

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

Práticas clínicas e o cuidado possível num Centro de
Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: perspectivas de
uma equipe interdisciplinar

Aracelly Castelo Branco de Oliveira

2014



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**PRÁTICAS CLÍNICAS E O CUIDADO POSSÍVEL NUM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL:
PERSPECTIVAS DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR**

ARACELLY CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA

Sob a Orientação da Professora

Lilian Miranda

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Desenvolvimento Humano, Cognitivo e Social.

Seropédica, RJ

Março de 2014

É permitida a cópia parcial ou total desta dissertação, desde que citada a fonte.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ARACELLY CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia** no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Desenvolvimento Humano, Cognitivo e Social.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 13 / 03 / 2014.

Lilian Miranda. Dra. UFRRJ
(Orientadora)

Luna Rodrigues Freitas Silva. Dra. UFRRJ

Gustavo Correa Matta. Dr. ENSP/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicionais desde sempre.

À todas as crianças e adolescentes que tive a oportunidade e o privilégio de atender ao longo de minhas experiências clínicas, que foram meus pacientes e foram pacientes comigo, por toda pureza, beleza, saúde e esperança.

À minha orientadora Lilian Miranda pelo cuidado, compreensão, ensinamentos e disponibilidade ao longo de todo este processo.

À toda equipe profissional do CAPSi de Paracambi pelo acolhimento e disponibilidade, viabilizando a realização deste estudo, especialmente à coordenadora Cleusa.

Aos professores de mestrado do departamento de psicologia da UFRRJ.

A todos meus familiares pelo incentivo e torcida, em especial à tia Kacinha.

À minha psicoterapeuta Fernanda Travassos Rodriguez pelo *holding* e a contribuição em mais uma conquista na minha caminhada.

Aos meus amigos, em especial às minhas “amigas-irmãs” Thaís, Joyce e Dina pela amizade e participação desde o início à conclusão.

Aos meus companheiros de curso, especialmente à Carolina, Thiene, Solange, Rosane, Tássia, Lucimere e Bruno, pelas trocas, apoio e risadas compartilhadas.

À Marta, Lívia e Lourdes, pelo carinho.

À Leila e a Sueli pela eficiência.

Ao professor Gustavo Correa Mata pelas contribuições na qualificação e por integrar a banca de defesa desta dissertação.

À professora Luna Rodrigues Freitas Silva por ter aceitado compor a banca de defesa desta dissertação.

À UFRRJ que sempre fez parte da minha história pessoal e passou a fazer parte do meu histórico acadêmico com muito orgulho.

À CAPES.

RESUMO

Oliveira, A. C. B. (2014). **Práticas clínicas e o cuidado possível num CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar.** Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) são as principais instituições públicas de saúde a oferecer atenção diária a crianças e adolescentes que demandam cuidados em saúde mental. Apresentam-se como um serviço substitutivo ao modelo manicomial, com a proposta de atuação em redes intersetoriais de atenção. Ainda são incipientes os estudos que discutem seu modo de funcionamento e eficácia clínica. O objetivo deste trabalho foi compreender quais os pressupostos teóricos e político-ideológicos, saberes, ferramentas e crenças envolvidos nas práticas de cuidado utilizadas no tratamento de crianças e adolescentes assistidas em um CAPSi. Através do método qualitativo, foram realizadas entrevistas, observação participante e pesquisa documental, ao longo de três meses, em um CAPSi do município de Paracambi/RJ. A interpretação do material empírico foi feita através da análise temática, permitindo a categorização e discussão de aspectos envolvendo a relação do serviço com o contexto político e a rede de saúde, bem como a organização da assistência e as estratégias de apoio ao cuidado. Observou-se que as propostas clínicas pautam-se na preocupação em dirigir o cuidado a partir das demandas dos pacientes, através de projetos terapêuticos que devem ser viabilizados coletivamente pela equipe. A supervisão clínico-institucional se mostra como importante sustentação da prática cotidiana e mediação para as relações interprofissionais. Um dos principais desafios do serviço é lidar com a sensação de que precisa responder, sozinho, a todas as demandas que envolvem sofrimento psíquico de seu público. A escassez de serviços na rede e as pressões políticas são problemas que convivem com a dificuldade cotidiana de lidar com o sofrimento psíquico das crianças e seus familiares. Apesar disso, os profissionais e o supervisor apostam nas possibilidades de construção constante de um trabalho criativo e sensível às questões psicossociais dos pacientes.

Palavras-chave: CAPSi, Saúde Mental, Infância, Equipe Interdisciplinar, Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

Oliveira, A. C. B. (2014). **Clinical practice and feasible care at CAPSi: perspectives of an interdisciplinary staff**. Psychology Master degree Dissertation, from Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, Rio de Janeiro, Brazil.

The Centers for Psychological Care of Children and Adolescents (CAPSi) have been considered major public health institutions providing daily care for children and adolescents requiring mental health care. As a substitute service for asylum model, proposing intersectoral networks, CAPSi was created. Studies discussing its operation and clinical efficacy have still been emerging. The aim of this study was to understand theoretical and political- ideological assumptions, knowledge, tools and believes involved in the care practices for children and adolescents in a CAPSi unit. By qualitative methods, interviews, documentary research and clinical observation over three months, CAPSi in Paracambi/RJ, were carried out. Interpretation of empirical material was performed in according to the thematic analysis, allowing issues categorization and discussion involving service relationship to political context and health system, as well as, care organization and support strategies. It was observed clinical proposals guided by the concern for directing care from patients demands through therapeutic projects which must be collectively attained by the staff. Clinical and institutional oversight has showed an important support of daily practice, as well as, mediation to inter-professional relationships. One of the main challenges of the assistance has been dealing to the sensation about what is necessary for answering to all demands in relation to people psychological misery. Scarcity of network services and political pressures have been considered as problems coexisting to daily difficulties for managing to children and families psychological suffering . Nonetheless, professionals and supervisor have bet on possibilities for a constant building based on sensitive and creative work related to psychological issues from patients, as well.

Keywords: CAPSi, mental health, childhood, interdisciplinary staff, health care.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO.....	10
3. JUSTIFICATIVA.....	11
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	11
4.1. Processo Histórico.....	11
4.2. Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).....	17
5. MÉTODO.....	29
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6.1. Beve apresentação do campo estudado.....	32
6.2. A organização da assistência.....	37
6.3. Estratégias que apoiam e viabilizam o cuidado: avanços e desafios.....	53
6.4 Desafios na rotina do serviço.....	59
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
9. ANEXOS.....	71
Roteiros de questões.....	71
Roteiro de observação.....	74
Termos de consentimento livre esclarecido.....	76

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, verificamos a ausência de políticas públicas em saúde mental infantil até o século XIX. No período colonial inexistia atenção específica direcionada ao sujeito nesta fase inicial do desenvolvimento. Somente a partir de meados do século XIX, quando ficam evidenciados os altos índices de mortalidade infantil, os saberes médicos e psicológicos se voltam para essa temática. Concomitantemente, as intervenções médicas implementaram ações higienistas que buscavam inserir novos hábitos de saúde e higiene pessoal, impondo de maneira autoritária mudanças de comportamento na instituição familiar brasileira e nos demais contextos nos quais se configuravam o desenvolvimento infantil, modificando não apenas o panorama na área de saúde, mas também no âmbito social (Ribeiro, 2006).

Até meados do século XIX, as crianças e adolescentes que manifestavam algum tipo de comportamento fora do padrão compreendido como normalidade, especialmente aquelas provindas de classes sociais de baixa renda, eram conduzidas aos espaços psiquiátricos direcionados ao público adulto, pois não havia estudos sobre as patologias mentais infantis, tampouco serviços especializados. Baseado nas propostas higienistas, o modelo de assistência a este público foi configurado através da institucionalização de práticas fragmentadas, inserindo a criança em um processo de disciplinarização e normatização, baseado num modelo social pré-estabelecido. O movimento higienista ocorreu ao longo do século XIX, se estendendo até o início do século XX, fundamentado numa proposta positivista, por médicos que buscavam “intervir não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área de saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social” (Merisse, 1997, pp.33-34). Através das intervenções fundamentadas nesta proposta, o movimento influenciou na inserção de novos hábitos, tais como cuidados com a higiene pessoal, controle de endemias, proposta de uma pedagogia moral voltada para a educação e formação das crianças em colégios internos, e mais atenção e assistência a essa população (Ribeiro, 2006).

No contexto brasileiro, na segunda metade do século XIX foram criados os primeiros Jardins de Infância e as primeiras Creches em alguns estados. Foi também inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II. A partir do início do século XX, o movimento higienista cresce no espaço da psiquiatria, assim como a consciência da importância da assistência a crianças e adolescentes. Surgem, então, as instituições voltadas para o cuidado com crianças e adolescentes, em maior parte de natureza privada ou filantrópica (Ribeiro, 2006).

Porém, apesar da evidente necessidade de novos espaços terapêuticos, o serviço público ainda não havia se estruturado para atender essa demanda, ficando este espaço restrito às instituições psiquiátricas baseadas no funcionamento das instituições totais. Fazia-se necessário iniciar um processo de construção de novos modelos de cuidados em saúde mental infanto-juvenil, com propostas e ações específicas voltadas para atenção integral ao sujeito em desenvolvimento, havendo espaços de comunicação entre os ambientes sociais nos quais encontravam-se inseridos, o que só se torna possível no final do século XX (Ribeiro, 2006). Segundo Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010), a partir do final da década de 1970, três significativos acontecimentos estão relacionados à área da saúde mental infanto-juvenil e regulados pela Constituição de Federal de 1988: a Reforma Sanitária através da criação do SUS e seus princípios e diretrizes; o movimento da Luta Antimanicomial que se consolida com a promulgação da Lei 10.216/2001; e o

reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito através da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), concluído em 1990.

Nesse contexto histórico, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço público substitutivo aos antigos modelos de instituições psiquiátricas. A proposta do serviço é acolher a demanda de saúde mental de um determinado território.

Recentemente, entre 2002 e 2004, surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), efetivando a nova política em saúde mental infanto-juvenil, formalizados pela Portaria MS nº 336/02, definidos como o principal serviço especializado em cuidados em saúde mental à crianças e adolescentes com transtornos psicóticos, neuroses graves e ainda, autismo. O CAPSi consiste em um serviço de atenção diária a crianças e adolescentes que demandem cuidados em saúde mental. Influenciado pelas propostas da Reforma Psiquiátrica, o CAPSi se constitui como um serviço substitutivo ao modelo manicomial, devendo funcionar concomitantemente com outros dispositivos em saúde mental e a partir da proposta de Redes de Atenção (Lauridsen-Ribeiro & Tanaka, 2010).

Os CAPSi e a política de saúde mental, propriamente dita, voltada para crianças e adolescentes ainda são recentes, contando com poucos estudos sobre o modo como se estruturam, os resultados que têm alcançado, os processos terapêuticos que envolvem, dentre tantas outras questões relacionadas à atenção à saúde. A nosso ver, o sofrimento psíquico grave, quando vivido por crianças, configura-se como um grande desafio para a clínica e os profissionais envolvidos. Diante disto, o presente trabalho tem como temática o tratamento em saúde mental a um segmento específico da população, crianças em sofrimento psíquico grave, a partir da Reforma Psiquiátrica e a criação de novos dispositivos de cuidado, desenvolvidos, especificamente, nos CAPSi. Portanto, pretendemos conhecer a forma como os CAPSi realizam o acompanhamento de seus pacientes, estudando especialmente as novas práticas clínicas. Tal estudo levará em consideração os pressupostos teóricos que os profissionais afirmam utilizar nas práticas, bem como o posicionamento político da equipe, as crenças e saberes diversificados que permeiam a prática cotidiana. Como não poderia deixar de ser, consideraremos ainda o lugar que o CAPSi ocupa na rede onde se insere. Para tanto, serão abordados aspectos referentes à Reforma Psiquiátrica, especialmente aqueles que envolvem as noções de território, redes, acolhimento e inserção social. Assim, apresentamos abaixo, de modo sistematizado, os objetivos desta dissertação.

2. OBJETIVO

1. Mapear o funcionamento geral de um CAPSi no que diz respeito à demanda atendida, recursos humanos e materiais disponíveis.
2. Mapear as principais demandas dos pacientes, tal como são identificadas e compreendidas pelos profissionais.
3. Conhecer as estratégias clínicas desenvolvidas no serviço e o modo como são planejadas e significadas pelos profissionais.

3. JUSTIFICATIVA

As recentes pesquisas sobre práticas em saúde mental infantil apontam a necessidade de políticas públicas e estudos específicos que possam orientar a criação de novas formas de olhar e abordar o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes (Boarini & Borges, 1998).

Boarini e Borges (1998) assinalam que é bastante alto o índice de procura por tratamento a crianças e adolescentes nos serviços públicos de saúde. Entretanto, ainda são poucos os estudos de caráter epidemiológico relativos à população infantil que constitui a demanda nos serviços públicos de saúde mental. Os autores mencionam a pesquisa de Almeida Filho (1985), realizada através do Programa de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), a partir da qual pôde-se constatar as dificuldades dos serviços em atender toda a demanda de um determinado território. Verificou-se que tal demanda relacionava-se, predominantemente, aos casos ligados a problemas de aprendizagem e não a transtornos mentais graves que demandam, necessariamente, o atendimento especializado em saúde mental (Boarini & Borges, 1998).

Nesse cenário, verifica-se que a Política de Saúde Mental no Brasil, bem como em diversos países, especialmente os em desenvolvimento, apresenta uma discrepância entre a demanda e a oferta em serviços de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes. A grande maioria das políticas públicas em saúde mental propostas são voltadas para o público adulto. Entretanto, considerando-se as especificidades da população infanto-juvenil, defende-se que se faz necessário a criação de estratégias de intervenção adequadas e específicas a esta fase do desenvolvimento e suas manifestações psicopatológicas (Couto et al., 2008).

Embora novos serviços tenham sido criados na última década, como os CAPSi, ainda encontramos grandes desafios na compreensão da criança envolvida com sofrimentos psíquicos muito graves, assim como na construção de novas formas de manejo clínico e estratégias terapêuticas que possam ser eficientes, considerando todas as particularidades desses pacientes, e não simplesmente reproduzindo modelos terapêuticos baseados no tratamento de sujeitos em outra fase do desenvolvimento, advindas do processo institucional que precedeu a Reforma Psiquiátrica.

Portanto, a relevância da presente pesquisa confirmou-se no decorrer da pesquisa bibliográfica, ao considerar o pequeno número de publicações sobre saúde mental infanto-juvenil em geral, especificamente sobre as práticas clínicas.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1. Processo Histórico

4.1.1. Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil iniciou-se a partir da década de 1970, inserido num momento histórico de democratização do país, marcado por movimentos sócio-políticos determinantes, tais como a Reforma Sanitária, localizada no campo da saúde em geral (Pitta, 2011). Esta apresentava a proposta de reformular o sistema nacional de saúde, estabelecendo as bases de organização do Sistema Único de Saúde, modificando a lógica da saúde pública brasileira, pois propunha um sistema de

acesso universal, baseados nos princípios da integralidade, equidade e igualdade. A Reforma Psiquiátrica se apresenta, através de críticas à concepção teórica de loucura e às formas hegemônicas de tratamento, com o objetivo central de “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial” (Tenório, 2002, p. 35).

A Reforma Psiquiátrica foi motivada pela necessidade de mudança nos dispositivos clínicos, a partir da transformação da compreensão da loucura e das denúncias sobre o funcionamento dos antigos manicômios, nos quais os pacientes sofriam processos de exclusão social, privação da liberdade e do exercício da cidadania, sendo submetidos à práticas terapêuticas de baixa eficácia. Assim, o “processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como proposta fundamental a busca pela cidadania do louco, a partir de um novo entendimento acerca da loucura: considerando seus determinantes culturais e sociais, busca-se os direitos civis do doente mental” (Tenório, 2002, pp. 26-27). Entendemos que a doença é produzida e vivenciada a partir das relações sociais do sujeito, o tratamento deve considerar este aspecto, tendo como um de seus objetivos a inserção social do paciente.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei nº 3.657/89 propondo mudanças no âmbito psiquiátrico. Anos após muitas dificuldades em sua aprovação, em 06 de abril de 2001 foi promulgada a Lei 10.216, passando a ser conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Tenório, 2002). Este dispositivo legal dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por novas modalidades de atendimento, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, centros de convivência, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), emergências psiquiátricas, alas psiquiátricas em hospitais gerais, entre outras estratégias criadas para viabilizar a desospitalização de pacientes internados durante longos períodos (Maciel et al., 2009).

A partir da década de 1990, instituem-se novos modelos de assistência em saúde mental no país através da criação de serviços e dispositivos baseados em novas propostas de atenção psicossocial, que se viabilizariam especialmente através da expansão dos CAPS. Além desses serviços, outros dispositivos são implantados, de modo que a desospitalização e a reinserção social de pessoas com longas histórias de institucionalização fosse viável. No ano 2000, por exemplo, são criadas duas Portarias, 106 e 1.220, instituindo os SRT. Em 2002 temos as Portarias 336 e 189 que definem as normas de funcionamento e de modalidades dos CAPS, que se tornou a base do processo de substituição do manicômio e constituiu-se como a referência primordial entre os serviços substitutivos (Brasil, 2005). Este serviço se apresenta fundamentalmente com as seguintes propostas: referência em atendimento público em saúde mental, trabalho com a clínica da psicose e a transmissão da mesma (Tenório, 2002). Deste modo, o Ministério da Saúde apresenta o CAPS:

“Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital

Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário”.

Neste sentido, os CAPS se apresentam como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial, através da desinstitucionalização como proposta central. Leal e Delgado (2007) definem o CAPS como um modo de operar o cuidado, o que abrange elementos que vão além das fronteiras do serviço de saúde. A ideia de clínica que é praticada no CAPS, chamada de clínica ampliada, clínica de atenção psicossocial e clínica da reforma, refere-se a “um conjunto particular de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado” (p.142), através da qual o sujeito é compreendido a partir da sua relação consigo e com o meio social. Assim, a intervenção clínica seria produzida através da relação que se estabelece entre o sofrimento psíquico do paciente, o serviço e a comunidade, de tal modo que o cuidado se constrói a partir da relação entre estes três elementos.

Atualmente, o SUS tem a saúde mental entre as suas diretrizes de atuação, tendo como principal objetivo promover a substituição do antigo modelo manicomial por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária (Brasil, 2005).

Como vimos, no que se refere à assistência às crianças e adolescentes, a política de saúde mental brasileira tem como serviços principais os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Eles foram criados a partir de 2002 e desde então se apresentam como um serviço de referência, sendo uma modalidade de CAPS que atende a demanda de saúde mental que envolve prejuízos severos e persistentes em crianças e adolescentes, priorizando atendimentos para casos de psicose, neurose grave e autismo, de acordo com o prejuízo psicossocial de cada paciente. São caracterizados por serem serviços de base territorial e de natureza pública, financiados integralmente pelo SUS. A equipe deve ter o perfil multiprofissional e atender os pacientes em regimes diferenciados de tratamento de acordo com o caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), através de atividades terapêuticas nas quais cada paciente é inserido de acordo com seu planejamento terapêutico singular (Couto et al., 2008).

Neste breve histórico verificamos atualmente um significativo avanço nas políticas públicas e ações em saúde mental. Porém, sobretudo quando se considera a atenção a crianças e adolescentes, trata-se de um processo ainda em construção de um novo formato de assistência ampla ao sujeito, que deve propor a consolidação uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil (Couto et al., 2008), que contemple toda a assistência necessária, através da articulação de diferentes setores, e atenda às especificidades dessa população.

Pitta (2011) fala em desinstitucionalização responsável e aponta inúmeros desafios que a política de saúde mental ainda deve enfrentar, sobretudo no que diz respeito à constituição de uma rede de serviços capazes de acolher o sujeito em qualquer momento em que se apresente uma situação de sofrimento grave, principalmente nas vivências de crise, o que exige serviços territorializados, funcionado 24 horas e interligados. Podemos considerar esta uma diretriz norteadora de novas propostas e dispositivos nos cuidados em saúde mental, mas para entender o tamanho do desafio de sua implantação apresentamos uma breve reflexão acerca das mudanças verificadas, principalmente, a partir do século XX no entendimento acerca da infância e do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes.

4.1.2. Concepção recente de infância

Segundo Ariès (1981), a concepção de infância parece ser uma noção construída a partir da modernidade, pois até este período histórico este conceito era desconhecido ou não representado.

Historicamente as crianças não eram reconhecidas como sujeitos com especificidade própria. A criança, gradativamente, passou a ser vista e estudada em sua condição própria a partir do século XVIII, quando finalmente surge a concepção de infância. Portanto, esta é uma concepção moderna, e neste momento a criança deixa de ser reconhecida como um adulto em miniatura e passa a receber outro olhar acerca de sua existência e desenvolvimento (Almeida, 2006).

Para Vicentin (2006) “historicamente a criança sempre ocupou um lugar de objeto, seja dos processos de disciplinarização/normatização, seja da demanda amorosa dos adultos” (Vicentin, 2006, p.13). A mudança na posição que a criança ocupa em nossa sociedade ocidental é recente e está também relacionada com a nova consciência jurídica a partir do final da década de 1980.

Com a Constituição de 1988 e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, cria-se um novo lugar para a criança e o adolescente, na condição de sujeitos de direitos.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CF).

A partir da criação da Lei Federal referente ao ECA (Brasília, 1990) são definidos direitos que respeitam a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas humanas em processo de desenvolvimento. Verificamos nos primeiros artigos deste dispositivo legal importantes considerações:

Art. 3. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA).

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas Leis (ECA).

Com essa tradição construída na modernidade, percebemos a criança contemporânea como um ser ativo no meio ambiente em que se desenvolve, fazendo-se necessário desconstruir e reconstruir novos conceitos acerca do nosso olhar sobre a sua participação e relação na sociedade em que vive. Cada vez mais os estudos sobre o assunto nos apontam que é preciso pensar em um novo sentido de valorização da experiência na infância, considerando não apenas as lembranças do adulto acerca da sua

própria infância, mas reconhecendo a vivência infantil enquanto uma construção individual e fundamental ao desenvolvimento subsequente do ser humano (Almeida, 2006).

As atuais propostas em cuidado em saúde mental infantil estão em consonância com a compreensão que Vicentin (2006) faz sobre o tratamento e o sofrimento psíquico, como não sendo exclusivamente da criança, mas englobando a família, o meio social, os profissionais e a instituição de tratamento. Assim, se transforma os casos de sofrimento psíquico em compromissos coletivos, através de redes sociais de proteção. A partir desta consideração, podemos pensar que toda e qualquer ação planejada para os cuidados em saúde mental infantil deve necessariamente estabelecer parcerias através de políticas públicas que envolvam todos os ambientes que permeiam seu desenvolvimento, construindo assim uma rede ampliada de atenção em saúde mental, baseada nos princípios da intersetorialidade dos cuidados, atuação multidisciplinar e coresponsabilidade de todos os envolvidos.

A despeito das propostas de ampliação da rede assistencial voltada para crianças e adolescentes, alguns autores como Almeida (2006) e Cavalcante et al. (2012), apontam para um fenômeno frequente e relevante, o da invisibilidade da infância, cujas especificidades e necessidades não têm o espaço de atenção na sociedade adulta contemporânea, e conseqüentemente, dentre os profissionais de atenção básica. Os autores destacam a pouca relevância da condição da criança no contexto sociocultural dos adultos, a partir das relações em contextos como na área de saúde e na sociedade em geral. Cavalcante et al. (2012) realizaram um estudo sobre atenção em saúde mental à criança no contexto da Estratégia Saúde da Família e apontam que este público parece passar por uma invisibilidade diante dos trabalhadores da área de saúde em geral, embora estes profissionais estejam em contato direto com o grupo familiar. Ou seja, embora se desenvolva ação direta e acessível voltada aos cuidados à família, é possível constatar um trabalho voltado predominantemente aos membros adultos deste núcleo familiar, no qual o sofrimento psíquico das crianças costuma passar despercebido. Nesse sentido, Almeida (2006) ressalta que ainda se faz válida a observação de Benjamin (1984) de que “levou-se um longo tempo até que percebêssemos que as crianças não são homens ou mulheres de dimensões reduzidas” (1984, p. 64).

Outros autores levantaram dados que apontam para este mesmo fenômeno, como Delfini et al. (2012), que realizaram uma pesquisa que descreve e analisa as articulações entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do CAPSi acerca das ações de atenção em saúde mental infanto-juvenil em cinco regiões distintas no município de São Paulo, através de entrevistas com os gestores das respectivas unidades de atenção. Nessa pesquisa, verificaram que as especificidades da infância e adolescência foram pouco mencionadas durante as entrevistas, nas quais os entrevistados, ao falar sobre o serviço no CAPS, abordavam as dificuldades gerais em lidar com a questão da saúde mental. Os autores associam esse fato com o próprio histórico da saúde mental no país, que se constituiu voltado para população adulta, sendo apenas no início do século XXI elaboradas as primeiras propostas de uma política específica para a população infanto-juvenil. Importante mencionar que uma atenção voltada para a saúde mental infanto-juvenil nos locais de contato direto com a comunidade assistida pode se tornar um recurso preventivo em muitos casos, possibilitando a detecção e intervenção precoces.

4.1.3. O nascimento da Clínica Psiquiátrica Infantil

Apesar do campo de observação da clínica psiquiátrica infantil ser tão antigo quanto a clínica do adulto, seu estabelecimento, baseado especificamente em conceitos próprios, deu-se somente a partir da década de 1930. Assim, podemos considerar que chamada de psiquiatria infantil teve sua emergência a partir do século XX (Bercherie, 1992).

Até meados do século XIX, o retardamento mental era reconhecido como o único problema que poderia acometer uma criança. Antes de 1820, Esquirol nomeou esse quadro de *idiotia*, distinguindo o idiotismo adquirido (curável) do congênito e definindo o conceito não como uma doença, “mas como um estado no qual as faculdades intelectuais nunca se manifestaram, ou puderam desenvolver-se o bastante (...)” (Bercherie, 1992, p. 21).

Sendo a idiotia o único problema específico da infância, tinha-se, até meados do século XIX, uma divisão que estabelecia a loucura do adulto numa concepção biológica e psicológica e delegava, especificamente à infância, apenas uma doença congênita ou adquirida, relacionada a um retardamento ou inibição das faculdades mentais. Dessa forma, ocorre uma divisão da loucura do adulto (numa concepção biológica e psicológica) e de uma doença congênita ou adquirida na infância. Até este período histórico, os autores não acreditavam na loucura propriamente dita na infância, reduzindo todas as manifestações, inclusive quadros epiléticos, à idiotia.

Na segunda metade do século XIX foi publicada a primeira geração de tratados de psiquiatria infantil, ainda baseada no modelo da clínica do adulto. Consistia em descrever as doenças associando quadros clínicos ao longo de um período temporal delimitado. O que havia em comum nestas publicações é que acabavam por localizar na criança (paralelo ao retardamento) as síndromes mentais descritas no adulto. No início do século XX, as obras de Bleuer e Homburger sobre esquizofrenia, permitiram distinguir o retardamento mental da noção de psicose infantil (Bercherie, 1992).

O último marco histórico da psiquiatria infantil inicia-se na década de 1930 e se estende aos dias atuais, caracterizado pela influência psicanalítica na clínica infantil:

“A descoberta de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, ganha no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, pois as perturbações psicológicas dependem, aqui, de uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente” (Bercherie, 1992, p.29).

Assim nasce uma clínica nova e diversificada: além dos conceitos de neurose e psicose infantil e manifestações de retardo mental, surgem os conceitos das doenças psicossomáticas, distúrbios do comportamento e transtornos afetivos, e alteração do desenvolvimento (motricidade, sono, funções esfinterianas, fala, etc) (Bercherie, 1992).

Bercherie (1992) menciona Meyer, como um ouvinte de Freud, e sua compreensão sobre a doença mental não como uma lesão orgânica, mas como uma conduta com função e sentido na história do sujeito, relacionada ao seu histórico, aos seus recursos psicológicos e seu estado somático. Desde esse período, a clínica psicopatológica da criança vem se constituindo através de influências psicanalíticas. Ao passo que a clínica psiquiátrica do adulto precede os estudos psicanalíticos, a clínica psicanalítica infantil começou a se constituir com identidade própria e bases particulares. Assim, a psicologia

infantil começa a construir seu espaço independente no final do século XIX. Temos a clínica moderna caracterizada pela compreensão da infância a partir de sua existência própria, com bases empírica e psicanalítica (Bercherie, 1992).

Atualmente, observamos diferentes escolas que sustentam alguns formatos clínicos voltados a crianças e adolescentes. Consequentemente, coexistem nos serviços públicos concepções próprias de uma psiquiatria biológica, associada à psicologia comportamental e ao uso, cada vez mais intenso, do DSM como manual diagnóstico, com leituras de diferentes escolas psicanalíticas, bem como com influências da gestalt terapia e do humanismo. Propõe-se que os CAPS sejam espaços propícios à interdisciplinaridade, ao convívio com as diferenças (das mais variadas tipologias) e da realização de trocas, a serem construídas no espaço do trabalho em equipe. Contudo, ficamos instigados com o modo como essas concepções teóricas e o *saber-fazer* dos profissionais se compõem nas práticas clínicas. Perguntamo-nos também como a equipe se apropria desses elementos para construir sua compreensão acerca das necessidades de tratamento da clientela que atende.

4.2. Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)

4.2.1. Caracterização dos CAPS

Delfini et.al. (2012) apresentam os serviços de atenção psicossocial abordando o atual desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira no âmbito da saúde pública: a atenção em saúde mental infanto-juvenil, que se faz no marco do movimento da Reforma Sanitária e a implantação do SUS, bem como do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito através da promulgação do ECA, demanda do Estado novas políticas públicas e assistência às crianças e adolescentes.

Os CAPS, como outros serviços substitutivos em saúde mental, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. A partir da criação desta portaria, ocorreu o reconhecimento e a ampliação dos CAPS enquanto um serviço de referência em saúde mental.

Fundamentado nas normas do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o serviço dos CAPS em geral tem como principais objetivos substituir o modelo hospitalocêntrico e oferecer atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, em um determinado território de abrangência, através de cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. Desta forma, viabilizando os direitos destes usuários enquanto cidadãos e a inclusão social destes e seus familiares.

As funções do CAPS estão definidas no site do Ministério da saúde, são elas:

“Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos

municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”.¹

Pinto (2007) afirma que a criação do CAPS vem justamente se opor à lógica médica e ao modelo asilar praticado ao longo dos anos até o marco do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste ponto, encontramos o diferencial do serviço, pois de modo geral no atendimento público *ambulatorial*, o sujeito é visto estritamente em sua *condição psicótica*, e busca-se intervir através de um modelo médico, através do qual não há lugar para a subjetividade e um espaço de escuta. Por outro lado:

“A existência do CAPS marca a efetivação da possibilidade de cuidar sem excluir e de tomar a responsabilidade pelo sujeito que sofre oferecendo um cuidado diário e contínuo aos pacientes. (...) Não se trata de abordar o “psicótico”, mas acolher a “condição psicótica”, de alguém que é maior que a doença, não redutível à categoria de doença e por isso infenso às estratégias tópicas do raciocínio sintomatológico” (Pinto, 2007, p. 25).

No que se refere ao funcionamento específico dos CAPSi, encontramos poucos trabalhos. Entre eles, destaca-se o estudo de Toledo (2004) que descreve o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo CAPSi do município de Santo Amaro (SP) a partir de três aspectos: o ambiente terapêutico, os grupos operativos e terapêuticos e a equipe multiprofissional. A autora define o CAPSi como um serviço comunitário, responsável pelo atendimento de pacientes com graves e moderados transtornos mentais de acordo com o território de abrangência do serviço. A proposta inclui projetos terapêuticos individualizados para cada paciente e sua inserção social, e ainda ações voltadas aos familiares. A equipe de profissionais possui perfil multiprofissional.

No caso do CAPSi essa estrutura organiza e centraliza uma rede de cuidados em saúde mental voltada para o atendimento de crianças e adolescentes em acentuado sofrimento psíquico.

4.2.1.2. Recente História de Formação dos CAPSi

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado no ano de 1986 na cidade de São Paulo. A partir deste, passam a surgir vários serviços de saúde mental em outros municípios por todo país, construindo um novo modelo assistencial e consolidando este como o novo dispositivo de atenção em saúde mental.

De acordo com Pinto (2007), a construção do CAPS Infante-Juvenil é algo recente, que de modo semelhante ao público adulto, surge em substituição ao histórico modelo asilar, com o agravante que anteriormente inexistia um espaço específico para esta faixa etária nos casos de psicose e autismo, sendo os pacientes submetidos à exclusão, sem o devido tratamento, nem espaço adequado que pudesse acolher suas peculiares condições de sujeitos em desenvolvimento e em grande sofrimento psíquico.

¹ www.portalsaude.org.br (Busca realizada em 12 de janeiro de 2013)

De acordo com as informações do Ministério da Saúde¹, temos cadastrados 81 CAPSi em todo país, distribuídos da seguinte forma pelas regiões: Norte (0), Nordeste (19), Centro Oeste (4), Sudeste (40) e Sul (18).

Atualmente no Estado do Rio de Janeiro, contamos com onze CAPSi cadastrados pelo Ministério da Saúde, distribuídos nos seguintes cidades: Barra Mansa, Belford Roxo, Campos dos Goitacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Niterói, São Gonçalo, Volta Redonda; cada cidade conta com um CAPSi, com exceção da cidade do Rio de Janeiro que possui três unidades, nos seguintes bairros: Jardim Sulacap, Botafogo, Taquara. Embora ainda não conste nesta relação, o município de Paracambi conta com um CAPSi, cadastrado há quase um ano.

Avellar e Ronchi (2010) pontuam que, apesar do crescimento do número de CAPSi em todo país, ainda verificamos uma grande escassez de serviços voltados à saúde mental na infância e adolescência. O que contrasta com dados de pesquisas nacionais que confirmam a alta prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Os autores se baseiam em estudos na área de saúde mental que indicam uma baixa oferta em serviços na assistência em saúde mental infanto-juvenil, a qual, quando existe, se concentra nos grandes centros urbanos, ficando as regiões de interior desassistidas dos serviços de saúde mental. De todo modo, o mencionam o estudo de Couto et al. (2008), apontando que se encontra no contexto da assistência à saúde mental infanto-juvenil não é uma ausência completa de recursos, mas, na verdade, uma desarticulação dos serviços públicos para infância e adolescência. Assim, tal como adverte Pitta (2011), a política de Saúde Mental brasileira tem na constituição de redes um de seus maiores desafios.

Atentos a esse tipo de desafio, Avellar e Ronchi (2010) lembram que as novas propostas pós reforma psiquiátrica se baseiam em uma forma de pensar a partir da promoção da intersetorialidade das ações e da particularização do atendimento ao público infanto-juvenil, considerando este público como formado por cidadãos de direito, para quem o tratamento deve respeitar várias especificidades, as quais eram desconsideradas anteriormente.

Diante do reconhecimento do desafio da efetivação de um trabalho em rede, em 2000 foi criado o Fórum Inter-Institucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, com o objetivo de abordar as questões acerca da assistência a este público e criar uma rede articulada de atenção. Posteriormente, em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental origina uma política pública de saúde mental para a infância e adolescência, na qual o CAPS “foi definido como modo operacional, como um pólo de base territorial que está sempre em referência à pluralidade de modalidade de serviços existentes na rede” (Pinto, 2007, p. 30), isto é, baseado nas propostas de desospitalização e desinstitucionalização, o serviço surge como um dispositivo de referência no campo de saúde mental infanto-juvenil.

¹ <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsriodejaneiro.php> (Busca realizada em 08 de fevereiro de 2014)

4.2.1.3. Relação do CAPSi com a rede

No estudo acerca da relação do serviço de atenção psicossocial com a rede disponível no território, Delfini et al. (2012) apontam que de acordo com as novas diretrizes de políticas públicas, os cuidados em saúde mental infanto-juvenil devem ser articulados através de uma rede intersetorial que busca maior abrangência de tratamento e inclusão social dos usuários. Assim, os atendimentos devem ser distribuídos em diversos serviços de saúde, como a Atenção Básica, composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF); os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi); Ambulatórios e Hospitais Gerais.

Nesse contexto, o CAPSi se apresenta como a principal estratégia de cuidados voltados para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave. Porém, a Atenção Básica tem funcionado em muitas situações como local privilegiado para o atendimento inicial, mesmo nos casos de saúde mental, devido ao seu contato direto com a comunidade assistida. A questão que surge é o despreparo dos técnicos que não possuem em sua formação conhecimento para o entendimento destes casos. Neste ponto, verifica-se a necessidade de uma articulação entre os serviços, a importância de uma atuação integrada entre o CAPSi e as equipes da Atenção Básica. Delfini et al. (2012) destacam que o CAPSi e as equipes da Atenção Básica devem compartilhar a responsabilidade pelos casos, possibilitando assim um manejo mais adequado nos casos de pacientes em sofrimento psíquico, embora encontrem-se muitos obstáculos neste sentido. Portanto, os CAPSi são dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde, bem como de outras redes sociais para poder alcançar a demanda da complexidade do público infanto-juvenil em sofrimento psíquico.

Ao tratarmos deste aspecto é necessário relembrar um conceito fundamental: território. O Ministério da Saúde apresenta a seguinte definição:

“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 (...). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados” (2004, p.11).

O enfrentamento da efetivação do trabalho em rede é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, já que esta “consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento” (Ministério da Saúde, 2004, p.25). Neste sentido, embora o papel do CAPS seja fundamental, é preciso reconhecer que a rede básica de saúde tem uma função estratégica neste novo modelo de atendimento, através da atuação do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde. Estes profissionais estão permanentemente em contato com a população de seus territórios de abrangência, facilitando a identificação de casos, a orientação e encaminhamentos.

Sobre a saúde mental infanto-juvenil, ao apontar a necessidade de um trabalho intersetorial de construção da rede de assistência, devido a sua natureza complexa demandar uma relação constante com os outros setores que atendam esta população,

Couto e Delgado (2010) mencionam “a possibilidade de mudanças e remanejamentos não apenas no setor da saúde mental, mas nos demais setores que integram o que vem sendo nomeado como rede pública ampliada de atenção” (pp. 273-274). Acerca da articulação entre profissionais e rede, os autores sugerem a criação de estratégias de articulação da saúde mental com a atenção primária, educação, assistência social e os demais serviços direcionados a esta população, como por exemplo, o matriciamento, a supervisão, entre outros.

A respeito do encaminhamento de pacientes dos CAPSi, Delfini et al. (2012) apontam este como a principal forma de contato entre as equipes de ESF e dos CAPSi pesquisados, porém verifica-se que são atribuídos distintos significados ao termo, sendo encontrado em algumas situações o encaminhamento *implicado* que envolve um compartilhamento de cuidado e ocorre posteriormente a uma discussão de caso entre as equipes envolvidas; ou em outros casos uma forma de encaminhamento indiscriminada, desresponsabilizando o serviço, havendo comunicação entre as equipes apenas para verificar a disponibilidade de vagas e inexistindo a preocupação com o projeto terapêutico e o acolhimento do paciente.

Sobre o matriciamento, os mesmos autores o definem como “um arranjo organizacional horizontalizado que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pela saúde integral de determinada população, denominadas dentro desse modelo como equipes de referência” (Delfini et al., 2012, p. 360). A equipe de apoio matricial, composta por diversos especialistas, atua de forma complementar com as equipes de referência, por exemplo, as equipes da ESF. Essa é uma estratégia de ampliação das ações com práticas especializadas realizadas por técnicos com a devida formação para determinadas intervenções. De acordo com as falas analisadas, a corresponsabilização (principal característica deste arranjo) nem sempre funciona na prática do serviço. Dessa forma, “a lógica centrada no encaminhamento ao especialista se mostra sobreposta à do matriciamento” (Delfini et al., 2012, p.361).

Delfini et al. (2012) pontuam que os obstáculos encontrados nessas falhas de comunicação entre as equipes envolvidas impedem a realização de um trabalho compartilhado e comprometem a possibilidade de um cuidado integral à população. As ações realizadas em conjunto, articuladas através de diversos recursos comunitários, são mais eficazes e propiciam um real acolhimento ao sujeito em sofrimento.

“O entendimento de que o CAPS tem o papel de atender o usuário apenas em uma situação de crise e depois ‘devolvê-lo para o território’ para reinseri-lo socialmente nos remete ao modelo manicomial que opera o atendimento dentro de um local específico para depois devolvê-lo à sociedade. Sabemos que a intervenção terapêutica no contexto social das pessoas tem mais efetividade e, sendo assim, a articulação entre serviços se mostra necessária” (Delfini & Reis, 2012, p.362).

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde, *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* (2004), “os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de

trabalho, escolas, empresas etc.” (p.12). Neste sentido, os CAPS ao assumir este papel articulador, poderão direcionar adequadamente os atendimentos baseado nos princípios das políticas de Saúde Mental, através do desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, encaminhamento e acompanhamento de pacientes, e atuando juntamente com dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Acerca dessa prerrogativa, Delfini et al. (2012) pontuam que no interior do próprio serviço (sem nunca se restringir a ele) estariam em acompanhamento os pacientes mais graves, mas como definir tal gravidade? Como discernir quem deve permanecer na atenção básica, ainda que com o apoio do CAPS, e quem deve ser acompanhado diretamente por este serviço? Para os autores, essas são algumas das questões que os CAPSi vêm enfrentando e que têm sido discutidas por alguns estudos, como mostramos a seguir.

4.2.1.4. Características principais da clientela atendida

Pelo o que preconiza o Ministério da Saúde (2004), os casos atendidos nos CAPS em geral são aqueles que se encontram em intenso sofrimento psíquico, comprometendo suas atividades rotineiras e conseqüentemente a qualidade de vida. Os CAPSi se caracterizam como um serviço de atenção diária de atendimento a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. “Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (p.23).

Delfini et al. (2009) destacam que “algumas dificuldades para identificação de transtornos mentais na população infanto-juvenil são: a indefinição de normal e patológico para determinada idade e contexto sociocultural; as variações qualitativas e quantitativas de cada sintoma; o fator do desenvolvimento, a implicação em avaliar algo que a priori está em transformação” (p.228). E, ainda, podem ocorrer outras interferências na avaliação de sintomas, tais como: a percepção do informante acerca do paciente (ex. responsáveis, professores,...) e os métodos para a avaliação, quando não são padronizados podem gerar classificações distintas.

Sobre o diagnóstico dos pacientes inseridos no CAPS, Delfini et al. (2009), constataram que uma parte significativa dos prontuários não apresenta a hipótese diagnóstica. Os demais prontuários apresentavam em maior quantidade transtornos de comportamento e transtornos emocionais, seguidos pelos transtornos de desenvolvimento global e retardo mental (de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – CID-10). Esses achados estão em consonância com a pesquisa de Hoffmann (2008).

Em estudo desenvolvido junto ao CAPSi de Santo Amaro (SP), Toledo (2004) procurou definir a proposta e a função desse serviço, entendendo que o trabalho inclui projetos terapêuticos individualizados para cada paciente e sua inserção social, e ainda ações voltadas aos familiares. A equipe de profissionais possui perfil multiprofissional. Em 2003 o serviço atendia 110 pacientes, sendo 66 em regime semi-intensivo e 44 em regime não intensivo. Sendo os pacientes predominantemente do sexo masculino: 95 do sexo masculino e 15 do sexo feminino. As categorias diagnósticas se apresentaram da seguinte maneira: quase a metade dos casos era de transtornos mentais do desenvolvimento, e os demais distribuídos nas seguintes categorias: distúrbios de conduta; transtornos emocionais com início especificamente na infância; transtornos hipercinéticos; episódios depressivos; transtornos mistos de conduta e das emoções;

reações ao estresse grave; e transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou adolescência.

Em consonância com o estudo de Toledo (2004), Avellar e Ronchi (2010) em uma pesquisa realizada num CAPSi de uma capital na região sudeste, constataram os seguintes resultados acerca do perfil dos usuários: a incidência maior de pacientes do sexo masculino; as crianças e os adolescentes, na maioria dos casos, eram encaminhados pelas unidades básicas de saúde; a maioria das crianças e dos adolescentes ao chegar no serviço já apresentavam diagnósticos, e estes diagnósticos iniciais diferiram dos produzidos no CAPSi; verificou-se um alto índice de transtornos do comportamento e emocionais, bem como de transtornos do desenvolvimento psicológico, além de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; quase a totalidade dos pacientes que estavam em atendimento faziam uso de algum medicamento.

Hoffmann et al. (2008) mencionam dados de estudos internacionais sobre saúde mental infanto-juvenil que apontam a prevalência de transtornos do desenvolvimento psicológico, transtornos emocionais e de comportamento. Esses autores desenvolveram um estudo de natureza descritiva, com corte transversal a partir de dados obtidos dos registros de atendimento ao longo do ano de 2003 pelos CAPSi das cinco regiões do país cadastrados no SUS. A análise dos dados considerou três variáveis: variáveis relativas à natureza dos serviços; variáveis relativas à clientela; e variável relativa ao cuidado oferecido. Verificou-se que os CAPSi realizam atendimentos a uma clientela compatível com o proposto nas normas que preconiza o Ministério da Saúde, acerca da faixa etária e do território de abrangência. Os diagnósticos predominantes são compatíveis com dados encontrados em estudos semelhantes, segundo os quais os transtornos de comportamento são os mais comuns, independente da faixa etária do usuário.

Hoffmann et al. (2008) concluem o estudo recomendando reflexões sobre a estrutura de um sistema de informações sobre o serviço de atendimento em saúde mental infanto-juvenil. Asseveram que este deveria conter dados acerca de aspectos sociais, história de vida, co-morbidades e, ainda, a interação com outras redes de atenção, possibilitando análises mais amplas dos casos e embasamento de decisão de gestores e profissionais envolvidos, visando a proposta de cuidado integral do paciente.

Sobre esse cuidado, Hoffmann et al. (2008) lembram que a proposta é atender o sujeito e não simplesmente o portador de um diagnóstico, o que encontra-se em consonância com o posicionamento de Pinto (2007) que, ao abordar a peculiaridade que caracteriza os CAPS, cita Goldberg (1994), lembrando a necessidade de não repetir o que tem sido a lógica na prática médica na rede pública de saúde em geral: o investimento no sintoma e não no sujeito. Ao pensar no paciente psicótico, esse investimento se mostra insuficiente, não alcançando o indivíduo em toda sua subjetividade, tratando os sintomas da doença e não o sujeito em sofrimento psíquico propriamente dito.

A mudança na lógica de tratamento exige a estruturação de dispositivos e práticas permeáveis à polifonia dos sujeitos, mas também de profissionais com formação suficiente para criar e fazer acontecer tais dispositivos, o que, como veremos a seguir, se coloca como mais um desafio para os CAPSi.

4.2.1.5. Os desafios que a atenção psicossocial nos CAPSi representa para os profissionais

Algumas pesquisas apontam para fatores relevantes sobre os profissionais envolvidos na prática de cuidados de atenção em saúde mental. Na pesquisa de Avellar e

Ronchi (2010), encontramos como tema central o modelo de funcionamento de um CAPSi no município de Vitória/ES, implantado no ano de 2007. Com a proposta inicial de conhecer o trabalho desenvolvido no primeiro ano de funcionamento desse serviço e buscar definir a proposta e a função do CAPSi, as autoras entrevistaram pelo menos um profissional de cada área que atuava no serviço e pesquisaram dados de prontuários dos pacientes que estavam em atendimento regular no período de doze meses. Verificamos alguns dados relevantes no relato dos profissionais que compõem uma equipe deste CAPSi que relataram a própria falta de experiência e conhecimento na área de saúde mental infanto-juvenil, demonstrando a necessidade de recursos que os ajudem no trabalho e complementem sua formação. Avellar e Ronchi (2010) ressaltam que esse fato pode conduzir o profissional a uma busca pelo conhecimento e investir em novas formas de atuação, porém a ausência de um modelo sistematizado de intervenção pode deixá-lo sem referências.

Os dados da pesquisa apontam para um movimento de criação de novas formas de atuação, como a busca de soluções criativas para enfrentar os desafios que surgem na prática diária deste serviço, por exemplo, a construção e reconstrução de projetos de vida destas crianças e adolescentes, através de uma atuação integrada da rede de assistência, pois os profissionais indicam a necessidade de buscar algo que falta ao serviço. Esse algo que falta ao serviço é descrito pelos profissionais principalmente como “falta de uma referência para o que fazem (...) [na] prática profissional dentro do CAPSi”. (Avellar & Ronchi, 2010, p. 81).

O estudo conclui que é necessário construir novas formas de atuação na assistência em saúde mental infanto-juvenil, através de uma rede de cuidados funcional e comprometida, e promover a cidadania das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave.

4.2.1.6. Dispositivos, Práticas Clínicas e outras formas de acompanhamento dos pacientes no CAPSi

Entendemos que parte significativa das informações sobre o tipo de acompanhamento de cada paciente do CAPSi deve estar registrada nos seus prontuários, iniciamos esse item com uma breve discussão sobre os mesmos. Reis et al. (2009) destacam a importância da investigação da função dos prontuários dos CAPSi, através de um estudo que visa compreender como os coordenadores de um determinado CAPSi percebem o valor e a utilidade dos prontuários dos usuários do serviço.

Os autores sinalizam que historicamente esta modalidade de registro praticamente servia à *medidas burocrático-administrativas*. Mas, atualmente, com as mudanças no cenário do sistema da saúde mental, “os prontuários e seus usos obedecem a claros princípios que fazem do usuário seu proprietário e das instituições seu guardião, consoante a princípios éticos bem delineados” (Reis et al., 2009, p.384). Dessa forma, o prontuário é propriedade do paciente, tendo este livre acesso às suas informações a qualquer momento.

De acordo com Reis et al. (2009), acompanhando esta mudança temos a transformação do sistema de atenção em saúde mental e a criação de novos serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas (RTs), em consonância com uma compreensão baseada em princípios éticos de natureza democrático-cidadã dos

prontuários, legitimando o usuário como sujeito de direitos e proprietário de seu histórico e suas informações.

Por isso, de acordo com os autores, verifica-se em diversos estudos a importância que vem sendo atribuída aos prontuários, servindo para o seguimento, segurança e respaldo do usuário e as mais diversas utilizações. Muitas pesquisas se utilizam de prontuários no levantamento de dados e, conseqüentemente, muitos estudos vêm se propondo a aperfeiçoar e modernizá-los, considerando-os como um recurso fundamental na saúde mental pública.

Neste estudo (Reis, 2009), as percepções do prontuário como recurso no serviço de atenção psicossocial, foram investigadas a partir de duas perspectivas: a utilidade para os usuários e a utilidade para a equipe técnica.

Os resultados apresentados apontam para a principal utilidade do prontuário como a de um *Instrumento de Intervenção e Diagnóstico* relatado na maioria das respostas, seguido de um *Lugar de Troca de Informação entre os membros das Equipes; Sedimentação da História do Sujeito; e Lugar de Segurança*. As respostas apontaram para a grande importância atribuída a este recurso para as Equipes dos CAPSi, sendo reconhecido como um dispositivo que possibilita a articulação e a comunicação entre os membros destas equipes.

Dessa forma, os prontuários são percebidos pelos coordenadores dos CAPSi como fundamentais no processo de intervenção clínica e acompanhamento dos pacientes (crianças e adolescentes), funcionando como recurso de suporte clínico que possibilita a continuidade da atenção dispensada aos usuários. Além disso, os sujeitos da pesquisa entendem que este dispositivo possibilita a articulação dos membros das equipes técnicas dos CAPSi. Entretanto, não se percebe a utilidade que estes teriam para os próprios usuários. Os autores enfatizam que esses dados levantam questões e suscitam discussões acerca da clínica em saúde mental praticada nos CAPSi.

Encontramos uma discussão diferente no trabalho de Delfini et al. (2009) que, em um estudo acerca do perfil dos usuários de um CAPSi da Grande São Paulo, a partir da coleta de dados de 103 prontuários ativos dos usuários ao longo do mês de janeiro do ano de 2008, aponta para a falta de padronização dos prontuários dos usuários e supõe que, possivelmente, estes ainda não são vistos como instrumentos necessários para a clínica e a gestão do serviço.

Poucos estudos apresentam discussões sobre os dispositivos clínicos e demais práticas de acompanhamento desenvolvidas nos CAPSi. Entre eles, está a pesquisa de Toledo (2004) que, ao estudar o funcionamento de um CAPSi verificou que todos os pacientes necessariamente participam do processo de triagem, que precede à avaliação clínica. Aqueles que se tornam usuários do atendimento são direcionados, de acordo com o planejamento terapêutico, aos grupos ou atendimentos individuais psicoterapêuticos, oficinas, espaços de convivência, oficinas externas, havendo grupos destinados também aos familiares dos usuários. Neste CAPSi, especificamente, o dispositivo grupal é a forma preferencial de atendimento, tanto para os usuários, quanto seus familiares, desde que sejam indicados para esta forma de tratamento. O serviço oferece grupos psicoterápicos e grupos operativos.

Toledo (2004) compreende o atendimento grupal como um potencial de apoio e contato entre os participantes. A abordagem se apresenta de maneira eficaz, sendo percebida na evolução do tratamento dos pacientes e na flexibilidade das dinâmicas nas relações familiares. Mas, a autora ressalta que isto só é possível porque a equipe se

caracteriza pela multidisciplinaridade e se constitui como parte integrante de uma rede de cuidados e atenção.

Toledo (2006) em outro estudo realizado em um CAPSi do município de São Paulo, aborda o tema do trabalho em grupo com os familiares de crianças com diagnóstico de transtorno global do desenvolvimento. A autora procura descrever os aspectos importantes deste trabalho através do relato detalhado de duas sessões de atendimento grupal. Um fato frequente era o movimento dos membros em falar de seus próprios filhos e não de si mesmo. Toledo (2006) menciona que lhe parecia concentrar-se no grupo as incapacidades, impotências e fracassos dos familiares. Sua intervenção profissional, neste momento, foi buscar construir mecanismos de valorização das capacidades e enfrentamentos das dificuldades de cada um.

“Estes grupos constituem um fórum onde podem aparecer as dificuldades com os filhos e possibilita aos familiares, ao trazerem a si mesmos, construir vínculos com a instituição, com os profissionais e também com os outros pacientes; define-se, assim, como um espaço para troca de informações, reflexões, processos identificatórios e experiências emocionais com potencial terapêutico” (Toledo, 2006).

A autora enfatiza a importância de que os grupos sejam espaços que estimulem os pais a não apenas falarem dos filhos, mas também, através do diálogo com os outros pais, reconhecerem suas próprias dificuldades e potencialidades, podendo encontrar formas de lidar com as primeiras e estratégias para melhor utilizar as segundas.

Toledo (2004) desenvolve uma pesquisa a partir de três eixos de análise clínica, calcados em três dispositivos: o ambiente terapêutico, os grupos operativos e terapêuticos, e a equipe multiprofissional. A autora utiliza como referencial de análise a teoria de D. W. Winnicott para compreender alguns dispositivos de funcionamento do CAPSi. De acordo com Toledo (2004), “a base do desenvolvimento da saúde mental está na constância de cuidados maternos suficientemente bons” (Toledo apud Winnicott, 1978).

Baseando-se na teoria winnicottiana, Toledo (2004) entende que pacientes portadores de transtorno mental grave necessitam que o profissional se ajuste às suas necessidades, utilizando o *setting* terapêutico e o manejo clínico como recursos fundamentais no tratamento destes casos em que o comprometimento psíquico é grave devido a perturbações nos processos iniciais do desenvolvimento.

Nesta perspectiva, através da qualidade de sua presença física, da maneira como se apresentam ao outro e do ambiente que proporcionam, os profissionais do CAPSi constroem um ambiente que é parte integrante do *setting*, sendo de grande importância no tipo de vínculo que será estabelecido com os pacientes. Na leitura winnicottiana, este seria um ambiente facilitador que a *mãe suficientemente boa* cria, possibilitando o desenvolvimento saudável de seu *bebê*. Dessa forma, os cuidadores em saúde mental seriam suficientemente bons, sendo capazes (dentro das falhas previstas) de prover a adaptação ambiental que faltou a estes pacientes no início do processo de desenvolvimento.

Toledo (2004) faz uma leitura do funcionamento dos CAPSi a partir da concepção winnicottiana de saúde mental, segundo a qual o desenvolvimento saudável ocorre a partir da continuidade dos cuidados maternos “suficientemente bons”.

A nosso ver, a partir desta abordagem, no tratamento com pacientes em sofrimento psíquico grave, estes demandariam do profissional uma intervenção diferenciada, baseada nos princípios norteadores do serviço, como cuidado e acolhimento. O profissional deve se ajustar às necessidades dos pacientes através de seu manejo clínico, buscando propiciar um ambiente seguro e potencialmente integrador, possibilitando-lhes a vivência de continuidade e provisão ambiental dos quais foi privado na sua primeira relação.

Com base nessas concepções, Toledo (2004) afirma que o CAPSi precisa se organizar como um ambiente terapêutico, de tal modo que a maneira como os profissionais irão se posicionar em relação aos pacientes se configura como parte integrante do *setting*. De acordo com a autora, esta seria uma *metáfora* de um ambiente facilitador no qual a *mãe suficientemente boa* propicia para o desenvolvimento de seu *bebê*. Assim, os cuidadores estariam buscando prover aos pacientes a adaptação ambiental que eles não dispuseram no início do desenvolvimento. Entendendo que a teoria winnicottiana pode se configurar com um interessante aporte para a compreensão do sofrimento psíquico e a proposição de estratégias terapêuticas, assinalamos, abaixo, algumas suas principais concepções, mencionadas neste estudo.

Para Winnicott, a estrutura psíquica se estabelece nos primeiros meses de vida, a partir da relação do bebê com o ambiente, ou seja, especialmente com a pessoa que exerce a função de maternagem (a mãe ou alguém a que substitua), responsável pelos primeiros cuidados e aquela com quem se estabelece o primeiro vínculo. Esta é a fase denominada pelo autor de “dependência absoluta”, que em condições favoráveis se encaminha para a “dependência relativa”. Apenas essa pessoa, através de seus cuidados, pode garantir ao bebê que desenvolva a confiança em si próprio e no mundo. Em Winnicott, os casos fronteira e a psicose são os que fornecem elementos para suas transformadoras contribuições teóricas (Franco, 2005).

Winnicott (1994a e 1956) fundamenta sua teoria a partir da importância do meio ambiente para o bebê nos estágios iniciais de desenvolvimento. Neste momento, a dependência do bebê com a mãe é quase absoluta e por isso “não podemos descrever o bebê sem descrever o meio ambiente” (p.197).

Importante ressaltar que para Winnicott (1963), “o ambiente não faz o lactente crescer, nem determina o sentido do crescimento. O ambiente, quando suficientemente bom, facilita o processo de maturação” (p.201). Para que isto ocorra é necessário que a provisão ambiental se adapte gradativamente às necessidades do bebê ao longo do processo de maturação, sendo que esta adaptação é fornecida exclusivamente por uma pessoa (*mãe suficientemente boa*), que neste momento é capaz de estar identificada sensivelmente com o bebê e estar preocupada quase que unicamente com ele, de forma que possa sentir e satisfazer as necessidades deste de forma natural e continuada.

Nos casos em que ocorrem interrupções, descontinuidades no desenvolvimento e colapsos da integração progressiva inicial, favorecendo o surgimento de uma estrutura psicótica, pode-se pensar em outras formas de lidar com o sujeito e seu sofrimento psíquico. Winnicott propõe uma nova abordagem para tratar esses pacientes que tiveram esta experiência nos tempos iniciais, trata-se do manejo clínico que inclui fundamentalmente uma atitude do cuidador que propicie um ambiente que não foi experimentado pelo bebê. Desta forma, o profissional deve assumir uma postura a partir de uma adaptação ativa e sensível às necessidades psíquicas deste paciente, caracterizada por uma plasticidade em sua intervenção (Franco, 2005; Januário & Tafuri, 2010).

Winnicott (1994b) ao abordar a importância do *setting* terapêutico afirma que tanto este, quanto a sua própria manutenção, são tão relevantes quanto a maneira de lidar com o material fornecido pelo paciente. Em alguns casos, com determinados diagnósticos, “a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes que o trabalho interpretativo” (p.77).

Ao diferenciar o manejo de casos mais graves, Winnicott (1994b) exemplifica que nos casos comuns, em que o desenvolvimento inicial ocorreu em um ambiente suficientemente bom, de modo que a provisão ambiental atendeu às necessidades deste paciente enquanto bebê num estado de dependência absoluta de sua mãe (ou quem tenha exercido a função de maternagem ou cuidador), é possível partir desta experiência para a condução do caso. Em contrapartida, temos os casos mais graves, de pacientes que vivenciaram este período inicial de forma diferente, não recebendo os cuidados iniciais que atendessem às suas necessidades, isto é, não pôde se desenvolver em um ambiente suficientemente bom. Portanto, a demanda destes pacientes mais graves é diferenciada, o que exige um manejo muito cuidadoso e fundamentalmente acolhedor: “A razão pela qual o início de tudo isto é insidioso é que o paciente apenas gradativamente começa a ter esperanças de que essas exigências sejam atendidas. É por causa do desenvolvimento do paciente que há esse aumento gradual da necessidade de uma provisão ambiental especializada.” (Winnicott, 1994b, p 78).

A clínica com pacientes psicóticos demanda algo particular que Winnicott denomina de *holding*. Fundamental no manejo clínico, este é compreendido como sustentação, como a possibilidade de sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo, sem interromper a vivência do paciente. Significa oferecer um ambiente/*setting* que sustente e permita o processo de integração do sujeito. O *holding* propicia através desta função o equivalente a função da mãe suficientemente boa, ao possibilitar o processo de integração do sujeito, gerando o processo de integração do ego e, dessa forma, o início da constituição de si mesmo. E em casos extremos, por algum momento, pode ser necessário que o *holding* assuma uma atitude física, sendo este cuidado a compreensão do sofrimento psíquico do paciente, permitindo que se sinta sustentado pelo cuidador (Januário & Tafuri, 2010). Nesse sentido:

“Winnicott revela que, na clínica com pacientes autistas, antes de fornecer interpretações, o objetivo da análise é proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade que surge do ser e dos processos de maturação, de modo que se permita o surgimento de um ego, o abandono de organizações defensivas e a retomada do processo de amadurecimento” (Januário & Tafuri, 2010, p. 62).

Para que isso ocorra é necessário que o processo terapêutico de modo geral propicie as condições de desenvolvimento que foram insuficientes nas experiências iniciais, gerando falhas ambientais e impedindo o desenvolvimento saudável (Januário & Tafuri, 2010).

Assim, esta forma de cuidado se baseia na provisão ambiental que facilita o processo de maturação do indivíduo. O autor afirma que os distúrbios mais graves se originam a partir das falhas da provisão ambiental, portanto podem ser tratados através de uma nova provisão ambiental, configurando a forma de tratamento do serviço prestado pelos cuidadores em saúde mental. Os profissionais que atuam com pacientes em sofrimento psíquico grave, através do aspecto diversificado e multidisciplinar da equipe,

e de suas capacidades de criação de estratégias e intervenções clínicas, podem propiciar um ambiente facilitador ao tratamento destes casos, possibilitando desta forma a vivência e elaboração dos conflitos e sintomas psicopatológicos dos pacientes.

5. MÉTODO

5.1. Pesquisa Qualitativa

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado a partir de uma abordagem clínico-qualitativa, com o objetivo de compreender os sentidos que os participantes associam à prática clínica em saúde mental desenvolvidos nos CAPSi. Turato (2010a, p.191) define o método qualitativo da seguinte forma:

“Pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu setting natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles” (Denzin & Lincon, 1994, p. 2).

Turato (2010) cita o entendimento de Bogdan e Biklen (1998) acerca da pesquisa qualitativa na qual o pesquisador busca compreender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e como os descrevem, através da utilização da observação empírica dos fatos concretos do comportamento humano. O autor utiliza os termos significado/significação como constantemente presentes na compreensão da condição humana. Dessa forma, a escolha pelo método qualitativo busca o significado de um ou mais aspectos na vida do sujeito a ser investigado. A importância desse tipo de estudo se deve ao entendimento de que o significado se apresenta de forma estruturante, pois os sujeitos se organizam em torno dos significados que atribuem às coisas e aos fatos, inclusive os cuidados com a própria saúde (Turato, 2005). O autor utiliza a expressão *processo* para caracterizar o método qualitativo, com o propósito de destacar que sempre se procura entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta em seu ambiente natural e a partir de alguma relação com o pesquisador, não havendo o centramento, simplesmente no objetivo de alcançar o resultado do estudo ou desvelar dados de uma realidade.

Resumidamente, destacamos que as características relevantes neste método estão diretamente relacionadas com o presente estudo, pois envolve os seguintes elementos: a busca pelo significado das coisas; desenvolvimento da pesquisa no ambiente natural do objeto de estudo; o fato de o pesquisador ser o próprio instrumento de pesquisa através da apreensão e compreensão dos objetos em estudo; a possibilidade de maior rigor de validade dos dados coletados através da escuta do pesquisador por meio das entrevistas e observações; e ainda, o fato de se pretender a compreensão aprofundada da clínica estruturada em alguns serviços e não a generalização (Turato, 2005, p.510).

Ao tratar das questões éticas, Turato (2010a) cita os diferentes aspectos entre uma *atitude* clínica e a *atividade* clínica propriamente dita, ressaltando que a primeira deve permear a prática do pesquisador.

“É a postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador, assumida por este profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, que interage com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação em direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebidos por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre” (Turato, 2010a, p. 240).

Dessa forma, o método clínico-qualitativo é definido como um instrumento científico de conhecer e interpretar as significações – de origem psicológicas e psicossociais – que os indivíduos dão aos fenômenos do campo saúde-doença (Turato, 2010a).

5.2. Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado em um CAPSi credenciado, localizado na região sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro, município de Paracambi. O critério de elegibilidade do serviço foi o funcionamento deste há pelo menos seis meses. As práticas clínicas que foram pesquisadas haviam sido implantadas há pelo menos três meses e foram escolhidas juntamente com a equipe profissional, que manifestou sua disponibilidade em participar da pesquisa. Cabe salientar que a única exigência da coordenadora do serviço foi que posteriormente a conclusão da pesquisa, fosse realizado um encontro com a equipe do CAPSi para que fizéssemos uma devolutiva aos mesmos.

5.3. Estratégias metodológicas

As estratégias escolhidas para o estudo foram entrevista, observação participante e pesquisa documental. As entrevistas foram realizadas com a gestora do serviço, o supervisor e três profissionais de distintas especialidades – enfermeira, oficineiro e psicóloga – envolvidos nas práticas clínicas estudadas. Cada entrevista durou em média uma hora e foram realizadas em um dos consultórios disponíveis no CAPSi. A observação participante foi realizada ao longo de três meses consecutivos nas reuniões de equipe e supervisões clínicas, reunião de familiares e espaços abertos de convivência

A técnica de entrevista se apresenta como um dos instrumentos da pesquisa qualitativa e consiste em um encontro interpessoal com o objetivo de obter informações verbais ou escritas acerca do tema a ser investigado. Ela se apropria de alguns conceitos psicanalíticos básicos, como o setting, a função da transferência e contratransferência e a associação livre de ideias (Turato, 2010a).

A observação é descrita por Turato (2010) como uma das técnicas do trabalho de campo na qual o entrevistador tem a possibilidade de construir uma visão global do seu sujeito de pesquisa, através das informações obtidas na forma como se apresenta, incluindo suas manifestações verbais e não-verbais. Simultânea a observação é a auto-observação, pois a partir dela é possível verificar dados que se referem às respostas das

manifestações do sujeito no estudo, nos remetendo ao conceito psicanalítico de contratransferência.

Tanto as entrevistas quanto a observação participante se apoiaram em roteiros de questões semi-dirigidas, que se encontram em anexo. Tais roteiros nos serviram para orientação, nos mantendo focados aos objetivos deste estudo, mas foram utilizadas de forma flexível de acordo com o desenvolvimento das entrevistas.

Os documentos pesquisados foram alguns prontuários de pacientes que estavam em atendimento há pelo menos seis meses. Foram observados os registros de informações pessoais e práticas clínicas envolvidas nos tratamentos. Portanto, não foi feito um estudo dos casos, mas sim dos registros de acompanhamento e das práticas clínicas relacionados ao tratamento destes pacientes.

5.4. Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida aos Comitês de Ética da Secretaria de Saúde dos municípios correspondentes e da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Bem como, foi solicitado a todos os participantes que assinassem o termo de Consentimento Livre Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

5.5. CrITÉrios de elegibilidade dos sujeitos

Conforme mencionado anteriormente, os profissionais entrevistados tinham envolvimento direto com a prática clínica estudada há pelo menos seis meses. Entrevistamos sujeitos de diferentes categorias profissionais, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Nas reuniões de equipe observadas, participavam todos os trabalhadores do CAPSi e o supervisor.

5.6. Formas de análise do material empírico

O material construído a partir da interação com os sujeitos foi trabalhado a partir da análise temática. Esta, de acordo com Minayo (2010) consiste num processo em que o pesquisador busca “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (p. 316). Desta forma, a análise temática é realizada a partir da identificação de unidades de significação, seja em função da alta frequência de aparecimento ou da ênfase dada a determinados temas ou formas de significar experiências do CAPSi. O referencial teórico que norteou a identificação dessas unidades temáticas foi o conjunto de discussões acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente no que diz respeito à atenção psicossocial voltada a crianças e adolescentes.

Durante o período da pesquisa de campo foi possível obter informações através das cinco entrevistas com os profissionais de formações e atuações distintas e da observação das reuniões de equipe e supervisões semanais desenvolvidas ao longo dos três meses. A partir deste material foi realizada uma leitura flutuante, posteriormente criadas e identificadas as categorias dos relatos e registros. Dividimos o material nas seguintes categorias:

- Especificidade do município estudado;
- Origem Ambulatorial;
- Relação do serviço com o contexto político;
- Organização da assistência;
- Relação com a rede;
- Estratégias de apoio ao cuidado;
- Desafios.

A seguir, apresentamos e discutimos o material agrupado nessas categorias.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Breve apresentação do campo estudado

6.1.1 Especificidade do município de Paracambi

O CAPSi escolhido para este estudo encontra-se localizado no município de Paracambi/RJ. Este pertence à região sul fluminense, possui 53 anos de fundação, localiza-se a 76 km da capital do estado, tendo como municípios limítrofes Engenheiro Paulo de Frontin, Itaguaí, Japeri, Mendes, Miguel Pereira, Piraí e Seropédica. De acordo com dados do IBGE¹, a população estimada no ano de 2013 está em mais de 48 mil habitantes.

Além dos dados levantados, consideramos importante a contextualização do município a partir de alguns aspectos relevantes em sua história e diretamente ligados a temática que envolve a presente pesquisa.

No município de Paracambi, no bairro de Lages, encontra-se a Casa de Saúde Doutor Eiras, criada em 1962 com capacidade para receber mais de 1.600 pacientes, sendo que, ao longo de seu funcionamento foi considerado o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina. Inicialmente, recebia apenas os pacientes crônicos transferidos da Casa de Saúde Dr. Eiras de Botafogo, mas ao longo do tempo passou a receber inúmeros pacientes de instituições psiquiátricas públicas. Porém, com o passar dos anos, sofreu diferentes processos degenerativos, expondo os usuários internados a condições subumanas de sobrevivência. Em 8 de novembro de 2000, a Secretaria de Estado de Saúde proibiu novas internações, além dos mais de 1.500 internados que lá se encontravam, assumiu a gestão das verbas do SUS destinadas ao Hospital Psiquiátrico e promoveu um censo² através de entrevistas realizadas por profissionais em saúde mental, levantamento de dados de prontuários e observação sistemática. Foram constatados graves dados acerca da qualidade de vida dos internos, seus diagnósticos e tratamentos. Em função do modelo de asilo psiquiátrico que se expandiu no país na década de 1960, isolando muitos doentes mentais em regiões rurais, na ocasião da pesquisa foi constatado que 84% dos pacientes estavam internados há pelo menos um ano e 36,6% há mais de dez anos.

¹ <http://www.ibge.gov.br>

² <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0107200115.htm>, em 14 de setembro de 2013.

Em 2002 foi realizado um censo dos internos da Casa de Saúde Dr. Eiras/Paracambi. Através dos dados obtidos, constatou-se que 42% dos pacientes perderam vínculos de moradia e 80% dos pacientes residentes foram considerados moradores do hospital (o critério utilizado foi o tempo de permanência hospitalar e ininterrupto maior que dois anos). O diagnóstico predominante registrados nos prontuários foi esquizofrenia (53,6%), seguido do retardo mental (26,4%). Quase a totalidade dos pacientes fazia uso de medicação, apenas 2,3% deles não o faziam (Couto et al, 2002).

A partir da publicação da lei federal 10.216/2001 e as diretrizes do Ministério da Saúde a respeito das novas políticas em saúde mental, o Dr. Eiras passou a sofrer intervenções. Muitos pacientes receberam alta e passaram a ser acompanhados regularmente, sendo acolhidos em suas famílias de origem ou em Residências Terapêuticas criadas no próprio município, como um dos serviços substitutivos ao modelo manicomial. Através deste processo, foi possível diminuir o número de internos e de óbitos no hospital.

A despeito deste processo, mesmo após o fechamento da Casa Dr. Eiras, ainda funciona na cidade um Hospital Psiquiátrico particular, denominado Hospital da Cascata, com cerca de cem pacientes em regime de internação, muitas das quais são financiadas pelo SUS.

Provavelmente em função da história da cidade, é possível perceber, de várias formas, inclusive através de conversas com moradores e profissionais da área de saúde em geral, uma cultura marcada pela presença predominante do manicômio. O supervisor, em uma reunião de equipe, ressaltou a importância do diálogo com a rede, lembrando o quanto intervenções equivocadas podem reforçar as patologizações. Para justificar sua indicação, ele cita o histórico do município, como “*o local de malucos*”, e a conhecida frase “*vai pro Eiras*” destinada àqueles que, por um motivo qualquer, não se adequavam a certo padrão de normalidade.

Coexistindo com essa cultura, a cidade conta com uma rede de serviços substitutivos de saúde mental: 1 Hospital Municipal (Clínica, Pediatria e Pólo de Saúde Mental), 5 Postos de Saúde, 8 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 3 CAPS (CAPS, CAPSAD, CAPS I) e 20 Residências Terapêuticas. De acordo com as informações disponibilizadas pela prefeitura municipal, no primeiro semestre de 2013 foram realizadas 41 internações psiquiátricas e 37 internações pediátricas¹. Vale ressaltar que esta estrutura de serviços não é indicada para municípios com este número de habitantes, porém foi possível em função do seu histórico – o recente fechamento do Hospital e o grande número de pacientes sem referência familiar.

Além de todos estes serviços mencionados, o município ainda tem em funcionamento o Pólo de Saúde Mental. Este foi criado há 15 anos, quando o Hospital Psiquiátrico Dr. Eiras ainda estava em pleno funcionamento. De acordo com a enfermeira que compõe a equipe técnica do CAPSi, responsável pela coordenação do Pólo, este serviço foi criado para filtrar as dezenas de internações que ocorriam no Hospital, de modo que houvesse um controle dos munícipes que estavam ou não sendo internados. Atualmente, o Pólo funciona como leito psiquiátrico dentro do Hospital Geral: *São emergências psiquiátricas, mas como a gente tem Paracambi que tem toda uma história de psiquiatria. A gente tem diversas Residências Terapêuticas, então é um município meio atípico que não é uma coisa muito dentro do padrão. Então, o Pólo é um apoio. A gente tem esse contato com os CAPS e com as RT's para quando precisar, um paciente*

¹ http://transparencia.paracambi.rj.gov.br/saude/2013/2o_Quadrimestre_2013.pdf (Busca realizada em 12 de janeiro de 2013)

em crise... às vezes nem em crise só de agitação não, às vezes uma crise mesmo de outra maneira o Pólo é uma base pra isso. Tem 12 leitos funcionando. Na Cascata é internação psiquiátrica. Lá (no Pólo) é emergência, são menos dias, não posso ficar com o paciente tantos dias. Claro que quando é necessário eu interno e reinterno, eu fico com o paciente mais dias, mas é uma outra lógica (Enfermeira do CAPSi, que também é coordenadora do Pólo de Saúde Mental).

A gestão da rede de saúde mental do município é feita por um Colegiado, composto por gestores dos diversos serviços que se encontram periodicamente.

Ao nosso ver uma das funções deste Colegiado se sustenta numa associação de fatores, entre os quais figuram não apenas a gestão e a política, mas também a cultura local, na medida em que os gestores precisam trabalhar a favor da mudança do imaginário médico-psiquiátrico que foi hegemônico na cidade durante muitos anos. Isso é importante ao observarmos o movimento de medicalização na sociedade como um todo e não apenas em uma cidade com a marca do manicômio. Conforme destaca Matta (2013), apesar das inúmeras críticas aos tradicionais modelos das práticas em saúde ao longo dos anos, verificamos poucas mudanças no contexto atual, onde se propaga o surgimento de novas categorias patológicas e o consumo de medicamentos, apontando para uma normatividade do comportamento e modo de vida. Neste sentido, podemos pensar que embora não se mantenha mais indivíduos institucionalizados e uniformizados – em suas vestimentas e comportamentos, como nos antigos manicômios, - ainda procura-se enquadrar maciçamente formas de ser, comportamentos e reações a problemas sociais em alguma categoria psicopatológica, que por sua vez vêm acompanhada das respectivas medicações.

6.1.2. Origem Ambulatorial e o CAPSi Adriano de Oliveira Passos

Sobre a rede de serviços de Paracambi é importante indicar que a presença do CAPSi aponta uma conquista, considerando-se que os serviços atualmente disponíveis foram criados para substituir o atendimento que era oferecido aos internos do Dr. Eiras, entre os quais não deveria existir crianças. Assim, podemos pensar no CAPSi como componente de uma rede e não apenas como um serviço criado sob a emergência de acolher ex-internos. A esse respeito, há que se reconhecer, sobretudo, a tenacidade da própria gestora em buscar a implantação desse serviço, busca esta que, posteriormente foi abraçada pela equipe, como comentaremos mais adiante.

Para entendermos a dificuldade em se implantar um CAPSi, numa cidade pequena, com grande contingente de adultos e idosos recém saídos de um manicômio, vale retomarmos um pouco da história da atenção à saúde infanto-juvenil. Como comentamos no início desta dissertação, Couto (2004) destaca as questões da Reforma Psiquiátrica referentes às crianças e adolescentes como um dos maiores desafios, em função da ausência de um histórico de serviços de cuidados especializados e mesmo de políticas públicas de saúde mental voltadas a esse público.

Assim, percebemos uma ausência histórica de um lugar reservado à criança em sofrimento psíquico. Vimos nas primeiras etapas deste trabalho que a psicopatologia da infância, até meados do século XIX, voltava sua atenção apenas aos casos de designados de “retardo”. Foi somente nas primeiras décadas do século XX que, além do estudo das manifestações de “retardo”, surgiram as noções de psicose e neurose infantil, doenças

psicossomáticas, distúrbios do comportamento e transtornos afetivos, e alterações do desenvolvimento.

Como sabemos, os internos dos manicômios brasileiros eram, predominantemente, adultos. A maioria das crianças com problemas psíquicos ficava sob o cuidado da família e eram pouco tratadas (considerando que a própria psiquiatria infantil demorou a se estruturar). Conseqüentemente, nos anos iniciais da Reforma Psiquiátrica, este público se tornou o foco de atenção. É recente a preocupação em criar uma rede de serviços públicos voltados a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Hoje, mesmo com a existência do CAPSi, Couto (2004) entende a questão da rede como um importante desafio, que abarca questões éticas, clínico-assistenciais, políticas, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento.

Nesta pesquisa, verificamos no relato da coordenadora as dificuldades na relação com os representantes poder político municipal e a falta de espaço para o atendimento ao público infanto-juvenil. Embora, posteriormente tenha sido conquistado o espaço do CAPSi, o serviço continua a enfrentar desafios, sendo um dos principais a falta de suporte da rede de assistência.

Para entendermos a história do CAPSi e algumas de suas questões, é importante apontar que, inicialmente, em janeiro de 2000, o serviço foi regulamentado como “Ambulatório Ampliado Infanto-Juvenil”. Tornou-se CAPSi devidamente habilitado em março de 2013, atribuindo sua origem ao citado ambulatório, que se caracterizava como um serviço especializado da Saúde Mental, direcionado ao atendimento de crianças, adolescentes e familiares. A coordenadora, bem como grande parte da equipe, se mantém desde a implantação do serviço, há quatro anos. De acordo com ela, os atendimentos ao público infanto-juvenil foram iniciados no Pólo de Saúde Mental do município, em uma sala destinada ao atendimento de crianças, adolescentes e seus familiares, atendendo a uma demanda ambulatorial.

Ela relata a sua luta neste Pólo por um espaço adequado de atendimento, pois frequentemente precisava mudar de sala de acordo com o funcionamento do serviço. Assim, não havia um espaço específico para os atendimentos ao público infanto-juvenil, que ora ocorriam na sala de oftalmologia, ora em salas de exames de eletroencefalograma, endoscopia, ultrassom.

Diante desta falta de estrutura, a coordenadora tomou a decisão e comunicou aos responsáveis pelas crianças que não atenderia mais desta forma. Então, as mães dos pacientes se reuniram e se dirigiram a coordenação do Pólo, pleiteando uma solução. Por sua vez, a coordenadora do Pólo perguntou à atual coordenadora do CAPSi qual sala ela desejava para realizar os atendimentos. Foi então que ela respondeu que não desejava uma sala, mas um espaço maior para atender crianças e adolescentes. Neste momento, já havia a ideia de montar um ambulatório ampliado, para posteriormente se transformar em um CAPSi.

Adriano de Oliveira Passos foi um dos primeiros pacientes a ser assistido no ambulatório. Tratava-se de um adolescente, sexo masculino, quadro psicótico e sempre acompanhado pela mãe, a responsável nos atendimentos. Quando esta procurou a coordenadora em uma sala no Pólo, foi uma situação de grande angústia. A partir deste momento surgiram os questionamentos: “como eu vou atender essas crianças?”. Segundo a coordenadora, ela queria poder oferecer mais àquelas crianças em sofrimento psíquico, porém, não se sentia capacitada e nem dispunha de um espaço adequado para os atendimentos.

De acordo com seu relato, pensou em um outro lugar com outros profissionais de diversas especialidades para os atendimentos, mas ainda possuía uma visão de atuações e serviços prestados de forma separada – o que nos remete ao modelo comum de intervenções específicas e fragmentadas, de acordo com a formação e a visão de determinado profissional – ainda não era uma visão de CAPSi. Embora, já tivesse na cidade experiência no CAPS voltado para adultos, ela destaca, pontualmente, uma dificuldade no funcionamento estruturado de forma coletiva.

Em 2000, através de acordos com a prefeitura municipal e doações de moradores e comerciantes do município, iniciou-se os atendimentos em uma casa de dois andares, localizada em uma pequena rua próxima ao centro do município, dispondo de vários cômodos e uma grande área externa. Nomeado como “Ambulatório Ampliado Infanto-Juvenil”, o serviço começou o seu funcionamento no formato ambulatorial, caracterizado por “consultórios” identificados de acordo com a especialidade de atendimento. Inclusive, o pedido dos brinquedos e materiais de trabalho foram feitos divididos por consultórios, de acordo com a demanda particular de cada atendimento. Foi pensado que cada profissional ficasse em seu consultório realizando os atendimentos, ainda que grupais, mas dentro de sua área de atuação.

Ao longo do tempo, a coordenadora e alguns profissionais foram questionando o tipo de trabalho que estavam desenvolvendo e o modelo de ambulatório foi se transformado. Foi através desse percurso que, atualmente, o serviço é descrito como um CAPSi, caracterizado por uma lógica diferente dos atendimentos ambulatoriais. *Se trabalha com a coletividade, vários profissionais juntos, uma coisa que foi nova para todos nós aqui* (coordenadora).

O CAPSi Adriano de Oliveira Passos funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 9 às 17 horas. Possui uma equipe formada por 19 profissionais: a coordenadora, 1 fisioterapeuta, 1 médica, 1 psicopedagoga, 4 psicólogas, 1 psicólogo supervisor, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 fonoaudióloga, 1 oficinheiro, 1 musicoterapeuta, 1 recepcionista, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 técnico administrativo, 1 cozinheira, 1 auxiliar de cozinha.

A origem ambulatorial é consoante com a história das políticas de saúde mental e sentida de uma forma muito pesada pela equipe. A impressão que tivemos foi de que durante todo tempo os profissionais vêm perseguidos pelo medo de repetir as práticas ambulatoriais e, ao mesmo tempo, acabam se sentindo obrigados a desenvolvê-las, em função falta de outros serviços disponíveis.

A respeito da gestão do CAPSi, sabemos que é liderada pela coordenadora, mas esta deixa claro em sua entrevista que solicita a participação ativa de toda a equipe. De fato, ao longo das observações das reuniões de equipe (as quais, como explicarei mais adiante, funcionam em concomitância com as supervisões clínicas-institucionais), foi possível perceber que as decisões a respeito do funcionamento e do direcionamento clínico eram construídas em conjunto.

Vale ressaltar que, ainda que se procure uma gestão participativa, esta ainda não se exercita plenamente. A presença do supervisor foi percebida como fundamental nas reuniões de equipe. Inclusive, notamos que em um dos dias em que houve a ausência deste e da coordenadora, houve grande dificuldade dos profissionais em se organizar, estabelecer pautas e dar sequência a reunião.

6.1.3. Relação do serviço com o contexto político

Embora tenhamos observado uma gestão democrática no CAPSi, a fala da coordenadora é permeada por preocupações e receios relacionados ao poder da política municipal no funcionamento do serviço. Preocupações estas que abarcam desde o fornecimento de materiais e condições de trabalho, até a definição de profissionais que atuam no CAPSi.

Outro aspecto que envolve o poder da política municipal é a obrigatoriedade do CAPSi estar presente em todos os eventos públicos da cidade. Um exemplo citado nas entrevistas foi a festa junina, que demandou mais de um turno de trabalho habitual dos funcionários, que tiveram que se responsabilizar por alguns preparativos relacionados a participação do serviço neste evento. O excesso de trabalho e a falta de remuneração por este excedente gerou insatisfação dos profissionais, a qual recaiu sobre a gestora, que não tinha autonomia para lidar com impasses como este.

Apesar dessas questões, há o relato de um profissional sobre o apoio da prefeitura municipal, que permite que o serviço funcione de forma menos precária que a maior parte dos CAPS da realidade brasileira. Além disso, a respeito da relação com a gestão municipal, a coordenadora se remete ao trabalho inicialmente desenvolvido como ambulatorial, para comentar alguns avanços alcançados atualmente: *Hoje a prefeitura fornece as medicações, os alimentos para fazer a comida que agora que contratou uma cozinheira para fazer a comida, porque a comida chegava. No início que a lógica não era CAPSi, a gente nem pedia, cada um ia almoçar no seu horário, saía pra almoçar. Depois a gente começou a pedir, tanto que assim, essa parte da alimentação, das coisas das crianças não é uma coisa grande, são algumas crianças que comem – quem faz o dia inteiro – aí praticamente está mais pro funcionário.*

Considerando este cenário, comentamos, a seguir, a organização da assistência no CAPSi.

6.2. A organização da assistência

Uma questão transversal a toda organização do trabalho nesse serviço é a discussão sobre a transição do modelo ambulatorial para o modelo CAPSi. Constantemente os profissionais se questionam sobre qual tipo de modelo está orientando o trabalho clínico. Em alguns momentos se reconhecem adaptados à proposta do CAPSi, enquanto que em outros se percebem ainda acolhendo uma demanda ambulatorial. Este fato se deve a origem ambulatorial do serviço, comentado anteriormente, mas também a carência de outros serviços que atendam a demanda de casos de menos graves. A coordenadora relata: *A gente começou com a lógica de CAPSi, primeiro veio o ambulatório, tanto que você vê aqui são vários consultórios (...). Mas eu ainda tenho essa questão de CAPSi com ambulatório. Tem hora que eu acho que aqui é ambulatório, aí quando eu vou e converso, falo “não, eu que estou equivocada”, o CAPSi também é ambulatório, aqui é o que a gente tem. Então o que a gente faz: a gente pega as crianças, faz a primeira triagem, faz avaliação e não tem pra onde encaminhar, então é aqui que a gente vai ter que dar uma solução mesmo.*

A estratégia que o serviço tem usado para lidar com essa dicotomia – CAPSi x Ambulatório – é o processo de triagem, que a priori indicaria os pacientes com demanda de CAPSi. Apesar desta proposta, o serviço mantém os atendimentos dos casos

ambulatoriais em função da falta de outras unidades de referências para onde possam ser encaminhados.

6.2.1. Triagem e Perfil dos pacientes

O processo de triagem estrutura toda a porta de entrada no CAPSi. Através deste, são estudadas as demandas que chegam ao serviço, por iniciativa da própria família ou de conhecidos dos pacientes ou, ainda, encaminhadas de outras unidades da rede.

Percebemos em nosso estudo características semelhantes às aquelas encontradas na pesquisa de Toledo (2004), mencionada na primeira parte desse projeto: todos os pacientes, necessariamente, participam do processo de triagem, que precede à avaliação clínica. Neste são considerados alguns critérios que definem se o caso é para ser inserido em um tratamento neste serviço de assistência psicossocial ou ser encaminhado para outro serviço da rede. Basicamente, os critérios avaliados são a idade, a demanda, e o município no qual reside.

Assim, a partir da chegada de um novo paciente, inicia-se o processo de triagem que é compreendido pelos profissionais como o acolhimento dos casos que chegam ao serviço. A triagem é realizada por todos os profissionais atuantes no CAPSi. Geralmente, a triagem é feita com hora marcada, mas não há fila de espera. A equipe se organiza em uma escala na qual cada dia da semana um técnico é responsável por receber os pais de crianças e adolescentes que chegam buscando atendimento. A triagem é feita com os pais ou o responsável que leva o pedido de ajuda e, posteriormente, é realizada com a criança ou adolescente. Conforme explica a enfermeira: *A gente tem a porta de entrada. O paciente chega e a gente acolhe a mãe numa triagem, com o profissional que estiver, não importa. E aí a gente faz essa escuta, essa entrevista com a mãe e a partir daí a gente marca uma avaliação com a criança, aí a gente avalia se vai continuar no tratamento, se está em sofrimento, o que a criança tem.*

Após esse primeiro contato, toda a equipe discute se o paciente permanecerá no CAPSi ou se será encaminhado. Conforme descrito pela coordenadora, de acordo com as características do caso, opta-se por discuti-lo na mini equipe (a equipe de cada dia da semana) ou na supervisão. A seguir, apresentamos brevemente o exemplo de um caso: Uma Escola Estadual fez contato com o CAPSi sobre uma menina que estava se comunicando através de cartas e conversas com a Orientadora Escolar, manifestando sintomas depressivos e dificuldade de aprendizagem, porém não queria que a mãe soubesse da situação. A Orientadora pediu ajuda ao serviço e a equipe discutiu o procedimento em uma reunião. Um dos membros defendeu a importância da responsável estar ciente, mas também de respeitar a relação de confiança estabelecida entre a adolescente e a funcionária da escola. Depois de pensar em possíveis soluções, a equipe acordou que um dos técnicos iria até a escola conversar com a Orientadora e, em seguida, com a mesma e a criança juntas. Deliberou-se ainda que a responsável deveria ter ciência do caso e do posterior tratamento, se fosse avaliada sua necessidade.

É neste momento que surge na equipe um dos principais pontos de discussão acerca do funcionamento do serviço – o que é um caso para o CAPSi? Embora, se procure avançar na lógica de atenção psicossocial aos casos mais graves de sofrimento psíquico, continuam chegando crianças que, para os profissionais, apresentam questões a serem trabalhadas no ambulatório. E então, surge outra questão que permeia este estudo, para onde encaminhá-las?

Cabe ressaltar aqui que o modelo ambulatorial é visto pela equipe como o mais adequado para o acompanhamento dos casos menos graves. Nas discussões sobre essa questão, não costumava ser mencionado o papel da atenção básica junto às pessoas em sofrimento psíquico. Para estas, o acompanhamento especializado, através de psicoterapia ou apoio medicamentoso parecia ser compreendido como o mais indicado. Temos aqui uma contradição com as principais recomendações da atual política de saúde mental.

Ainda sobre a triagem, alguns entrevistados relatam casos frequentes em que o responsável busca atendimento para a criança ou adolescente, mas ao realizar a escuta, o profissional percebe uma demanda do próprio responsável, como relata o oficinheiro: *Porque às vezes, o filho chega, ela chega aqui e fala uma coisa do filho e você vai ver depois que quando o filho abre a boca, você vai ver que o problema não está na criança, é do pai, da mãe, da família, que a família está totalmente fora do padrão ou fora do centro, aí eles acabam gerando problemas para a criança e aí depois não conseguem lidar com esse problema, aí vem para cá para a gente resolver um problema que é deles.*

Em algumas situações, a reunião de equipe serve para lembrar os profissionais acerca de acordos pré-existentes, como no caso de uma paciente que deixou de comparecer ao tratamento e após meses quis retornar ao serviço. Foi esclarecido que nestes casos, o procedimento é o mesmo com um novo paciente: passar novamente pela triagem.

De acordo com as informações obtidas sobre o perfil dos pacientes que se encontram em tratamento, a maioria são crianças e adolescente do sexo masculino, com faixa etária entre os 2 anos aos 24 anos, e estudantes da rede pública de ensino. A coordenadora esclarece que a idade máxima permitida são 18 anos, porém existem alguns poucos pacientes que estão em tratamento no CAPSi há um longo período, ultrapassando essa idade porque não se adaptam aos serviços para onde são encaminhados. Há, ainda, um caso específico de uma paciente que chegou ao serviço com mais de 20 anos, pois não se adaptou à classe especial na escola, nem foi encaminhada ao CAPS, conforme explicado pela coordenadora: *Pela lógica de CAPSi de jeito nenhum ela teria entrado, mas como ela já é da escola especial....*

Acerca dos principais diagnósticos atribuídos aos pacientes, predominam os casos de transtorno de comportamento, definidos pelos técnicos com “problemas de relacionamento e comportamento”. Inicialmente, durante o atendimento ambulatorial, a os pedidos relacionados as dificuldades de aprendizagem eram bastante frequentes, mas, atualmente, a própria equipe busca definir o perfil dos casos em atendimento, dando prioridade aos casos de psicose e autismo, embora não sejam estes que mais frequentemente cheguem ao serviço. Foram mencionados também casos de problemas familiares e questões relacionadas à vida social. Resgatando as seções iniciais deste trabalho, podemos afirmar que o tipo de demanda prioritariamente atendida pelo CAPSi estudado não difere muito daquela encontrada em outros serviços semelhantes, já que as informações obtidas estão em consonância com dois dos estudos voltados à pesquisa deste aspecto: Toledo (2004) e Avellar e Ronchi (2010).

6.2.2. Projetos Terapêuticos e Técnicos de Referência

Todos os pacientes em tratamento possuem seu próprio projeto terapêutico. Este é elaborado a partir das informações obtidas através do processo de triagem – como por exemplo, a idade, o perfil e a demanda – e da hipótese diagnóstica do paciente.

Os principais responsáveis pela elaboração destes projetos são os técnicos de referência, isto é, o técnico que realizou o processo de triagem. Porém, eles são sempre discutidos e construídos nas reuniões de equipe, buscando-se estar em concordância com a proposta do técnico responsável. Conforme esclareceu a psicóloga: *Os projetos terapêuticos sempre são discutidos em reunião. A gente traz o caso para reunião, discute mais ou menos sobre o caso e daí a gente monta o que vai ser feito. Mas a gente nunca toma uma decisão sozinho, pelo menos eu. Sempre gosto de levar pra reunião, a gente discute e a gente monta o que vai ser feito.*

Os projetos são registrados nos prontuários dos pacientes, desta forma ficando acessível a toda equipe do CAPSi.

Os técnicos de referência são aqueles profissionais que realizam o processo de triagem. Segundo os entrevistados, são referências aqueles que fazem o primeiro atendimento do paciente no CAPSi. São responsáveis pelo acolhimento inicial, as entrevistas com o responsável e o paciente, a elaboração do projeto terapêutico e, posteriormente, tornam-se a referência deste paciente ao longo de todo o tratamento no serviço.

Embora o contexto dos atendimentos seja em grupo – no coletivo, onde todos os profissionais do dia interagem, fazem intervenções e são responsáveis de modo geral por todos os pacientes que estão sendo atendidos naquele turno, há um técnico de referência a quem os familiares, e a criança ou adolescente se reportam diretamente para tratar de quaisquer assuntos que envolvem o tratamento no CAPSi. Como foi esclarecido pela enfermeira: *Porque geralmente quem faz a triagem, quando a criança fica, vira referência da criança. Não fica só com a gente, fica num coletivo, mas tem uma referência.*

Em função desse papel das referências, foi acordado entre a equipe em uma das reuniões que os técnicos se ausentassem, por razão de férias, por no máximo 15 dias e não mais 30 dias, como o habitual, para que as referências não ficassem inacessíveis por tantos dias continuados. Ficou combinado também que na ocasião das férias de um dado profissional, a equipe escolheria outro técnico como referência provisória por aquele período para os pacientes por ele referenciados.

Cabe ressaltar que nos casos em que ocorre atendimento aos familiares do paciente, geralmente não é o técnico de referência que os realiza, mas outro profissional da equipe. Ao ser questionada sobre tais atendimentos, a enfermeira respondeu: *Não é a referência que atende. Só em alguns casos que o pai demanda muito pra gente assim, que vê que é com a gente aí a gente atende até os dois. Mas geralmente na reunião a gente decide não ser. Só quando o pai é muito resistente, só procura a gente, só fala... aí a gente até atende.*

A respeito dos prontuários, vale ressaltar a importância dos técnicos de referência, pois são eles que, segundo a coordenadora, se responsabilizarão por “abrir” esse documento somente se constatado que o caso será acompanhado pelo CAPSi. Portanto, como disse a coordenadora: *se for para aqui, aí que o prontuário é aberto mesmo.*

Cada paciente em tratamento no CAPSi possui o seu documento pessoal, definido como prontuário. Este se encontra localizado em um arquivo na recepção, acessível a todos profissionais da equipe. Nele estão registradas todas as informações relevantes sobre o paciente, desde o processo de triagem, bem como a evolução apresentada ao longo do tratamento. O prontuário ainda tem a função de manter o controle sobre a rotina do atendimento e, para isso, são registrados o que foi (ou não) realizado com aquele paciente a cada turno que frequentou o serviço e a justificativa. Estão contidos neste

documento ainda a ficha de avaliação, os encaminhamentos, os pareceres, os relatórios médicos ou escolares, cópias dos documentos pessoais e dos responsáveis, desenhos e atividades em papel produzidos nos atendimentos, além dos registros dos profissionais.

Como esclareceu Reis et al. (2009), o prontuário é propriedade do paciente, tendo este livre acesso às suas informações a qualquer momento. No mesmo estudo, verificamos que estes documentos são percebidos pela equipe como fundamentais no processo de intervenção clínica e acompanhamento dos pacientes.

Em consonância com o preconizado, no CAPSi estudado nesta pesquisa, os prontuários são reconhecidos como documentos que pertencem ao paciente, cujas informações estão abertas à consulta pelo mesmo. Como afirma a enfermeira: *O prontuário não tem dono. O dono é o paciente. Qualquer pessoa pode evoluir no prontuário, mas habitualmente quem geralmente evolui é a referência e o médico quando passa pelo médico. Mas, por exemplo, se a gente está num coletivo e você faz uma intervenção num paciente que eu sou referência, você vai evoluir no prontuário, isso a gente não tem regra não. Ficam acessíveis.*

A possibilidade de que todos os profissionais registrem a evolução do paciente no prontuário é também ressaltada pela coordenadora: *Quem estava com ele (paciente), faz. O oficinairo também relata, o técnico de enfermagem. Exemplo, fui na casa de fulano, encontrei, conversei com ele sobre isso... Esse prontuário é para todos. Todos tem acesso para o que achar importante colocar ali. E até o da médica é junto. É um prontuário único.*

Em tese, a regra é que os prontuários sejam evoluídos semanalmente ou sempre que ocorre atendimento daquele paciente, embora alguns observados por nós apresentassem intervalos um pouco maiores do que o proposto.

Questionado sobre os registros das informações nos prontuários, o oficinairo menciona um fato relevante relacionado à demanda do serviço e ao funcionamento deste, distinto do CAPS: *Porque a demanda está pouca, mas no CAPS adulto não tem essa coisa não. Às vezes o profissional se prende mais a desenvolver o prontuário daquele paciente que atendeu naquele momento, que está com algum problema, alguma crise, tal. Mas os outros que são até de outras referências, o grupo todo faz, porque é muita quantidade, lá é uma demanda imensa. Como aqui são grupos de crianças, com horários distintos, dá pra você estar pegando no dia-a-dia.* A tranquilidade para fazer os registros se deve, principalmente, pelo modo como é organizado o atendimento aos pacientes que, conforme explicaremos mais adiante, é feito por horários ou grupos pré-definidos, possibilitando um acompanhamento mais próximo e menor sobrecarga do que aquela observada nos CAPS voltados a adultos.

Assim como no estudo de Reis (2009), a equipe que participou do nosso estudo reconhece a importância do prontuário, definindo a sua função como essencial no atendimento dos pacientes e como um meio de direcionar o tratamento, pois uma vez que o técnico de referência está ausente, todos os outros têm acesso às informações de determinado paciente. Um deles destaca a importância de estar sempre atualizando as informações, e menciona que o serviço conta também com um livro de registro do dia, no qual são registrados os acontecimentos relevantes ao longo do dia de atendimento.

6.2.3. Modalidades de Atendimento

O principal atendimento oferecido pelo CAPSi é designado pela equipe de “coletivo” e desenvolvido num espaço em comum onde os profissionais e os pacientes compartilham atividades. Trataremos disso mais adiante e, para tanto, é importante esclarecer que a equipe organiza os atendimentos pelos horários e dias da semana, como por exemplo: segunda-feira são atendidos os casos com perfil ambulatorial, sexta-feira pela manhã são casos mais graves. Cabe esclarecer que o dia destinado aos pacientes mais graves é aquele em que a maior parte da equipe está presente. Eventualmente, de acordo com a necessidade, ocorrem atendimentos individuais com os pacientes menos graves nas salas denominadas de consultórios, mas estes são temporários.

O oficinheiro explica sobre o modo como se organiza os atendimentos: *Eu acho que é uma rotina tranquila. Por ser determinados os horários de cada grupo, então você tem uma condição maior de estar se organizando. Porque tem o momento que você fica só, aí chega uma criança, aí depois chega outra, aí você tem como estar se doando aos poucos. Não é como no CAPS que é o dia inteiro, o usuário vai para lá e passa o dia, então você tem que estar o dia inteiro demandando atenção, demandando atividade ou conversando, ou dando atenção mesmo de conversar num canto, ou chamar atenção de alguma forma. E aqui não, aqui tem o horário, o usuário/a criança chega tem 40 minutos ou 1 hora dependendo, então a gente faz aquela atividade com aquela criança, depois vem um outro grupo, então é uma coisa mais light, que é mais tranquilo pra mim.*

Embora cada paciente tenha seu dia de atendimento determinado, o CAPSi os recebe em qualquer outro dia ou horário, caso seja necessário em função de uma situação atípica, experiências de crises ou quaisquer outras necessidades. Nesse sentido, a coordenadora procura esclarecer aos responsáveis que o lugar que deve ser buscado nas situações de dificuldade é o próprio serviço.

As atividades são propostas pelos técnicos a cada dia, de acordo com a demanda dos pacientes em atendimento. Desta forma, geralmente não são realizadas atividades pré-estabelecidas, como oficinas ou similares. São propostas, por exemplo, atividades como dança, desenho, jogos, brincadeiras conforme o interesse e a possibilidade dos pacientes presentes no dia.

Esta característica da ausência de oficinas ou atividades pré-estabelecidas e nomeadas é um aspecto importante neste CAPSi, pois é o que, para os profissionais, caracteriza-o e o diferencia de alguns outros serviços. A coordenadora esclarece que este é um ponto que ela valoriza, possivelmente porque este modelo mais flexível aponta para uma direção clínica voltada para a demanda de cada paciente. *Eu acho que essas oficinas, de repente... a gente estruturar alguma coisa. Isso daí é uma coisa que falta, não sei se falta. Se falta dar nome. (...) Uma coisa meio no instinto. A gente está fazendo e às vezes não nomeia. Então, eu acho que de repente seria isso. Ver o que é que a gente está fazendo pra dar um nome ou realmente montar algo. Porque às vezes a gente fica muito pensando na oficina pra produzir alguma coisa e eu não gosto desse produzir – porque na época lá (CAPS) tinha que produzir bijuterias pra vender. Não, ali eu quero produzir o melhor, o que a pessoa precisa pra ela, produzir algo pra ela, não para vender. Pode até acontecer de ela produzir ali a gente vender, mas não ser o objetivo. Então, eu acho que fica muito difícil pra mim falar de oficina porque vem com essa coisa errada, porque isso já foi exigido da gente, por isso que eu saí fora. A minha oficina era da bijuteria, eu converso, lá é livre, não é produzir porque tem que fazer tantos por dia, porque essa cor combina com aquela, porque vai ter saída, está usando... Então eu não fazia isso, e eu fui*

várias vezes repreendida por estar fazendo dessa forma. Por isso eu falei, não precisa de psicólogo na oficina. Eu achei, qualquer pessoa que tem o dom vai fazer isso.

Apesar desta clara valorização, a coordenadora se questiona em alguns momentos sobre a necessidade de nomear e planejar algumas atividades. Em contrapartida, o oficinairo se refere a estas práticas do serviço como oficinas, mas esclarece: *E aqui eu faço oficina, mas de acordo com a demanda de cada um. Tem crianças que gostam de vir pra cá pra pintar, desenhar ou pra conversar. Hoje, sexta-feira, é mais coisa mesmo de brincadeira, não tem muito que se fazer com eles manualmente, até porque não têm o desenvolvimento manual pra isso. Mas eu entendo que eu faço uma parte mesmo de terapia, tentar melhorar a vida, a maneira de cada um de repente, que eles tenham uma compreensão melhor do espaço, e saiam daqui mais centrados, mais coerentes, no caso.*

A respeito desta escolha de forma de trabalho deste CAPSi, o supervisor se posiciona: *Essa é uma estratégia que eu acredito que seja importante que abre margem pro sujeito trazer algo e a partir daí há um trabalho a mais de quem atende, que é a possibilidade da inventividade/criatividade de quem atende. De estar atento ao que o paciente traz e a partir daí até construir umas oficinas se for o caso. Mas por outro lado também há uma dificuldade em não se ter uma oficina, que em alguns momentos na supervisão há uma demanda; “será que a gente não deveria fazer tal oficina?”. Porque é um trabalho que convoca muito a possibilidade desejante de estar no próprio trabalho. Uma oficina estruturada te traz, no meu modo de ver, uma ilusão de que está todo mundo em trabalho, que se chega para determinada coisa e ali o sujeito ou está produzindo algo, ou produzindo algum objeto que seja negociável e rentável socialmente, isso traz uma falsa ilusão de que o sujeito está produzindo algo que seja realmente importante pra ele; de algum modo é, mas não é tão importante porque o sujeito acaba se prendendo a uma demanda que não é dele, uma demanda que já é do serviço, então o sujeito tem que se encaixar no que o serviço oferece e não ao contrário. Acredito que o serviço tem que se adaptar ao paciente e não ao contrário.* Conforme veremos mais adiante, o supervisor salienta o desafio de sustentar essa exigência de uma construção constante.

Embora este modelo de trabalho possa ser compreendido como um desafio a ser enfrentado pelos técnicos, a equipe demonstra uma boa relação com a proposta. Parece ser um consenso entre os técnicos que este formato seja uma estratégia de tratamento adequada, na medida em que viabiliza a proposta clínica de atender a demanda do paciente e construir práticas de forma a acolher suas necessidades.

Podemos relacionar a estratégia clínica priorizada pela equipe à posição de Toledo (2004) a respeito do *setting* terapêutico e o manejo clínico, baseado na teoria de D. W. Winnicott, que tem como proposta terapêutica aos os pacientes em sofrimento psíquico grave, a condição de que o profissional se ajuste às suas necessidades. Esta é uma intervenção diferenciada, ao basear o cuidado e o acolhimento dos casos de acordo com o modo como se apresenta o sujeito em sua totalidade. Podemos ir além, ao pensar no sentido da clínica devendo ser norteado a partir da demanda do paciente, desta forma o serviço se constrói com e para o paciente em tratamento.

Embora essa não seja uma reflexão feita pela equipe do CAPSi estudado, fazemos a leitura de que o trabalho “no coletivo”, tal como organizado, pode se configurar como uma oferta de *holding* (Winnicott, 1994a) que, ao invés de propor ao paciente uma atividade com objetivos pré-estabelecidos, oferece suporte não apenas para que ele apresente sua demanda, mas também para que faça um trabalho singular, com os recursos que escolhe, dentre aqueles que lhe é oferecido.

A esse respeito, lembramos que Campos (2012) ao abordar a clínica com pacientes psicóticos aborda um aspecto fundamental: *o uso de outros mediadores que não a palavra*. A autora propõe que uma das funções das práticas para os pacientes é, mostrar uma diferença básica entre fazer alguma coisa (ou qualquer coisa), e fazer coisas que possam vir a ter sentido para cada usuário. Temos visto numerosas oficinas que – chamando-se de terapêuticas – se estruturam somente em base do produzido (em produto para a cooperativa vender, por exemplo) e não do que produzem concretamente sobre a singularidade de cada usuário que se encontra inserido na “linha de produção” (p.111). A autora conclui: “E pensarmos no trabalho também como produção do sujeito em si, não somente como reprodução material. Procurando sempre que possível a construção de sentido dessa reprodução social, para ela não vir a ser simples adaptação social” (Campos, 2012, p.112).

6.2.4. Manejo em casos de crise

Nesta subcategoria sobre as modalidades de atendimento abordaremos uma questão importante que envolve o CAPSi e toda rede municipal de serviços em saúde mental: as formas como o serviço procede com os pacientes nas situações de crise.

A respeito de encaminhamentos de pacientes em crise para internação, a coordenadora informa que caso haja necessidade, o serviço encaminha, embora não dispõe de um local de internação adequado para essa faixa etária de pacientes: *Aqui a gente tem o Pólo – o Pólo é um ambulatório e tem doze leitos, é uma unidade de internação psiquiátrica para crise. Só que não é para criança, é para adulto. E a gente tem no hospital de Lajes o setor da pediatria. O que acontece, se é uma criança muito pequena a gente tenta separar uma enfermaria lá embaixo pra mãe ficar, igual aconteceu com o Adriano. (...) E a proposta é que todo Hospital Geral tenha que ter leito infantil. Porque era num hospital lá no Rio e agora fechou, não tem mais lugar para atender criança. Era um grande, depois foi diminuindo, aí ficou com dois/três, passou para o Getúlio Vargas era onde tinha leito. Aí agora a gente dá conta aqui, a gente evita. Aí esse dia foi só uma observação porque ele dormiu [se referindo ao caso de um adolescente descrito adiante] e no outro dia foi embora. Se houver internação a gente tem que avisar.*

Sobre essas situações que demandam encaminhamento ao Pólo, a equipe geralmente não as denomina como internação, mas sim uma breve observação do paciente em um leito psiquiátrico enquanto durar a crise. De acordo com os casos relatados, o período máximo que um paciente do CAPSi esteve em observação no Pólo de Saúde Mental durou menos de 24 horas, sempre acompanhado pelo responsável. Além disso, um técnico da equipe do CAPSi mantém contato com o técnico que está prestando assistência no local. Cabe lembrar que os CAPS seguem a lógica do modelo anti-manicomial, e surgiram como um serviço substitutivo, desta forma, com novas propostas de cuidados em saúde mental, sendo uma delas a não internação psiquiátrica integral de pacientes. A esse respeito Campos (2012) relata que a maioria dos serviços substitutivos consegue manter os pacientes distantes das instituições de internação psiquiátrica, reduzindo consideravelmente sua frequência, porém elas ainda ocorrem. De todo modo, tal redução confirma a eficácia dos serviços substitutivos.

A autora, ao abordar a temática, comenta o *momento do surto* e sua função no tratamento: Entendermos esse momento apontará para nós a necessidade de qualificar os

serviços substitutivos para intervir na crise. E deveremos reconhecer que em alguns usuários e em algumas situações a necessidade de resguardo, proteção e contenção serão fortemente colocadas pelo aparecimento do surto (Campos, 2012, p.106). Mas, ela adverte que, no caso de uma eventual internação, é retirada do paciente a possibilidade de vivenciar o *momento do surto*, momento este de grande sofrimento e fragilidade, no ambiente ao qual já está inserido e lhe permite contar com vínculos com profissionais que conhecem sua história. Quando o paciente é retirado de tal ambiente, “a possibilidade de produzir da crise uma passagem para alguma outra coisa fica prejudicada” (p.106).

Os profissionais entrevistados parecem ter concepções semelhantes a essas mencionadas por Campos (2012). Questionada sobre a existência de internação psiquiátrica para crianças e adolescentes, a coordenadora esclarece seu posicionamento, citando o exemplo de um paciente adolescente: *Não. Ele já passou uma noite, mas não foi internação, foi observação, porque se ele fosse para casa ele ia quebrar... aí ele dormiu aquela noite. A enfermeira que trabalha aqui, trabalha no Pólo, eu também trabalho no Pólo e o pessoal que está lá a gente tem uma ligação grande. Só ficou aquele dia, aí o responsável fica junto. Se for muito pequeno, como já aconteceu com o Adriano, há muito tempo atrás, no início a mãe queria, queria, queria, e a gente achava que não precisava [da internação], mas aí um período a gente disse “vamos internar, mas ela tem que ficar”. Caramba! Foi uma experiência muito boa, porque ela quer que interne, mas ela não quer se comprometer em ficar. Quando ela tinha que ficar ali, ela não quis mais, ela ficou com ódio do Supervisor que era a referência do filho na época. É uma criança, ele não pode ficar aqui sozinho, tem que ser a mãe. Deu uma segurada, porque não deu nem pra trocar, pra ela colocar uma pessoa pra ela, porque às vezes ela queria... aí “não, a pessoa via ficar pra você tomar um banho e voltar.*

No exemplo acima, ainda podemos observar um outro aspecto que envolve estes casos: a responsabilização dos pais, que evoca muitos comportamentos e reações por parte dos profissionais, o que atravessa os tratamentos dos filhos, como veremos mais adiante.

A enfermeira que compõe a equipe técnica do CAPSi, por sua vez é coordenadora do Pólo de Saúde Mental, e reitera: *A gente nunca fez internação. A única vez que aconteceu não foi nem uma internação, o paciente passou o dia lá, ficou algumas horas no Pólo. Como eu sou a coordenadora a gente tem essa ligação. Por conta do pai ser problemático, da mãe ser problemática, aí ele tava numa crise, é psicótico, aí ele ficou um tempo lá com a gente. Não foi nem 24h, mas ficou umas horas com a gente. Mas assim, internação mesmo psiquiátrica isso a gente não faz.*

Diante da configuração da rede de Paracambi, o oficinairo afirma: *A gente tenta resolver às vezes a crise aqui dentro.* Como em outras citações, fica evidenciada a tentativa do serviço em resolver as situações que envolvem os atendimentos, muitas vezes ultrapassando as possibilidades da sua própria estrutura e as condições dos técnicos. Nesse sentido, uma fala presente em todo momento e muito marcante nos discursos e práticas é o “ter que dar conta de tudo”. Assim, foi relatado pela psicóloga entrevistada, após mencionar o mesmo caso do adolescente que esteve em observação: *Nunca encaminhamos ninguém, nem pretendemos encaminhar ninguém.*

Não apenas as dificuldades apontadas pela equipe, mas também a norma do Ministério torna compreensível essa sensação de “ter que dar conta de tudo”. Isso se deve, possivelmente, à dificuldade em cumprir a normatividade relativa a “assumir seu papel estratégico na articulação e no **tecimento** dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde” (Ministério da

Saúde, 2004, grifo nosso) como vimos nas sessões anteriores deste projeto. Certamente é uma tarefa muito desafiadora *tecer* rede em um lugar onde faltam serviços e, diante dessa dificuldade, o CAPSi estudado tender a resolver suas questões isoladamente. Neste sentido, Delgado (2006) nos adverte que a respeito da gestão do CAPS deve ser compreendida como também uma atribuição clínica, responsável por “organizar ou ordenar a demanda do território” (p.65). O autor levanta a questão da importância da função do CAPS fora do próprio CAPS, como um serviço para estar além de seus próprios muros. E ainda questiona acerca da capacidade do serviço em estender suas intervenções ao serviço de Atenção Básica.

Entretanto, com todos esses desafios, o CAPSi tem conseguido estabelecer contatos com os serviços de diferentes áreas, conforme veremos mais adiante ao abordarmos a relação com a rede.

Ainda sobre as situações que ultrapassam os limites do serviço, observamos dois exemplos distintos, porém que apontam para a mesma questão. Um deles diz respeito à área de abrangência do município e outro à faixa etária dos pacientes: Primeiro, observamos o alto índice de atendimento de casos de outros municípios, pelo fato destas localidades não terem o serviço de saúde mental infanto-juvenil, ou pelo motivo de pacientes não se adaptam ao atendimento lá oferecido. Isso ocorre frequentemente no município de Japeri, que encaminha regularmente casos ao CAPSi de Paracambi. Outro aspecto destacado pelo supervisor diz respeito aos pacientes que completam a maioridade e permanecem no CAPSi, não sendo encaminhados ao CAPS ou a outros serviços. Ele levanta possíveis explicações para isso, tais como a eventual resistência dos pais, resistência dos pacientes (pela relação estabelecida com a equipe), e a coordenadora completa “*e a nossa...*”, como sendo essa uma dificuldade também da equipe em fazer esta passagem. Inclusive, numa reunião em que se discutia esse assunto, foram colocadas outras possibilidades para estes pacientes, como um acompanhamento do CREAS ou CRAS, ou ainda receber alta do tratamento, dependendo do caso. Entretanto, a equipe não conseguiu operacionalizar o desligamento.

6.2.5. Relação com os pais

O CAPSi realiza um trabalho denominado pelos profissionais de Acompanhamento Familiar, caracterizado pela atenção aos familiares dos pacientes em atendimento, incluindo atendimentos individuais quando necessário, assim como a possibilidade de Visita Domiciliar. Há ainda, o grupo mensal de familiares, que consiste no atendimento em grupo dos responsáveis pelos pacientes. Sobre este podemos citar o exemplo de um dos grupos de pais, que contou com a presença do supervisor, da coordenadora, 9 técnicos e 14 pais (sendo 4 homens e 10 mulheres) – ressaltando que o quórum não foi maior pois muitos pais justificaram ausência pela necessidade de estarem nas escolas participando da comemoração pelo dia das mães.

O supervisor enfatiza que o grupo é um espaço para os pais, não sendo somente para se falar dos filhos, mas deles próprios. No grupo acima citado, uma das principais questões abordadas foi a respeito dos técnicos de referência. A coordenadora solicitou aos pais que se reportassem ao profissional de referência de seu filho todas as vezes que houvesse necessidade, inclusive que qualquer insatisfação fosse comunicado a ela (coordenadora) ou à referência, mas que o paciente não fosse retirado do tratamento diante de alguma insatisfação, como já havia ocorrido.

Vários profissionais comentam que entre as especificidades de atendimento a crianças e adolescentes, está a necessidade de atenção aos pais e familiares. Enfatizam que, no caso do CAPSi, esta questão é ainda mais delicada, pois em grande parte dos casos são pacientes com demandas graves e pais carregados de muita angústia, buscando respostas para os sintomas dos filhos, tratamento e acolhimento para ambos.

A coordenadora, ao ser questionada sobre os casos predominantes e o que exigiria mais da equipe, afirma categoricamente: *Eu acho que orientação mesmo. Orientação de pais. Acho que é muito importante esse grupo de pais. A gente faz reunião mensal, esse período passou mais de um mês, acho que foi de duas em duas, mas a gente mantém essa reunião (...) É para ser todo mês, mas tem acontecido de dois em dois mais ou menos.* Informa, que sempre que necessário são realizados atendimentos aos pais, mas isto ocorre em apenas alguns casos: *É quando a gente percebe que o pai está influenciando muito naquela criança, ou não está afetando ou está afetando demais. Está muito misturado, aí precisa de ele estar. Às vezes a gente também encaminha esse pai, quando o caso não é nosso inteiro assim, pro atendimento, por exemplo, vem na triagem, viu as dificuldades, sentiu alguma coisa, aí esse pai é encaminhado pra rede.*

Percebemos uma unanimidade entre a equipe, uma das dificuldades mais citadas acerca do tratamento são os familiares. A enfermeira entrevistada, responde da seguinte forma: *A dificuldade que a gente tem na verdade não é tanto com os pacientes, é mais com a família. Porque assim por serem crianças, quando elas realmente precisam, elas procuram muito a gente, principalmente os adolescentes que não precisam de ninguém pra trazer, eles têm isso aqui muito como referência. Então, a gente não tem tanto problema assim... a gente tem muita resistência às vezes dos pais, às vezes uma dificuldade mesmo dos pais em estar aceitando ou então o pai realmente tem problema, eu acho que é mais isso.*

Os comportamentos mais citados a respeito dos pais foram: dificuldade em lidar com a doença do filho, preconceito em relação ao tratamento, resistência em aderir ao tratamento, exigências em relação à equipe, queixa sobre a instituição de ensino, resistência ou a solicitação excessiva da medicação, responsabilização do filho no tratamento, e a falta de escuta – *O que mais aparece na demanda ambulatorial é criança com problema de relacionamento com os pais, muito assim, gritante isso. Pelo menos, os meus casos que eu atendo, a maioria são essas crianças com esse perfil, principalmente adolescente. Essa fase da adolescência, aí os pais chegam falando que está rebelde, aí você vai atender e não tem muito daquilo que os pais estão trazendo pra gente, é mais mesmo uma questão de escuta, que os pais não sabem ouvir – não sei qual o motivo, acho que esquecem que eles foram adolescentes uma vez na vida! – e aí fazem daquilo uma coisa deste tamanho, então a gente atende, eu atendo, escuto o adolescente por algum tempo (uns dois meses no máximo), e aí chamo os pais pra cá e aí começa o atendimento: família e criança... e dali a um tempo eu consigo, até o momento tem conseguido resolver assim mais ou menos, aí depois a gente dá alta, libera (psicóloga).*

Recentemente, a equipe implementou uma mudança referente à sala de espera – localizada na recepção, onde os responsáveis (as mães em grande maioria) aguardam os filhos em atendimento, nos dias de sexta-feira pela manhã (nas quais, conforme descrevemos mais acima, são atendidos casos graves, predominantemente autistas). Os profissionais solicitaram que as mães subissem para o segundo andar, onde seria feito um grupo de conversa, coordenado por um técnico. Tal solicitação se deu porque as mães estavam sempre acessíveis aos pacientes e essa presença era motivo de interrupção das atividades no coletivo constantemente. Tal interrupção ocorria por ambas as partes: as

mães costumavam se inserir no trabalho que estava sendo realizado com as crianças, assim como estas se desligavam do grupo para procurar suas mães. A enfermeira explicou: *A gente faz atendimento até individual para família. A gente percebeu que os pais de sexta-feira não podem ficar lá embaixo, que é onde ocorrem os atendimentos com as crianças. Então, um profissional traz os pais aqui pra cima, aí a gente conversa, faz um grupo de pais, porque atrapalha e a gente também estar montando essa coisa fixa. Já está montado, é sempre quarta-feira a tarde, é um grupo de pais e eles deixam esse horário para os pais que se interessarem. Mas na sexta-feira não, na sexta a gente traz mesmo. Os que vêm trazer os filhos eles sobem (para o segundo andar da casa) e a gente fica. Não tem um profissional certo, cada dia é um profissional, até pra gente não perder o atendimento com as crianças.*

Importante destacar que em uma das reuniões em que foi discutida essa estratégia, alguns profissionais mencionaram que ela permitia que os pais não atrapalhassem mais os atendimentos, mas ao mesmo tempo proporcionava um espaço terapêutico para estes pais.

Sobre a atenção aos pais, foi relatado, pela psicóloga entrevistada, um exemplo concreto de estratégia clínica bem sucedida: *Porque assim, está complicado. A maioria das crianças que chegam aqui, não tem problema pra estarem aqui no CAPSi, não tem uma questão assim, para CAPSi. Como infelizmente a gente não tem ambulatório, a gente atende. Mas a gente vai estudar a história da criança, aquilo que os pais trazem, a gente vê que o problema é todo dos pais. Que se não tratar os pais, a gente não vai conseguir um sucesso no tratamento com as crianças. (...) Temos um caso de uma criança aqui que não consegue (não conseguia, a gente conseguiu um sucesso pequeno, mas conseguimos) se separar da mãe de jeito nenhum, era uma coisa assim terrível. A mãe teve um bebê, se sente extremamente culpada em ter tido esse filho e ter largado um pouco o outro e tudo essa mãe fazia pra essa criança. Para criança vir ao CAPSi, ela tinha que passar na loja e comprar um presente, sempre, toda quinta-feira ele chegava com o presente que ele tinha que ganhar. Mas não era a criança que pedia, era uma proposta da mãe. Então, você via que a dificuldade não era do filho se separar da mãe, mas da mãe se separar do filho. Falei, “caramba, como que eu vou conseguir um dia poder liberar esse menino do CAPSi sem eu fazer um trabalho com a mãe, sem alguém estar atendendo essa mãe?”. Assim, também não era pra eu atender, mas achei que não ia dar muito certo porque a gente tinha que fazer essa separação aqui. No momento que a criança chegasse, então eu falei alguém vai ter que me ajudar. A gente trouxe o caso pra reunião e aí na hora todo mundo concordou. É um caso que tem que alguém estar atendendo essa mãe e aí o técnico se propôs em estar atendendo e assim deu super certo. Eu liguei pra ela agora, ela falou que o menino não conseguia ir pra escola, ele arrumava um escândalo que ninguém conseguia colocar o menino na escola. E aí a gente começou a fazer essa separação aqui. Era uma coisa dolorosa pra todo mundo. As pessoas olhavam e ficavam com pena, as mães na recepção ficavam achando a gente “malvados”. A gente ia lá e fazia a separação. E aí a D. subia com a mãe e ele ficava em gritos lá em embaixo, desesperado. E aí começou a dar certo. A gente começou a ver que ela começou a subir e ele passou a se importar menos e agora nós vamos começar a fazer essa separação na escola. Fomos na escola várias vezes em reuniões e aí a escola começou a fazer esse trabalho lá também. Conclusão: ele não quer vir mais para o atendimento na parte da tarde porque ele não quer mais deixar de ir na escola. E assim foi um resultado tão importante e um período de tempo tão curto que eu não imaginava que aquilo fosse acontecer. Aí hoje ela me ligou mais cedo porque tem três semanas que ela não conseguiu vir, justamente porque ele não quer mais deixar e ir a escola. E falou que não*

pode deixar de ir porque não pode deixar de ser atendida também porque eu to vendo que está dando certo pra ele.

O sentimento de culpa desses pais é evidente e a necessidade de terem um espaço onde possam ser escutados e acolhidos são reconhecidos e lembrados, a todo momento, pelos técnicos: *A gente vê o quanto essas pessoas carregam culpa. Eles querem resposta para tudo e a gente não tem essa resposta para poder dar. Por que meu filho é autista? O que acontece? O que aconteceu? São gêmeos, um é autista e o outro não é. E assim, a gente não tem uma resposta pronta ali pra poder dar. Então, a gente vai começar a trazer para cá para estar ouvindo um pouco, estar tentando esclarecer as coisas, estar acolhendo um pouco porque eu acho que essas mães precisam muito de um acolhimento, mas acho até que passa um pouco do acolhimento profissional, acho que isso ultrapassa um pouco, às vezes vai além disso, sabe? Não sei assim te explicar exatamente, mas, a gente vê que não vem aqui só para ouvir um pouco o que o filho tem, a gente vê que ultrapassa um pouco isso, que elas querem mesmo falar delas, falar do quanto é difícil ter um filho autista, o quanto é sofrimento pra algumas (psicóloga).*

Conforme visto anteriormente, Toledo (2006) menciona que um fato frequente em um de seus estudos era o movimento dos membros do grupo de familiares em falar de seus próprios filhos e não de si mesmo. A autora relata que emergia no grupo falas relacionadas às incapacidades, impotências e fracassos dos mesmos. Diante disto, a pesquisadora, que também ocupava o lugar de mediadora do grupo, buscou como estratégia de intervenção viabilizar com os participantes a construção de mecanismos de valorização das capacidades e enfrentamentos das dificuldades de cada um.

Tal estratégia parece estar na mesma direção dos apontamentos feitos pelo supervisor do CAPSi pesquisado, diante dos comentários que a equipe faz acerca dos pais. Ele costuma propor que reflitam a respeito da necessidade do “empoderamento” dos pais, colocando os técnicos como “secretários” dos familiares e dos pacientes. Enfatiza como os familiares são conhecedores dos seus próprios filhos e do que ocorre nos casos.

Nesse posicionamento, podemos perceber a tentativa de ressaltar a importância que deve ser dada aos pais no tratamento, e o cuidado necessário para não problematizá-los, no sentido de não tratá-los como adversários. Ou seja, a necessidade de se ter atenção sobre qual lugar a família é colocada no processo de tratamento da criança. Olhar não apenas para suas dificuldades, mas especialmente para suas potencialidades no cuidado, ajudando-os a reconhecer tal potência.

A respeito do ambiente familiar no qual os pacientes se desenvolvem, Campos (2012) utiliza os conceitos da clínica psicanalítica winnicottiana – *holding* e *handing* – para abordar a questão do ambiente terapêutico que é oferecido aos pacientes nos serviços substitutivos em saúde mental. Neste sentido, a autora propõe uma reflexão acerca dos “efeitos de intervenções dos serviços públicos que mais esvaziam e desautorizam as funções materna e paterna do que as apoiam para seu bom e legítimo exercício... Não raramente, produzem assim, novas perdas e quebras de continuidade” (p.141). Considerando as contribuições de Winnicott (1984) ao criar o termo *mãe-bebê* ao se referir a criança em suas primeiras fases de desenvolvimento, a autora enfatiza a impossibilidade de tratamento com crianças em grave sofrimento psíquico sem o acolhimento e intervenções clínicas com suas mães e o ambiente no qual estas crianças se desenvolvem. Ao abordar o trabalho proposto por serviços como os CAPSi, a autora, caracteriza o trabalho com a dupla *mãe-filho* como uma de suas *tarefas primárias*, e não como um trabalho a mais a ser realizado pela equipe.

Campos (2012) nos ajuda a pensar sobre isso, enfatizando a importância da intervenção clínica durante o tratamento nestes núcleos familiares. Nos serviços substitutivos, comumente temos o objetivo o resgate e a manutenção de laços sociais e familiares, conseqüentemente, verificamos a necessidade do tratamento com os familiares.

A autora menciona a ocorrência de espaços destinados ao trabalho com a família nos serviços de saúde mental, embora estes muitas vezes se apresentem *esvaziados de sentido*. Podemos pensar no grupo formado pelas mães de pacientes autistas às sextas-feiras no CAPSi estudado, destinado inicialmente a ser um espaço de separação entre as mães e os filhos para que os atendimentos ocorressem sem interrupções. Posteriormente este espaço passou a ser pensado como um lugar de escuta e troca entre essas mães, coordenado por um dos técnicos. Neste caso, podemos perceber a criação de um grupo como uma estratégia clínica relacionada ao tratamento dos pacientes e também como um suporte aos familiares que os acompanham, isto é, percebemos um sentido nesta proposta.

De todo modo, identificamos em nosso estudo o trabalho com os familiares como um dos maiores desafios encontrados no serviço. Este aspecto está em consonância com a afirmação de Campos (2012) que trata esta questão como uma das maiores dificuldades nos serviços de saúde mental, atribuindo parte desta dificuldade à falta de formação profissional da equipe. Assim, autora salienta a importância da necessidade em investimento em formação dos técnicos que atuam na rede pública.

6.2.7. Relação com a Rede

Conforme mencionado anteriormente, Delfini et al. (2012) afirmam que as ações realizadas pela rede em conjunto com os CAPSi são mais eficazes. Também podemos verificar esta estratégia nos relatos e a seguir.

A equipe e a coordenadora demonstram dar grande importância à comunicação com os outros serviços da rede, apesar dos contatos só terem aumentado a frequência recentemente. Questionada sobre a regularidade da comunicação com outras instituições durante o tratamento dos pacientes, a coordenadora afirma que os contatos ocorrem, mas principalmente quando acontece algo atípico. Enfatiza, porém, que esta comunicação tem se tornado regular, pois sempre tem acontecido algo diferente nos atendimentos.

Durante a entrevista, a coordenadora exemplificou, com um assunto que seria pauta da próxima reunião: (...) *minha preocupação que quando alguém vem trabalhar, a primeira coisa na conversa é o acolher, não importa quem vai chegar aqui, se vai ficar ou se não vai ficar, é estar aqui disposto (...). E aí a minha equipe não está acolhendo as equipes, houve uma queixa dessa.*

Muitos profissionais evidenciam o trabalho que o CAPSi realiza além dos próprios muros, se posicionando de maneira ativa, se fazendo presente e buscando um diálogo com os outros serviços da rede relacionados – direta ou indiretamente – a atenção à infância e adolescência, tais como: escolas, Conselho Tutelar, CREAS, CAPS, Abrigo, serviços de saúde. A maioria relata esse movimento como geralmente iniciado pelo CAPSi, compreendemos que é o CAPSi que, predominantemente, vai ao encontro dos outros serviços e não o inverso. Este funcionamento está bem descrito pela coordenadora, nas seguintes palavras: *É porque sempre vem aquele papelzinho – manda relatório – mas eles não vêm aqui em momento nenhum, não liga nem nada, então acaba ficando. Agora não, agora a gente está buscando. Eu fiz muito isso. Acho que a gente busca muito. Vai*

mais atrás. O que o supervisor estava falando: “tem que sair”, porque o CAPSi não é ficar aqui, eu acho que o problema talvez seja esse, a gente fica esperando chegar, tem coisa que você tem que ir lá, porque aí não vai chegar, vai ficar lá. Porque senão a gente ficar só esperando também vai ficar super lotado.

Numa das reuniões de equipe, surgiu à proposta de que fosse organizado mensalmente um seminário direcionado para as escolas da rede municipal com o objetivo de discutir algumas dúvidas e dificuldades, tanto da equipe técnica quanto da pedagógica. Assim, pretende-se esclarecer algumas questões que envolvem os comportamentos dos alunos, como uma possibilidade de resolver alguns possíveis encaminhamentos ainda no ambiente escolar, como uma forma de filtrar os pedidos de atendimento, muitas vezes desnecessários.

Questionados a respeito de como percebiam a relação estabelecida com os profissionais de outros serviços, uma resposta comum pode ser exemplificada por outra fala da coordenadora: *Eu acho que a nossa dificuldade maior é com o CAPS. Os outros a gente têm dificuldade, mas a gente consegue. Está sendo difícil. Eu como coordenadora vejo que está assim, acho que essa equipe minha a gente está com esse sentimento, eu vejo. E parece que a gente sabe. E isso não sei se afasta eles. Porque eu vejo não é só o sentimento superior, existe isso, mas existe uma coisa de que lá está sendo feito diferente. Lá não faz do mesmo jeito.*

Cabe ressaltar que atualmente a equipe do CAPS não conta com o apoio de um supervisor. Em duas reuniões de equipes que foram observadas, técnicos do CAPS compareceram para discutir casos em que responsáveis de pacientes do CAPSi encontram-se em tratamento no serviço. Estes técnicos relataram a satisfação em participar da reunião de equipe do CAPSi acompanhada por um supervisor, manifestando o desejo de ter esse suporte no CAPS e falando o quanto sentem necessidade de supervisão para discussões acerca da prática clínica.

O oficinairo, como informado anteriormente, atua no CAPSi e no CAPS do mesmo município e sobre a relação da rede responde da seguinte forma: *Eu acho que é muito superficial. Eu trabalho em dois dispositivos, no mesmo programa, eu acho que tem uma coisa de ego, às vezes um se acha melhor que o outro, um psicólogo que sabe mais, que entende mais do assunto e tem mais condições de lidar com aquela coisa. São tantas coisas poucas/mesquinhas que acabam... isso eu acho até que por ter muita mulher nessa área, e as mulheres geralmente têm uma certa rivalidade, sei lá, alguma coisa de competição, então eu acho que tem um pouco de confusão. Não tem confusão em si, mas tem aquela coisa de “ah fulano não está bem”, “ah porque o outro dispositivo não trabalha direito, deixa algum furo, alguma coisa”. Nem sempre estão bem não, sempre tem essa diferença entre os dispositivos.*

Uma das psicólogas respondeu a questão ilustrando com exemplo de parceria bem sucedida com o CAPS e o CREAS: *Eu acho que nesse momento está funcionando melhor. Eu acho que a gente não tinha um trabalho de rede bom não. O modelo, sabe? Acho que não era não. Mas agora de uns tempos pra cá eu estou conseguindo perceber uma mudança muito legal. A gente tem um caso aqui que é um caso da rede que é o M. D., eu sou referência e o caso está muito difícil e a gente está fazendo parceria com o CAPS, porque o CAPS atende a mãe dele que é também paciente psiquiátrica, agora a gente fez rede com o CREAS, a assistente social está dando um amparo muito legal. O caso seria levado ao MP e a gente está discutindo esse caso, fazendo visita. CAPSi, CAPS, CREAS, todo mundo junto trabalhando em equipe, to achando que está funcionando legal, a gente já conseguiu uma melhora no caso, a mãe está indo*

frequentemente no CAPS. E a assistente social falou que ia fazer, depois da visita que ela fez, um relatório pra mandar pro MP, e assim eu achei muito legal que antes dela fazer isso, ela chamou toda equipe (CAPS e CAPSi) pra estar conversando, discutindo o caso. E a gente conversou que nesse momento não seria bom, porque quando esse relatório chegasse ao MP, na hora eles iam pedir o abrigo das crianças, isso não seria legal pro caso. Então, assim, eles escutaram a gente – “Bom, beleza, se vocês acham que isso não vai ser legal, vai desfazer todo o trabalho que foi feito até agora, com certeza ia desfazer, ela ouviu e falou a gente não vai enviar o relatório pro MP nesse momento, a gente vai tentar usar todas as ferramentas que a gente tem e estar pensando isso mais tarde. Então, assim, eu acho que nesse momento a rede está funcionando. O nosso contato com os outros serviços está sendo bem legal. Tem ouvido bastante a gente, a gente também tem ouvido bastante eles, isso tava faltando no nosso serviço. Reuniões a gente tem feito, ontem mesmo eu tava no CAPS discutindo um caso daqui, eles já vieram em reuniões aqui também pra estar discutindo esse caso. Acho que nesse momento está bem legal, está funcionando bem a rede. Agora eu estou vendo rede, antes eu não via.

Sobre o trabalho em rede, o supervisor se posiciona da seguinte forma, destacando a possibilidade do CAPSi como mediador nos serviços: *O trabalho é essencial, sem o trabalho de rede a Reforma não funciona, o CAPSi não existe, é um trabalho de rede. Mas, por outro lado também é um trabalho difícil, porque é um trabalho que passa por uma delicadeza de você não ocupar uma posição de quem sabe o que fazer, de quem irá ensinar o outro a fazer. É um trabalho que também vai convocar aos técnicos, a quem está na rede ocupar uma certa posição também de causar o desejo no outro que é uma posição difícil, porque se você está com assistente social, até com outros serviços da rede, própria rede de saúde, Conselho Tutelar, você tem que levar em conta um mandato de cada um deles. E como levar isso em conta e construir uma direção de trabalho que seja pautada no sujeito e não no que a assistência social acha melhor, o que o Conselho acha melhor. De certo modo, o CAPSi deve fazer um trabalho de mediação de rede, de ser um lugar que faz a mediação para a construção do trabalho. Sem esses parceiros fica difícil. Mas ainda é uma coisa muito deficitária ao meu modo de ver, é preciso mais trabalho.*

Tão significativa quanto a relação do CAPSi com a rede é a inserção da própria questão do cuidado às diferentes formas de sofrimento psíquico de crianças e adolescentes na rede de saúde. Vimos, mais acima, o relato da coordenadora, apontando que, concretamente, o lugar que era disponibilizado para o tratamento deste público reduzia-se as alas destinadas às especialidades médicas. Com o decorrer do tempo, ainda que tenha sido conquistado um serviço, parece que a cidade ainda carece de outros espaços sensíveis ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes. Isso se evidencia quando observamos a rede de serviços disponíveis para atendimento a crianças e adolescentes. O próprio discurso da equipe em “ter que dar conta” confirma a escassez dos espaços destinados a esse público.

Os profissionais do CAPSi encontram grande dificuldade em encaminhar alguns pacientes que poderiam ser atendidos em outros lugares, como nos ambulatórios, mas por falta de serviços adequados, acabam acolhendo no próprio serviço. Essa é uma questão pertinente a toda equipe, como relata a psicóloga: *Nesse momento, embora aqui já seja um CAPSi já cadastrado, a gente continua com uma demanda muito ambulatorial, a gente não conseguiu se desvincular disso. Por mais que em toda reunião a gente bata na mesma tecla “gente, CAPSi, vamos acolher mais essa demanda”. Só que como o município não tem um ambulatório, então a gente acaba tendo que acolher, porque vai*

mandar as crianças para onde? A gente recebe aqui demanda escolar, que no papel não seria pra cá, mas a gente acaba atendendo.

Cabe mencionar a fala do supervisor sobre esta questão: (...) mas também o pessoal trabalha com muitas crianças que não têm sofrimento psíquico grave, porque a rede também não tem outros equipamentos, então o CAPSi ainda tem espaço ambulatorial e de atendimento individual em alguns casos. (...) E também há outro âmbito de atendimento que é, pela característica do município, de não ter fonoaudiólogo na rede, então às vezes há alguns atendimentos específicos de fonoaudiologia que não é uma característica do CAPSi, mas a gente em alguns momentos se depara com isso.

Sobre a demanda escolar, a psicóloga aborda esta questão: Tem crianças aqui que têm dificuldade de aprendizagem e aí vem pra cá. Que não seria pra gente, aí a fono faz esse trabalho, e as crianças que ela atende tem muito essa demanda escolar, que tem dislexia ou tem dificuldade na leitura, na escrita, aí a gente acaba atendendo aqui também. Pois, não tem outro lugar.

6.3. Estratégias que apoiam e viabilizam o cuidado: avanços e desafios

6.3.1. Supervisão e Reunião de Equipe

A supervisão e a Reunião de Equipe ocorrem concomitantemente semanalmente, às sextas-feiras, no turno da tarde. Participam o supervisor, a coordenadora, toda equipe técnica, a recepcionista, o técnico administrativo, e eventualmente a médica. Foi informado que em algumas ocasiões a cozinheira, a auxiliar de cozinha e a auxiliar de serviços gerais também estiveram presentes.

Geralmente a reunião é iniciada pela coordenadora que abre as pautas para equipe, faz comunicados e atualiza alguns assuntos acerca do funcionamento do serviço. Em seguida, são discutidos os casos – de acordo com a necessidade dos técnicos – entre toda equipe, sendo direcionado pelo supervisor.

Cabe informar que ao final de cada dia de atendimento ocorre uma reunião de mini equipe, como é nomeada pela própria equipe. Os técnicos do dia se reúnem e discutem os atendimentos e os acontecimentos do dia. Há um livro de registros onde é feito um resumo destas informações, embora isto não venha ocorrendo regularmente, a equipe pretende retomar essa prática.

A respeito da supervisão, a enfermeira avalia: *Como eu trabalho em outro serviço que não tem isso, a gente sente a necessidade, vê o quanto é bom a gente ter um olhar de fora, porque o supervisor tem esse olhar de fora, que não está no dia a dia, que não se mistura tanto. É muito importante, é muito bom, para gente dar direcionamento pros casos é muito importante.*

Um dado relevante, observado nas reuniões, é a frequência com que os técnicos trazem fatos ou informações sobre os pacientes a que têm acesso extra CAPSi. Houve situações, por exemplo, que tomaram conhecimento sobre um acontecimento que envolvia uma criança conversando com alguma pessoa de convivência comum a ambos ou um vizinho na rua, ou ainda viram algo fora do horário do expediente. Embora essas situações obriguem os profissionais a entrar em contato com o trabalho fora do horário de expediente, acabam sendo úteis para que a equipe compreenda melhor o caso. Esse quadro aponta para especificidades e desafios colocados para os serviços situados em cidades de pequeno porte, como Paracambi.

6.3.2. Função e atuação dos técnicos

Ao entrevistar os técnicos, um dos relatos marcantes se refere às suas próprias atuações no CAPSi e as suas identidades profissionais. Todos esclarecem que no serviço não são apenas profissionais que desempenham suas funções de acordo com a categoria ou especialidade, mas que são profissionais que trabalham em conjunto com uma equipe inteira.

Muitos descrevem este como um desafio enfrentado ao entrar no CAPSi, pois até aquele momento só haviam tido experiências profissionais que exigiram estritamente seus conhecimentos e habilidades técnicas. No CAPSi, descrevem suas atuações como “não somente uma enfermeira ou um oficineiro”, o serviço exige que estes profissionais criem uma nova forma de atuação, que se baseia em suas formações técnicas, mas envolve outros tipos de cuidados, práticas e descobertas.

O oficineiro relata como chegou ao CAPSi: *Eu não tinha nenhuma pretensão em trabalhar na saúde mental. Trabalhei a vida toda em escritório, como administrativo ou tesoureiro. E fiquei desempregado há uns 5 anos atrás, e eu fui convidado pra trabalhar no CAPS de adulto, como oficineiro, por ter algumas experiências com as artes plásticas. E depois a C. (coordenadora) me chamou para trabalhar com criança, porque ela achava que eu tinha o perfil de CAPSi, então eu vim pra cá há um ano e alguns meses*”. Continua sua fala descrevendo como entende seu trabalho no serviço: *“De forma geral, eu acredito que acrescente em todo andamento. Porque não é só a oficina em si. Porque lá no CAPS havia oficina para geração de renda, agora não estão fazendo esse tipo de exigência, “gerar renda”. E aqui eu faço oficina, mas de acordo com a demanda de cada um. Tem crianças que gostam de vir pra cá para pintar, desenhar ou para conversar. Hoje, sexta-feira, é mais coisa mesmo de brincadeira, não tem muito o que se fazer com eles manualmente, até porque não têm o desenvolvimento manual pra isso. Mas eu entendo que eu faço uma parte mesmo de terapia, tentar melhorar a vida, a maneira de cada um de repente, que eles tenham uma compreensão melhor do espaço, e saiam daqui mais centrados, mais coerentes, no caso.*

A enfermeira nos ajuda a compreender os conflitos e benefícios inerentes a esse tipo de organização do trabalho, descrevendo sua experiência no serviço: *No início foi muito difícil. Porque a gente tem uma perda de identidade profissional muito grande aqui. E isso me deixou muito preocupada no início, por conta mesmo de medo, de insegurança, de como eu vou atender, como eu vou ficar... a gente perde um pouco essa identidade e isso pro profissional no início é difícil. Mas depois fui gostando muito do trabalho, trabalho no coletivo, a gente estar junto, é um acolhimento. E eu comecei a perceber que a gente perde um pouco a identidade, pelo menos a minha da enfermagem, mas a gente ganha muitas outras coisas. Eu não perdi totalmente, porque tem a parte de medicalização, tem coisas que eu faço que são mais específicas da enfermagem, mas assim, meu trabalho quase todo não é ser só enfermeira, então assim, isso no início foi difícil, mas agora eu aprendo muito com isso, em trabalhar com os outros profissionais juntos.*

O supervisor fala como compreende a diluição das especificidades profissionais, aspecto que diferencia a prática dos profissionais neste serviço: *Eu não sei se é um pouco mais, acho que até tem algo de uma perda nisso aí. É uma perda de uma identidade que é muito benéfica à Reforma. A Reforma Psiquiátrica parte do pressuposto que todos devem trabalhar na mesma direção. Até que se a gente for levar à risca a RP não deveria haver inclusive a diferença salarial entre os profissionais. Então, a RP traz isso e a psicanálise*

tem a possibilidade de entrar nesse campo quando o que está em jogo mesmo é o sujeito. Tanto o sujeito que atende, quanto o sujeito que é atendido. Então há uma certa convergência entre a Reforma e a possibilidade de a psicanálise estar nos espaços como o CAPSi.

Como foi citado anteriormente, o supervisor também descreve o trabalho dos técnicos como um trabalho diferenciado, que exige constante criatividade em suas atuações e intervenções. Mas podemos pensar que essa questão, além de uma possibilidade, se configura como uma exigência deste serviço. Exigência esta que é percebida como um grande desafio pelos profissionais que começam a atender, sem antes ter havido a oportunidade de vivenciar uma atuação semelhante.

Neste sentido, o supervisor, ao falar sobre o espaço coletivo, das práticas nele desenvolvidas e da atuação dos técnicos, faz a seguinte colocação: *Foi se construindo ao longo do tempo e isso está em constante construção que não é tranquilo estar no coletivo, justamente pelo que eu já falei anteriormente que convoca inventividade e criatividade. Então, convoca aquele que atende a está numa posição disposta a isso. Então, não é tranquilo chegar aqui pra trabalhar sem entre aspas saber o que vai fazer. O que tem que estar na proa é saber o que se quer fazer com os pacientes, que assim não é querer que eles melhorem levando os meus valores na frente, não é querer bem também; querer bem, a gente já viu em alguns casos que é complicado porque a gente nunca sabe qual é o bem do outro. Então, é estar disposto a partir do que o paciente traz, a construir com ele, até em alguns momentos secretariar ele na construção de coisas que serão importantes pra ele.*

Considerando esta última colocação do supervisor, podemos pensar no estudo de Avellar e Ronchi (2010) ao ressaltar que as práticas envolvidas nas recentes propostas de cuidados em saúde mental representam um grande desafio aos profissionais, pois além de conduzi-los a uma busca pelo conhecimento e investimento em novas formas de atuação, também aponta para a questão da ausência de um modelo sistematizado de intervenção, podendo deixá-los sem referências no dia-a-dia. Os dados da pesquisa destes autores apontam para um movimento de criação de novas formas de atuação.

Acerca das práticas clínicas, é importante considerar também as reflexões de Campos (2012), que nos lembra da possível identificação de três tipos de clínica comumente desenvolvidas no campo da saúde coletiva: *clínica degradada, clínica tradicional, e clínica ampliada*. A *clínica ampliada (clínica do sujeito)* compreende o sujeito como um ser biológico, social, histórico e subjetivo, desta forma, exige dos profissionais de saúde uma compreensão mais abrangente e menos fragmentada. Para que seja possível a prática desta proposta, é necessária a atuação e comunicação de profissionais de áreas distintas, que possam ampliar o olhar sobre o paciente, não se restringindo às suas especialidades técnicas e/ou disciplinares.

Percebemos como um dos maiores desafios no campo psicossocial justamente o exercício da *clínica ampliada*. Perceber o sujeito em sofrimento psíquico em sua totalidade, não o reduzindo a sintomas ou diagnósticos, exige um grande esforço e disponibilidade dos cuidadores. Estamos habituados a atuar de acordo com a formação profissional e conhecimentos técnicos; historicamente, percebemos os serviços e as práticas pautadas na fragmentação dos saberes, e conseqüentemente do sujeito. Campos (2012) faz a seguinte colocação: “Pôr a doença entre parênteses é trazer para o centro do foco o usuário do serviço. Um usuário que muitas vezes está dissociado, e que o serviço contribui para dissociar ainda mais. Remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o

psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter de internar” (p.104).

Para que essa clínica se torne viável, Campos (2012) salienta que o planejamento dos serviços de saúde deve incluir uma proposta clínica, o que não tem sido comum no campo da saúde coletiva, que tradicionalmente dissocia gestão e clínica. Além disso, a autora pontua que todo projeto do serviço precisa considerar a subjetividade de sua própria equipe, contando com recursos para lidar com as questões emocionais despertadas pelo encontro com o outro, seja ele representado pelos pacientes, familiares ou colegas. Nesse sentido, a nosso ver, a presença do supervisor do CAPSi se configura como um importante recurso para a equipe.

6.3.3. Supervisão: para quê e para quem?

Esta foi uma subcategoria que surgiu a partir das observações das supervisões, que originou um questionamento acerca da função da supervisão e a quem ela é direcionada.

Sobre a equipe que integra a supervisão, a coordenadora traz o seguinte esclarecimento: (...) *no início a supervisão era com outro [supervisor anterior], mas com a mesma visão do M. [supervisor atual] que a gente iniciou de colocar o pessoal da cozinha na reunião, o pessoal da recepção na reunião, e a gente que é psicólogo pensa “o que esse pessoal vai fazer?”. No início até a própria fono também perguntou por que o pessoal da cozinha estava na supervisão, porque eles vão estar direto com as crianças também, então eles têm que saber o que se passa... Então, assim, acho esse trabalho perfeito (sou suspeita pra falar) porque a gente começou desse início, o que é cada coisa, o acolher... Em outro momento, ao citar outro serviço que não possui supervisão, onde as propostas clínicas não ficam claras, afirma: *É onde eu falo que falta supervisão, porque quando o coordenador dita uma coisa dessa, se tem um supervisor ele vai fazer refletir.**

A fala da psicóloga a seguir nos faz perceber o espaço da supervisão e reunião também a serviço da equipe, não somente direcionada à clínica, mas também como um espaço de escuta e acolhimento para os profissionais que atendem e se encontram frequentemente em situações de dúvidas e angústias. *Eu gosto bastante do funcionamento das supervisões, eu acho que a gente consegue resolver bastante coisa, a gente acaba falando da gente também, das angústias dos atendimentos, o que tem angustiado a gente, o que está difícil. A gente tem um suporte bacana que eu acho que está funcionando legal. E não é uma coisa só com o supervisor, acho que a nossa equipe é muito acolhedora. (...) Aí a gente se une e um vai ouvindo, vai ajudando o outro. Então, assim, não funciona somente nas supervisões aqui, a gente está sempre discutindo em equipe.*

Sobre a relação da equipe com o supervisor, este, que se encontra nesta função no CAPSi há mais de três anos, comenta: *É uma relação difícil. Para mim cada dia de supervisão é uma nova construção, um novo trabalho. Depende de muitas coisas, das relações entre os grupos que se têm, que se formam, as rivalidades, os afetos que estão em jogo, a possibilidade de um colega escutar o outro. Até a própria relação comigo de em que lugar eu sou colocado em determinados momentos.*

Além disso, o supervisor descreve seu trabalho da seguinte forma: *A função do supervisor eu penso que não seja uma função de trazer um saber para a equipe ou de um mestre para dar uma aula. Mas a função de Supervisor eu considero como um dentro e um fora ao mesmo tempo, que possa trazer dentro das possibilidades e potencialidades*

de cada um a melhor forma de poder estar atuando, levando em conta as dificuldades de cada técnico e ir na construção de uma direção de um trabalho, não de um trabalho que seja transdisciplinar, hierárquico que alguém vai ter uma opinião mais pesada que o outro, todas as opiniões são valorizadas no mesmo nível na direção de uma construção de trabalho que é única para cada paciente. (...) Então, por ser uma função de dentro e fora, tem alguns momentos que você é convocado a estar muito dentro, tem outros momentos que é convocado a estar fora, e que sempre me coloca no limite do que eu vou dizer. Em alguns momentos é preciso segurar o que você deveria dizer que não é o momento, em outros momentos você têm que dizer mesmo trazendo uma questão problemática para equipe. É uma construção complicada quando se propõe a fazer de certo modo, ser um objeto de causa de trabalho. Porque há também identificações, transferências positivas e negativas. Está em jogo muita coisa e para mim até hoje, apesar de estar há quase 3 anos, em constante processo de aprendizagem. Nunca chego aqui já tranquilo do que eu vou fazer. Cada dia, cada semana tem situações que são muito diferentes e colocam em trabalho o tempo todo.

Campos (2012) ainda ao abordar a temática da crise, levanta uma importante questão que nos faz pensar na equipe e, conseqüentemente, no suporte que a mesma dispõe – ou não – para conduzir situações extremas. Como o serviço possui a proposta de acompanhar casos de pacientes que se encontram em crise, precisamos pensar em como a equipe cuidadora sustentará sua própria crise. “Transformar o surto em passagem, em algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado por grande quantidade de remédios. Para isso ser suportável a própria equipe precisará de cuidados” (p.107). Desta forma, percebemos pelos relatos acima, que a supervisão ocupa um lugar fundamental na equipe, oferecendo um suporte e sustentação às práticas clínicas e aos profissionais envolvidos nas mesmas. Podemos pensar na supervisão como um apoio clínico-institucional para a própria equipe e, conseqüentemente, para as práticas terapêuticas no CAPSi.

Conforme esclarecido pelo supervisor, o CAPSi estudado conta com o apoio de uma supervisão clínico-institucional desde sua fundação. Essa possibilidade de contar com o supervisor nos remete a Campos (2012) que, ao discutir a proposta clínica dos serviços substitutivos de saúde mental, propõe: “Tratar psicóticos, pondo a doença entre parênteses, fazendo advir uma clínica do sujeito, nos desafia a sermos capazes de mudar o nosso *setting*” (p.114). Para que esta proposta seja possível a equipe precisa de suporte, *holding*. “Nos serviços de saúde mental a análise da situação institucional estará sempre fortemente entrelaçada com a discussão clínica. Não é possível discutir casos sem pôr em análise o funcionamento da equipe. A natureza do que ali é tratado faz essa separação indesejável” (p.114).

Campos (2012) ressalta a importância da formação dos profissionais que compõe estas equipes e acrescenta que a supervisão clínico-institucional e a leitura de textos e discussão de casos auxiliam no suporte à própria equipe oferecendo recursos para que possam elaborar o próprio manejo clínico. “A supervisão clínico-institucional também é necessária para se constituir em terceiro, ajudando a equipe a fugir das identificações fáceis, nas quais muitas vezes de (re)produzem tratamentos morais, projeções de valores pessoais de membros da equipe sobre os usuários” (p.145).

6.3.4. Abordagem teórica

Sobre as abordagens teóricas que permeiam as práticas desenvolvidas no CAPSi, verificamos que predomina a psicanalítica, que é aquela com o qual o supervisor trabalha e conseqüentemente direciona o sentido da clínica. Sobre isso, a coordenadora comenta: *A gente usa muito aqui psicanálise. A parte de comportamental eu acho que não tem tanto, mas acaba fazendo, mas não é direcionada... tipo a fono é mais de ficar em cima, é diferente, aí entra aí. Mas o foco mesmo é mais a psicanálise. Todos entraram na psicanálise.*

O supervisor explica como percebe a psicanálise enquanto leitura clínica na função que exerce no CAPSi: *A direção psicanalítica é com base numa coisa que é muito particular da psicanálise que é o processo de adoecimento, se podemos dizer assim, já faz parte do processo de reconstrução, por exemplo, num delírio, um surto, ele já traz elementos para gente poder trabalhar. Então, é uma direção contrária a uma noção adaptativa, normativa de manter status quo social, levar a questão da loucura e da doença mental na radicalidade da positividade que ela pode ter. Fazendo com que os profissionais também possam ter valores pessoais e valores sociais para que a condução dos casos seja na direção de valorizar o sujeito que está sendo atendido, levando em conta todas as particularidades dele – particularidade clínica, social e tudo que constitui a vida dele e não algo que já vêm imposto, então a clínica se constrói a partir do atendimento e não ao contrário. O saber, a pesquisa e a investigação do caso coincidem que o Freud dizia, então essa é a tentativa que a gente tenta transmitir no trabalho de supervisão.*

Sobre a interlocução dos atendimentos e a abordagem teórica, a coordenadora afirma que ocorre todo o tempo, em função do supervisor realizar uma atuação clínica-institucional. Embora exista a predominância da psicanálise, o espaço de discussão é aberto, a equipe tem oportunidade para se posicionar e discutir sobre as estratégias clínicas. Ao longo da observação das reuniões de equipe foi possível perceber esta flexibilidade e este espaço de escuta para diversas opiniões e pontos de vista. O supervisor faz suas observações, mas também questiona e solicita a participação da equipe, perguntando aos técnicos o que perceberam, como se sentiram, o que acham que pode ser feito, até que a equipe esteja de acordo com determinada estratégia escolhida. Nas observações das reuniões de equipe pudemos perceber que não há nenhuma hegemonia de nenhum membro da equipe nas decisões.

As discussões teóricas não têm sido realizadas com freqüência, mas os técnicos informam que em alguns momentos o supervisor sugeria leitura de textos e estudos de casos, gerando uma discussão entre a equipe, estabelecendo relações com os casos em atendimento.

O comentário da enfermeira esclarece como isso é percebido por um técnico que não tem incluída a abordagem psicanalítica em sua formação profissional: *Principalmente quando a gente traz texto, isso ajuda muito a gente na hora da intervenção. E aí a gente vê que o que realmente o que a gente fala aqui, o que a gente discute aqui. O nosso supervisor é psicanalista, então automaticamente a nossa direção de trabalho é mais psicanalítica. Mas a gente tem também, Gestalt... tem a C. (psicóloga) que também dá vários direcionamentos que não é o psicanalítico. Às vezes até comportamental, é mais difícil por conta da nossa direção ser mais psicanalítica, mas acontece. Porém, fica evidente a predominância dos saberes que compõem a formação dos psicólogos.*

Através dos relatos e observações obtidas, é evidente a escolha da equipe pela direção do tratamento a partir da demanda do paciente, isto é, as construções de práticas e estratégias clínicas a partir do que o paciente apresenta, considerando sua hipótese diagnóstica, a sintomatologia, o contexto sócio-cultural e o momento em que se encontra em sua trajetória de tratamento.

O supervisor, ao falar sobre as estratégias clínicas utilizadas no CAPSi, faz o seguinte relato: *Vamos exercer essa direção de trabalho pensando no sentido estrutural dos casos que se atende. É uma direção de trabalho baseada no que os pacientes nos apresentarem. Por exemplo, em caso de autismo a dificuldade do um a um, do olhar, da fala um a um; então a possibilidade dos pacientes estarem circulando entre todos os técnicos, permite uma melhor adaptação – entre aspas – ao espaço de atendimento, melhor a evolução no sentido de ele não ser tão invasivo nesses casos, isso em casos graves. E conclui: É a partir da demanda mesmo que até se pensa aonde vai se colocar determinado paciente, em qual horário, que prática vai ser feita.*

A enfermeira menciona um exemplo de estratégia clínica a partir da demanda de um paciente: *A gente trabalha com hipóteses diagnósticas e a partir daí é durante, é cada atendimento, a gente vai traçando... ah hoje a gente vai ser assim, hoje vai ter essa intervenção..., como com criança não dá pra ser uma coisa muito determinada; ah vamos fazer a oficina tal, tal tal... Eles trazem mais as coisas e a partir daí a gente monta. Tem grupo que traz... A gente começou a fazer um boneco João Bobo e a gente ficou meses com aquilo, com aquela montagem e daí a gente vai fazendo intervenções. (...) Geralmente vem devido à demanda dos pacientes, aí a gente cria. Claro que algumas coisas a gente estabelece, não pode ser assim tudo solto. Mas geralmente a gente espera a criança trazer alguma coisa pra gente estar criando.*

Na mesma direção, o oficinheiro fala sobre a demanda de um grupo de adolescentes: *Porque antes quando eu vim pra cá tinha um grupo de crianças de 7/8 anos, quando eu fiz “papietagem” com eles que foi o “João Bobo”, mas esse grupo foi se extinguindo devido às altas. Agora, com esse grupo de adolescentes é mais difícil você lidar com esse tipo de coisa, de propor um trabalho manual. Eles querem conversar, querem falar sobre música, sobre assuntos do dia-a-dia, namoro, então a gente leva mais pra esse lado. Às vezes, um desenho que a gente desenvolve que eles podem estar passando uma informação pro desenho, ou desenvolver algum tema/texto ou trazer alguma reportagem interessante que a gente possa debater, coisas voltadas para esse desenvolvimento mais crítico deles (adolescentes). E ainda fala sobre alguns dos critérios para o direcionamento que é feito aos atendimentos: *Mas geralmente é um projeto feito de acordo com o dia daquele profissional que está aqui e vai desenvolver alguma coisa em cima daquela demanda do usuário que está precisando no momento. Mas não tem uma coisa “vamos fazer isso”, a gente só tem aquela coisa do dia e do horário que vai ser aquele projeto, se aquele cara ou aquela menina vai se encaixar melhor num grupo, então a gente vai encaminhá-la para aquele grupo do dia tal que é um grupo que tem aquela idade relevante, aí é onde vai ser feito o projeto em cima.**

6.4. Desafios na rotina do serviço

Questões bastante relevantes surgiram ao longo das entrevistas e observações como grandes desafios para a equipe e o funcionamento do serviço. Podemos citar como

principais: a relação e o trabalho com os familiares dos pacientes, os casos de uso abusivo de drogas, os casos de autismo, medicalização dos pacientes e a falta de serviços na rede para encaminhamentos.

Ao questionar a equipe se algo no funcionamento do serviço poderia ser modificado, obtivemos diversas respostas. Como vimos mais acima, a coordenadora cita o modelo das práticas como algo a ser revisto, considerando a possibilidade de estruturar alguma atividade ou nomear as práticas que são realizadas.

Outra questão pontuada pela enfermeira diz respeito à estrutura e remuneração dos profissionais: *Eu acho que como qualquer serviço público a gente não funciona com perfeição. De repente a gente ter um incentivo maior de mais materiais. A gente tem muita coisa, a gente não trabalha como em outros serviços com precariedade, não. Mas que podia melhorar, melhorar o salário do profissional, a gente podia ser mais bem remunerado, acho que essas questões mesmo de funcionário que trabalha numa instituição pública.*

A psicóloga destaca os pacientes autistas e as mães que aguardam o atendimento na recepção como uma situação que realmente precisava de um direcionamento clínico adequado: *Uma coisa que estava me incomodando muito era os atendimentos de sexta-feira que eu vi que não tava dando certo, que a gente não estava conseguindo dar conta, a verdade que a gente não estava conseguindo dar conta misturando aquilo tudo. E uma coisa também que me incomodava eram essas mães, não só pra mim, mas um incômodo de toda equipe. Então, para ser mudado era isso, precisava dar um rumo para essas mães e fazer a separação dessas crianças que estava uma situação de risco, os mais velhos machucando mesmo os menores e até machucando a gente mesmo.*

O oficinheiro não aponta nenhum aspecto a ser modificado e ainda ressalta que para o início de funcionamento de um CAPSi, o percebe funcionando muito bem.

Outra questão fundamental no tratamento de crianças e adolescentes é a medicalização. É imprescindível que consideremos o crescimento progressivo da comercialização de psicofármacos, especificamente a alta do consumo destas substâncias por crianças e adolescentes em todo país. Como vimos nos estudos de Toledo (2004) e Avellar e Ronchi (2010), quase a totalidade dos pacientes que estavam em atendimento no CAPSi em Vitória/ES faziam uso de algum medicamento, estes dados são semelhantes ao que encontramos no CAPSi estudado.

Acerca desse aspecto, vale lembrar que, conforme esclarecemos anteriormente, o município no qual encontra-se localizado o CAPSi desta pesquisa, tem algumas particularidades importantes. Em função dos anos de funcionamento da Casa de Saúde Dr. Eiras, Paracambi sempre contou com um grande número de profissionais da área de saúde, especialmente médicos, das mais variadas especialidades. No município encontram-se famílias tradicionais que vêm praticando medicina por gerações, atraindo um grande número de pacientes em busca de atendimento, inclusive de municípios vizinhos.

Ao conversar com alguns técnicos da equipe, incluindo a recepcionista que geralmente é a primeira a atender todos os que chegam ao CAPSi, é possível observar como a forte presença da cultura médica é vivenciada pelos moradores, e como é naturalizada a grande oferta de serviços médicos em geral, assim como a quantidade de estabelecimentos que vendem medicamentos. Em reunião também foi abordado este assunto, pois a equipe percebe o alto índice de medicalização no município.

Melo (2013) aborda a questão da medicalização no contexto atual, especialmente nos casos de dificuldade de aprendizagem. Lembra que verificamos o crescente o número

de diagnósticos e a tentativa de uniformização e padronização de comportamentos. Aspectos que deveriam ser cuidadosamente compreendidos através de uma análise multidisciplinar, muitas vezes são reduzidos a sintomas e conseqüentemente patologizados: “Abre-se o campo da patologização e da medicalização da infância, à medida que tudo foge à normalidade roteirizada, passa a ser interpretado como doença a ser medicada” (Melo, 2013, p.131). A autora ressalta o grande número de encaminhamentos de crianças e adolescentes aos serviços de saúde em geral, feitos predominantemente pelas instituições de ensino em função de transtornos de aprendizagem ou comportamento.

Essa questão aparece claramente na entrevista da coordenadora, que em uma das falas iniciais lamenta: *E o que sempre me incomodou muito era essas mães chegando com as crianças tomando medicação. A minha vontade era de fazer um curso de neuropsicologia pra poder brigar e perguntar o por que ela estava dando remédio pra essas crianças. As mães chegavam lá desesperadas: “eu não quero que o meu filho tome remédio”. Ai eu sutilmente, “você já foi em outro?”, mas é aquilo que eu falei, Paracambi é pequeno e todo mundo fica por aqui mesmo, e muitas mães iam lá achando que eu ia passar remédio ou que eu ia encaminhar para psiquiatra, acontecia muito dessas coisas...foram anos.*

Cabe mencionar que conforme foi observado na reunião de pais, e posteriormente confirmado pela coordenadora, os responsáveis se posicionam de maneiras distintas em relação à medicação. Alguns relatam não abrir mão da medicação em nenhuma hipótese, outros são contra o uso e optam por manter os filhos sem remédio até quando for possível.

Durante as observações e as entrevistas, foi possível perceber outro desafio importante no que diz respeito ao modo de lidar com os diversos sentimentos e comportamentos dos profissionais relacionados às suas práticas nos atendimentos. As manifestações mais marcantes foram a dúvida sobre a capacidade e/ou direcionamento clínico nos casos que apresentam mais desafios nos atendimentos, acompanhado do sentimento de desvalorização que experimentam em relação à rede e aos poderes municipais.

No caso da coordenadora do CAPSi, ela relata sua relação com o cargo de gestão que ocupa: *Vou falar uma coisa que é minha, eu nunca quis ser coordenadora, eu gosto da prática mesmo, eu gosto de estar atendendo. Isso é novo pra mim. Tem um monte de coisa que eu ainda não sei direito, acho que não to fazendo direito, mas aí ao mesmo tempo depois eu penso “está fazendo direito sim”, porque está dando certo. Que assim, a minha visão, a minha noção de um coordenador é aquela pessoa rígida, que fica dando ordem, eu tenho essa visão de que seria isso, mas isso não é pra mim, eu não sei ser desse jeito. Achei que isso nunca combinou comigo.* Neste ponto, retomamos a questão da perda da especificidade profissional, a dificuldade de construção de uma nova identidade profissional, permeada por medos e inseguranças, exemplificada por esta fala da coordenadora, mas igualmente presente no relato dos técnicos.

Entretanto, ela mostra preocupação com os casos menos graves que, no seu entendimento, demandariam um atendimento ambulatorial, ainda não priorizado pela gestão da cidade: *Que a gente está ainda nessa coisa de montando, né?! Tirando aqueles que a gente colocava no ambulatório, para ficar mais com os graves. Mas assim é meu, eu não desejo descartar aquelas outras crianças não, porque eu não tenho pra onde colocar. Se eu conseguir fazer algo em prol disso... Porque esses levantamentos das triagens que vem pra aqui, as necessidades das crianças, isso tudo são dados pra gente*

pedir pra ter um outro serviço. Mas eu acho difícil da prefeitura fazer uma outra coisa. Principalmente agora que teve essa inauguração. Praticamente quem conhece aqui são os pais e alguns moradores daqui, dentro desse âmbito político (secretário, vereador...), o prefeito nunca veio aqui, nunca veio aqui. Então, parece que isso aqui não existe. Para mim foi bom não ser vista porque pôde ir fazendo, que de repente se tivesse uma visão de repente estaria de uma outra forma.

A psicóloga relata como vivencia os desafios no cotidiano do serviço, especialmente com os casos de autismo – grande importância para nossa discussão clínica: *Bom, eu acho que nesse momento embora seja bem pequena a porcentagem de crianças com essa demanda, mas eu acho que o que exige muito da equipe são os autistas que estão chegando agora. Olhando pelo modelo CAPSi, são os autistas. Porque eu acho que é um incômodo que não é só meu, é um incômodo de toda a equipe, pelo menos o que eu percebo que todas as meninas quando estamos conversando isso aparece muito... por mais que a gente discuta isso em Supervisão, o supervisor fala “gente o trabalho é esse mesmo”, a gente acha que a gente não está fazendo nada. Então, a gente discute isso em equipe, discute isso em reunião de mini equipe e a gente sempre tem essa sensação que nada está sendo feito. E assim, às vezes acontece uma melhora pequena, mas muito significativa. Exige demais da equipe. Exemplifica com um caso clínico: E assim, deixou não só eu que sou referência, mas a equipe toda ficou muito tomada na sexta-feira quando viu o C. Bem grave, o C. está comendo areia. O pouco tempo que você tira um pouco o olhar dele, ele enche a mão de areia e enfia na boca, pega pedra, está tendo algumas crises, o menino grita muito, chora muito. Tem uma outra criança também que é o L., que tem esse mesmo perfil do C. e assim a equipe está meio... ao mesmo tempo que a gente discute e sabe que está fazendo um trabalho, que é aquilo ali, a gente fica meio perdido – “Caramba, será que é isso mesmo? Será que eu estou indo pelo caminho certo? Será que eu estou fazendo o trabalho que tem que ser feito?” – a gente vem pra reunião e está sempre discutindo sobre esses assuntos, que a gente fica numa ansiedade, numa angústia, sabe?! Para mim atender autista é muito angustiante. É um trabalho que você está fazendo toda semana, às vezes, dependendo do caso, a gente coloca a criança mais vezes na semana, mas fica difícil você ver um resultado assim, você vai ver um resultado lá na frente e assim tão pequenininho que deixa a gente meio angustiado. Então, eu acho que o que mais toma a nossa equipe aqui são essas crianças, esse perfil assim, são os autistas. Requer mais uma atenção maior.*

No caso de um adolescente de 16 anos que gerou uma situação de agressão durante o atendimento no CAPSi, discutido em reunião de equipe, o supervisor ressaltou a importância de a equipe manter a tranquilidade e sentir que pode sustentar a situação. Um membro da família deste paciente procurou o técnico de enfermagem fora de seu horário de trabalho, fez uma série de questionamentos e passou a ser percebido como uma figura ameaçadora para equipe. Sobre isso o supervisor afirma que este técnico e outros não devem “suportar” tanto situações como esta e outras dentro do serviço, e inclusive estas ocorrências devem estar registradas nos prontuários. Neste sentido, os técnicos devem se posicionar e não permitir que este familiar intimide a equipe. A equipe também pôde falar o quanto “suportam” situações como esta na rotina do serviço.

Campos (2012) aborda a questão das relações entre os profissionais e pacientes e os objetivos das práticas realizadas, lembrando que não devemos nos esquecer da subjetividade dos cuidadores, sua relação com o serviço e com os sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico grave. Podemos citar um exemplo de caso discutido em uma reunião de equipe: um adolescente de 14 anos cuja referência é a fisioterapeuta.

Ela relata um dos atendimentos e se emociona ao compartilhar com a equipe a fala do paciente sobre a morte de seu pai (pela primeira vez ele pôde falar em detalhes sobre o assunto e chorou bastante). A técnica expõe ao grupo que não soube o que fazer ou falar para este paciente, e que seu desejo era fazer algo para acabar com a dor dele. O supervisor coloca a importância da escuta, pois ela já estaria fazendo. Afinal, ela pôde suportar esse choro. E falou sobre ela estar e continuar ali suportando aquela dor.

Os casos de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas lícitas ou ilícitas é uma questão de extrema gravidade que esteve presente em muitas reuniões de equipe, fazendo emergir a angústia dos profissionais que atendem e os posicionamentos polêmicos que envolvem o assunto. Manter um adolescente usuário de drogas em tratamento com outros casos e faixas etárias distintas, implica para a equipe uma série de questões, como por exemplo, o manejo adequado, o coletivo no qual está inserido – considerando o seu estado e dos outros pacientes. Em contrapartida, os técnicos concordam sobre o CAPSAd não ser o local adequado de tratamento para esses adolescentes.

Neste sentido podemos pensar em algumas questões como: Onde esses adolescentes usuários de drogas serão acolhidos? Afinal, a que demanda se destina o CAPSi? Qual a função do dispositivo?

A coordenadora relata que a equipe mantém uma boa relação com o CAPSAd, e que no passado ambos se comunicavam diariamente devido a proximidade de suas instalações. Um aspecto comum e extremamente preocupante nestes casos é que o CAPSi toma conhecimento sobre alguns casos, porém eles não chegam até o serviço. A coordenadora fala sobre esta questão: *A única coisa que eu acho que é difícil, não sei muito te explicar o que a gente pode fazer, como seria, é as crianças com uso de álcool e drogas, porque a gente quase não pega esse tipo de criança aqui. (...) Existe criança de dezesseis anos que já está dentro do tráfico e não tem retorno, já marginalizados.... então o CAPSAd é mais a praia deles, estar naquele grupo. E existe as nossas crianças – isso foi um acordo entre a gente – que têm aqueles de doze/ treze anos que está na droga, mas não é isso, o problema não é droga, o problema é mais familiar, comportamental... esse seria nosso, então a gente fez e os dois a gente diferenciou assim. E aí a gente está trabalhando assim. Só que eu acho que existem as crianças que agora vai ter mais de dezesseis/dezessete, eles também é pra lá, mas não é pra aquele grupo de alcoolistas que estão lá há muito tempo. Porque lá trabalha com redução de danos – toda hora eu falo perdas e danos, eles me encarnam muito, mas é uma coisa minha, eu não falo redução, mas perdas – e aí, às vezes chegam drogados, às vezes rola droga lá dentro. E eu acho que uma criança ou alguém que está lá, está vendo aquilo, pode favorecer em algumas coisas. Então aí o coordenador está vendo isso, fazer um grupo e separar esses maiores.* Questionada sobre para onde estes casos estão indo, se estão de fato chegando a um serviço, a coordenadora opina: *Eu acho que não está. É bom a gente conversar que a gente pára para pensar. Pois se é um CAPSi a gente também tem que estar preocupado com isso. Principalmente, agora que as verbas dessa política de crack...*

A psicóloga entrevistada, ao falar como percebe seu trabalho, faz o seguinte relato sobre a sua dificuldade em relação ao manejo destes casos: *(...) muito difícil também em alguns momentos, por exemplo, aqui a gente atende também adolescentes, vem muito adolescente pra cá usuário de drogas e aí eles encaminham pra cá porque não podem estar no CAPSAd, então vem pra cá. Eu já peguei uns três casos que eu me lembre, e eu acho muito difícil o trabalho. Esse tipo de demanda pra mim eu acho muito complicado.*

Ao falar sobre os casos que mais mobilizam a equipe, o supervisor cita estes casos como um dos principais: *E tem ainda a particularidade dos casos de uso abusivo de drogas que é um nó ainda, não se sabe o que fazer com esses casos, eles aparecem pouco e quando aparecem há uma dificuldade de manejo mesmo, não só desse serviço, mas posso dizer de toda a rede, ainda do que fazer. E com esses casos há uma queixa de dificuldade de adesão. Então, eu creio e aposto muito numa construção pra esses casos, num trabalho que será sempre conjunto e na rua com consultório de rua, equipe de redução de danos, coisas que a gente não tem ainda.*

Em uma das reuniões de equipe um dos técnicos informou que recebeu a ligação da tia de um adolescente paciente do CAPSi (16 anos), que não tem comparecido aos atendimentos, e informou que está muito difícil ficar com ele, pois ela é a responsável. O adolescente estava fazendo uso de drogas e que em uma ocasião havia ficado muito alterado e quebrado o seu armário. Em casos como este, a equipe procura trazer o paciente de volta aos atendimentos.

Finalmente, um importante desafio a se observado diz respeito ao modo como a doença mental é percebida pela população.

Sobre isso, o supervisor ao falar sobre os principais desafios na rotina do serviço, abordou esta questão da seguinte forma: *É difícil, que os principais desafios não se reduzem somente ao trabalho com os técnicos. Os desafios são muito amplos com relação à própria política de como é tomada hoje a Reforma Psiquiátrica. Que perpassam também aos vínculos de trabalho, as possibilidades de qualificação da equipe, as possibilidades também dos técnicos ocuparem espaços na sociedade e desses pacientes também ocuparem espaços na sociedade. A dificuldade que eu acredito que mantém até certo ponto a força da Reforma Psiquiátrica, que é da dificuldade de aceitação da diferença, a doença mental sempre existirá preconceito e formas/tentativas de adaptação desses pacientes que são atendidos. E isso interfere radicalmente na própria concepção de quem atende, o quanto quem atende, que é um dos principais desafios do trabalho de supervisão, tem que ser destituir um pouco do que é querer bem, que valor que é importante. É amplo as dificuldades, tanto que começa no macro até as micro que são nas relações pessoais.*

Alguns técnicos mencionam a questão do preconceito que os pacientes sofrem, relatado frequentemente pelos familiares ou percebido pelos próprios profissionais. Como também o preconceito originado na própria família que retarda e interfere negativamente no tratamento das crianças; (...) *mas eu percebo que tem um certo preconceito das mães de estar levando os filhos pra escola especial e aí procura a gente (Psicóloga).*

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos essas considerações destacando que o modo como se deu a nossa entrada no serviço contribuiu significativamente para o desenvolvimento da pesquisa. A equipe foi receptiva e se mostrou disposta a nos receber durante os três meses de observação participante. Em algumas situações, durante as reuniões, os profissionais nos explicavam nomenclaturas próprias à realidade deles e nos chamavam a participar das discussões ou perguntavam nossa opinião. A maior parte deles também foi bastante disponível para realizar as entrevistas. Esse quadro parece indicar certa capacidade de acolhimento e boa recepção da equipe, o que, em geral, deve estender aos atendimentos.

Outro aspecto positivo a ser destacado é a supervisão. A existência e a manutenção desse recurso clínico-institucional sinaliza o cuidado da gestora em garantir que as reuniões contem com uma sustentação para os questionamentos e reflexões. Mas, além disso, ressaltamos a importância que é atribuída às supervisões pela equipe. Ainda que tenhamos identificado uma aparente dependência da equipe como um todo em relação ao supervisor, o interesse e o valor dado a esse recurso indica a disponibilidade dos profissionais em aprender e se colocar em questão. Supomos que isso desencadeie uma disponibilidade de escuta que tende a se estender aos pacientes.

Outro fator que merece ser evidenciado é a proposta da equipe de organizar o cuidado cotidiano através do acompanhamento da demanda do paciente, evitando impor propostas terapêuticas pré-estabelecidas. Neste sentido, mesmo que os profissionais não tenham assumido ou definido as abordagens teóricas com que trabalham, percebemos que o eixo norteador da clínica é um interesse em dar sentido às práticas a partir das necessidades e possibilidades dos pacientes.

Esse cenário, entretanto, também apresentou algumas questões problemáticas para a equipe e, conseqüentemente, para o serviço. O modo como os profissionais percebem os familiares e a eles se remetem é uma questão a ser pensada e trabalhada, considerando que este aspecto afeta diretamente o tratamento dos pacientes. Trata-se de um fator que dificulta o reconhecimento da legitimidade do sofrimento dos familiares, bem como do saber que lhes é próprio.

Outra questão a ser enfrentada nos espaços de supervisão e na própria relação do serviço com a rede e o cenário político-administrativo é a sensação que a equipe tem de “ter que dar conta de tudo”. Tal sensação, muitas vezes, chega a impedir a criação de soluções para certos impasses colocados pelos casos mais difíceis, levando os profissionais a assumir para si toda responsabilidade da assistência.

Coloca-se ainda como problemática a necessidade de prestar atenção aos casos de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, diante dos quais os trabalhadores perguntam-se sobre a eficácia de suas práticas, ao mesmo tempo em que hesitam em confirmar a adequação do CAPSi como um espaço de tratamento a esse público. Essa questão parece sinalizar para a necessidade de capacitação da equipe e intensificação dos movimentos de criação de parcerias intersetoriais.

Portanto, assim como apontam outras pesquisas, o CAPSi estudado tem como grande desafio sua relação com a rede. Também consideramos desafiadora a manutenção do trabalho coletivo, concomitantemente com a preservação das especificidades de cada trabalhador. A preservação da identidade profissional e, ao mesmo tempo, a constância do compartilhamento de responsabilidades e práticas, deve servir para que os profissionais se encontrem, sem se misturar uns com os outros, nem com o próprio trabalho.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Danielle Barbosa Lins de. (2006). Sobre brinquedos e infância: aspectos da experiência e da cultura do brincar. *Educ. Soc*, Vol. 27 (95), 541-551.
- Almeida Filho, N. de. (1985). *Epidemiologia das desordens mentais na infância no Brasil*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA.
- Avellar, Luziane Zacché & Ronchi, Juliana Peterle. 2010. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 71-84.
- Benjamin, W. (1984). *Reflexões: a criança, o brinquedo e a educação*. São Paulo: Summus.
- Bercherie, Paul. (1992). A clínica psiquiátrica da criança, estudo histórico. Da psiquiatria infantil à clínica da criança, Belo Horizonte: *Fascículos FHEMIG*, Vol. 7.
- Boarini, Maria Lúcia & Borges, Roselânia Francisconi. (1998). Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Estudos de Psicologia*, Vol. 3 (1), 83-108.
- Bontempo, Valéria Lima. A Assembléia de Usuários e o Capsi. (2009). *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (1), 184-189.
- Bontempo, Valéria Lima. (2007). Dos cuidados intensivos à direção de trabalho no um a um. *CliniCaps, Impasses da clínica*, vol.1, n.3, 01-09.
- Brandão Jr, Pedro Moacyr C. (2009). Um bebê no Capsi: uma clínica possível. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 9, n° 2, 345-355, 2° semestre.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasília: Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Cavalcante, Cinthia Mendonça; Jorge, Maria Salete Bessa & Santos, Danielle Christine Moura dos. (2012). Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 22 (1), 161-178. Rio de Janeiro.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília.
- Campos, R. O. (2012). Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: Campos, R. O. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec, 97-106.

- Campos, R. O. (2012). E agora, quem educa? *Holding, handing* e continuidade: funções claudicantes na política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Campos, R. O. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec, 137-147.
- Couto, Maria Cristina Ventura et al. (2002). Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6),1803-1807, nov-dez.
- Couto, Maria Cristina Ventura. (2004). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Ferreira, Tânia (org). BH: Autêntica/FHC-FUMEC, 61-74.
- Couto, Maria Cristina Ventura e Delgado, Pedro Gabriel Godinho. (2010). Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro, Edith & Tanaka, Oswaldo Yoshimi. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 271-279.
- Couto, Maria Cristina Ventura & Martinez, Renata Gomes (orgs.). (2007). *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ.
- Couto, Maria Cristina Ventura; Duarte, Cristiane S. & Delgado, Pedro Gabriel Godinho. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafio. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 30(4), 390-8. Rio de Janeiro.
- Delfini, Patrícia Santos de Souza et al. (2009). Perfil dos usuários de um Capsi da Grande São Paulo, Brasil. *Ver. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*. 19(2), 226-236.
- Delfini, Patricia Santos de Souza e Reis, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2), 357-366, fev, 2012.
- Delgado, Pedro Gabriel. (1997). A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, ano VI, nº 16, 41-3.
- Delgado, Pedro Gabriel. (2006). Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. O. *Caderno de Saúde Mental*. Organização: Ana Marta Lobosque. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG.v1., 59-65.
- Dombi-Barbosa, Caroline et al. (2009). Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos Capsi do Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*. 19(2), 262-268.
- Franco, Sérgio de Gouvêa. (2005). Estela, a psicose, um caminho entre pedras. *Análise Psicológica*, Vol. 4 (XXIII), 381-390.

- Hoffmann, Maria Cristina Corrêa Lopes; Santos, Darci Neves & Mota Eduardo Luiz Andrade. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3): 633-642, mar.
- Januário, Livia Milhomem & Tafuri, Maria Izabel. (2010). A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. *Psicologia Clínica*, Vol. 22(1), 57-70.
- Januário, Livia Milhomem & Tafuri, Maria Izabel. (2011). A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Vol. 14(2), 259-274.
- Lauridsen-Ribeiro, Edith & Tanaka, Oswaldo Yoshimi. (2010). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec.
- Leal, Erotildes Maria & Delgado, Pedro Gabriel Godinho. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In A. Pinheiro, Roseni; Guljor, Ana Paula; Junior; Aluisio Gomes da Silva & Mattos, Ruben Araujo (Eds.), *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 137-154.
- Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília.
- Maciel, Silvana Carneiro; Barros, Daniela Ribeiro; Silva, Antonia Oliveira & Camino, Leoncio. (2009). Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um Estudo com Familiares de Doentes Mentais. *Psicologia Ciência e Profissão*, Vol. 29 (3), 436-447.
- Matta, Gustavo Corrêa. (2013). *Saúde & Transformação Social*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.3, 01-06.
- Melo, Rosane Braga. (2013). A medicalização da sociedade e dificuldades de aprendizagem escolar. Em *Psicologia e educação: conexões e diálogos*. Valéria Marques e Rosane Braga de Melo. Ed. Edur/UFRRJ. Seropédica, RJ, 2013. 131-140.
- Minayo, Maria Cecília. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12a. edição. São Paulo: Hucitec.
- Neto, Orestes Forlenza. (2004). Aplicação das ideias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteiricos e psicóticos). *Natureza Humana*, Vol. 6 (2), 307-335, julho-dezembro.
- Pinto, Rosemary Fiães. (2007). *CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos; a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Rio de Janeiro, Museu da República.

- Pinto, Rosemary Fiães. (2007). *O CAPSI Eliza Santa Roza: A construção de uma clínica*. Rio de Janeiro, Museu da República.
- Pitta, Ana Maria Fernandes. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16 (12).
- Reis, Alberto Olavo Advincula et al. (2009). Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos Capsi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. *Rer. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*. 19(3), 383-392.
- Ribeiro, Paulo Rennes Marçal. (2006). História da Saúde Mental Infantil: A criança brasileira da Colônia à República Velha. *Em Psicologia em Estudo*. Maringá. Vol. 11, n. 1, 29-38.
- Scandolaro, A. S., Rockenbach, A., Sgarbossa, E. A., Linke, L. R. e Tonini, N. S. (2009). Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel – PR. *Psicologia & Sociedade*; 21 (3): 334-342.
- Tenório, Fernando. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro: Manguinhos. Vol. 9 (1), 25-59, janeiro-abril.
- Toledo, Rose Pompeu de. 2004. O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num Capsi. *Vínculo*, São Paulo, v. 1, n. 1, dez.
- Toledo, Rose Pompeu de. (2006). A experiência de atendimento a um grupo de familiares em um centro de atenção psicossocial infantil (Capsi). *Vínculo*, São Paulo v.3, n.3, dez.
- Turato, Egberto Ribeiro. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, Vol. 39 (3), 507-14.
- Turato, Egberto Ribeiro. (2010a). Viabilizando a etapa do trabalho de campo. Em *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 305-349.
- Turato, Egberto Ribeiro. (2010b). Tratando e discutindo os dados para a contribuição do pesquisador ao repensar do conhecimento científico. Em *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 437-521.
- Vicentin, Maria Cristina Gonçalves. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, Vol. 17 (1), 10-17, janeiro-abril.

- Winnicott, D. W. (1978). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott DW. (1994a). A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In: Winnicott DW. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 195-202 .
- Winnicott, D.W. (1994b). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: Winnicott DW. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 77-81.
- Winnicott DW. Os doentes mentais na prática clínica (1963). In: Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes médicas; 1983a., 196-206.
- Winnicott DW. Preocupação materna primária (1956). In: Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978a, 399-405.

9.ANEXOS

Roteiros de questões

Observação: As perguntas a seguir terão a função de orientar uma exploração mais ampla acerca da temática. Assim, os roteiros se apresentam de uma forma flexível, permitindo a formulação de questões semelhantes e mantendo os objetivos da pesquisa.

Profissionais

1. Conte um pouco sobre a sua trajetória profissional até o CAPSi.
2. Como você entende seu trabalho no CAPSi?
3. Você poderia descrever a sua rotina de trabalho no CAPSi?
4. A partir da chegada de um novo paciente, como é realizado o atendimento?
5. Quais são os principais problemas e/ou demandas que as crianças que chegam ao CAPSi apresentam? Quais deles você considera que exige mais da equipe? Por quê?
6. Como você percebe a relação estabelecida com os profissionais dos outros serviços?
7. Quais são as principais dificuldades que a equipe enfrenta na relação com os pacientes? Você identifica alguns elementos que poderiam estar relacionados com a origem dessas dificuldades? (Você identifica alguns traços comportamentais e/ou afetivos que costumam mobilizar mais a equipe?)
8. Os pacientes possuem projetos terapêuticos? Como eles são elaborados? Baseados em que elementos? Quem são os responsáveis pela elaboração?
9. Existe um espaço para a discussão de casos e possíveis intervenções? Como ele funciona? Costuma haver momentos em que a equipe discute sobre a relação entre o atendimento e as abordagens teóricas? Como você avalia esse espaço? Como você se sente nesse espaço?
10. Você costuma se comunicar com outras instituições ao longo do tratamento do paciente? Isso ocorre regularmente ou em função de situações atípicas? Como isso ocorre?
11. Como surgiu cada uma dessas práticas? (Quem elaborou a proposta? Foi feita a partir de alguma questão/demanda específica? A partir do que estas práticas foram inicialmente pensadas? Você acha que o que as motivou predominantemente foi a demanda do serviço ou elementos percebidos na relação com os pacientes? Você consegue identificar se possui algum objetivo? Quais?)
12. Quais são as atividades realizadas em grupo? Quais funções elas possuem? Há critérios para a participação dos pacientes? Que tipos de critérios?
13. O serviço costuma oferecer algum tipo de acompanhamento aos familiares? Para todos os casos? Quais formas de atendimento e como são feitos? Existem critérios para a escolha destes familiares?
14. Sobre as atuais práticas no CAPSi quais que você considera mais importantes? Por quê?
15. Você consegue identificar algumas abordagens teóricas que permeiam as práticas desenvolvidas no CAPSi? Você acha que existem abordagens comuns à equipe e outras específicas à sua atuação? Você poderia falar um pouco sobre elas?
16. A respeito dos prontuários, como eles funcionam? Quem são os responsáveis pelas informações registradas? Que tipo de informação é registrada? Como você vê esse

instrumento? Na sua perspectiva qual a função dele? (Se há registros sobre a participação dos pacientes nos atendimentos de forma geral; se aspectos psicodinâmicos são descritos)

17. Existem casos que o CAPSi encaminha para internação? De que modo esse processo é realizado?
18. Nos casos em que ocorre internação, o CAPSi continua fazendo o acompanhamento deste paciente durante este período? De que forma?
19. Você acha que algo no funcionamento do serviço poderia ser modificado? O quê?

Gestor

1. Qual sua formação? Conte um pouco sobre a sua trajetória profissional até o CAPSi.
2. Como você entende seu trabalho no CAPSi?
3. Você poderia descrever a sua rotina de trabalho no CAPSi?
4. Há quanto tempo existe o CAPSi?
5. Como é constituída a equipe? (Quantos profissionais? Quais as categorias?)
6. Existe algum dispositivo de planejamento a médio prazo para o funcionamento do serviço? Caso ocorra, como ele funciona? As práticas clínicas são discutidas?
7. Quantos pacientes estão inseridos atualmente? Você poderia me informar a respeito do perfil geral destes pacientes? (sexo, faixa etária, diagnósticos predominantes, demandas predominantes, origem do encaminhamento)
8. Os pacientes que são encaminhados chegam de que forma? (O serviço que encaminhou faz contato direto ou apenas comunica via documento? Há um protocolo para referência e contra-referência?)
9. A partir da chegada de um novo paciente, como é realizado o atendimento?
10. Quais são os principais problemas e/ou demandas que as crianças que chegam ao CAPSi apresentam? Quais deles você considera que exige mais da equipe, por quê?
11. Como você percebe a relação que a equipe consegue estabelecer com os profissionais dos outros serviços?
12. Quais são as principais dificuldades que a equipe enfrenta na relação com os pacientes? Você identifica alguns elementos que poderiam estar relacionados com a origem dessas dificuldades? (Você identifica alguns traços comportamentais e/ou afetivos que costumam mobilizar mais a equipe?)
13. Os pacientes possuem projetos terapêuticos? Como eles são elaborados? Baseados em que elementos? Quem são os responsáveis pela elaboração?
14. Existe um espaço para a discussão de casos e possíveis intervenções? Como ele funciona? Como você avalia esse espaço? Como você se sente nesse espaço?
15. A equipe costuma se comunicar com outras instituições ao longo do tratamento do paciente? Isso ocorre regularmente ou em função de situações atípicas? Como isso ocorre?
16. Quais são as práticas psicossociais desenvolvidas no CAPSi? Como elas costumam ser propostas?
17. O serviço costuma oferecer algum tipo de acompanhamento aos familiares? Para todos os casos? Quais formas de atendimento e como são feitos? Existem critérios para a escolha destes familiares?
18. Sobre as atuais práticas no CAPSi, quais que você considera mais importantes? Por quê?

19. Você consegue identificar algumas abordagens teóricas que permeiam as práticas desenvolvidas no CAPSi? Você acha que existem abordagens comuns à equipe e outras específicas à sua atuação? Você poderia falar um pouco sobre elas?
20. Costuma haver momentos em que a equipe discute sobre a relação entre o atendimento e as abordagens teóricas?
21. A respeito dos prontuários, como eles funcionam? Quem são os responsáveis pelas informações registradas? Que tipo de informação é registrada? Como você vê esse instrumento? Na sua perspectiva qual a função dele? (Se há registros sobre a participação dos pacientes nos atendimentos de forma geral; se aspectos psicodinâmicos são descritos)
22. Existem casos que o CAPSi encaminha para internação? De que modo esse processo é realizado?
23. Nos casos em que ocorre internação, o CAPSi continua fazendo o acompanhamento deste paciente durante este período? De que forma?
24. Quais são as principais dificuldades que o gestor enfrenta em sua função? E em relação a equipe?
25. Você acha que algo no funcionamento do serviço poderia ser modificado? O quê?

Roteiro de observação

A observação participante ocorreu na recepção do serviço, reuniões de equipe e supervisões clínicas, espaços abertos de convivência entre pacientes, e grupo de familiares.

Pretendeu-se observar o funcionamento geral das práticas/espaços acima, reservando especial atenção para os seguintes aspectos:

- Recepção

Como os pacientes são recebidos quando chegam ao serviço. Se há profissionais especificamente destinados à recepção dos pacientes. Quem são estes profissionais.

Como os familiares se relacionam uns com os outros e com os profissionais que podem estar nesse espaço. Se é possível identificar elementos (relacionados aos espaço físico e a interação entre as pessoas) que indicam que familiares e pacientes se sentem acolhidos.

Se há alguma atividade desenvolvida neste espaço.

- Espaços coletivos

Como funciona este espaço e para que se destina.

Quem costuma frequentar estes espaços? Há profissionais disponíveis integralmente?

Quem são estes profissionais?

Em que lugar está localizado este espaço no CAPSi, como é a sua disposição e como é organizado.

Há materiais disponíveis no espaço e de que tipo? São utilizados? Como é o acesso destes pacientes a estes materiais.

Como é a interação dos pacientes nestes espaços?

São realizadas atividades? Se são ocorrem de forma pré-estabelecida pelos profissionais ou ocorrem de forma livre de acordo com o interesse dos pacientes?

O que costuma acontecer predominantemente nestes espaços?

- Atendimentos em grupo abertos/Oficinas

Como funciona este espaço e para que se destina.

Quem costuma frequentar estes espaços? Quem são os profissionais que coordenam estes dispositivos?

O funcionamento geral desses dispositivos segue um roteiro pré-definido pelos profissionais ou há espaço para planejamento com os pacientes?

Existem regras para a participação dos pacientes? Como elas são transmitidas ou combinadas?

Como os pacientes costumam lidar com essas regras? E o que costuma ser feito quando elas não são respeitadas?

Há materiais disponíveis no espaço e de que tipo? São utilizados? Como é o acesso destes pacientes a estes materiais.

Como é a interação dos pacientes nestes espaços?

Os familiares têm acesso a esses dispositivos?

- Grupos abertos de familiares

Como funciona este espaço e para que se destina.

O funcionamento geral desses dispositivos segue um roteiro pré-definido pelos profissionais ou há espaço para planejamento com os familiares?

Como é a interação dos familiares nestes espaços?

Que tipo de assuntos costumam surgir nesses grupos?

Esses dispositivos parecem ter alguma função para os familiares envolvidos? Quais?

Esses dispositivos parecem despertar interesse nos familiares envolvidos?

- Reuniões de equipe/Supervisão

Quais os aspectos que mobilizam e geram mais discussão/preocupação da equipe?

Como são feitas as discussões de casos?

Quais são os tipos de discursos/ saberes apresentados?

Há trocas/ circulação entre os discursos?

Nestes espaços o que costuma ser falado sobre as práticas psicossociais?

Questões teóricas são associadas à discussão clínica?

Nestes espaços é abordado o que ocorre na recepção e no espaço coletivo?

Entre a equipe, há um retorno a respeito da atuação profissional de cada um?

Termos de consentimento livre esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO
RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



Termo de Consentimento Livre-esclarecido para profissionais e gestores do CAPSi

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil e os novos dispositivos de cuidados em saúde mental: um estudo acerca da clínica que os sustenta*, coordenada por Aracelly Castelo Branco de Oliveira, aluna do curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

O **objetivo geral** desta pesquisa é compreender os fundamentos clínicos que sustentam os dispositivos e práticas psicossociais utilizadas atualmente no tratamento de crianças que são assistidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).

Os **objetivos específicos** são:

1. Mapear o funcionamento geral do CAPSi no que diz respeito à demanda atendida, recursos humanos e materiais disponíveis.
2. Identificar os tipos de dispositivos clínicos utilizados nos atendimentos a crianças nos CAPSi.
3. Compreender as propostas terapêuticas desses dispositivos e o funcionamento de pelo menos dois destes.

A pesquisa será realizada através de entrevista com os gestores e profissionais, observação participante e a pesquisa documental do CAPSi.

Você foi escolhido porque é profissional do CAPSi. **Sua participação não é obrigatória.** A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com a universidade ou com o CAPSi.

A participação que lhe é solicitada consiste na participação de uma ou duas sessões de entrevistas de, mais ou menos, uma hora e meia cada, sendo que esse período poderá ser modificado se você desejar. Se você permitir, essas entrevistas serão gravadas. O áudio dessas gravações, bem como sua transcrição, permanecerão sob os cuidados da pesquisadora e armazenados em lugar seguro por um período de cinco anos, sendo destruído em seguida. A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Para isso, poderá utilizar os contatos da pesquisadora, explicitados ao final deste Termo, ou pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRRJ, telefone: 2682-1201.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de relatórios e artigos científicos, de maneira que não seja possível identificar nem você, nem as outras pessoas que participarão dos grupos. Essa pesquisa envolve poucos riscos para você, mas é possível que você sinta algum tipo de incômodo demasiado intenso durante as discussões

do grupo. Se isso ocorrer, serão tomados todos os cuidados necessários: a pesquisadora estará disponível para conversar sobre tudo o que você julgar necessário e a sessão de grupo poderá ser interrompida e retomada num momento em que você estiver se sentindo melhor.

Sua participação gerará benefícios para a pesquisa, auxiliando-nos no reconhecimento das qualidades, problemas e desafios da assistência em Saúde Mental e contribuindo para sua melhoria.

Este termo é redigido em duas vias, *sendo uma para o pesquisador e outra para o participante.*

Aracelly Castelo Branco de Oliveira – Aluna do Curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Telefone de contato: xxxxxxxx

Endereço: xxxxxxxx

e-mail: aracellycb@gmail.com

Aracelly Castelo Branco de Oliveira
DEPSI/UFRRJ

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, abaixo assinado, aceito participar do estudo descrito acima, como sujeito. Fui devidamente informado e **esclarecido** pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu **consentimento** a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ao meu trabalho.

Local e data _____, _____ de _____ de 20____

Nome (se desejar) e Assinatura:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações complementares

Se desejar receber os resultados desta pesquisa, forneça seu e-mail ou telefone

e-mail: _____

Telefone _____