar com essa população, potencializando ainda mais os sentimentos de frustração e angústia. Os desajustes tornam-se cada vez maiores, somados ao dia a dia e acrescidos com a junção: instituição – criança – sofrimento psíquico.

Acreditavam que se fossem capacitados a lidar com as crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico resolveriam os impasses vivenciados tanto na escola quanto na dinâmica dos abrigos. Essa crença foi o que mobilizou esses trabalhadores a buscarem ajuda no CAPSi e no Laboratório de Inclusão.

Outro complicador postulado por alguns desses profissionais reside no fato de que eles alegam que não “estudaram para isso”, assumindo claramente uma posição de desejo que confronta com a prática. Reproduzem a lógica do “especialista”, implicando-se muito pouco no processo “da-relação” com seus alunos e educandos.

Explicitam também um funcionamento institucional pouco inclusivo e pouco acolhedor, exigindo, mesmo que veladamente, que todos se comportem adequadamente, combatendo os desajustes e esperando que seu dia a dia seja tranquilo e “sem ocorrências”, postulando a carga e responsabilidade do (a) sossego para as crianças “transtornadas”. Nesse sentido, a própria demanda desses profissionais, ao procurarem o Laboratório de Inclusão, demonstra que buscam

“denunciar” os desajustes que ocorrem em seus locais de trabalho. Sendo assim, a demanda é a de que o CAPSi possa resolver esse impasse – com tratamento direcionado a essas crianças. Toda a dinâmica do Laboratório de Inclusão conduziu para uma implicação de seus participantes e uma reflexão sobre sua própria responsabilização no processo de inclusão. No Laboratório de Inclusão toda a atuação é pensada considerando a singularidade de todos e que os desajustes não são direcionados aos profissionais como meros ataques, e sim, como uma condição na qual a criança e/ou adolescente que apresentam questões psíquicas não conseguem fazer diferente, por ora.

Por fim, as principais necessidades e demandas que observamos no Laboratório relacionam-se à falta recursos, seja na área da formação profissional, seja na condição emocional, por parte dos trabalhadores da Educação e Assistência, no trato e manejo com as crianças e/ou adolescentes com sofrimentos psíquicos.

Observamos que demonstrar, por meio de raciocínio clínico, explicações para os desajustes e comportamentos inadequados, por parte das crianças com sofrimentos psíquicos, ajuda o profissional a ressignificar sua prática e conseqüentemente melhora sua relação (e condição em “estar”) com essas crianças.

7.3 Novos Significados

Percebemos que os participantes apresentaram mudanças significativas, fruto da experiência proporcionada pelo Laboratório de Inclusão.

A seguir destacaremos algumas passagens que demonstram como ocorre a dinâmica e o funcionamento do Laboratório de Inclusão.

Na sequência apresentaremos os dados que servirão de base para trabalharmos nosso 3º objetivo.

P4. E, assim... eu vim mais por esse lado da curiosidade, para saber mais dessas crianças, não só dele, mas de outras crianças, porque eu não tenho nenhuma experiência, eu não sei nada sobre essas crianças.

F. Como você não sabe nada...?

P.4 Na prática. Na prática, não.

F. Há na prática... o nosso saber falha... é isso?

P.4 Sim.

F. O nosso saber fracassa?

P.4 Eu acho que sim. Porque... foi que nem eu disse agora, eu não sei lidar. Para mim tudo é novo. Quando eu vi que aparentemente ele é um pouco diferente das outras crianças, é uma criança que não senta na hora de uma leitura. Às vezes eu tenho que fazer muito carinho... colocar no meu colo, segurar na mão, para poder entender um pouquinho mais essa criança, então eu vim.

F. Como o nosso saber falha. Como a nossa prática também fracassa. Acho que a gente vai lançando mão de uma série de estratégias, como você falou, do dormir... do conforto.... Um monte de coisas que a gente faz, algumas não dão certo... talvez uma ou outra dê certo..., mas quando isso acontece como você se sente? Quando você planeja alguma coisa e não rola? Quando você diz: ele não consegue se concentrar. Certamente você pensa estratégia para que ele se concentre. Sabe-se lá que estratégias são essas, mas, por exemplo, menos barulho, menos estímulos..., mas digamos que para você, a concentração dele é importante, e isso não ocorre? O que acontece com você?

P.4 Eu fico chateada, porque todo mundo adquiriu alguma coisa naquela roda de conversa, por exemplo, e eu não sei se ele absorveu alguma coisa. Porque como ele fica muito quieto, ele pode até estar entendendo, mas para mim ele não entendeu.

F. Para você.

P.4 Para mim.

F. O que vocês acham?

P.3 Eu acho que muitas vezes nós cobramos muito de nós mesmos. E muitas vezes a gente acha que ele não aprendeu, mas ele aprendeu da maneira dele. Eu acredito que ele aprendeu.

... F. Eu acho que a gente entra num assunto muito importante do que é uma expectativa. Uma expectativa de que todos aprendam. Uma expectativa de que todos estejam aproveitando aquele encontro, aquela aula etc.

P.2 De uma mesma forma.

F. É, de uma mesma forma..., eu tenho uma impressão de que nunca vai ser possível, porque cada um é de uma maneira... Mas de qualquer forma, essa expectativa é uma expectativa nossa, que gera na gente duvidas e que você nomeou como angustias, mas antes você tinha falado em ansiedade. Quer dizer, o encontro com essas crianças, muitas vezes, gera na gente condições...

P.1 Provoca.

F. Que interessante... provoca, causa na gente.

P.1 Você sai do seu comodismo. Eu um desconforto. Eu vou falar por mim, eu sou uma pessoa muito metódica com as coisas e quando eu tenho que sair um pouco da minha rotina ou eu tenho que fazer alguma mudança, me causa um desconforto. E aí provoca mesmo, eu digo: eu faço, eu tento e não está atingindo. Não tem o retorno que eu espero.

F. O que você espera? Das crianças?

P.1 Eu espero, das crianças, na verdade, não que eu espero delas, eu espero mais de mim para elas. De eu estar mais aberta, eu estar atenta e dizer: nossa ele está me dizendo.... Algo em mim tem que mudar. Pensar isso de uma maneira cuidada, bem sensível.

F. Mas olha, você está dizendo que o que interessante é a gente flexibilizar em sala de aula.

Nessa passagem, destacamos a dinâmica do encontro no que se refere à condução dos trabalhos no Laboratório – a coordenação conduz para a singularização e a reflexão da prática. Claramente o grupo consegue fazer esse movimento e desloca-se de uma posição de responsabilizar o outro para uma posição de responsabilização, saindo do lugar da vitimização.

F. A pedido da coordenadora, elas pediram para eu ver com vocês sobre dois alunos se estão passando por aqui ou se precisam retornar, é o E. e o A. queria saber se eles estão passando ou se já passaram.

FA. Vocês já fizeram algum atendimento com eles?

F. Não.

FA. Vamos fazer assim, estão anotados os dois nomes, vamos pegar as informações como, dia do acolhimento, nossa percepção, o PTS (projeto terapêutico singular) e a gente traz no próximo encontro para fazer a discussão, tudo bem?

F. Tudo bem.

FA. E o cotidiano? Como está o cotidiano?

E. É, então... com relação ao que você estava falando sobre o atendimento Intersetorial... a gente está com um caso na escola CEU Vila Rubi, o E. deficiente intelectual, muito agitado, muito agressivo, não consegue reter atenção por 3 minutos. Nós pedimos uma reunião com vários setores, veio o representante do CREAS, do CAPS I, a gente também, do CEFAL e o pessoal da escola. Os pais são deficientes intelectuais também, são atendidos no CAPS lá na vila do Glicério.

FA. E eles moram aqui?

E. Eles moram aqui e não abrem mão de serem atendidos lá.

FA. Quer dizer, tem uma vinculação com o CAPS de lá e estão morando aqui. Claro que a gente sempre pensa, quando está elaborando um projeto terapêutico a questão do vínculo. E se ela mora nesse Território seria bacana ela passar aqui. Mas a questão do vínculo é muito importante. Ela já está dizendo né?

O destaque dessa passagem, que se repete no manejo e na condução dos encontros, é o fato da coordenação não “responder” única e exclusivamente ao pedido dos participantes, que chegam querendo respostas e pouco implicados no processo. O trabalho é dirigido novamente para a reflexão e implicação dos participantes nos processos de trabalho em seus cotidianos.

Durante os encontros, alguns conceitos e “leituras clínicas” são feitos de forma clara, simples e com o intuito de ampliar o olhar de todos os atores envolvidos, na promoção e corresponsabilização do cuidado.

3º Encontro

A. Eu acho que faltou o contato mesmo, juntar a teoria que ela tem com a prática. A preocupação que eu vejo dos médicos muito novos é com o CID.

FA. A preocupação em classificar...

A. Isso... e eu acho que dá para a gente levar para a educação. Muitas vezes, nós professores temos a mesma coisa que essa médica que atendeu, a preocupação de dar a solução rápida para o problema e dar um nome e precisa liberar. E aí para a médica resolveu uma coisa rápida, um problema. Só que muitas vezes isso não é uma coisa rápida. É tanto que depois eu falei para as meninas... quando trocou o plantão que veio um senhor, um médico, ele falou: deixa eu ver a saliva dela.... Então, olha a experiência desse médico, pela espessura da saliva...

FA. Você está comentando uma coisa importante que é a experiência. Eu acho que antes de entrarmos na experiência, nas relações... tentar perceber o que tem no meio do caminho, que eu acho que tem coisas. Vocês fizeram uma relação da Saúde diretamente com a escola, você compara com o que faz na escola. E a escola, como é contato do professor com a criança?

A. Muitas vezes a gente quer diagnosticar.

FA. Quando ela está dizendo que “a gente quer diagnosticar” eu acho que ela está dizendo assim: a gente rotula a criança e pronto... a gente já sabe como a criança funciona, porque já tem ali um “diagnóstico”, um modo de funcionar... e a gente passa a não precisar enxergar o sujeito, a pessoa.

G. Eu acho que o diagnóstico em si não é a chave para todas as coisas, por exemplo um aluno nosso é autista. E existem vários graus, não tem como falar como é. Eu acho que o convívio e o contato com a criança é que faz a gente descobrir como lidar com ela. Aquele contato diário. Se você não tiver aquela preocupação de professor mesmo para saber o que ele necessita, o que você pode avançar e o que você pode frear... porque você tem que desafiar ele... se não ele vai acabar parando e estacionando. Se você não ajudar ele a pensar nessas outras coisas, você acaba freando seu desenvolvimento também.

Nesse trecho o destaque se dá na condução e circulação do saber. Os participantes e a coordenação não ocupam o lugar do especialista. A singularização do caso a caso e estabelecer a relação com o sujeito, e não com a patologia, são apontamentos que aparecem aqui e em outros encontros.

4º Encontro

K. Acontece que tem outro processo que são os das relações e isso também está implícito dentro da escolarização.

FA. O que você pensou?

I. O que que eu pensei? Por exemplo, o caso de uma criança tão severa, avanços que talvez não sejam pedagógicos, mas são avanços o fato de talvez tenha que estar naquele grupo é um avanço.

FA. Mas isso vai exigir do professor, da escola uma flexibilização até para olhar essa criança com suas questões e suas peculiaridades.

J. Eu estava pensando, uma coisa, uma criança específica, eu tenho receio das adaptações que eles fazem na escola, porque você sabe que escolas especializadas estão mais preparadas. E numa escola regular ela fica numa situação de assujeitamento. Ela fica lá como um depósito.

K. Por uma questão estrutural. O ideal que a escola tenha menos alunos para que ele tenha um olhar mais diretivo para as necessidades de cada um. Como é que você vai pensar em uma sala com 32 anos onde tem 3 com necessidades especiais. E a gente está falando assim, primeiro ano, segundo ano, que são crianças muito pequenas que necessitam desse acompanhamento, porque estão aprendendo coisas novas e você tem a professora sozinha na sala e se agente colar ainda na sala... na escola a gente tem cadeirante... e a professora se vê sozinha. Porque não existe mais ninguém... a escola hoje ela trabalha com um número reduzido de profissionais.

FA. Esse “se ver sozinho”, eu acho seja outro imperativo que apareceu aqui. Antes apareceu a “frustração” como um elemento importante e agora você está trazendo um “se ver sozinho”.

K. Sim, físico! A gente pode ter apoio, mas estou dizendo físico.

FA. Sim, eu estou concordando... Agora esse “se ver sozinho” é um atributo decorrente de ter alunos de inclusão ou é uma estrutura da escolarização em qualquer lugar que a gente vá nesse país.

K. Eu penso que faz parte da estrutura. Mas o caminhar nas escolas tem sido outro. Nossa formação pedagógica com os professores é na perspectiva da interdisciplinaridade, ou seja, oferecer uma formação que o professor percebe que aquilo que ele pode é trabalhar com aluno, se comunica e dialoga com outras disciplinas, ele pode trocar com o outro, é uma forma de dizer que você não pode

trabalhar isso sozinho. Para a parte de processos de aprendizagem isso sim, agora a gente faz todas as tentativas...

Nesse trecho demonstramos movimento recorrente no Laboratório de Inclusão: a relação que o profissional faz com o ideal e o real, isto é, coloca-se em uma posição de incapacidade perante a estrutura e o funcionamento institucional. O “não funcionamento” ocorre por razões externas a ele. A dinâmica do Laboratório de Inclusão é acolher essa posição e trabalhar o grupo focado no protagonismo e buscando as saídas possíveis que cada um pode encontrar frente aos impasses e desajustes vivenciados.

Nesse mesmo encontro destacamos trechos que demonstram a condução do Laboratório para a reflexão e produção de nossos sentidos e descobertas.

K. A primeira coisa que a gente observa no grupo é: ah isso aconteceu comigo também... Quando o outro já percebe que não foi só com ele que o menino aprontou? Quando o professor percebe que ele não é o único a passar por aquele momento... e aí a pessoa fala assim: quando ele fez isso comigo, eu agi dessa maneira, então é essa troca... eu te escutei, nós somos iguais... eu vivencie dessa maneira... olha, eu fiz isso e ajudou, tenta fazer também... você não é a única pessoa que tem a resposta, que o grupo pode ajudar nisso.

I. Eu vou colocar mais... o fato de por exemplo estar com aquela questão e eu não ter a resposta eu sou a “pior” profissional do mundo.

FA. Mas a gente tem que ter todas as respostas?

I. A gente não tem que ter todas as respostas, mas as vezes a gente se frustra porque não tem a resposta.

FA. É mesmo? Isso acontece com vocês?

K. O professor, só de vez em quando...rsrs

FA. Ah... o professor no lugar do mestre... no lugar do saber. O professor, ele tem que saber.

K. E mesmo nós, que estamos no apoio aos professores, também se a gente ligar lá no núcleo... se a gente ligar para você que é o psicólogo, que entende da mente humana, tem que ter a resposta!

J. E a fala é sempre assim: preciso de uma resposta.

FA. Ser psicólogo é ter que responder? Nossa... eu não sabia disso, não...

O manejo da coordenação de não ocupar o lugar de quem “sabe” abre para o grupo a possibilidade de aprender uns com os outros; ouvir as vivências e criar tecnologias singulares na direção de solucionar aquilo que antes era da ordem do insuportável. Ainda nesse encontro, destacamos a seguinte fala:

K. A gente tem um problema, que é no cotidiano, nós não temos momentos como esse, de fazer uma troca.

O Laboratório de Inclusão ocupa esse lugar: o da troca. Ao debruçarmo-nos sobre o particular de um caso; de um cotidiano ou fragmento de uma situação qualquer o grupo passa a pensar saídas possíveis e a singularizar o debate. Deslocamo-nos do processo de fazer para todos e consideramos a particularidade de cada um. Essa característica é marcante na dinâmica e na condução dos encontros.

5º Encontro

L. É, entristecida, assim, você doa carinho, doa seu tempo, aquilo que você tem de bom e você pega e fala: toma, eu estou aqui para cuidar de você. Estou aqui para te ouvir, quando você quiser. Se, seu pai, sua mãe, não podem estar aqui ao seu lado, seu vô não pode, sua avó não pode, eu estou aqui. Na hora que você quiser falar, pode falar, eu estou aqui para te ouvir. E ali você escuta histórias e você tem que se segurar, porque você não pode chorar na presença de um educando que já vem de uma situação que é entristecida. Você tem que ter uma postura de um profissional que tem uma postura forte, porque o nosso trabalho é um trabalho de alta periculosidade.

FA. Como é isso?

L. Porque na hora que alguns têm um surto, por alguma situação ou lembra alguma situação, como uma menina que ela fala assim: a minha mãe é uma vagabunda, ela fala sempre assim, ela fala sempre isso. E um dia eu tentei conversar com ela: porque você fala assim? E ela me explicou a situação.

FA. Mas antes da gente entrar. Nessas peculiaridades, e eu acho que esse é um espaço muito potente para a gente poder olhar o profissional e aí conseqüentemente a

gente vai olhar a criança nessa relação. Você disse a pouco que não pode chorar na frente de um educando.

L. Não posso.

FA. Isso não significa que você não tenha vontade.

L. Não... já senti, misericórdia..., já, nossa, já abracei uma menina que ela chegou lá e ela não teve escolha e ela teve que ir, e eu vi ela chorando num cantinho e eu disse: o que que aconteceu? Ela falou: estou com saudade do meu gatinho, tia, estou com saudade da minha mãe, do meu pai, dos meus irmãos. E aquilo ali eu falei: Senhor, me dá força. E eu saí de cena, senão eu chorava.

FA. Uma estratégia que você encontrou, olha que interessante, a gente vai pensando nas estratégias também, é uma ideia do Laboratório, uma estratégia que você encontrou nesse momento foi sair de cena.

L. Saí de cena e chamei um outro educador. Porque ela não podia ficar só. Aí eu chamei e ele disse: não posso, porque eu vou chorar. E quando eu entrei lá, ninguém diria que eu ia ficar. Se eu ficasse eu iria chorar.

Nessa passagem podemos observar dois momentos importantes que traduzem a condução do Laboratório de Inclusão, sua estrutura e o modo de funcionamento; são eles: ser um espaço de fala ofertado aos profissionais, sendo assim, uma forma de acolher suas demandas e necessidades e; encontrar saídas possíveis frente aos impasses, saídas essas que são compartilhadas, refletidas e problematizadas na condução de olhar o profissional e considerar a criança ou o adolescente envolvido nessa cena. Conduzimos essa reflexão no sentido da validação do grupo para essas saídas criativas que são valiosas e que podem transformar desajustes, desconfortos e conflitos em soluções apaziguadoras, sem anular a subjetividade de todos os envolvidos.

6º Encontro

FA. Bom, começamos o Laboratório, conta a para mim, a última vez que você veio, quanto tempo faz que você não vem?

M. Acho que faz uns dois anos.

FA. Então você veio no comecinho do Laboratório.

M. Foi quando o CEFAL vinha com as equipes, com as APAE a SAAI, foi bem no começo mesmo, aí teve um momento em que você foi no CEU Vila Rubi, foi no ano passado?

FA. Pode ter sido no começo do ano passado.

M. Aí você convidou para o Laboratório, mas assim, a gente fica meio que presa, porque, por exemplo, eu vim aqui porque a escola solicitou, então, se não há uma liberação da escola, você não pode dizer: olha eu quero ir.

FA. A dificuldade que você está trazendo é uma dificuldade da liberação, é isso?

M. É, porque tem que acontecer alguma coisa, por exemplo, hoje a EMEF J. S. conta com um aluno que está sendo atendido e que está dando problema, dificuldades dentro da unidade escolar, então assim, a escola acaba liberando, solicitando a mim, ou a outra professora para vir, realmente para solucionar uma questão da escola. É porque está pensando em si mesmo, não é por isso, é porque a equipe... (para a fala para atender o celular). Desculpa, filha de férias.

FA. Você estava dizendo que a escola coloca uma situação como um problema e não dá a ferramenta para resolver, é isso?

M. Não é assim, o que eu quis dizer, por exemplo, hoje a escola em que eu estou atuando, em questão da EMEF J. S., eu não estou falando de outras unidades. A gente está com pouco corpo humano, então um, faz falta, né? Por exemplo, hoje para eu vir aqui, eu dispensei os meus alunos, eu sou professora de SAAI, entendeu, eu dispensei os meus dois grupos que eu iria atender, para eu vir aqui, porque? Por conta da necessidade da solução da questão R. (aluno) né? E como você falou, seria interessante vir outros professores, mas para vir outros professores salas ficaram sem aula, então a necessidade mesmo. Não sei as outras unidades escolares. E também assim, também tem a questão da divulgação, não sei se é do CEFAL, do NAAPA, de que forma que é. Eu estou aqui hoje por conta do R. Era para eu vir quinta-feira passada, não deu certo, estou vindo hoje.

FA. Você veio por uma necessidade...

M. Dá escola. É importante? Claro que é!

FA. Você diz assim: para a solução do caso do R.

M. Para a gente poder estar atuando para favorecer realmente a vida do R.

Nesse encontro observamos vários elementos que fazem parte da dinâmica do Laboratório de Inclusão: a dificuldade das instituições para liberar seus profissionais para vivenciarem um processo de trabalho com foco em sua formação profissional, pessoal e interacional. Ao invés disso, a dinâmica do território funciona por demandas e o foco é o desajuste, não o processo, perdendo a oportunidade de ouvir seus profissionais e suas crianças, direcionando sua prática para “educar”.

Sendo dessa forma, sem continuidade no processo de trabalho em outros encontros, uma característica importante do Laboratório de Inclusão refere-se à sua estrutura, com a finalidade de trabalhar as situações colocadas no dia, problematizar, encontrar saídas possíveis, avaliar o encontro.

FA. Na nossa estrutura aqui do Laboratório, tem uma última parte que é uma parte que a gente vai poder dizer, agora, como foi o encontro de hoje, que é uma avaliação em três momentos, cada um de nós vai fazer, todo mundo vai falar, a gente vai dizer: como a gente participou desse encontro, como o grupo se articulou das ideias e como de certa maneira, nós os coordenadores, os facilitadores desse encontro, contribuíram ou não, porque eu acho que a gente precisa saber e pensar em cada vez mais ajudar e contribuir nesse processo.

O momento da avaliação faz parte da estrutura do Laboratório de Inclusão e, ao final de cada encontro, todos podem dizer como foi esse processo para si.

Na direção de contemplarmos todos os objetivos deste trabalho e investigarmos profundamente o dispositivo do Laboratório de Inclusão, faz-se necessário ***compreender se os encontros no Laboratório de Inclusão geraram novos significados e quais seriam*** – que é o nosso 3º objetivo específico. Utilizamos as fontes de dados dos encontros e as entrevistas individuais. A disponibilidade dos participantes para responder a entrevista mostrou-se bastante reduzida (2) frente ao número total de participantes (28). A negativa veio com a justificativa de falta de tempo e excesso de compromissos. Observamos que os dados das entrevistas, seus conteúdos não diferem (nem acrescentam novas informações) dos dados dos encontros, o que nos motivou a considerá-los neste trabalho, mesmo representando uma mostra muito pequena dessa fonte de dados.

Ao longo dos encontros (no Laboratório) e com as trocas, eu fui percebendo que eu não tenho que “aprender”, não existe aprender a lidar com o outro. Tenho a impressão que isso melhorou a minha vida, não aprender a lidar com o aluno com “deficiência”, mas aprender a lidar com o outro.

Acho que o mais importante, para mim, no Laboratório, foi como aprender a lidar comigo, com as ansiedades, angústias... minhas.

Eu acho que muitas vezes nós cobramos muito de nós mesmos. E muitas vezes a gente acha que ele não aprendeu, mas ele aprendeu da maneira dele. Eu acredito que ele aprendeu.

Mas eu amei, gostei muito, bem diferente do que eu pensava, o que a gente iria discutir aqui..., eu já tenho várias ideias novas para trabalhar com ele e com outros. Ele é o protagonista da minha sala e eu acho que agora eu vou preparar a minha aula...

2º Encontro

A didática de quando eu aprendi na universidade, não tinham estudantes como o E. os professores colocavam casos com uma “sala perfeita”.

Essencial, o espaço aqui deveria ter dentro da escola, não só aqui. Principalmente para que o professor tenha clareza. Esse espaço é muito rico. Gostei muito, isso me motiva, me traz algumas coisas para que eu reflita dentro da escola e se eu estou no caminho certo ou não.

4º Encontro

...eu acho que uma das estratégias é a escuta, da mesma forma que nós podemos vir aqui, no Laboratório, trazer situações que nós vivenciamos e poder trocar com o outro, poder proporcionar isso ao professor... porque de fato, seja em cinco horas/aulas do professor do fundamental I, o professor estará lá, a frente de uma sala sozinho, mas como é que ele vai depois “digerir” toda essas vivências, ele vai ter que ter um momento de apoio.

A gente tem um problema, que é no cotidiano, nós não temos momentos como esse, de fazer uma troca.

Eu gosto bastante de vir, é sempre um momento onde a gente para um pouquinho para refletir sobre a nossa prática e gente sempre sai daqui com alguns questionamentos. E é bom. Todas as vezes que a gente se depara com situações e gente tem outras perguntas que não tinha antes e a gente revê fatos que talvez não tinha visto antes. Eu gosto bastante.

6º Encontro

Ele costuma causar muito e causar sentimentos em toda a equipe e acho que você vindo aqui, a gente fica mais aliviado no sentido de não estarmos sozinhos, acho que isso é importante, a gente poder contar um com o outro. E falar não, vamos juntos pensar, no alinhamento, para pensar o que é melhor para o R. e a gente também, se fortalecer e conseguir lidar com ele da melhor maneira.

8º Encontro

Bom... eu senti muita falta dos laboratórios... eu gosto muito, vocês eu não conhecia, o FA. tem nos ajudando bastante, a tempos atrás, não é puxando a sardinha para ele não, mas ele nos faz refletir bastante. É por isso que eu gosto de vir, porque ele mexe na "ferida" mesmo, cutuca mesmo e isso faz com que a gente cresça enquanto ser humano e enquanto profissional.

10º Encontro

Acho que não tem receita pronta mesmo. A gente precisa ir buscar outros caminhos, baixar um pouco às vezes a expectativa, porque às vezes a gente põe uma expectativa muito grande, e respeitar o outro mesmo. Adorei também, se eu tiver outras oportunidades estarei aqui com vocês, o bacana daqui, que eu acho, a gente fala de um caso e contribui para vários outro, então eu venho aqui falar do M. e eu tenho outras crianças.

11º Encontro

... e, aí, a gente conversando aqui, me pôs a refletir mesmo, que uma coisa que o FA. falou... é, talvez ele não fale, né, talvez seja uma coisa, não é... ou que ele vá falar lá na frente, a gente não acompanha, eles passam muito pouco tempo no EMEI, né, com a gente, e a gente não acompanhar, não acompanhar isso e... e, aí, a questão da diferença, né, de saber que cada um tem uma diferença mesmo, ele não verbalizando, ele tem outras formas de se comunicar, né, então, bate um pouco essa expectativa...

...a gente sabe que a gente está num espaço de conflitos de interesse grande e, quando a gente vem para cá, a gente consegue discutir no grupo, né, numa interlocução, então, e isso cai muito bem.

É eu vejo que esse espaço ajuda é... a nós que estamos aqui, principalmente da área da Educação, a repensar é, como... como... como lidar com aquele outro espaço que se chama escola?

... eu acho que esse espaço aqui nos ajuda a refletir... como a gente colocar essa pulguinha, que eu tenho aqui, atrás da orelha, lá com os outros professores também. Porque o FA., não vai me dá a receita, mas ele dá a pulga atrás da orelha. Ele deixa aquela pulguinha no I. Eu também vou deixar a pulguinha, só que eu não vou dar a receita para o professor, mas tento colocar a pulguinha atrás da orelha dele para que ele se mobilize a repensar aquele espaço.

12º Encontro

Ah, eu tô mais... me sentindo mais leve. Mas, aí, né, a gente se sente, assim, uma... porque tem coisa que igual esse caso assim, a gente conversa, mas tem dia que não dá pra conversar direito.

14º Encontro

A gente tem que mudar primeiro a gente mesmo, né? A compreender o outro, né.

Puxa vida, está difícil, está pesado. E o processo que eu estou vendo aqui, pelo que a gente conversou, é, é mais nosso mesmo do que o outro, né. A gente que tem que pensar, talvez um pouquinho, diferente, entendeu? Outros escapes que o outro tem que, às vezes, é no celular, que, às vezes, é outra coisa né. Então, foi bem legal, acho que me convocou a pensar um monte de coisa que está aqui no meu dia-a-dia mesmo, né.

E eu acho que o processo é assim, individual mesmo, é de cada um, né.

Estou me sentindo bem melhor. Acho que foi bem legal que convocou a eu relembrar isso que está acontecendo, esse processo. Tudo foi bem bom.

E aí, aqui ajudou um pouco a gente a pensar e acho que, trocando com todo mundo, o principal é a gente pensar que, calma, né, a gente precisa fazer o possível. Não dá, a gente não consegue fazer tudo, né. E, e, e acho que a gente conseguiu hoje, né, pensar em várias estratégias.

15º Encontro

Assim, acho que além do meu desejo de voltar para o CAPS, né, voltar para a discussão com vocês, mas isso me impulsionou.

Então eu... eu estou me sentindo melhor. Eu reconheci que eu preciso estar aqui, como estive na escola semana passada, como eu vou estar numa outra unidade amanhã. Eu preciso estar presente na discussão de rede, não só na articulação. Eu consigo, tenho um carinho por articular, gosto de fazer isso, aprendi fazer isso, mas eu estou me sentindo ausente.

Então, eu vim mais para ouvir e para tentar elencar alguns elementos de um caso para o outro eu achei bacana a postura que teve a equipe, foi bem parecida com uma supervisão né, você junta alguns casos e vamos... vamos discutindo e vamos ver o que... o que... se tem algum elemento de um que serve no outro e... e os casos que foram trazidos, eles, de alguma maneira, encaixaram é... é... com alguns exemplos e atitudes de um ao outro. Então, eu gostei muito de como foi conduzido o laboratório hoje.

16º Encontro

Eu achei muito importante, eu acho que deveria ter mais, não só comigo, eu em si, educadora, mas acho que cada um tem seu olhar. Cada um tem um jeito de olhar para ele ...

Notamos, como efeito significativo, o fato de que alguns participantes apresentaram mudanças tanto em sua prática profissional, quanto em sua vida pessoal. Outra importante mudança observada nesses participantes foi o fato de

deslocarem seu olhar e sua atenção da “patologia”, e passarem a olhar o outro em sua singularidade.

Observamos que os participantes puderam refletir sobre seu cotidiano e sua prática profissional com as crianças que apresentam sofrimento psíquico e mudar suas atitudes, flexibilizando e pensando em novas alternativas em seu cotidiano.

O reconhecimento, por parte dos participantes, sobre a importância de se ter um espaço de fala, e que um aprende com o outro, além de encontrarem no Laboratório de Inclusão, um acolhimento para suas condições emocionais, demonstra que o dispositivo estudado contribui para o cotidiano, trazendo alívio e reflexão a seus participantes, promovendo a criação de alternativas possíveis em respostas às suas necessidades e dificuldades no trato com as crianças em questão.

A seguir, oportunizando múltiplas fontes, destacaremos trechos das entrevistas realizadas com dois participantes. O foco está na produção de novos significados e de quais seriam fruto da participação no Laboratório de Inclusão. Na sequência, faremos a articulação dos dados com nosso referencial teórico.

Entrevistado A:

O disparador parece ser a demanda /angústia trazida por alguma experiência escolar, em que os alunos/as que nos convocam de maneira diferente serão discutidos no coletivo. No entanto, aos poucos, a conversa sobre o/a estudante passa a ser secundária, pois as questões de cada educador tomam o rumo da discussão.... Esta é uma experiência interessante, pois estamos tão cheios de ideias, demandas, angústias e indignações, que o espaço se converte em espaço terapêutico não para discutir o outro, mas para discutir nossas próprias demandas.

Mesmo considerando a pouca regularidade da nossa presença, o espaço reflexivo estabelecido no Laboratório nos possibilita pensar nossa prática, a partir de outro olhar, o olhar voltado ao singular.

Houve uma mudança de pensamento e alguns ajustes de prática, menos do que gostaria, pois, o espaço das Políticas Públicas nem sempre privilegia a necessidade individual, quase sempre indica caminhos únicos para a mediação de um universo de singularidades.

Embora os estudantes sejam os mesmos, a realidade de mediação do CAPSi é diferente da realidade do espaço escolar. Por esse motivo, é possível flexibilizar nossa opinião e nossa ação quando passamos a compreender os objetivos do CAPSi e qual a interlocução que é possível fazer com o espaço escolar.

Entrevistado B:

Foi muito significativa, pois o laboratório é um espaço muito potente, onde muitas de minhas angústias são de certa forma sanadas, pois a partir de uma conversa tranquila, podemos trocar experiências, e expor incômodos e a partir daí olhar aquela criança enquanto ser.

Comecei a olhar a criança de forma única sem generalizar, percebendo suas potencialidades, entendendo que por vezes o nosso fazer parece tão pequeno diante das situações que encontramos, mas quando conseguimos perceber certas mudanças esse fazer tão pequeno se torna enorme.

Acredito que através das trocas de experiências que são bem fortes no laboratório e o desejo de fazer a diferença na história dessas crianças e adolescentes.

Durante todo o período de trabalho de campo observamos que os participantes procuraram - e reconheciam - o espaço do Laboratório de Inclusão como um dispositivo da Rede capaz de auxiliá-los a resolver os impasses e as demandas de seus cotidianos frente aos alunos – usuários - pacientes com problemas e sofrimentos psíquicos. Tal reconhecimento ocorreu em virtude de o CAPSi ser um equipamento de Saúde Mental ligado à Rede de Cuidado da Prefeitura/SMS-SP SUS. O histórico desse serviço, CAPSi Capela do Socorro, frente à sua atuação no Território e sua proximidade no trato e manejo junto aos abrigos e escolas ajudou nesse reconhecimento. O fato de a coordenação do Laboratório circular no Território, realizando palestras, participando dos matriciamentos e discussões de caso, seja nas unidades de saúde seja nas unidades escolares e Abrigos, contribuiu para o reconhecimento dessa Rede como uma referência no cuidado e na articulação entre Saúde, Educação e Assistência. Outro elemento importante é o fato de que todas as instituições representadas nos encontros do Laboratório têm crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e já haviam feito encaminhamentos para o CAPSi.

Como essa Rede “vê” esse Serviço e seus trabalhadores, na perspectiva de referenciar e orientar seus próprios trabalhadores a frequentar o Laboratório de Inclusão, demonstra uma posição Transferencial e de suposição de saber.

Segundo Lacan:

A questão é, primeiro, para cada sujeito, de onde ele se baliza para dirigir-se ao sujeito suposto saber. De cada vez que essa função pode ser, para o sujeito, encarnada em quem quer que seja, analista ou não, resulta da definição que venho lhes dar que a transferência já está então fundada (2008, p. 226).

Ressaltamos essa condição, elemento fundamental que sustenta o dispositivo do Laboratório de Inclusão, o sujeito suposto saber. O sujeito chega..., participa do encontro na perspectiva de que “receberá” aquilo que não tem..., e aqui (Laboratório) reside esse “saber”. O participante do Laboratório não está à procura de um terapeuta nem tampouco de um analista, mas são direcionados ao coordenador desse dispositivo conteúdos transferenciais.

E, sendo o coordenador do Laboratório e pesquisador deste trabalho a mesma figura, pesquisador/psicanalista recebe no Laboratório de Inclusão a demanda de seus participantes, sustentando um dispositivo inovador, sem a pretensão de responder a essas demandas, reconhecendo que esse encontro é um encontro faltoso, mas acreditando em deslocamentos e efeitos.

Kruszel, em seu artigo, “Esclarecer a função da psicanálise”, comenta:

Para Éric Laurent, em *Psicanálise e saúde mental*, o analista deve intervir nas instituições não somente na posição de morto, mas também levando à última instância a função simbólica – “é esperado que um analista intervenha, que traga seu saber, não se subtraindo, mas remediando a falta do Outro de uma maneira particular” - e encontrando uma solução diferente das oferecidas pelas normas (2003, p. 65).

Atualmente o psicanalista tem ocupado espaços outros, além do clássico consultório particular. Sua atuação na Saúde Pública tem sido crescente, seja em número de profissionais, seja em relevância, visibilidade, produções e publicações acadêmicas. É sabido que a psicanálise deriva de várias correntes teóricas, escolas, autores clássicos e contemporâneos, e seus dissidentes. Não faremos distinção quanto à sua formação ou corrente teórica, mas traremos as evidências de nossas colocações.

Em face de inúmeros psicanalistas que ocuparam e ocupam destaque e visibilidade nacional, selecionamos:

- António Lancetti: importante psicanalista e militante da reforma psiquiátrica no Brasil. Atuou na saúde pública tendo como um de seus últimos trabalhos, a criação “de braços abertos”, na cidade de São Paulo para acolher a população usuária de drogas. Autor de inúmeras publicações (psicanalistas pela democracia).

- Jorge Forbes: psicanalista e psiquiatra, um dos principais introdutores do ensino de Lacan no Brasil. Teve participação fundamental na criação da Escola Brasileira de Psicanálise, sendo que foi o seu primeiro diretor-geral. Dirige a clínica de psicanálise do centro de genoma humano – USP. Idealizador e apresentador do programa Terradois na TV Cultura.

A experiência de psicanalistas em Instituições (Brasil) rendeu várias publicações em livros:

- Maria Lívia Tourinho Moretto, “O que pode um analista no hospital” (2002);
- Ana Cristina Figueiredo, “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos – A clínica psicanalítica no ambulatório público” (2004);
- Andréa Máris Campos Guerra e Jacqueline de Oliveira Moreira “A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social” (2010).

A atuação do psicanalista na saúde pública é referenciada por diversos autores, em diversos campos de atuação, mas, utilizando apenas o recorte “psicanálise, autismo e saúde pública”, podemos ter a dimensão tanto da atuação desse profissional quanto da aderência de diversas instituições que se valem da psicanálise. Assim, deparamo-nos com o MPASP (Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública), um movimento organizado que discute temas relacionados com a condução do tratamento para a população autista, e que dialoga tanto com a legislação vigente quanto sobre o direito a um tratamento para essa população pela via da psicanálise. Tal recorte, nos mostra a dimensão do psicanalista na instituição.

As Instituições participantes abrangem todo o território nacional, nos seguimentos:

- Universidades;
- Instituições de Psicanálise;
- Centros de atendimentos não governamentais;
- Centros de atendimentos do governo;
- Associações;
- Hospitais;
- Revista (Mente e Cérebro);
- Grupo de pesquisa.

O psicanalista ocupa um lugar para além de seus consultórios e comunga sua prática entre vários. O contexto da psicanálise amplia-se e, com isso, a discussão

ocorre, seja pela via da própria psicanálise, seja pela via de contribuições multidisciplinares, de outros saberes, o que notadamente representa o serviço oferecido no Laboratório de Inclusão e também pelo fato de sua frequência abranger profissionais para além da área da Saúde. A distinção pesquisador/psicanalista nos serve apenas para referenciar uma posição e até mesmo uma condução a despeito dos encontros no Laboratório de Inclusão.

A psicoterapia visa à identificação, ou seja, aquilo pelo qual a identificação é feita: a instituição do sujeito. Quanto à psicanálise, ela tende para a desidentificação, isto é, aquilo pelo qual a identificação é desfeita: a destituição do sujeito (NAVEAU, 2007, p. 12).

Retomando nossa compreensão acerca do referencial psicanalítico e sua inserção no Laboratório de Inclusão, destacamos a *psicanálise aplicada*.

Para nós, o enquadre é feito para servir à análise, e não que a análise seja feita para servir ao enquadre. Isso quer dizer que não há obstáculo para que a psicanálise aplicada se pratique em lugares diferentes do consultório do analista, por exemplo, na instituição (Id., p. 19).

Muitos participantes foram motivados a participar do Laboratório a fim de discutirem um caso. Os encontros contemplaram essas discussões com a perspectiva da psicanálise aplicada.

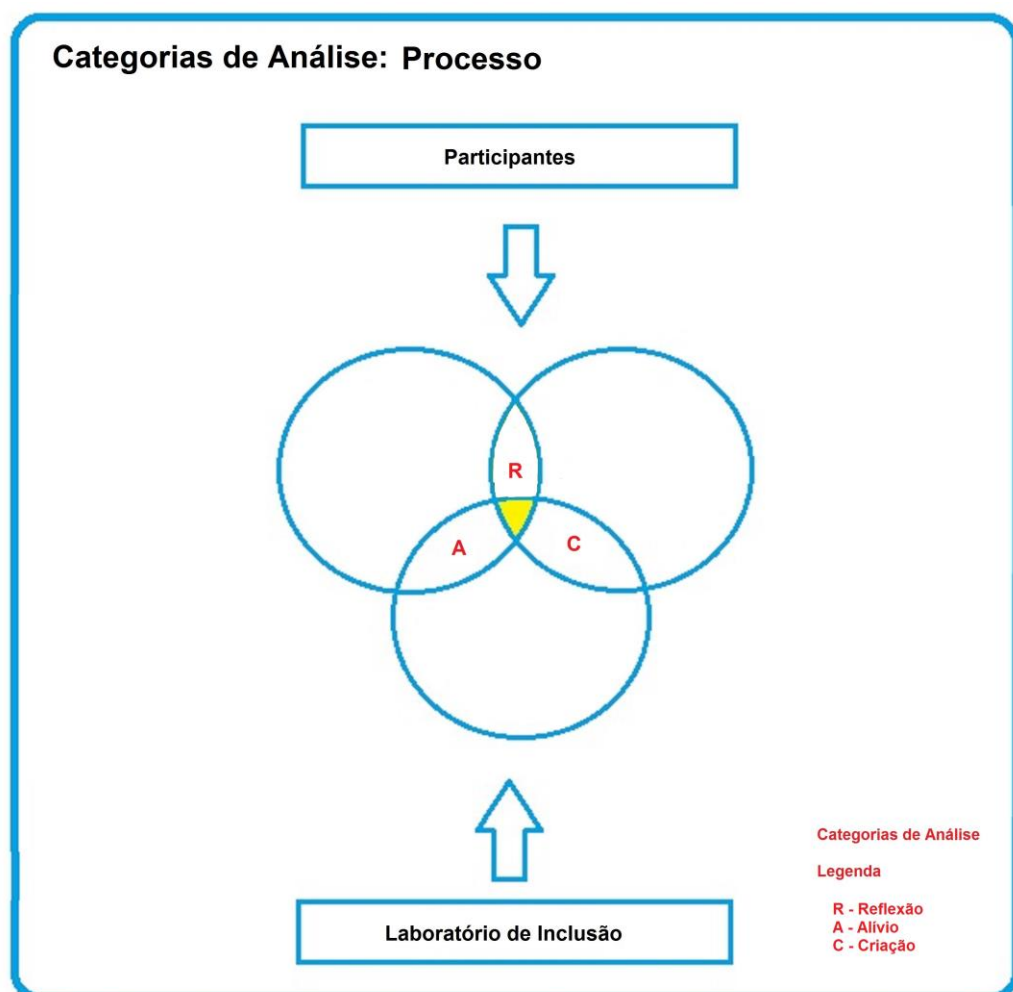
Nesses casos, o praticante deverá sustentar a lógica do caso junto a seus colegas para assegurar as condições de eficácia de seu ato. Será preciso valorizar o caso, um por um, fazer-se responsável por ele, opondo-se, com frequência, aos preconceitos do lugar em que trabalha (Id.).

Observamos durante os encontros que seus participantes: conseguiram ampliar seus olhares frente às crianças em questão; conseguiram pensar em alternativas, frente aos desajustes, de como estar com essas crianças; reconheceram a importância de olharem para si; relataram sair mais aliviados, mais tranquilos; tocados. Relataram a importância desse dispositivo enquanto espaço de fala e de troca, de não se sentirem tão sós. Contam que saíram mais reflexivos, alguns incomodados e outros nomeando que o encontro foi importante, mas que ainda faltava algo.

Para avançarmos em nossa análise, condensamos o dispositivo do Laboratório de Inclusão em três categorias de análise que nomeamos como: processo. Entendemos processo, aqui, como o percurso vivenciado ao longo do encontro do Laboratório. Em análise processual do dispositivo, 16 encontros foram suficientes para compreendermos a dinâmica e/ou efeitos do Laboratório, bem como suas repetições. As categorias de análise do dispositivo Laboratório de Inclusão - processo são:

- **Reflexão;**
- **Criação;**
- **Alívio.**

Esquema 3 – Categorias de análise: Processo.



I. Reflexão

A dinâmica dos encontros caminha para uma implicação e uma corresponsabilização por parte de todos os participantes em deslocarem-se da posição de sujeito que sabe, para a posição de “um” sujeito que faz vacilar seu saber. Nesse sentido, o tempo de refletir mostrou-se importante nos encontros do Laboratório de Inclusão. Os participantes tiveram a oportunidade de olhar suas práticas e dinâmicas vivenciadas com as crianças e/ou adolescentes com sofrimentos psíquicos e reconhecer que existia algo neles próprios que resistia, isto é, que dificultava a relação ou até mesmo a inclusão dessas crianças em suas ofertas didáticas e de convivência. Antes, havia a certeza de que a “formação/capacitação” resolveria os problemas e impasses gerados pelas crianças com sofrimento psíquico; depois foi aberto um espaço para a compreensão que existem outros elementos além da cognição.

Os encontros puderam oportunizar aos seus participantes entrar em contato com o outro da relação: as crianças e adolescentes em questão. Por meio das escolhas dos casos e de leitura clínica, perceber que os desajustes apresentados podem ser manifestações apenas em decorrência de uma condição-estrutura do sujeito. Tal movimento implica o participante a incluir esse outro na cena.

O que é específico da prática entre vários é que, junto à criança, cada adulto não está referindo à sua especialidade, ainda que ela seja psicanalítica, mas assegura, apenas por sua presença, que a ocasião de um encontro seja apreendida (CIACCIA, 2007, p. 73).

Especificamente no campo da psicanálise de orientação Lacaniana, a prática “entre vários” ocorre em instituições que cuidam exclusivamente de crianças psicóticas e neuróticas graves, com a inserção de outros profissionais e campos do saber além da Saúde, na direção de um cuidado “entre vários”. Mesmo que o Laboratório de Inclusão utilize em sua composição elementos semelhantes, não intitulamos nossa prática “entre vários”, apenas nos servimos de seu conceito em nosso dispositivo que se mostra, então, bastante inovador. Outra semelhança com a prática “entre vários” é a posição que sustentamos em nosso dispositivo, de ‘não especialistas’.

A prática entre vários se distingue radicalmente do que chamam, por vezes, a prática pluridisciplinar. Nesse último caso, cada um trabalha segundo sua especialidade: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador... E se

poderia acrescentar à lista dessas especialidades: o psicanalista. Pois bem, a prática entre vários é o contrário disso porque, na instituição, o psicanalista não é um especialista do sujeito ou do gozo. Ele é desespecializante, ele fura a instituição e o trabalho analítico através de uma construção do caso que atravessa todos os pontos de vista dos especialistas (STEVENS, 2007, p. 79).

Ao entrar em contato com o outro do desajuste, aparece o sujeito da negação, ele, “especialista” da Educação ou Assistência, não foi formado para isso. Convicto de que seu fracasso ocorre por falta de capacitações e conhecimentos técnicos e marcados pelo lugar “institucional” em que ocupam e respondem.

Mas o verdadeiro conflito institucional é o conflito com o Outro, com o discurso do Outro, com o parasita linguageiro posto a nu na loucura. As soluções inventadas por cada um para se proteger do real em jogo são variadas. Elas podem oscilar, poderíamos dizer, entre duas posições extremas. Primeiramente, há a que consiste em se afastar da clínica, uma vez que ela é, em primeiro lugar, uma fala em posta restante. Trata-se-á, então, de não mais ouvir um doente falar (LAURENT, 2007, p. 42).

O Laboratório de Inclusão está no campo da clínica. É um dispositivo do CAPSi, seus participantes trazem casos e mergulham em uma dimensão na qual a clínica é ampliada e o cuidado é compartilhado por todos que pertencem à Rede. Frente a essas diretrizes, o dispositivo lida com a negação, mas sobrepõe essa barreira trazendo à luz a construção e a compreensão do caso clínico.

Observamos durante os encontros que, ao olharmos coletivamente os desajustes e fenômenos apresentados pelas crianças e adolescentes com problemas e sofrimentos psíquicos, e já implicados no processo, o grupo consegue pensar em alternativas de como estar e lidar com essa população. Neste momento, destacamos outra categoria de análise.

II. Criação

Fruto do trabalho coletivo no Laboratório de Inclusão sobre a constatação de que as crianças com sofrimento psíquico não responderão como as outras crianças às aulas ou às programações pensadas e elaboradas, notamos um importante momento de transformação dos participantes do Laboratório. A dimensão de seus

fracassos deu lugar à dimensão do outro na relação. As aulas e dinâmicas eram pensadas para eles, enquanto referências, ou no máximo para as crianças “iguais” a eles, as “normais”. O Laboratório de Inclusão aborda essa passagem, trazendo para a dimensão do outro e sua singularidade. Não havia fracasso porque não havia outro, pois este estava fora da programação. Nesse momento do encontro passa-se a pensar nas saídas possíveis e invenções únicas. Esse estatuto da invenção mostrou-se um dos principais efeitos do Laboratório.

Quanto às falas sobre dúvidas, faltas ou continuar buscando, mostram que o sujeito está disponível a receber esse que antes não fazia parte de suas aulas “perfeitas”, as aulas que nunca ocorreram. O outro já faz parte de sua busca.

Notamos outro grande efeito a respeito do qual discorreremos na sequência.

III. Alívio

Essa categoria de análise foi pensada em razão das falas dos participantes durante os encontros e principalmente ao final desses. O próprio dispositivo de fala, que o Laboratório proporcionou aos seus participantes mostrou-se potente e singular, visto que em seus cotidianos não são oferecidos espaços como esse. Mais do que ouvir ou dizer palavras soltas, os participantes demonstraram envolvimento com o processo e, ao chegarem aos pontos de: reflexão; compreensão e saída frente aos impasses, abandonaram o sentimento inicial de frustração e impotência. Outra nomeação importante que demonstra o efeito do Laboratório enquanto dispositivo intersetorial é o fato das pessoas não se sentirem tão sós frente a casos e situações profundamente complexos. Esses sentimentos de pertencimento e ajuda coletiva são resultantes da existência desse espaço.

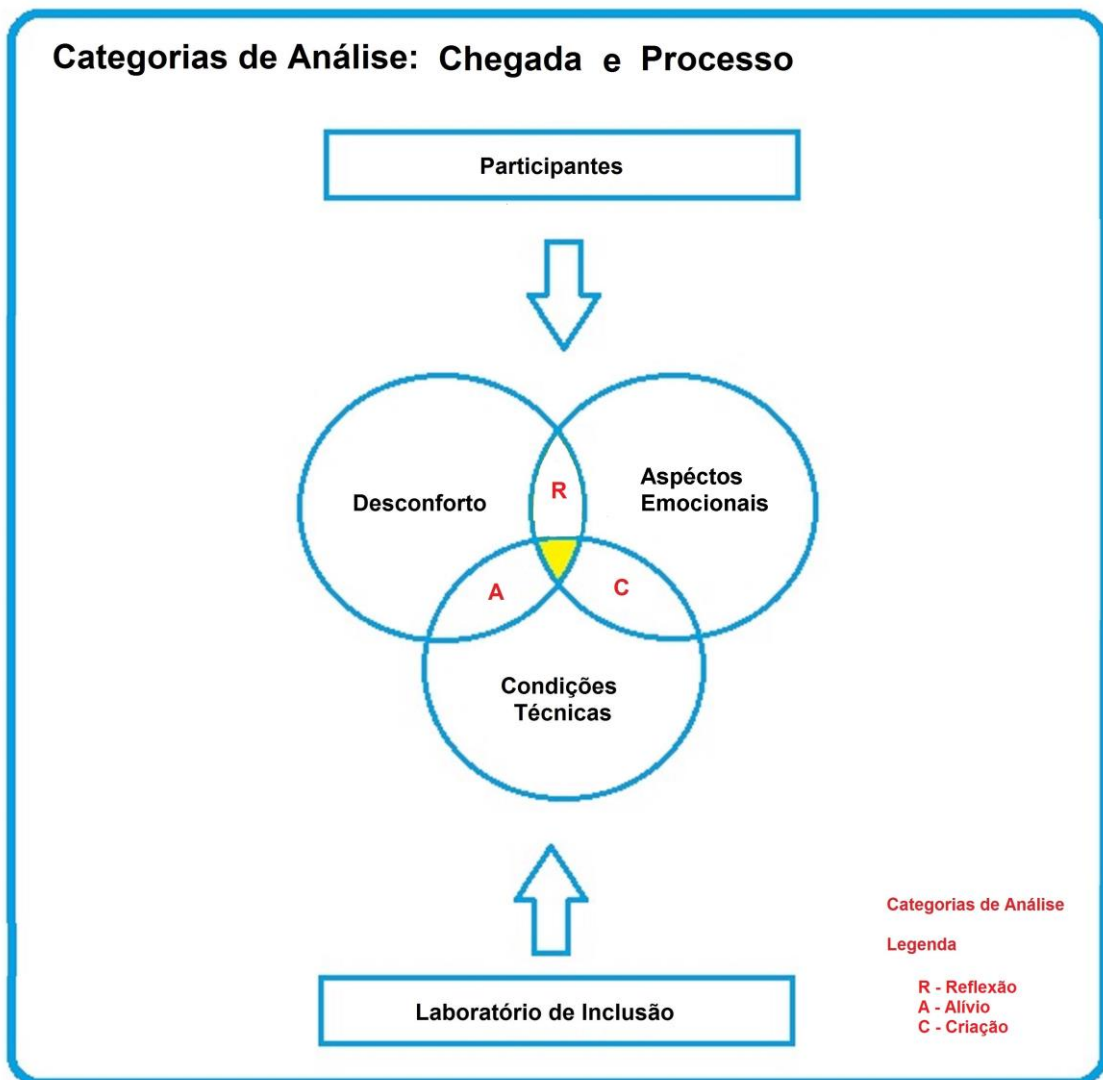
Apareceram também nomeações como “leveza” e “sentir-se melhor” como fruto dos encontros. Houve participantes que relacionaram esse espaço como terapêutico, visto que para eles esse foi o efeito apreendido. De forma geral, todos os participantes relataram estar melhores.

Oportunizaremos a seguir um olhar sobre os dois grupos de categorias de análise a fim de aprofundarmos os deslocamentos observados nos encontros com relação ao antes e ao depois dos participantes vivenciarem esse dispositivo.

7.4 (Inter) Invenções possíveis entre Saúde, Educação e Assistência

Apresentaremos a condensação de nossas duas categorias de análise: *chegada - processo*, portanto, a construção de uma terceira categoria de análise:

Esquema 4 - Categorias de análise: Chegada e Processo.



Fonte: Autoria própria.

Representamos nossas categorias de análise por meio dos esquemas gráficos II, III e IV, todos contendo um núcleo colorido em amarelo, e, círculos que se enodam. Em face aos enodamentos, trouxemos a clara ideia de que as dimensões de nossos achados: desconforto; aspectos emocionais; condições técnicas; reflexão; alívio e criação, dispõem-se ligados uns aos outros.

Trouxemos, também, a ideia de dimensão: desconforto; aspectos emocionais e condições técnicas em círculos maiores. Reflexão; alívio e criação, em círculos menores.

Por fim, todos são interligados por um núcleo amarelo. Cabe ressaltar que nossas categorias de análise encontram-se imbricadas umas às outras, o que nos permite considerar sobre esta proximidade que se tratam de elementos mutáveis e cambiáveis. Explicamos:

- Em *desconforto* reside algo das *condições técnicas* e *aspectos emocionais*.
- Em *condições técnicas* reside algo dos *aspectos emocionais* e de *desconforto*.
- Em *aspectos emocionais* reside algo das *condições técnicas* e do *desconforto*.

Tal compreensão e combinações aplicam-se também sobre as categorias de análise, reflexão; alívio; criação. E mais, entre todas elas: desconforto; aspectos emocionais; condições técnicas; reflexão; alívio e criação.

Para avançarmos em nossa análise, faz-se necessário olharmos mais profundamente nosso esquema IV. Segundo Silva:

Os efeitos do aparecimento da psicanálise questiona não só a posição dos usuários da instituição, mas também, aquela da equipe e da própria direção. Trata-se de fazer circular a palavra a fim de que surjam sujeitos ali onde havia usuários ou funcionários. O simples exercício da palavra e uma posição democrática da instituição não bastam. Essas são condições para que a psicanálise se introduza e sua inserção depende do desejo do analista que ali está e sua conseqüente sustentação de que há algo que não encontra na palavra uma resposta (2004, p.2).

Compreendemos, conforme apontado por Silva, a distinção de funcionário para o surgimento do sujeito, algo próprio, único que é apreendido, percebido por meio da circulação da palavra. Reside algo que não é falado ou que se encontra sem resposta. Retornando a nosso esquema IV, trata-se do que reside entre cada categoria de análise. Para compreendermos melhor sobre “isso”, que reside, a psicanálise traz sua contribuição e explicação, conforme Campos (2014):

Assumir que as pessoas, os pacientes e os trabalhadores de saúde também atuam movidos por reações inconscientes, que eles mesmos desconhecem e sobre as quais não têm de todo o controle, muda nossa forma de abordar as equipes de saúde e as relações que aí se desenvolvem. O reconhecimento da dimensão inconsciente altera nossas análises (2014, p.23).

Ancorado pelo desejo do analista, a dinâmica do Laboratório, inclui essa dimensão, a saber, o inconsciente. Seus participantes apropriam-se dessa dinâmica, inicialmente “querer saber sobre o outro” para um “querer saber sobre si”; neste sentido, eles próprios deslocam da condição:

- Desconforto; aspectos emocionais; condições técnicas.

Para a condição:

- Reflexão; alívio e criação.

Observamos que tal movimento ocorreu dentro do dispositivo estudado, mas ilustramos, ainda, um núcleo, destacado, aqui, em amarelo. Avançar em explicações sobre esse núcleo seria abandonar nosso estudo de um dispositivo (coletivo) para estudar (um) sujeito e, para tanto estaríamos em outro campo, com outra proposta. Mas, cabe aqui ressaltar que todo coletivo é composto por sujeitos e, cada um, com seu funcionamento psíquico e seu próprio inconsciente. Ainda sobre esse núcleo, vale mencionar algo que é próprio de cada um, e que, seja trabalhador ou usuário, em qualquer momento de suas vidas, desejar saber sobre seu inconsciente, a travessia só será alcançada por meio de sua análise pessoal.

Assumir que as pessoas, incluindo os pacientes e os trabalhadores da saúde, também atuam movidos por reações inconscientes, que eles mesmos desconhecem e sobre as quais não têm controle muda nossa forma de abordar os equipamentos de saúde e as relações que ali se desenvolvem, pois estaríamos sempre desconhecendo uma porção de nós mesmos (Id., p. 42).

Cabe retomar a questão do desejo do analista, apontado pelo autor Silva, e sua condição de lidar com o particular de cada um, dentro de um espaço coletivo.

O “lugar” do analista em uma instituição de saúde é tema de debates e estudos, visto que sua inserção junto à equipe não ocorre por essa enunciação. A contratação, nos serviços públicos, geralmente não é por um psicanalista, e sim um profissional da área da saúde que pode ou não ter formação em psicanálise.

Tratando-se de nosso pesquisador, sua formação e contratação correspondem à vaga de um psicólogo. Deparamo-nos, aqui, com um primeiro mal-entendido. Contrata-se um psicólogo que atua como psicanalista? Tal resposta não é tão direta e poderíamos iniciar apontando que o lugar do analista na instituição é um lugar construído, isto é, não pode ser ocupado apenas pela convocação e ocupação de uma vaga de emprego ou concurso.

E mais, lembramos que não há regulamentação profissional para os psicanalistas, e sim seu reconhecimento como OCUPAÇÃO, conforme Portaria nº 397, de 4 de outubro de 2002. Apontamos também que a formação de um psicanalista ocorre por meio de seu desenvolvimento e domínio de um referencial teórico próprio, mas não somente, inclui um percurso rigoroso de análise pessoal e um aprimoramento clínico que ocorre por meio de sua experiência e vivência em “fazer” supervisão. Reconhecemos que a discussão sobre a regulamentação da profissão de psicanalista é um tema importante, que deve ser olhado e discutido minuciosamente, fato que não faremos neste trabalho. Por ora, olharemos a inserção de “um” psicanalista, em um CAPSi, e o Laboratório de Inclusão.

Para tanto, foi desenvolvida uma narrativa, por parte do coordenador do Laboratório de Inclusão, e utilizou-se como base o mesmo roteiro de entrevista, sendo que incluímos a pergunta: como e porque criar o Laboratório de Inclusão?

Tive a oportunidade de compor uma equipe e juntos abrimos o 1º CAPSi da Região. Esse movimento exigiu deste grupo, muitas reuniões e apropriações de conceitos e alinhamentos de “como iríamos conduzir nosso CAPS”. A lógica do trabalho, em nosso CAPS, foi o trabalho coletivo para o coletivo, isto é, a reabilitação psicossocial. Para tanto, realizávamos reuniões diárias, discussões de casos e construções de PTS (projeto terapêutico singular), privilegiando sempre os espaços coletivos, tanto para os profissionais, quanto para os usuários como: atendimentos em grupo, espaços de convivência e

assembleias. Minha primeira questão sobre esse funcionamento ocorre na reflexão sobre assertividade e eficácia do cuidado que oferecíamos, pensando este cuidado de forma ampliada. Explico: as crianças apresentavam desajustes e eram encaminhadas para o CAPSi, para serem “tratadas”. Nesta lógica, o “tratamento” resumir-se-ia no “combate” dos desajustes e possíveis adaptações às necessidades que os lugares sociais, exigiam. Portanto, minha inserção em um serviço de reabilitação psicossocial, é acompanhada de desconforto e questões. A 1ª questão que faço é: como eu poderia contribuir, junto a minha equipe de trabalho e junto aos pacientes/usuários que atendemos em nosso CAPSi? Foi por meio desta questão e de meu desconforto que fui “construindo” um lugar junto à equipe. O cotidiano de um serviço como o nosso (CAPS), convoca, de certa maneira, a pensarmos sempre de forma coletiva. Como lidar com esta lógica na posição de analista? Abandonar a “clínica” e “atuar” de igual para igual? Poderia até mesmo ser “uma saída”, mas estaria me distanciando tanto da clínica quanto de meu desejo. Sustentar minha posição junto à equipe é um desafio, e reconhecer que o “analista” não é “igual”, não o torna mais especial, e sim, abre a possibilidade de incluir o outro. Abre espaço. Acho que minha inserção na equipe ocorre neste ponto; pela falta. A dinâmica em nosso serviço traz, no discurso, a ideia de coletivo, mas na prática acolher o outro se torna exercício diário de incluir o diferente. Matematicamente, o analista deixa um “espaço” para este outro, visto que ele próprio deixou vago, seu lugar de “igual”. Lacan trouxe a ideia de estrangeiro.

1. Como foi a experiência de participar do Laboratório de Inclusão?

Voltando a minha inserção no CAPS e o lugar do analista na instituição, “inventei” um dispositivo, que trouxesse em seu significante, a lembrança de nosso “lugar” neste CAPS, de incluir o outro em toda sua dimensão e singularidade, sendo assim, crio o Laboratório de Inclusão, como um espaço para pensarmos nossos manejos e relação com as crianças, isto é, espaço para cuidarmos de nós mesmos, para assim, termos condições de cuidar do outro. Quando me refiro a cuidarmos de nós, penso na direção de “cuidarmos de nossas atuações”.

2. Houve mudanças na sua prática profissional? Quais?

Este movimento de trabalhador de CAPS para a criação do Laboratório de Inclusão - dentro do CAPS, mostrou-se bastante eficaz, para mim, pude olhar o caso a caso; alinhou-se com meu desejo e me motivou a estudar e aprofundar sobre a psicanálise com criança e a saúde coletiva. Reconhecer que ocupo “um” lugar diferente, dentro da equipe, tira o peso da convocação de ter que responder como “igual”; tenciona, junto à equipe, uma discussão interessante e abre outras possibilidades, como causa do desejo. O discurso circula e o saber, que sustenta nossas práticas profissionais, torna-se evidente que não é hegemônico.

3. A quais elementos você atribui tais mudanças?

Eu, como analista, reivindico junto à equipe, a importância da construção do caso clínico, um a um. Faço valer as diretrizes do PTS, preconizada e discutida no campo da saúde coletiva, para compreensão dos fenômenos,

das estruturas e modos de gozo, que cada (um) paciente / usuário, se apresenta. A prerrogativa da psicanálise serve para mim e a somente aos que se orientam deste referencial, mas, na discussão em equipe, o que predomina é o raciocínio clínico e direção de tratamento que adotaremos, respeitado a dimensão profissional e estratégias individuais, mas reconhecendo a contribuição que todos podem ter. Acho que, ser um analista, atuar em consultório e na saúde coletiva, exigiram de mim importantes mudanças. Encontrei no referencial teórico valiosas contribuições da psicanálise aplicada, mas foi por meio de minha análise pessoal e minhas próprias invenções, que sustentaram as mudanças e meu lugar neste coletivo.

4. Você percebe mudanças na criança ou adolescente alvo da sua demanda?
Qual?

Penso que neste ponto, residem as mudanças mais valorosas de nosso trabalho no Laboratório de Inclusão. Voltando ao campo do discurso, dos decretos e portarias, que preconizam o cuidado em rede, mas na prática observamos que cada equipamento/ instituição oferece seu “cuidado” sem o “cuidado” de integrar-se a uma rede, o Laboratório de Inclusão ocupa, portanto, espaço permanente de diálogo e porque não, de tensão. Visto que se trata de um dispositivo com “diferentes” profissionais de “diferentes” locais. Esta lógica por si só, convoca seus participantes a uma “ampliação” de seu próprio saber e efetiva-se o próprio trabalho em rede. Sendo a condução dos encontros, feita por mim, sem que eu me posicionasse como especialista, isto é, sem que eu desse as “respostas”, estas eram respondidas, ou inventadas, pelos próprios participantes. Assim, tanto a apropriação do caso, quanto a posição de corresponsável pelo cuidado em rede, trouxe efeitos de alívio para os participantes e até mesmo, uma melhor compreensão dos fenômenos apresentados pelas crianças. Sem esse peso inicial, carregado pelo profissional que chegava ao Laboratório de Inclusão, à relação com as crianças melhora muito, dando espaço para outros arranjos no cotidiano. Sendo as crianças que frequentam o CAPSi, as mesmas que estão nos abrigos e nas escolas da região, observamos que as queixas, feitas pelos profissionais, a elas, mudavam substancialmente. Acredito que as crianças possam até apresentar mudanças, mas as principais mudanças ocorreram com os profissionais, que passaram a enxergá-las como crianças, não só como “problema”.

Ao observarmos a narrativa, do coordenador do Laboratório de Inclusão e trabalhador do CAPSi, pudemos compreender a importância dos ajustes e das descobertas, isto é, cada sujeito, frente às suas convocações e “obrigações” no campo do trabalho e do laço social, pode se ver inclinado a fazer arranjos, ajustes e até mesmo adaptações em face às suas atribuições e formações acadêmicas.

O próprio Laboratório de Inclusão surge como um desses arranjos, quando se destina à criação de um espaço que garante discussões e construções do caso a caso.

O Coordenador psicanalista oportuniza em sua dinâmica de trabalho um espaço de fala. Alinhado ao desejo do analista, o Laboratório de Inclusão é conduzido, com êxito, em seu propósito de trabalhar em rede, garantindo a singularidade de cada um: sujeitos - usuários e trabalhadores.

Por fim, nossa pesquisa demonstrou passo a passo os resultados observados durante o trabalho de campo, mas não somente. Relatar todas as fases e etapas da criação e da execução do dispositivo estudado contribuiu para demonstrar, também, o modo como foi feito.

8. Considerações finais

Nossa pesquisa ocorreu pela necessidade e pelo desejo de checar, aprofundar e conceituar um dispositivo intersetorial da Região da Capela do Socorro/ SP.

O próprio dispositivo foi pensado e criado, respondendo a necessidades dessa Região, a saber, acolher os trabalhadores que apresentavam dificuldades no trato com crianças com sofrimentos psíquicos. Mas não somente, sua criação ocorreu também pela necessidade de incluir dentro de nossa rede de cuidados a criança, o adolescente e todos os atores envolvidos. O Laboratório de Inclusão, foco desta pesquisa, mostrou-se um dispositivo destinado aos profissionais que trabalham com essa população, como uma ferramenta de apoio.

Respondemos os objetivos dentro de nosso cronograma, para tanto, foi necessário dimensionar nosso projeto com o tempo proposto, visto que, muitos são os caminhos, direções e desdobramentos que os dados observados nos oferecem, com isso, privilegiamos os recortes que representassem o cotidiano e os impasses vividos por seus participantes.

Nenhuma pesquisa está descolada de seu tempo de conclusão. Cabe lembrar também o limite e a limitação que a pesquisa e pesquisador comungam, e disputam com a soberania da vida, principalmente quando o pesquisador também é trabalhador da saúde mental no SUS. Escolhemos, portanto, destacar os pontos observados e suas repetições, na medida em que tal escolha oportuniza clarificar, aprofundar, e desse modo, buscar soluções para as questões e dificuldades reais. Este é o objetivo

principal do Laboratório de Inclusão, sendo esse também o foco de nosso trabalho: reconhecer as dificuldades, mas propor saídas possíveis, as quais nomeamos como saídas criativas.

Sendo assim, o dispositivo Laboratório de Inclusão mostrou-se importante na cena territorial da região citada como ação intersetorial com foco na inclusão, compreensão e criação de manejos e saídas possíveis para profissionais das áreas da Saúde (CAPSi), Educação (escolas) e Assistência (abrigos). A direção tanto das escolas como dos abrigos da região demonstrou dificuldade em liberar seus trabalhadores para participarem dos encontros, que fizeram uso desse espaço apenas em momentos mais agudos e complexos. Tal fato coloca o CAPSi como o “especialista” e responsável em sanar as questões e impasses apresentados em decorrência das crianças e adolescentes que apresentam problemas e sofrimentos psíquicos.

Não podemos desconsiderar que a participação processual não ocorreu, visto que acompanhamos 16 encontros e os sujeitos mais assíduos participaram de 2 deles. Apenas a título de ilustração, ressaltamos que, ao longo dos três anos em que realizamos o Laboratório de Inclusão, vários participantes voltaram inúmeras vezes, mas nunca de forma processual e contínua, o que nos leva a cogitar a pouca implicação no processo, e no uso do dispositivo apenas em momentos de crise, como instrumento de “alívio”. Nesse sentido, foram visíveis as mudanças quanto à condição emocional e o estado em que os participantes saíam dos encontros. O Laboratório de Inclusão, dispunha, em sua estrutura, de um momento de avaliação, no qual todos falavam sobre sua participação. Pudemos constatar, nessa avaliação, que os encontros foram relevantes e significativos para todos os participantes. Vale ressaltar que a estratégia da “avaliação do encontro” foi incorporada ao cotidiano do Laboratório em razão da vivência que o pesquisador teve em seu mestrado, postura esta que aproxima e inclui o outro no processo, de forma horizontalizada.

Ainda que o Laboratório de Inclusão seja um dispositivo conduzido por um psicanalista, não se trata de um espaço terapêutico, porém, também não se trata de uma condução desimplicada da psicanálise, na medida em que os encontros mobilizam questões e reflexões de seus participantes frente a seus desejos e

escolhas, até mesmo em relação à Saúde Mental e à Saúde Coletiva, por meio da construção e responsabilização do cuidado das crianças em seu território.

Trabalhamos conceitos relacionados com a psicanálise aplicada e a saúde coletiva e, tratando-se de um pesquisador que trabalha no serviço público de saúde mental e utiliza a psicanálise como seu referencial teórico, foi oportuno destacar sua relação com o dispositivo estudado.

Ao considerarmos que um trabalhador da saúde mental escolhe e deseja pesquisar um dispositivo que faz parte de seu próprio trabalho, e pelas razões óbvias de escassez de tempo, já mencionadas, poderíamos pensar nessa equação como sendo uma fragilidade, visto que existe a crença de que “se pesquisa não pode trabalhar ou se trabalha não tem tempo de pesquisar”. Todavia, constatamos que essa equação foi, ao contrário de uma fragilidade, uma grande fortaleza, pois ela oportuniza a formação de pesquisadores com uma visão - e uma vivência cotidiana - das necessidades de ações em saúde em sua área de atuação. E a pesquisa, fruto de seu trabalho tanto acadêmico quanto cotidiano, retorna para a própria comunidade como produto estudado, elaborado e pensado para atender às necessidades inicialmente apreendidas. Tais oportunidades só foram possíveis, devido à oferta de um mestrado cuidadosamente estruturado tanto em sua composição acadêmico/metodológica, quanto em seu acompanhamento nas pesquisas no campo do SUS.

Para tanto, avançamos para além dos resultados e trouxemos elementos sobre a concepção do Laboratório de Inclusão, fruto da criação e invenção do lugar de um analista na instituição. Analista, pesquisador e coordenador do Laboratório, faces de uma mesma pessoa, oferece ao outro um espaço de fala, para que este encontre saídas possíveis, frente às suas dificuldades.

A condução singular desse dispositivo trouxe ao grupo contribuições e leituras psicanalíticas dos fenômenos apresentados nos casos citados, sempre de forma clara e simples, mas com o objetivo complexo de transmitir o estatuto de desajuste da relação entre a população com sofrimentos psíquicos e os ditos “normais”.

O Laboratório de Inclusão mostrou-se efetivo quanto ao deslocamento de seus participantes, que passaram a olhar seus alunos e educandos de forma única e a pensarem maneiras de estar com eles também de forma singular.

Esse dispositivo apresentou-se bastante inovador e passou a ser utilizado pela sua área de abrangência como um espaço de reflexão, apoio e construções coletivas, no que se refere ao cotidiano nas escolas e abrigos que recebem crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos.

A distinção desse dispositivo está no percurso que foi realizado e demonstrado neste trabalho: relatar a sua criação e verificar seus efeitos nos participantes. O estatuto que esse dispositivo ocupa, em sua rede de abrangência, alinha-nos com a proposta de um pragmatismo tão esperado em programas e projetos que visam ações exitosas e inovadoras em saúde.

Acrescentar aspectos subjetivos, por meio de relatos de experiências, tanto dos participantes quanto do pesquisador, acolhe a dimensão humana, para além das necessidades e obrigações que cada profissional tem e dele são esperadas. Descrever como o próprio pesquisador/psicanalista, encontrou subsídios para estar no campo coletivo, visto que sua prática e formação organizam-se pelo caso a caso, acrescenta valor a este trabalho, servindo de exemplo e ilustrando como “um” analista “ajeitou-se” em seu local de trabalho. Compartilhar tais experiências contribui para o meio acadêmico e a todos que se servem dele, que necessitam rever suas práticas e posições frente às diversas demandas que os espaços coletivos e as relações nos exigem.

Contar, por meio de diálogos, como o Laboratório de Inclusão foi conduzido, e articular esta dinâmica à luz da psicanálise e da saúde coletiva oportuniza a compreensão sobre um “saber-fazer” psicanalítico, aplicado a um campo tão necessitado de ações que é o da nossa Saúde Pública, desmontando a lógica de que a psicanálise e o psicanalista são profissionais elitistas que oferecem cuidado para a pequena parcela da população que pode pagar.

Compreender a dinâmica de um dispositivo, que se coloca a serviço dos profissionais que trabalham com crianças e adolescentes, em abrigos e escolas, sabendo que esses profissionais dispõem de poucos ou de nenhum espaço de fala e

de apoio para lidarem com as questões e impasses de seu cotidiano, dúvidas e angústias, amplia a importância e a relevância do dispositivo estudado.

Por fim, mas articulando, ainda, a psicanálise e a saúde coletiva, destacamos o Laboratório de Inclusão como sendo um dispositivo factível de ser incorporado aos equipamentos tanto da saúde mental quanto da Atenção Básica, que oportuniza o diálogo “entre-atores” de outras Secretarias, além da Secretaria da Saúde, com foco no cuidado de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

Evidenciamos, também, a relevância das ações intersetoriais, especialmente no campo da infância, adolescência e da saúde mental. A efetivação dessas ações, tal como o Laboratório de Inclusão, contribui para a permanência do diálogo e de construções coletivas.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, suplemento 2, 2009.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. de (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª. edição e reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> >. Acesso em: 1 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção**. Editora MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Editora MS, 2010.

BRASIL. Secretaria Nacional de promoção dos direitos da criança e do adolescente. Matriz Intersetorial de Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília, 2011, 84 p.

CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007.

CAMPOS, R. O. **Psicanálise & saúde coletiva – Interfaces**. Hucitec Editora. São Paulo, 2014.

CHIAVERINI, D. H. (org. et al). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo em Saúde Coletiva, 2011.

CUNHA, J. A. O problema. In:_____. **Psicodiagnóstico - V**. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 32-38.

FIGUEIREDO, A. C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos – A clínica psicanalítica no ambulatório público. Editora Relume Dumará. Rio de Janeiro, 1997.

FORBES, J. Clínica e Pesquisa em Psicanálise. Disponível em: < <http://www.jorgeforbes.com.br/br/jorge-forbes/perfil.html> >. Acesso em: 1 dez. 2017.

FREUD, S. Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos. In:_____. **Obras Completas**, Volume VII, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1901-1905/1996.

_____. O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos. In:_____. **Obras Completas**, Volume XII, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1911-1913/1996.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html > Acesso em: 13 ago. 2017.

GUERRA, A.M.; MOREIRA, J.O. A psicanálise nas instituições: saúde mental, assistência e defesa social. Editora CRV. Curitiba, 2010.

JERUSALINSKY, A. O Outro do Pedagogo: ou seja, a importância do trauma na educação. In:_____. **Psicanálise e Educação: uma transmissão possível.** REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE / Associação Psicanalítica de Porto Alegre. - nº 16,1999, p. 8-13.

KUPFER, M. C. M. Freud e a Educação 10 anos depois. In: Psicanálise e Educação: uma transmissão possível. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre/ Associação Psicanalítica de Porto Alegre.** - nº 16,1999, p.14-26.

KUPFER, M. C. M. PECHBERTY, B. In: A escolarização de crianças e de adolescentes com problemas psíquicos graves no Brasil e na França: algumas observações. **Psicanálise, transmissão e formação de professores.** Belo Horizonte: Fino Traço, 2011. p.145-156.

LACAN, J. **Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LANJONQUIÈRE, L. **Infância e ilusão (psico) pedagógica: escritos de psicanálise e educação.** Petrópolis: Vozes, 1999.

MANNONI, M. **A Criança, sua Doença e os Outros.** São Paulo: Via Lettera, 1999.

MINAYO, M. C. S. O. In:_____ (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 10 dez. 2017.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Classificação Brasileira de Ocupações.** Disponível em: < <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/legislacao.jsf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

MORETTO, M. L. O que pode um analista no hospital. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2001.

MOVIMENTO PSICANÁLISE, AUTISMOS E SAÚDE PÚBLICA. Disponível em: < <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/manifesto/>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Dados Demográficos dos Distritos pertencentes às Subprefeituras.** Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Saúde em Dados.** Boletim CEInfo - ano XIV nº 14, junho/2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf>. Acesso em: 2 set. 2015.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Subprefeituras.** Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.php?p=14894>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PSICANALISTAS PELA DEMOCRACIA. Disponível em: <<http://psicanalisedemocracia.com.br/2016/11/lancetti-brasileiro-por-psicanalistas-que-falam/>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, 26(1), 44-52; 2014.

ROSA, M. D. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, 22(1), 180-188, 2010.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Editora Record LTDA, 2015.

SILVA, R. F. A psicanálise na instituição. Colóquio do LEPSI do IP/FE-USP. 2004.

SCHUMANN, L. R. M. A.; MOURA, L. B. A. M. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, julho 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2017.

STOLZMANN, M. M.; RICKES, S. M. Do dom de transmitir à transmissão de um dom. In: *Psicanálise e Educação: uma transmissão possível.* Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre / Associação Psicanalítica de Porto Alegre. - nº 1 p.39-51; 1999.

TRABALHOS DA ESCOLA DA CAUSA FREUDIANA REUNIDOS PELA ASSOCIAÇÃO DO CAMPO FREUDIANO: Pertinências da Psicanálise Aplicada. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p.12-79.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Apêndices

Apêndice A – Questionário Inicial

Questionário Inicial

1. Em sua Instituição existem crianças com questões relativas a “sofrimentos psíquicos”?
2. Quais prejuízos ou desajustes essas crianças apresentam?
3. “Causa” (gera) na equipe (trabalhadores) algum desconforto? Qual?
4. Sua instituição já fez algum encaminhamento para o CAPS?
5. Como você se sente frente a essas crianças?

Apêndice B – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

1. Como foi a experiência de participar do Laboratório de Inclusão?
2. Houve mudanças na sua prática profissional? Quais?
3. A quais elementos você atribui tais mudanças?
4. Você percebe mudanças na criança ou adolescente alvo da sua demanda?
Qual?