

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO – UFRRJ  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO - IE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

**DISSERTAÇÃO**

**O ENCONTRO INTERSUBJETIVO E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DE  
CUIDADO: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPSI DA BAIXADA  
FLUMINENSE**

**ALINE CASTRO BASILIO DE SOUZA**

**Seropédica, RJ.**

**2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO – UFRRJ  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO - IE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

O ENCONTRO INTERSUBJETIVO E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DE  
CUIDADO: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPSI DA BAIXADA  
FLUMINENSE

ALINE CASTRO BASILIO DE SOUZA

*Sob Orientação da professora*

**Luna Rodrigues Freitas Silva**

*E sob coorientação da professora*

**Deborah Uhr**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ.

2021

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S 719  
e Souza, Aline Castro Basilio de, 1993-  
Encontro intersubjetivo e práticas de cuidado no  
CAPSi: a perspectiva dos profissionais / Aline Castro  
Basilio de Souza. - Seropédica, 2021.  
120 f.

Orientadora: Luna Rodrigues Freitas Silva.  
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA, 2021.

1. Práticas de Cuidado; CAPSi; Enc  
Intersubjetivo; Atenção Psicossocial.. I. Silva, Luna  
Rodrigues Freitas, 1980-, orient. II Universidade  
Federal Rural do Rio de Janeiro. PROGRAMA DE PÓS  
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA III. Título.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTO DE PSICOLOGIA E ORIENTAÇÃO**



**TERMO Nº 387 / 2021 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)**

**Nº do Protocolo: 23083.025855/2021-17**

**Seropédica-RJ, 16 de abril de 2021.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO - UFRRJ  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO - IE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

**ALINE CASTRO BASILIO DE SOUZA**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia (Mestre em Psicologia)**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

**DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 03/02/2021**

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

---

Luna Rodrigues Freitas Silva. Dr<sup>a</sup> UFRRJ (Orientadora)

---

Bernardo Bittencourt Suprani. Dr. UFRRJ

---

Lilian Miranda. Dr<sup>a</sup> FIOCRUZ

**(Assinado digitalmente em 21/04/2021 14:57 )**  
BERNARDO BITTENCOURT SUPRANI  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)  
Matricula: 1353644

**(Assinado digitalmente em 16/04/2021 16:52 )**  
LUNA RODRIGUES FREITAS SILVA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)  
Matricula: 2079602

**(Assinado digitalmente em 18/04/2021 23:22 )**  
LILIAN MIRANDA  
ASSINANTE EXTERNO  
CPF: 269.276.638-51

Para verificar a autenticidade deste documento entre em  
<https://sipac.ufrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **387**, ano:  
**2021**, tipo: **TERMO**, data de emissão: **16/04/2021** e o código de verificação: **98edef5966**

## DEDICATÓRIA

*Dedico essa dissertação aos meus queridos pais,  
irmãos e namorado, meus grandes amores.  
E a todos aqueles que estiveram comigo e de  
alguma forma contribuíram para a realização  
deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos que proporcionou a formação acadêmica de qualidade. À Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e aos meus queridos professores que muito contribuíram para minha aprendizagem.

À minha orientadora Luna Rodrigues, que desde o princípio apostou nas minhas ideias e esteve presente contribuindo com seus conhecimentos e tornando possível a realização da pesquisa. À minha coorientadora Deborah Uhr por aceitar participar das orientações em meio a todo caos da pandemia e por todo ensinamento dado. Vocês fizeram um incrível papel e são grandes fontes de inspiração pra mim, obrigada!

Aos professores Bernardo Bittencourt Suprani e Lilian Miranda por aceitarem participar da banca. Um agradecimento especial aos dois primeiramente por fazerem parte da minha graduação, e agora, como membros da banca. Toda minha admiração pelos estudos de vocês e pelas contribuições, uma honra poder tê-los como banca nessa fase.

Aos meus pais e minha tia Bete que sempre me incentivaram e tornaram todas dificuldades menores do que são. Um enorme agradecimento aos meus irmãos e minha cunhada, que tanto amo e que sou sempre grata por toda confiança e apoio.

Gostaria de agradecer ao Leonardo, meu querido companheiro que segurou todas as barras comigo, me encorajou e acreditou em mim em inúmeros momentos, além de quase se tornar membro da pesquisa lendo cada frase e pontuação. Obrigada mesmo por todo incentivo e pela cumplicidade.

Um agradecimento especial à minha maravilhosa amiga Katy Duarte, que sempre me impulsionou e esteve comigo me ajudando no possível e no impossível. Toda minha admiração pela mulher incrível que é. Obrigada ter sido tão presente!

A todos meus amigos de Valença, essenciais nesse processo. Às minhas amigas de graduação e mestrado: Gabi, Ilanna, Clara, Suelen, Andressa e Priscila, que mesmo de longe sempre deram um jeito de se fazerem presentes, nas mensagens de apoio. As minhas amigas que dividiram casa comigo no início dessa etapa, Dafne, Fernanda, Diana, Letícia e Larissa.

Aos meus amigos especiais mestrados de economia: Leo, Leticia, Diego e Luquinhas, que dividiram angústias e tornaram o sofrimento e desespero coletivo em boas risadas. E aos meus amigos incríveis que acreditaram em mim desde o momento que entrei no processo seletivo, até a reta final: Letícia, Helo, Bia, Thalita, Jon, Matheus, Rebecca, Gabriel, Thayna e Débora que tornaram todo processo mais leve e divertido. Amo vocês.

E por fim, aos profissionais que toparam participar desta pesquisa, grandes contribuidores do estudo.



## RESUMO

SOUZA, A. C. B. **O encontro intersubjetivo e a construção de práticas de cuidado: a perspectiva dos profissionais de um CAPSi da Baixada Fluminense.** 2021. 117 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

Nos últimos anos, discussões sobre o cuidado vem ocupando um lugar essencial no campo do trabalho em saúde. Parte-se da crítica ao paradigma biologicista, que define a doença como principal objeto de intervenção dos profissionais, para a construção de uma perspectiva ampliada de saúde e cuidado. Sendo assim, a assistência, que antes reduzia o encontro entre profissional e usuário à enfermidade, passa a valorizar a escuta das singularidades dos sujeitos e seu contexto social. No campo da saúde mental de crianças e adolescentes isso se presentifica à medida que a atenção dada a este público é fundamentada no cuidado integral preconizado pelas políticas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA). O presente trabalho objetivou investigar como são construídas as práticas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), localizado na baixada fluminense, a partir da imprevisibilidade do encontro entre os sujeitos envolvidos na prática clínica. O estudo utilizou a metodologia qualitativa, compreendendo pesquisa bibliográfica e trabalho de campo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 5 profissionais de saúde do serviço e a construção de um diário de campo. Os principais resultados encontrados foram divididos em quatro categorias: a imprevisibilidade do trabalho de campo; a construção das práticas de cuidado no serviço; a perspectiva dos profissionais em relação à equipe e ao enfrentamento das dificuldades; os diferentes sentidos da imprevisibilidade. Observamos nas falas dos profissionais a falta de referências em relação aos princípios da atenção psicossocial e do que deve ser realizado como prática de cuidado no CAPSi. A desorganização do serviço interfere no que os profissionais definem como fatores inesperados no trabalho e, contribui para aumentar a sensação de que o trabalho no CAPSi é, a todo momento, imprevisível e dependente da boa vontade e dos improvisos dos profissionais. Conclui-se que, em grande parte, a imprevisibilidade apresentada aponta para fatores conhecidos, de modo que há a possibilidade de investir em organização e gestão para lidar com as situações inerentes ao trabalho na atenção psicossocial. Além disso, não observamos discussões relatando de que modo o encontro entre os sujeitos interfere na construção das práticas de cuidado, ou seja, a imprevisibilidade não aparece como efeito do encontro intersubjetivo nas práticas clínicas, tal como nos propomos a discutir neste trabalho.

**Palavras-chaves:** Práticas de Cuidado; CAPSi; Imprevisibilidade; Encontro Intersubjetivo.

## ABSTRACT

SOUZA, A. C. B. **The intersubjective meeting and the construction of care practices: the perspective of professionals from a CAPSi in Baixada Fluminense.** 2021. 117 p. Dissertation (Master in Psychology). Instituto de Educação. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

In recent years, discussions about care have played an essential role in the field of health work. It starts with the criticism of the biologicist paradigm, which defines the disease as the main object of intervention by professionals, for the construction of an expanded perspective of health and care. Thus, assistance, which previously reduced the encounter between professional and user to illness, starts to value listening to the subjects' singularities and their social context. In the field of mental health of children and adolescents, this becomes evident as the attention given to this public is based on the comprehensive care recommended by the Mental Health of Children and Adolescents (SMCA) policies. The present study aimed to investigate how care practices are built in a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (CAPSi), located in the Baixada Fluminense region, based on the unpredictability of the encounter between the subjects involved in clinical practice. The study used the qualitative methodology, comprising bibliographic research and fieldwork. Semi-structured interviews were conducted with 5 health professionals from the service and the construction of a field diary. The main results found were divided into four categories: the unpredictability of fieldwork; the construction of care practices in the service; the perspective of professionals in relation to the team and facing difficulties; the different directions of unpredictability. We observed in the speeches of the professionals the lack of references in relation to the principles of psychosocial care and what should be done as a care practice in CAPSi. The disorganization of the service interferes with what professionals define as unexpected factors at work and contributes to increase the feeling that work at CAPSi is, at all times, unpredictable and dependent on the goodwill and improvisation of professionals. It is concluded that, in large part, the unpredictability presented points to known factors, so that there is the possibility of investing in organization and management to deal with situations inherent to work in psychosocial care. In addition, we did not observe discussions reporting how the encounter between the subjects interferes in the construction of care practices, that is, unpredictability does not appear as an effect of the intersubjective encounter in clinical practices, as we propose to discuss in this work.

**Keywords:** Care Practices; CAPSi; Unpredictability; Intersubjective Meeting.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CapsAd - Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CF- Constituição Federal

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

ENTSM - Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial

NOBs - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PDT - Psicodinâmica do Trabalho

PNH - Política Nacional de Humanização

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SMCA- Saúde Mental de crianças e adolescentes

SPA - Serviço de Psicologia Aplicada

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRRJ - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

VD – Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
OBJETIVOS.....	19
CAPÍTULO 1: TRABALHO E SAÚDE.....	20
1.1 Mudanças do mundo do trabalho .....	20
1.2 Aspectos subjetivos do trabalho .....	24
1.2.1 Influência da Psicanálise: estratégias coletivas de Defesa .....	26
1.2.2 Ergonomia da Atividade: o real do trabalho.....	27
1.2.3 Sofrimento e Inteligência.....	28
1.2.4 Cooperação e Reconhecimento .....	30
1.3 Breve histórico da Reforma Sanitária e suas consequências.....	31
1.4 Cuidado como prática do trabalho em saúde e o encontro intersubjetivo.....	38
CAPÍTULO 2: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....	43
2.1 Políticas da Infância no Brasil .....	43
2.2 Reforma Psiquiátrica .....	47
2.3 Saúde Mental de Crianças e Adolescentes .....	57
2.4 Revisão bibliográfica: desafios e a ótica do trabalho real na saúde mental .....	65
CAPITULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO .....	74
3.1 Natureza da Pesquisa .....	74
3.2 O campo e os sujeitos da pesquisa .....	75
3.3 Considerações Éticas .....	77
3.4 Análise das falas das entrevistas e do diário de campo .....	78
3.5 Resultados e Discussões .....	78
3.5.1 Imprevisibilidade no trabalho de campo .....	78
3.5.2 Construção das práticas de cuidado no serviço .....	81

3.5.3 A perspectiva dos profissionais em relação à equipe e ao enfrentamento das dificuldades .....	86
3.5.4 Os diferentes sentidos de imprevisibilidade .....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	98
LISTAGEM BIBLIOGRÁFICA .....	103
ANEXOS .....	114
ANEXO I.....	114
ANEXO II .....	116

## INTRODUÇÃO

O presente estudo busca investigar como as práticas de cuidado são construídas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de um município da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro tendo como foco de análise a imprevisibilidade do encontro intersubjetivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que busca compreender a percepção dos profissionais de saúde que atuam no serviço. Com isso, pretendemos debater de que modo o trabalho com crianças e adolescentes se apresenta como evento imprevisível, pelo encontro entre profissional e usuário, ou profissional e familiar, e quais são as estratégias criadas pelos profissionais para lidar com esses desafios clínicos.

No Brasil, as mudanças em relação à política de saúde mental de crianças e adolescentes são consideradas recentes. As ações dirigidas a este público até o final do século XX eram assumidas pelas instâncias educacionais e de assistência social. O reconhecimento das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, bem como as discussões acerca de políticas voltadas a estes, tiveram início com a Constituição Federal (CF) de 1988 e com Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990). Além destes, movimentos como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica influenciaram a reflexão sobre as práticas de cuidado direcionadas ao público infanto-juvenil, que por décadas estiveram esquecidos.

O movimento sanitário teve papel fundamental na definição da subjetividade como tema relevante no campo da saúde. No primeiro momento, o movimento se preocupava com os sujeitos e com sua autonomia, em prol de trabalhadores da saúde mais críticos e menos assujeitados (CAMPOS, 1992). Em seguida, a luta tomou como bandeira as práticas de cuidado em saúde, objetivando mudanças que valorizassem modos de trabalho intersubjetivos, destacando o sujeito como fundamental neste processo. Como marco fundamental nas mudanças das ações em saúde, encontra-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado na Lei 8.080/1990, e a nova proposta política e organizacional dele constituída, acompanhada da redefinição de ações e serviços.

Destaca-se a noção de cuidado, fundamentada na integralidade e na clínica ampliada, que defende a insuficiência do modelo biomédico hegemônico. Com isso, o processo de trabalho em saúde passa a se constituir por práticas voltadas ao usuário, levando em consideração o contexto no qual ele está inserido e suas particularidades (MATTOS, 2004). Ayres (2004, p. 18) aponta que a produção do cuidado envolve “o desenvolvimento de

atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, o exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde”.

Em relação à Reforma Psiquiátrica, constitui-se um movimento que propôs discutir o campo da saúde mental, a partir das lutas de trabalhadores contra as violências cometidas nas instituições psiquiátricas. O movimento gerou extensas modificações em relação ao saber psiquiátrico, assim como a reformulação dos serviços, a construção de estratégias de cuidado, entre outros. O marco primordial da reforma se deu com a promulgação da Lei 10.216, que institucionalizou e ampliou o processo de mudança assistencial em saúde mental que vinha em curso no Brasil (PITTA, 2011).

A partir da lei da Reforma Psiquiátrica, um percurso vem sendo trilhado em prol do reconhecimento dos direitos desses sujeitos em sofrimento psíquico, bem como dos serviços de cuidado. Ainda que de forma tardia, a inclusão de crianças e adolescentes nesta discussão iniciou-se de fato com a III Conferência Nacional de Saúde, a partir da compreensão da criança e do adolescente enquanto sujeitos psíquicos e de direitos, como preconizado pelo Estatuto da criança e do adolescente (ECA). Sendo assim, fizeram-se presentes as discussões sobre os serviços de atenção voltados para crianças e adolescentes, as estratégias de construção do cuidado calcados na particularidade deste público, o trabalho em rede e no território. A intersetorialidade ganhou destaque no campo, por se constituir a base da organização da rede de cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes (SMCA) (COUTO; DELGADO, 2015).

Como principais propostas da SMCA, encontram-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e a articulação dos serviços como proposta para o cuidado integral (COUTO, DUARTE E DELGADO, 2008). Oliveira e Miranda (2015) apontam o CAPSi como principal serviço público de saúde destinado às demandas de cuidado em saúde mental do público infantojuvenil. O serviço oferece atendimento interdisciplinar, acolhimento e tratamento contínuo, e constitui-se tanto como atendimento especializado ao público infantojuvenil em sofrimento psíquico, quanto como articulador das redes de atenção psicossocial nos referidos territórios.

Couto, Duarte e Delgado (2008) apresentam desafios enfrentados pelo CAPSi, dentre eles a precariedade de recursos e a desarticulação dos serviços destinados a crianças e adolescentes. Estas dificuldades interferem no modo como os profissionais executam seus trabalhos e se apresentam como determinantes para a conclusão de que nem sempre as práticas conseguem estar alinhadas com o que é proposto pela política de saúde mental infantojuvenil. Acrescentam-se às discussões, Morais et al. (2019) e Ronchi Avellar (2010)



apresentam as dificuldades referentes a falta de compreensão da gestão e dos profissionais sobre as atividades a serem realizadas nos serviços de saúde mental, que pode influenciar no funcionamento do serviço. Nesta perspectiva, este campo mostra semelhança com as discussões de Dejours (1993) sobre a dissonância entre as tarefas propostas pela organização e as práticas que os profissionais constroem a partir do que é possível diante das imprevisibilidades do cotidiano do trabalho.

Em concordância, Faria e Dalbello-Araújo (2010) defendem que os aspectos imprevisíveis fazem parte do trabalho em saúde, que é constituído por situações dinâmicas devido às singularidades dos sujeitos que circulam e participam do processo. Nesta direção, Carvalho et al. (2012) apontam que todo trabalho em saúde possui caráter interativo, uma vez que as ações são construídas no âmbito do encontro entre profissional e usuário. O espaço dessas relações, permeadas por diferentes subjetividades, possibilita a construção das práticas de cuidado (MERHY, 2002). Essas discussões do campo da saúde relacionam-se ao que a teoria da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) apresenta acerca do modo como os profissionais criam recursos para lidar com os impasses do trabalho.

Nessa concepção, é possível considerar que o trabalho real que os profissionais executam no campo da saúde mental infantojuvenil pode ultrapassar o que foi previsto enquanto tarefa, gerando diferentes tipos de imprevisibilidades. Partindo dessa consideração inicial, tomaremos como foco de análise neste trabalho a imprevisibilidade decorrente do encontro intersubjetivo nas práticas clínicas do CAPSi. Para realizar esta investigação, propomos uma pesquisa campo para investigar a perspectiva dos profissionais que atuam no cuidado de crianças e adolescentes no CAPSi e a correção com estudos já realizados na revisão bibliográfica.

As temáticas relacionadas à imprevisibilidade no trabalho e o campo da saúde mental infantojuvenil sempre me despertaram interesse, desde a graduação. A disciplina Promoção de Saúde nas Organizações de Trabalho, ministrada pelo Professor Doutor Bernardo Bittencourt Suprani, serviu como ponto de partida para iniciar os questionamentos sobre as organizações, as subjetividades que atravessam o campo de trabalho e como os profissionais lidam com as pressões e as dificuldades presentes no cotidiano. A partir disso, a curiosidade em relação ao tema e suas principais referências motivaram a continuidade dos estudos no Trabalho de Conclusão de Curso, em que pude me aprofundar nas bases teóricas da Psicodinâmica do Trabalho e da Ergonomia da Atividade.

Em contrapartida, os estágios profissionais realizados tanto na Casa Municipal da Criança de Seropédica, quanto no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), promoveram a

vontade de conhecer mais sobre o percurso das crianças e adolescentes no campo das políticas públicas brasileiras. O primeiro estágio, em específico, instigou a vontade de conhecer outros serviços da rede, em especial o CAPSi, que muito era discutido no estágio pela recorrente frequência das crianças e adolescentes que lá eram acolhidos. Ademais, a minha participação em reuniões com outros serviços da rede na época também contribuiu para aguçar o meu interesse. O segundo estágio realizado também proporcionou a vontade de estudar e questionar mais o campo da saúde mental de crianças e adolescentes, a partir das discussões dos casos nas supervisões orientadas pela Professora Doutora Rosane Braga de Melo.

Somados a isso, a participação na pesquisa “Risco, vulnerabilidade e cuidado em saúde mental: investigando discursos e práticas de atenção a crianças e adolescentes” coordenado pela minha orientadora Luna Rodrigues Freitas Silva, ao discutir relatos de profissionais, suas práticas e limitações, me deu mais informações e me motivou a pesquisar este tema. Sendo assim, a partir de leituras e discussões sobre o campo da saúde mental, percebi a possibilidade de articular os dois campos, trabalho e saúde mental, em uma pesquisa para que tematiza a imprevisibilidade na construção do cuidado dos profissionais da saúde mental infantojuvenil.

A elaboração desta dissertação se iniciou com um histórico breve sobre as mudanças no mundo do trabalho e as teorias que contribuíram para o estudo na área. Tal percurso mostrou-se necessário para abordar como a subjetividade começa a ser reconhecida nos campos organizacionais e ganha espaço nas discussões trabalhistas. Iniciamos o debate no capítulo 1, apresentando a Ergonomia e a Psicodinâmica do trabalho para ilustrar a defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e como os profissionais lidam com os obstáculos do cotidiano. Neste passo, consideramos necessário introduzir o trabalho em saúde, apontando as principais mudanças do campo e como as discussões anteriores também se presentificam neste meio. Foram destacados a Reforma Sanitária, o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as principais diretrizes para o trabalho em saúde. Acrescentam-se as discussões acerca das práticas de cuidado e do encontro intersubjetivo como fatores inerentes ao campo da saúde.

No capítulo 2, apresentamos as políticas da infância no Brasil, destacando o percurso das discussões sobre as crianças e adolescentes, e como estes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos. Em seguida, antes de entrar no campo da saúde mental de crianças e adolescentes, discutimos primeiramente a reforma psiquiátrica, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os debates advindos das conferências nacionais de saúde e as principais mudanças do campo da saúde mental. Posteriormente, demos ênfase à atenção psicossocial do

público infantojuvenil, apresentando as principais diretrizes da política de SMCA e conceituando o Capsi como dispositivo estratégico e um dos principais eixos da saúde mental pública da infância e adolescência no país. Ainda neste capítulo, apresentamos a revisão bibliográfica a partir da seleção de artigos que apresentam pesquisas empíricas sobre os processos de trabalho e as práticas de cuidado no campo da SMCA.

No capítulo 3, demonstramos o percurso metodológico utilizado durante a realização do estudo, destacando a natureza da pesquisa, a descrição do campo e os sujeitos participantes do estudo, as considerações éticas, a construção da análise das entrevistas e os resultados e discussões. Os resultados foram divididos em categorias, ilustrando as temáticas mais pertinentes de acordo com os objetivos da pesquisa. Para finalizar, dissertamos sobre nossas considerações em relação ao estudo realizado, cotejando o material coletado na pesquisa de campo com as referências teóricas selecionadas e as informações provenientes da revisão bibliográfica.

Importante destacar que a pesquisa de campo foi realizada durante a pandemia Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) que afetou milhares de pessoas. Denominada como síndrome respiratória, a COVID-19 foi identificada inicialmente na China, na cidade de Wuhan. A partir disso, a propagação do vírus foi crescendo ao redor do mundo, e em abril de 2020 mais de dois milhões de casos já tinham sido detectados e em torno de 150 mil mortes notificadas em todo o mundo. Até 2021, as taxas foram sendo alteradas em cada região, contendo alta elevação do vírus em determinados países (FARO et al., 2020).

Deste modo, a presente pesquisa foi atravessada diretamente pelo atual contexto, tornando imprescindível a revisão e a construção de novas estratégias para a realização do trabalho de campo. A partir disso, fez-se necessário apresentar algumas interferências do atual momento durante o planejamento do método e as idas ao campo. Além disso, a presença do COVID-19 no discurso dos profissionais apontou para a importância de destacar nos resultados e discussões as alterações e os desafios gerados pela pandemia no cotidiano dos profissionais do CAPSi.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

- Compreender, a partir do discurso dos profissionais, a construção das práticas de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e as imprevisibilidades do encontro intersubjetivo entre os profissionais da área da saúde e os usuários e familiares.

### **Objetivos específicos:**

- Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da saúde mental no tratamento e acompanhamento da criança ou adolescente;
- Verificar como se dá o encontro dos profissionais com usuários e familiares nas práticas clínicas, e como este influencia no cuidado;
- Identificar se há disparidade entre as tarefas previstas pelo serviço e as práticas de fato realizadas pelos profissionais, e como os profissionais reagem a ela;
- Organizar e discutir as contribuições que a pesquisa pode trazer sobre a articulação entre os encontros intersubjetivos e as práticas do cuidado na saúde mental de crianças e adolescentes, contribuindo para futuros estudos.

## **CAPÍTULO 1: TRABALHO E SAÚDE**

### **1.1 Mudanças do mundo do trabalho**

Nas últimas décadas, alterações nos modos de produção de trabalho, bem como nas concepções de gestão e organização vem gerando mudanças significativas no cotidiano do trabalho para os indivíduos. Para contextualizar as relações entre trabalho e saúde é importante descrever, mesmo que de forma breve, como se deram essas transformações, e as teorias que se destacaram neste cenário.

Inicialmente, elucidaremos uma concepção que determina diretamente as relações e meios do trabalho na Modernidade, o poder disciplinar. Discutido por Foucault (1988), o poder disciplinar funciona com o intuito de adestrar os indivíduos, utilizando a disciplina como “técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício” (FOUCAULT, 2004 p. 142-143). Desenvolvido a partir do século XVII, pensa o corpo como máquina, avaliando como ele pode funcionar no trabalho, na escola, no exército, entre outros. O objetivo desse poder é garantir a integração dos novos sistemas de produção com o indivíduo, de modo que este funcione de forma eficaz, produtiva e útil. Os procedimentos utilizados para tanto privilegiavam o tipo de organização do espaço (individualizado, classificado, hierarquizado), o controle de tempo, e a vigilância constante.

No final do século XVII e durante o século XVIII, Foucault (2004) nomeou como tecnologia disciplinar os procedimentos técnicos voltados para os exercícios e treinamentos que tinham como objetivo o desenvolvimento da força útil.

Essa nova utilização da maquinaria não só visava conseguir a docilização e a submissão do trabalhador fabril e, nesse sentido, assegurar a regularidade e a continuidade da produção, mas representou também um forte obstáculo aos movimentos de resistência do trabalhador fabril, já no século XIX (DECCA, 2004, p. 32).

No mundo do trabalho, os corpos aparecem a todo tempo como a principal vítima das variadas mudanças e exigências que atingem esse meio. Ao passo em que as formas feudais de produção foram sendo substituídas pelas capitalistas, os camponeses eram expulsos para as cidades para trabalhar nas indústrias nascentes, utilizando seu corpo como forma de “vender” sua força de trabalho. A isso se explica a vigência do capitalismo industrial na Europa do século XIX, que se desenvolveu após o processo de “acumulação primitiva”, como nomeado por Marx, e consolidou o modelo fabril como forma paradigmática de exploração do trabalho.

Segundo Gonçalves (2017), a acumulação primitiva denominada por Marx é o processo de separar o meio de produção do produtor, como ato de expropriar grupos sociais, de forma que vendam sua força de trabalho.

Neste período, se faziam presentes péssimas condições de trabalho, jornadas de 12 a 16 horas por dia, crianças trabalhando na produção industrial, salários muito baixos, falta de higiene, entre outras, que ganharam o termo de “Miséria Operária” pelos médicos da época. Sendo assim, a sobrevivência aparece como termo central em relação à classe operária europeia do século XIX, que lutava pela sobrevivência para não morrer de fome, de cansaço, por algum acidente ou doença (DEJOURS, 1987).

A disciplina, já discutida, abre caminho para duas vias que envolvem o processo do trabalho: ao passo em que ela contribui e fomenta o modelo fabril nascente na época, é a partir dela que se desenvolvem correntes que discutem as condições de trabalho, analisando os perigos e riscos aos quais em que os profissionais são submetidos. Para além dessas correntes, como o movimento higienista, o movimento das ciências morais e políticas e o movimento dos grandes alienistas, como marco crucial do século, aparecem as lutas operárias que atingem conquistas consideráveis. Como exemplo, no caso da França, obtiveram a redução da jornada de trabalho, proteção das mulheres, as crianças não poderiam mais ser postas a trabalhar, entre diversas outras (DEJOURS, 1987).

Ao longo do processo, os resultados das reivindicações trabalhistas começaram a tomar um rumo não satisfatório aos operários, uma vez que o taylorismo e o fordismo se difundem cada vez mais e submetiam os trabalhadores a processos mecanizados de trabalho. “Taylor propôs a ideia de uma gerência que criasse, através de métodos de experimentação do trabalho, regras e maneiras padrões de executar o trabalho. Essas regras padrões seriam obtidas pela melhor equação possível entre tempo e movimento” (RIBEIRO, 2015, p. 66), ou seja, apesar da redução da jornada de trabalho, havia um aumento na produção, e novas exigências em relação ao tempo e ritmo de trabalho (DEJOURS, 1987).

Durante o século XX, o taylorismo e o fordismo ganham espaço no contexto do trabalho, e marcam o período com suas técnicas de produção, organização e gestão do trabalho. Dimensões como produção em massa através das linhas de montagem e produção em série controlando movimentos e tempo de trabalho faziam dos trabalhadores quase elementos pertencentes da máquina, realizando movimentos padronizados mecanicamente (FLEURY E VARGAS, 1983). Harvey (1992) reporta que este novo modo de produção equivale a “um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de

controle e gerência da força de trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática” (HARVEY, 1992, p. 121).

Como consequência dessas mudanças, Dejours (2002) aponta que a luta pela sobrevivência deixa o cenário e abre espaço para uma nova luta, que denuncia os prejuízos que o trabalho e o sistema causam à saúde do corpo dos trabalhadores, em que o esgotamento físico se fazia presente tanto para os trabalhadores braçais, quanto para os operários que executavam a produção em massa. Este corpo dócil e disciplinado, para se tornar produtivo e eficiente, é a principal vítima das injunções do trabalho, uma vez que deve ser mantido saudável para o bem da produção. Neste sentido, se antes se tinha uma luta contra a duração demasiada do trabalho, neste momento esta se faz em prol da saúde do corpo (DEJOURS, 1987).

Como efeito dessas formas de produção, os operários desgastados rebatiam contra esse sistema de exploração de trabalho intenso, e as greves se tornaram cada vez mais presentes no cenário entre os anos 1968 a 1973 (DRUCK, 1999). Dejours (1987) ressalta que a partir de 1968, com as transformações do pós-guerra, é construída uma nova conjuntura das relações entre saúde e trabalho. Importante contextualizar que neste período as manifestações não se davam somente nos ambientes laborais, mas se expandiam para outras instâncias da sociedade.

Ao longo do período de pós-guerra mundial, o governo do Japão, ao ver os prejuízos causados pela guerra, para reconstruir o país e sua economia, começou a estruturar um novo padrão de produção que ficou conhecido como Toyotismo e foi sendo propagado ao longo do tempo (RIBEIRO, 2015). Segundo Antunes (2005), este novo modo de produção tinha uma estrutura mais flexível em que os trabalhadores operavam com várias máquinas, tornando-os multifuncionais e trazendo o trabalho em equipe para a produção.

Esse novo sistema de trabalho se propõe a atender aspectos mais individualizados do mercado e rompe com as formas de produção anteriores. Entretanto, mesmo com as transformações, mantém a dimensão de controle sobre os funcionários (ANTUNES, 2005). Além disso, foi constituído o progresso da informática, a automação e a terceirização, reivindicando aos profissionais a aquisição de informações complexas em tempo real, podendo equipará-los a uma máquina (HELOANI, 2016).

O toyotismo proporciona ao meio organizacional formas de administração participativa, a partir do uso da inteligência, da iniciativa e do trabalho em grupo em articulação com formas de controle de trabalho. O que se propõe não é somente o “fazer”, mas incentivar o trabalhador a ser cada vez mais pró-ativo, para que desta forma ele consiga

realizar estratégias e soluções que antecedem possíveis problemas (ANTUNES, 2005). Heloani (2016) destaca que essas novas incumbências dadas aos profissionais surgem em substituição ao antigo perfil passivo do trabalhador, que se limitava ao trabalho físico e a ordens a serem cumpridas, capaz de afastar corpo e mente das práticas laborais. Como consequência, este profissional, que por décadas foi disciplinado a agir de tal forma, passa a não possuir o perfil adequado ao novo modelo organizacional, gerando maior insegurança e competitividade.

Esta insegurança também se relaciona ao medo das falhas e das possibilidades de desemprego, ao passo em que se aumenta o nível de responsabilidade dos profissionais ao trabalhar diretamente para o cliente/consumidor. Desta forma, “generaliza-se o mito da qualificação, do trabalhador “flexível”, disposto a encarar as vicissitudes do mercado de trabalho e a absorção de seu ser pelo trabalho” (GOSDAL, 2016, p. 101).

Gaulejac (2007) demonstra que o capitalismo industrial no final do século XX passou por transformações significativas, como a crescente submissão das lógicas de produção ao aspecto financeiro, e a junção do setor de telecomunicação com a informática que corroborou a exigência de respostas imediatas dos mercados financeiros e em “tempo real”. Como resultado destes, a gestão das relações sociais se transforma em recursos humanos; há valorização em ser flexível e adaptável ao mercado; e há exigência quanto à rentabilidade e desempenho em curto espaço de tempo. Como consequência, o trabalho torna-se um espaço de constante tensão (GAULEJAC, 2007).

A flexibilidade aparece como elemento central nas novas formas de trabalho, que valoriza atitudes adaptáveis frente a situações variáveis, sugerindo que a rotina seja retirada do cenário (SENNETT, 2009). De acordo com Mill (1983), essa flexibilidade tem como consequência a liberdade pessoal, tornando possível aos sujeitos se adaptarem e agirem a partir de uma livre ação. Entretanto, Sennett (2009) discute que essa liberdade é contrariada pelas novas composições de poder e controle camufladas no discurso da flexibilidade. Para o autor, é ilusória a concepção de retirar a rotina do centro das formas de produção, ao passo que a flexibilidade abre espaço para um novo poder, que proporciona a desordem, mas também constitui limitações e novos controles.

Gaulejac (2007) aponta que, se antes o controle era direcionado aos corpos e ações físicas, com as transformações do sistema, é possível identificá-lo em direção à atividade mental. Isso se dá por meio de um conjunto de valores a serem adotados pelos profissionais, a partir da identificação com a empresa em que trabalha, das constantes iniciativas, criatividade, espírito de equipe, entre outros. O objetivo é que os profissionais internalizem de forma



espontânea e entusiasmada os propósitos da organização, tomando-os como seus, em que “busca-se a excitação do desejo e a mobilização subjetiva para colocá-los em sinergia com as necessidades da empresa” (GAULEJAC, 2007, p. 114).

Hardt e Negri (2004) acrescentam que as transformações capitalistas nos últimos tempos proporcionaram o aumento das exigências relacionados a produção, em que além do empenho físico e manual, aspectos como conhecimento, criatividade, desejo e afeto se tornam elementos estruturantes das formas de produção contemporânea e do valor dado ao trabalho.

O apelo à comunicação e à motivação faz nascerem amplas discussões sobre o objetivo do trabalho, acentuando a dimensão mental do mesmo. Além disso, acrescenta-se a ascensão de novos setores, como o de serviços e as novas indústrias, e o crescimento das tarefas de escritório na medida em que se dá o desenvolvimento do setor terciário e a introdução de novas tecnologias de produção e gestão. As condições subjetivas são redefinidas em novas formas de agir e interagir, fazendo com que o trabalho assuma um novo lugar na sociedade e na vida dos indivíduos (BORGES, 1999).

A mobilização da criatividade, a flexibilidade, a iniciativa, a comunicação, a motivação, o engajamento, a competitividade e a cooperação são as novas injunções do capitalismo contemporâneo no mundo do trabalho, colocando em evidência as relações entre trabalho e saúde mental. Lacaz (2014) ressalta:

Quanto à carga de trabalho e à pressão de demanda relacionada a esta nova realidade de trabalho, elas são prejudiciais à saúde pelo imperativo de fazer mais coisa em tempo limitado, o que é vivido de maneira tensa e singular. Esta situação gera estresse, ansiedade, tensão, preocupação, impotência, frustração, mal-estar, mau humor, situações na maioria das vezes não enquadradas como doenças do trabalho pela Previdência Social (LACAZ, 2014, p. 45).

Assim, é o próprio desenvolvimento da sociedade em seus múltiplos aspectos que articula de modo central as relações entre saúde mental e trabalho. No decorrer dos anos, é crescente o surgimento de novas formas de adoecimento e de luta pela saúde. A Psicopatologia do Trabalho, e seu desenvolvimento como Psicodinâmica do Trabalho, fazem parte desta luta, ao apresentarem aspectos da subjetividade, do sofrimento, do real do trabalho e dos recursos utilizados neste processo que serão discutidos abaixo.

## **1.2 Aspectos subjetivos do trabalho**

A relação entre trabalho e subjetividade é discutida pelas “Clínicas do Trabalho”, que englobam um conjunto de disciplinas de diferentes teorias, mas que tem como mesmo objeto as situações de trabalho. Dentre as Clínicas do Trabalho, serão discutidas nesta pesquisa a Ergonomia da Atividade e Psicodinâmica do Trabalho (PDT). Bendassolli e Soboll (2011) apontam que as Clínicas do Trabalho não estão associadas à clínica de consultório, em que as questões individuais ganham ênfase, mas discute aspectos psíquicos e sociais que atravessam o ambiente do trabalho.

Em relação ao sofrimento psíquico relacionado às situações e à atividade de trabalho, é fundada nos anos 1950 por um conjunto de psiquiatras franceses a disciplina Psicopatologia do trabalho. Desenvolvida por Christophe Dejours em seu livro “Travail: usure mental: essai de Psychopathologie du travail”, publicado em 1980, e lançado no Brasil em 1987 sob o nome “A loucura do trabalho: ensaio de Psicopatologia do Trabalho”, a Psicopatologia do Trabalho é conceituada como uma abordagem que se preocupa com doenças mentais específicas ligadas à profissão, com a formação e transformação do sofrimento mental relacionado à organização do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011). Dejours (1992, p. 157) aponta que “A psicopatologia do trabalho baseia-se num modelo de homem e de subjetividade emprestado da psicanálise”, ainda que o autor faça críticas à Psicanálise por sua limitação em sustentar a análise das situações de trabalho.

A Psicopatologia do Trabalho partia da premissa de um modelo causalista, no qual doenças mentais são ocasionadas pelo trabalho. Segundo Dejours e Abdoucheli (1990), a partir de estudos e análises das atitudes e condutas humanas, à medida que a contradição sobre o contexto social/privado foi se fazendo presente, o modelo psicopatológico causal foi sendo afastado. A mesma é explicada a partir da noção de que as doenças mentais se apresentam como individuais, particulares de cada indivíduo, enquanto o trabalho tem natureza social, cujo funcionamento é coletivo. Sendo assim, se o trabalho pode ocasionar doenças mentais, poderiam ser identificadas consequências semelhantes em relação ao estado mental dos trabalhadores de um mesmo grupo, o que não foi conclusivo nas pesquisas.

A partir disso, começa a emergir um novo modelo concebido por Dejours como Psicodinâmica do Trabalho (PDT), que traz a normalidade como foco e equilíbrio do estudo. O objetivo é entender o sofrimento no meio do trabalho, como os profissionais lidam e realizam as defesas contra esse sofrimento, bem como as relações de prazer presentes neste processo (DEJOURS, 1993).

(...) conceber a normalidade como produto de uma dinâmica humana em que as relações intersubjetivas – na construção das estratégias defensivas, ou mesmo ofensivas, contra o sofrimento – ocupam um lugar central. É, ainda, situar – inicialmente por preterição e posteriormente de maneira explícita – o princípio de uma racionalidade subjetiva das condutas e das ações dos trabalhadores. (DEJOURS, 1993 p. 63).

Para além do processo de intervenção, é uma disciplina elaboradora de conhecimento, que aborda o trabalhador, a organização, as práticas de trabalho e as situações de trabalho que ocorrem internamente. Entendendo que a relação do homem com a organização do trabalho está em constante movimento, é uma relação dinâmica que envolve aspectos subjetivos (DEJOURS, 1993). A PDT foi fundamentada na Psicanálise, na Ergonomia da Atividade e na Sociologia do Trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011), sendo as duas primeiras importantes para esta pesquisa.

### **1.2.1 Influência da Psicanálise: estratégias coletivas de Defesa**

As influências da Psicanálise permitiram a construção do que a PDT chamou de estratégias coletivas de defesa, que utilizam como base o que Freud (1968) propôs como mecanismo de defesa do ego. Essa concepção é explicada como recursos que a mente utiliza para camuflar da consciência o que não é aceito pelo indivíduo, sendo fruto dos conflitos intrapsíquicos entre os desejos e os impedimentos que geram sofrimento. A partir dessas influências, a PDT discute que entre o sofrimento e o prazer no trabalho, os profissionais encontram mecanismos para lidar com o sofrimento, que são as estratégias coletivas e/ou individuais de defesa (FONSECA, 2014).

Dejours e Jayet (2009) afirmam que as estratégias coletivas de defesa propostas pela PDT são construídas e organizadas coletivamente pelos profissionais, que emergem a partir de fatores externos, com intuito de fazer os trabalhadores suportarem a carga psíquica produzida pelo trabalho. Para ser estruturada, é exigido a participação de todos para que se tenha determinada coerência interna. Apesar das vivências subjetivas como o sofrimento, o prazer, a angústia, o desejo, etc., não serem manifestadas e sentidas por todos os indivíduos da mesma forma, Dejours e Abdoucheli (1990) discutem que ao experienciarem um mesmo sofrimento, os profissionais conseguem se unir para gerir uma estratégia defensiva semelhante, desde que haja consenso.

As estratégias coletivas de defesa, para Dejours (2009) amparam o indivíduo no processo de tolerar uma realidade que isoladamente ele não conseguiria suprir com suas defesas individuais. O autor afirma que, além disso, a coesão, estruturação e equilíbrio dos coletivos de trabalho são facilitados pelas estratégias.

Dejours (1992) discute a existência de uma “eficácia simbólica” originada pelas defesas, que mesmo não mudando a realidade, a partir do comum acordo, funciona coletivamente e proporciona uma nova realidade. Neste sentido, Barros e Mendes (2003) discutem que, apesar de aspectos positivos, as estratégias podem ser negativas quando alienam e insensibilizam o indivíduo para a realidade. A isso, Dejours e Abdoucheli (1990) definem como ideologia defensiva, em que o uso de estratégias se torna patológico e prazeroso em si, independente do que gerou o sofrimento.

### **1.2.2 Ergonomia da Atividade: o real do trabalho**

Em relação à influência da Ergonomia da Atividade, segundo Suprani (2016), esta possui caráter interdisciplinar e apresenta um amplo estudo sobre as situações de trabalho. Souza (2009) evidencia que através dela é levantada uma questão crucial sobre as situações de trabalho: a impossibilidade de trabalhar seguindo somente as prescrições e normas prévias, e apresenta a existência da diferenciação entre tarefa prescrita e atividade real do trabalho.

O trabalho prescrito refere-se ao que deve ser feito enquanto tarefa, possuindo vínculo com as regras e resultados previstos, enquanto o trabalho real é a atividade em si que deve ser realizada frente aos obstáculos e variações que surgirem. A Ergonomia é conceituada como:

“O estudo das interações das pessoas com a tecnologia, a organização e o ambiente, objetivando intervenções e projetos que visem melhorar, de forma integrada e não-dissociada, a segurança, o conforto, o bem-estar e a eficácia das atividades humanas” (IIDA, 2005 p. 02).

É proposto pela PDT, a partir dessa concepção, uma nova definição de trabalho que aponta que este é o ato que homens e mulheres realizam para colocar em prática o que a organização ainda não previu, levando em consideração que “a organização real do trabalho é um produto das relações sociais” (Dejours, 2004, p. 64). Desta forma, a PDT discute como os profissionais resolvem esse hiato entre tarefa e atividade, no qual uma questão fundamental se destaca: o investimento da inteligência nas atividades desempenhadas. Sendo assim, faz-se

necessário apresentar alguns aspectos apresentados pela PDT considerados relevantes para a discussão da pesquisa.

### 1.2.3 Sofrimento e Inteligência

A concepção do real do trabalho por ser diferente das tarefas prescritas faz parte da discussão, à medida que surge de maneira inesperada e desagradável, se apresentando para o sujeito de forma afetiva. Como consequência, o sujeito que vivencia pode ser colocado frente a sofrimentos e sentimentos de impotência e fracasso por não saberem como proceder em determinadas situações imprevistas (DEJOURS, 2012). Em que,

O sofrimento afetivo, absolutamente passivo, do encontro com o real, ao definir uma ruptura da ação, não é apenas o ponto de chegada ou o termo de um processo que une a subjetividade ao trabalho. O sofrimento é também um ponto de partida. Nesta experiência, concentra-se a subjetividade, o sofrimento torna-se um ponto de origem visto que esta condensação da subjetividade sobre si mesma anuncia um tempo de dilatação, de desdobramento, de reexpansão que lhe sucede. O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real, é ainda proteção da subjetividade rumo ao mundo em busca de meios para agir sobre o mundo, para transformar este sofrimento encontrando os meios de superação da resistência do real. [...] O sofrimento, enquanto é afetividade absoluta, está na origem desta inteligência que parte em busca do mundo para experimentar-se a si próprio, para transformar-se, para ampliar-se (DEJOURS, 2012, p. 26).

Segundo Dejours (2007), as fontes de sofrimento possuem algumas ramificações, dentre elas está presente o fator da existência das pressões sociais que surgem como impedimento de realização do trabalho. “Ser constrangido a executar mal o seu trabalho, a atamancá-lo ou a agir de má-fé é uma fonte importante e extremamente frequente de sofrimento no trabalho, seja na indústria, nos serviços ou na administração” (DEJOURS, 2007, p.32). Dejours (1992) ressalta que o sofrimento não necessariamente ocasionará adoecimento aos sujeitos, mas a partir dele pode resultar em ação e movimento para a criatividade, para reinventar suas práticas, seguindo a ideia de que o trabalho também é responsável pelo prazer e pela realização pessoal.

O sofrimento pode surgir na medida que em que há impedimento na relação entre homem e organização, no qual o profissional já utilizou de todos os recursos disponíveis para transformar suas tarefas e diminuir sua insatisfação. Além disso, a PDT apresenta a relação entre a inteligência e as principais fontes do sofrimento do trabalho, sendo elas: quando o

profissional tem um bloqueio e não consegue mais recursos para executar a inteligência criadora, como discutido acima; em momentos em que o sujeito se nega a utilizar esta inteligência, a qual é indispensável para todo trabalho funcionar; e quando não há o reconhecimento dos empenhos dos profissionais ao colocar em prática a inteligência (DEJOURS, 1993).

Todo sofrimento é experimentado em um corpo, e a construção da inteligência se constitui por um longo processo de articulação do corpo com a tarefa. Essa construção passa por métodos sutis de identificação com a matéria, instrumentos e objetos técnicos. Para melhor compreensão, Dejours (1993; 2012) apresenta como exemplo a necessidade de um operário sentir a máquina que vai dominar, se colocar em “simbiose”, se familiarizando com a mesma, para poder criar formas de realizar seu trabalho satisfatoriamente. Nesta perspectiva, o autor aponta a inteligência como enraizada no corpo, em que os objetos passam a ser subjetivados, para que se crie um “diálogo” com os mesmos.

Definida por Dejours (1993), a inteligência prática está relacionada a uma economia de esforço em relação ao corpo e ao sofrimento. Utiliza-se a esperteza, astúcia e engenhosidade em prol da eficácia, com pouco gasto de energia. Sua possibilidade astuciosa possui um poder criador e inovador para reinventar práticas de trabalho. Além disso, seu aparecimento se dá tanto no âmbito do trabalho manual, como na atividade intelectual e teórica (SOUZA, 2009). Isso ocorre desde que os indivíduos estejam em boa saúde, para que assim o corpo permita que essa inteligência se desenvolva. Caso contrário, um corpo cansado e doente coloca a inteligência astuciosa e a criatividade em comprometimento (DEJOURS, 1993).

A prática de inteligência singular abre caminho para a construção de diversificados novos saber-fazer pelos profissionais, proporcionando o desenvolvimento de suas subjetividades e de transformações. Por outro lado, como consequência, pode ocasionar divergências no modo de trabalhar dos profissionais, em que cada um passa a construir suas práticas de forma individual, comprometendo a funcionalidade do trabalho coletivo.

Para afastar esta desarmonia e compensar as diferentes formas de inteligência, Dejours (2012) ressalta o uso da coordenação das inteligências. Isso se dá pelo compromisso dos membros do coletivo em adequarem as preferências de cada um, para criar determinado consentimento sobre os estilos de trabalho. Para isso, são realizados acordos normativos que estabelecem modos adequados de práticas, constituídos em prol da eficácia e do objetivo social a partir da cooperação. Essas são as consequências da compreensão de que o trabalho ultrapassa a noção de produtividade e engloba também o viver junto.

### 1.2.4 Cooperação e Reconhecimento

A cooperação tem destaque nas discussões da PDT por ser a partir dela que os profissionais demonstram sua vontade de trabalhar de forma coletiva e a disposição de enfrentar juntos o real do trabalho. Observa-se que, neste meio, são renunciados aspectos individuais em prol dos compromissos do coletivo para que se viva junto e em cooperação. O que permite a funcionalidade da cooperação é o envolvimento da confiança entre os indivíduos que estão trabalhando, sejam eles colegas, subordinados, chefes ou dirigentes (DEJOURS, 1993).

Entretanto, Molinier (2013) ressalta que antes da confiança entre os profissionais, o que aparece em um primeiro momento é a desconfiança - como na ocasião de entrada de um novo membro para a organização, este é avaliado por todos. A autora destaca o quão crucial são as regras sociais para a organização, por ser a partir delas que são estabelecidas as relações entre as pessoas, prevalecendo a boa educação e a “convivialidade”.

Esta última tem como finalidade a coesão entre as equipes e a manutenção duradoura da cooperação. Ao passo em que as pessoas confiam umas nas outras e sentem prazer em estarem juntas para se divertirem ou comemorar algum acontecimento, elas aumentam seu interesse em auxiliar e em dividir dificuldades e valores, aumentando seu sentido de coletividade no trabalho (MOLINIER, 2013). Conforme afirma a autora, a convivialidade no trabalho atua de certa forma nas estratégias coletivas dos trabalhadores, uma vez que há “formas de convivialidade estritamente defensivas, justamente provocadas para “segurar o tranco” onde não existem mais quaisquer vestígios de solidariedade de trabalho” (MOLINIER, 2013, p. 136).

O que torna possível que os membros da organização continuem cooperando nos coletivos e realizando suas atividades são as retribuições da organização. Isso é feito tanto de forma material, pela retribuição salarial, quanto pelo âmbito subjetivo, definido por Dejours (2012) como reconhecimento simbólico. Este último refere-se a apresentar ao profissional determinada gratidão pelas suas práticas e a demonstrar o quanto sua contribuição é imprescindível ao trabalho.

Desta forma, o fator reconhecimento possui um papel fundamental neste meio, por proporcionar aos profissionais que alcancem suas expectativas em relação à realização pessoal, dando sentido à vivência do trabalho. Além disso, o sofrimento dos membros se transforma em prazer pelo reconhecimento de que seu trabalho foi útil e eficaz. “Assim, a

psicodinâmica do trabalho completa a análise dinâmica do sofrimento e das estratégias defensivas mediante a análise dinâmica do sofrimento e de sua transformação em prazer pelo reconhecimento” (DEJOURS, 1993 p. 92). Dejours (1993) aponta o prazer como crucial para a saúde no campo do trabalho, sendo a partir deste que se constitui a relação do trabalho como conciliador da realização de si e da elaboração da identidade.

Apresentados esses aspectos, é importante ressaltar que no âmbito da saúde a divergência entre as tarefas prescritas e o real do trabalho também se faz presente, e pode ser compreendida, em grande medida, como consequência da subjetividade dos indivíduos que se encontram neste campo. Neste sentido, é importante contextualizar os acontecimentos relacionados à construção do SUS que promoveram mudanças significativas nos processos de trabalho em saúde no Brasil, permitindo o reconhecimento da subjetividade como fator crucial para a compressão da dinâmica do trabalho em saúde.

### **1.3 Breve histórico da Reforma Sanitária e suas consequências**

Em meados dos anos setenta, no contexto da ditadura brasileira, movimentos sociais começam a ser articulados em prol de interesses coletivos comuns, como transporte, moradia, saúde e saneamento básico. Até então, as manifestações se restringiam a lugares específicos, como nas fábricas e nos partidos políticos, capitaneadas pela classe operária. Entretanto, os movimentos se expandiram e mobilizaram reivindicações por melhores condições de vida. Apesar de ser um momento marcado pelo regime autoritário, e como consequência deste, as lutas ganhavam novas dimensões e condenavam as situações cotidianas de opressão presentes no período (YASUI, 2006).

Neste sentido, faz-se necessário apresentar o movimento inspirado no modelo da medicina social, que se desenvolveu no país com objetivo de agrupar diversos setores da sociedade. Este movimento, articulado em 1986, ficou conhecido como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituído a partir de extensas mobilizações contra as desigualdades em saúde e em prol da redemocratização (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Aciole e Pedro (2015) definem a Reforma Sanitária como um movimento que luta pelo direito do cidadão e, a partir disso, propõe o cuidado integral e ações humanizadas no campo da saúde. Sendo assim, discutia-se a elaboração de unidades de saúde e equipes multiprofissionais em prol da construção de práticas, saberes e responsabilidades



compartilhadas entre os profissionais. Para os autores há obstáculos ético-políticos para efetuar suas propostas, sendo eles:

Desafios que impõem a mobilização de recursos e arranjos institucionais, reformulação de serviços e ações, ampliando seu escopo e sua integralidade, e na criação de um sistema de saúde fundado na democratização institucional e política e na modernização da gestão e dos modelos de atenção à saúde (ACIOLE E PEDRO, 2015, p. 195).

Destinado a defender a saúde como aspecto social e afastar a concepção de exclusividade biológica, o movimento sanitarista não se configura apenas como uma proposta de reformas no campo da saúde, mas também como oposição à ditadura. Neste contexto, Paiva e Teixeira (2014) afirmam que as ações do movimento sanitarista “configurariam políticas públicas que romperiam com o teor e o modus operandi das políticas sociais brasileiras, rumo a perspectivas, senão idênticas, então próximas à do estado de bem-estar social” (p. 25).

Além disso, a reforma abre espaço para discussões sobre a subjetividade, tendo como ponto de partida os atravessamentos presentes na produção dos sujeitos sociais e na formação dos processos subjetivos nos profissionais de saúde. Havia a necessidade de que os sujeitos sustentassem à luta pela mudança dos serviços e instituições, principalmente de saúde. O movimento ao direcionar ações voltadas para a construção e mudanças de políticas gerais, exigia dos profissionais perspectivas mais críticas e menos sujeitadas. Neste sentido, discutiam-se ações em prol da autonomia e da realização profissional dos mesmos (CAMPOS, 1992).

Ayres (2001) aponta que o movimento da reforma sanitária instituiu sujeitos responsáveis pela própria saúde e afastou a concepção do profissional como objeto de intervenção. O autor indica que os mesmos não seguem uma concepção de mesmidade, mas se reconstituem a partir dos encontros e desencontros em suas ações profissionais. Neste sentido, o reconhecimento da subjetividade também proporcionou novos modos de pensar nas ações em saúde sob a ótica de práticas intersubjetivas e do cuidado.

As lutas ganharam destaque a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), em que o MRSB estabeleceu como principais demandas o fortalecimento do setor público de saúde e a associação da medicina previdenciária à saúde pública, de forma que fosse estabelecido um sistema único<sup>1</sup>. Fonseca (2006) aponta a conferência como um marco

---

<sup>1</sup> Reconhecidos desde o início do século XX, os três subsistemas de saúde associados ao setor público (saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária) até então atuavam de forma isolada, cada um

histórico que colaborou para a demarcação dos princípios e da organização do SUS, em um período de transição da democracia, estabelecendo dessa forma uma preparação para a inovação no campo da saúde.

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal (CF) que define a saúde como direito de todos e dever do Estado e institui o SUS, tornando-se um marco na evolução institucional do Brasil em termos de políticas públicas em saúde (CRUZ, 2011). Concretizado na Lei 8.080/1990, após a criação da Lei Orgânica da Saúde e das Normas Operacionais Básicas (NOBs) que estabelece normas do sistema, o SUS se estrutura sob novas formulações políticas e organizacionais no âmbito da saúde, reestruturando ações e serviços de acordo com as necessidades regionais (VIANA E POZ, 2005).

Os princípios deste sistema de saúde são baseados na universalidade, que se destina ao direito à vida e ao acesso igualitário, independente de qualquer distinção; na equidade, em que as desigualdades são levadas em consideração, valorando as necessidades distintas e investimento na maior iniquidade; e na integralidade, baseada em ações que visam os indivíduos como um todo, priorizando ações preventivas e integradas em saúde (BRASIL, 1990).

Neste sentido, a saúde passa a ser concebida como direito social de todo e qualquer cidadão, sendo exigido esta garantia pelo poder público. Contudo, as instituições privadas também têm a permissão de prestar serviços em saúde à população, desde que haja regulamentação, fiscalização e controle nas normas previstas pela Constituição. Isto é estabelecido a partir de interesses políticos, econômicos e ideológicos que ocasionaram as seguintes dúvidas sob a perspectiva da Constituição em relação a concepção de saúde: seria a saúde uma mercadoria a ser consumida e comprada no mercado? Ou a saúde é um direito assegurado pelo Estado a toda população? (PAIM, 2015).

Ainda que a Constituição defina a saúde como direito de todos e dever do Estado, a mesma estabelece que a saúde é livre aos setores privados. Por consequência, mesmo durante a implementação do SUS, há amparo constitucional para ampliação das iniciativas privadas (PAIM, 2015).

Por conseguinte, este foi o cenário possível para a implementação do projeto do sistema único. Foi estabelecido que o SUS seria composto por serviços públicos e

---

respondendo a distintas pressões. Como consequência, o campo da saúde no Brasil era constituído por diversas instituições e organizações que não englobavam toda população e muitas vezes ofereciam serviços de baixa qualidade.

complementados por iniciativas privadas, desde que fosse estabelecido um contrato possibilitando, nessa situação, a atuação como ações públicas. Desta forma, a construção do SUS previa uma rede regionalizada e hierárquica, sob o respaldo do direito público (PAIM, 2015).

A proposta da rede regionalizada propõe a articulação dos agentes estaduais e municipais em prol do acesso universal aos serviços de saúde e tem o intuito de possibilitar à população serviços básicos mais abrangentes e descentralizados, de forma que as assistências especializadas fossem mais concentradas. Isso é feito a partir da distribuição dos serviços de saúde em determinado território (ambulatórios, hospitais, centros de saúde, etc). Desta forma, “As ações e serviços de saúde podem, então, ser organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde” (PAIM, 2015 p. 31).

Em concordância com a Constituição, vale ressaltar três princípios elaborados na construção do SUS, sendo eles: descentralização, participação da comunidade e atendimento integral. O primeiro destes princípios, já discutido acima, constitui-se por adaptar ao SUS diferentes vivências econômicas, sociais e sanitárias de cada região, sendo responsabilidade das secretarias de Saúde de cada município, estado e Distrito Federal as decisões a serem tomadas. A participação da comunidade surgiu com intuito de superar o autoritarismo presente nos serviços de saúde e democratizar as ações e decisões. A diretriz proporciona à comunidade o controle social sobre o SUS, a partir da possibilidade de reconhecer e propor soluções de possíveis problemas, assim como analisar as práticas públicas e os serviços (PAIM, 2015).

A integralidade, definida como diretriz básica do SUS é concebida como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Além de ser um princípio do SUS, segundo Mattos (2009), a integralidade é uma “imagem-objetivo” e uma “bandeira de luta” da reforma sanitária. À concepção de imagem-objetivo refere-se à noção de um posicionamento crítico em relação ao que existe e articula-se para realizar o que se almeja construir e transformar. Entretanto, a imagem-objetivo não se reduz a projetos específicos, ela não indica como a realidade deve ser, pelo contrário, propõe mudanças e abre caminho para diversas realidades futuras a partir dos vários sentidos que podem ser interpretados. Ou seja, ela possibilita diversas leituras, mesmo que distintas, sobre um mesmo contexto de luta (MATTOS, 2009).

Nesta direção, a integralidade na conjuntura da reforma sanitária ocupa um lugar de concepções polissêmicas. Carnut (2017) apresenta as variações como: atendimento integral

como forma de olhar para o indivíduo pensando em um todo holístico e biopsicossocial; meio de acesso a todos os níveis do sistema em casos de necessidade do usuário; e como uma união das ações preventivas com as curativas nos cuidados realizados.

Segundo Mattos (2004), a integralidade tem como finalidade levar em conta níveis biológicos, culturais e sociais, a partir de políticas e planejamentos que tem como foco as necessidades de saúde do usuário individual e coletivo. Cecílio (2009) discute que para melhor conceituar e compreender a integralidade é importante discutir duas dimensões que a compõe. O autor define a primeira como “integralidade focalizada” que corresponde a junção dos saberes diversos de uma equipe multiprofissional em um determinado espaço de um serviço de saúde, ou seja, os diversos saberes são compartilhados e focalizados naquele lugar específico. É exigido dedicação dos profissionais e da equipe como um todo ao realizar suas práticas objetivando a maior integralidade cabível. A segunda dimensão caracteriza-se por uma integralidade resultante da articulação dos serviços de saúde, que parte do princípio de que as novas práticas em saúde não se dão em um só serviço e sim na articulação intersetorial. Neste sentido, o autor considera esta como “integralidade ampliada” a qual várias “integralidades focalizadas” são vinculadas.

Sob essa perspectiva, Pereira et al. (2011) destacam o trabalho em equipes multiprofissionais, o trabalho em rede e a participação social como os novos paradigmas do sistema público de saúde. Neste sentido, de acordo com Oliveira e Guareschi (2010) o novo modo de constituição dos serviços proporciona uma ressignificação no sentido da saúde, apresentando como consequências novas compreensões e valores sobre as práticas, e sobre a gestão e assistência, exigindo que se renovem os métodos de formação dos profissionais de saúde.

Ao ampliar o olhar sobre o processo saúde e doença, Mendes (1996) pontua a elaboração de um novo modelo sanitário: o da produção social da saúde, diferente do paradigma baseado somente na cura. Sendo assim, acoplada à concepção de integralidade, a elaboração do “o que” e “como fazer” em saúde são pontos cruciais para atender às necessidades de cada um (ACIOLE E PEDRO, 2015).

Como prática da integralidade, o cuidado aparece como fator crucial no âmbito da saúde. Ele permite o ‘direito de ser’ dos indivíduos ali envolvidos, respeitando suas diferenças e possibilitando o acesso a diversas ações terapêuticas. Importante que o cuidado não seja reduzido a um procedimento técnico ou apenas a um aspecto do processo de atenção em saúde. As práticas de cuidado dizem respeito à intersubjetividade presente no campo saúde, que proporciona o compartilhamento dos saberes, desejos e necessidades do outro

(PINHEIRO, 2009). Essa relação subjetiva presente no trabalho em saúde exige que os serviços proporcionem aos profissionais autonomia e possibilidade de serem sujeitos em sua existência, para que assim, possam criar estratégias e práticas para cada caso, a cada dia e situação que aparece (ACIOLE E PEDRO, 2015).

O caminho para exercer as práticas de cuidado e os demais princípios do SUS nos serviços de saúde foi sendo construído a partir da criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003. A política funciona como uma estratégia para tornar a atenção e a gestão dos processos de trabalho em saúde mais qualificados, debruçando-se sobre um plano de corresponsabilidade, vínculos tanto inter-profissionais, bem como destes com os usuários. Conhecido também como HumanizaSUS, a PNH propõe que a produção do cuidado, gestão e criação de estratégias sejam elaborados tanto pelos gestores, quanto pelos usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

A proposta da política surgiu a partir do debate sobre a humanização no Ministério da Saúde. Tinha-se até então projetos de humanização e propostas fragmentadas que não se articulavam. A partir disso, iniciou-se a discussão sobre a desvalorização da humanização por parte dos gestores e profissionais, havendo necessidade de repensar nas práticas consideradas humanizadas, uma vez que as mesmas são cruciais para assistência ao usuário. Desta forma, pretendia-se superar e transformar os modelos de atenção aos usuários, bem como a gestão do trabalho em saúde, em prol de melhoras nas práticas profissionais (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

Os princípios da PNH são: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A transversalidade diz respeito ao fortalecimento das relações e comunicações entre os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, com intuito de compartilhar saberes em prol da melhor assistência dada ao usuário. A indissociabilidade entre atenção e gestão expressa a concepção de que os profissionais e usuários podem opinar nas decisões tomadas nas ações e organizações de saúde, visto que a gestão implica diretamente nas práticas de cuidado. E o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos é o princípio da humanização que constitui que cada pessoa tem direitos e são livres para atuar na produção de saúde. Ou seja, afasta a concepção de que os profissionais só cumprem ordens e os usuários são meros pacientes, e abre espaço para o compartilhamento de responsabilidades (BRASIL, 2013).

Neste sentido, as práticas de saúde são marcadas pelas noções de acolhimento, vínculo, escuta qualificada, corresponsabilização e humanização da assistência (BRASIL,

2006). A clínica ampliada vai ao encontro dessas práticas de cuidado, entendendo o sujeito como ser biológico, social e histórico (CAMPOS, 2007), e se estrutura a partir dos seguintes elementos: compreensão ampliada da relação saúde-doença; elaboração conjunta de diagnósticos e terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho”; mudança dos instrumentos de trabalho; aparato para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Dentre as diversas conceituações sobre a clínica ampliada, destaca-se o sentido de constituição de uma clínica do sujeito, que objetiva a produção de saúde através de práticas diversas como ações curativas, preventivas, de reabilitação, ou através de cuidados paliativos. Além disso, tem como essencial a noção de construção de autonomia dos usuários, que faz referência à ampliação de suas percepções acerca de suas capacidades de enfrentar seus próprios sistemas de dependência. Sendo assim, Campos e Amaral apontam que:

A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (CAMPOS e AMARAL, 2007 p. 852).

A clínica ampliada se constitui como base para a atuação dos profissionais da saúde, articulando variados conhecimentos para melhor compreensão dos atravessamentos que envolvem o processo de saúde. Neste sentido, preocupa-se em incluir os usuários como participantes dos procedimentos em saúde e da construção dos projetos terapêuticos. Sendo assim, os projetos terapêuticos se estruturam a partir do encontro dos profissionais com os usuários, negociando manejos terapêuticos e metas (BRASIL, 2009). “Finalmente, a clínica ampliada prevê, de acordo com a necessidade dos usuários, a articulação entre os serviços de saúde e outros setores e políticas públicas tidos como recursos para promoção de saúde” (SUNDFELD, 2010, p. 1085). Cunha (2005) afirma que uma das concepções da clínica é a noção de intercambio complexo entre sujeitos, a partir do encontro de dois sujeitos singulares, seja entre o profissional e paciente, equipe e paciente, equipe e comunidade, entre outros. É uma clínica envolvida por uma intensa dimensão política e subjetiva.

Nesse sentido, de acordo com Onocko Campos (2005), a partir destas transformações o tema da subjetividade começa a ganhar espaço e reconhecimento nas discussões no campo da saúde. Campos (2000) acrescenta que neste período, a gestão de saúde e suas possíveis transformações tinham os processos intersubjetivos como base para se pensar nas práticas de

cuidado em saúde. "A produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias" (BRASIL, 2006, p. 13).

#### **1.4 Cuidado como prática do trabalho em saúde e o encontro intersubjetivo**

A integralidade tem sido a predominância nas propostas para o trabalho em saúde e torna-se foco a ser conquistado na construção de um novo cuidar. Apesar das diferentes formas de se exercer o "cuidado", advoga-se que é um aspecto que atravessa todos os níveis profissionais pertencentes ao campo da saúde, considerando que o "cuidado" deve ser colocado como objeto central de suas práticas (CARNUT, 2017).

Segundo Contatore, Malfitano e Barros (2017), o termo cuidar é originário do latim *cogitatus*, tendo como significado o ato de meditar, pensar, refletir. Na língua portuguesa refere-se à atenção, preocupação, zelo, afeição, dedicação, responsabilidade a alguém, algo ou objeto. Pinheiro (2009) conceitua o cuidado como um modo de agir próprio exercido nas relações, que se constitui a partir de experiências corroboradas pelo meio social, político, cultural e histórico de uma sociedade. Para Boff (1999, p.34), o cuidado "se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada do cuidado".

Essas conceituações são pertences das interações dos sujeitos em suas esferas sociais, e foram ganhando espaço nos serviços de atenção à saúde ao decorrer do tempo com as lutas e movimentos sociais (CONTATORE, MALFITANO E BARROS, 2017). Para Pinheiro e Guizardi (2004), a concepção de cuidado não se separa de integralidade no campo da saúde, ao levar em consideração não só o tratar, mas o respeito, acolhimento, sofrimento e fragilidades do sujeito que procura o serviço.

Nesta direção, Grabois (2000) conceitua o cuidado como sendo estruturado por ações diversas que vão para além da concepção clara da palavra, mas apresentando que o cuidado no campo da saúde se dá a partir do planejamento das ações assistenciais a cada paciente, no acompanhamento e auxílio para compreensão dos resultados do cuidado, bem como nas formas de estruturar e propor mudanças caso o cuidado não esteja sendo eficaz. Carnut (2017) aponta que há uma necessidade de que os profissionais compreendam elementos como ética nas relações humanas, solidariedade e confiança, podendo assim promover a cura, o alívio e o bem-estar.

Bub et al. (2006) participaram das discussões que abarcam o cuidado como parte essencial do trabalho em saúde e apontam um costume presente nessas profissões de se pensar no cuidado como autocuidado, ao passo que o sucesso das práticas está atrelado à corresponsabilização do paciente no processo terapêutico. Nesta direção, leva-se em conta a cooperação do paciente para definir como serão as formas de autocuidado a serem utilizadas para o desfecho satisfatório das ações dos profissionais. Entretanto, as concepções sobre autocuidado tendem a ser apresentadas de forma normativa e prescritiva, de modo que o paciente não coloca em prática seus desejos como sujeito, mas o que o profissional de saúde almeja que o paciente realize quando o mesmo não estiver presente (CARNUT, 2017).

Apesar do cuidado ter complexas definições e uma abrangente produção de conhecimento por diversos autores, o SUS em sua proposta original de conceber a integralidade em sua estrutura jurídico-institucional apresenta a importância do sujeito atuar como protagonista do seu cuidado. Neste sentido, Carnut (2017) discute o “cuidado de si” como a maneira de envolver a subjetividade nessa analogia clínica entre profissional e usuário e proporcionar que esse paciente se envolva diretamente na construção do bem-estar, levando em conta próprios desejos que condicionam suas vivências, a partir do que considera bom para si. A partir do pressuposto de que o outro é a parte essencial das práxis no trabalho em saúde, a noção de cuidado destaca os aspectos subjetivos desse processo, levando-os em consideração na compreensão do movimento saúde-adoecimento dos sujeitos, e exigindo que todos os profissionais de saúde os assumam como aspectos característicos do cuidado.

Nesta direção, Pinheiro (2009) defende que, na medida em que o profissional amplia seu olhar para os desejos e peculiaridades do outro, ele ultrapassa a noção da particularidade do saber profissional e das tecnologias necessárias, e traz para o cerne do cuidado a relação intersubjetiva. Sendo assim, as práticas de cuidado envolvem um trabalho interdisciplinar, em que a estrutura do processo traz a participação conjunta dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes.

Ayres (2001) aponta que a relação intersubjetiva é dada na medida em que o encontro com o Outro se faz presente e se arquiteta a compatibilidade de ambos e o que é compartilhado no mundo. No campo da saúde, o que proporciona esse encontro desejante entre sujeitos não diz respeito somente ao êxito técnico, mas a uma concepção de sucesso que transcende a especificidade de objeto e diz respeito a uma determinada felicidade. Para o autor, enquanto o êxito técnico refere-se a um conceito que estabelece objetos, o saber direcionado ao sucesso é o que compõe os sujeitos. O autor acrescenta que os dois aspectos podem caminhar em conjunto, mas não podem ser reduzidos um ao outro.



Sendo assim, entende-se que as concepções de cura e tratamento no campo médico limitam e tendem a criar uma relação estática entre profissional e usuário; em contrapartida, a noção de cuidar traz consigo uma compreensão mais ampla e enriquecedora do processo, que não se restringe às competências e tarefas técnicas (AYRES, 2001). O autor propõe que a produção do cuidado envolve “O desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, o exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde” (AYRES, 2004, p. 18).

Entretanto, Fonseca (2013) defende que o sucesso nas práticas de saúde ainda está atrelado a uma noção de êxito técnico, em que o controle das doenças é visto como ponto crucial para o desfecho satisfatório no trabalho em saúde. O autor ressalta o sofrimento como componente que só se torna reconhecido quando equiparado à doença e diagnóstico. Carreiro (2001) acrescenta:

O sofrimento não encontra um lugar institucional que possa reconhecê-lo dentro da esfera da proteção social. Esta só confere um lugar à subjetividade dentro de suas perspectivas: corpo são, corpo doente, o que acarreta dizer que o sofrimento social, para obter reconhecimento institucional, o faz através da doença. Tal reconhecimento, quando ocorre, produz um deslizamento do sofrimento social para o individual. Esta passagem indica que as categorias institucionais ignoram formas de mal-estar que não estejam etiquetadas como doença (CARRETEIRO, 2001, p. 93).

As críticas à medicina embasada na concepção do tratamento voltado à cura e sua consequente desvalorização da intersubjetividade são realizadas por vários autores, que defendem o campo da saúde como altamente intersubjetivo. A partir dessa perspectiva, apontam a importância de colocar em prática ações que levem em conta a intersubjetividade como inerente ao processo, além da concepção de curar, englobando aspectos de prevenção e alívio do sofrimento vivenciado pelos sujeitos (MANDÚ, 2004).

Oliveira (2002) acrescenta que as doenças e demais demandas que os pacientes apresentam não devem ser entendidas somente como fatores biológicos, ressaltando que cada indivíduo tem sua forma particular de perceber o que está sentindo e vivenciando em seu corpo. A forma como cada um interpreta e reage diante das situações de sofrimento tem suas particularidades determinadas a partir de valores, projeções e comportamentos conectados ao meio sociocultural e subjetivo no qual estão inseridos, compondo suas trajetórias de vida. No âmbito da saúde, isso se torna fundamental para as práticas de cuidado, a medida que se compreenda que a subjetividade está relacionada aos fluxos de vida, ocasiões e relações que

são atravessados por questões orgânicas, socioculturais e afetivas fundamentais para o trabalho em saúde (MANDÚ, 2004).

Sá e Azevedo (2013) apontam que os serviços em saúde exigem um trabalho psíquico, entendido como a construção de processos inconscientes referentes às identificações, fantasias, ilusões e táticas de defesa encontradas para lidar com o sofrimento psíquico no trabalho. As autoras discutem que as formas como os profissionais da saúde vão lidar psiquicamente com o trabalho impactam o modo como é exercido o cuidado em saúde, a depender de como as histórias individuais de cada profissional se articulam com as do meio intersubjetivo, seja do grupo de trabalho ou das organizações, podendo agenciar de forma positiva ou negativa a produção do cuidado.

A partir dessa concepção, o processo de trabalho em saúde vai além do executar tarefas, considerando a subjetividade de cada um que se envolve nessa relação e neste encontro, usuário e profissional da saúde. Franco e Merhy (2012) apontam que cada profissional atribui do seu modo, uma significação ao fazer e agir em saúde, fazendo com que a subjetividade agencie as opções para o cuidado. Há portanto, uma “totalidade singular” no trabalho em saúde, uma vez que o modo de intervir depende do encontro das subjetividades, a do paciente e a do profissional (SÁ, 2009).

Faria e Dalbello-Araujo (2010) corroboram que o encontro é de fato o foco central e essencial para a produção do trabalho em saúde, sendo construídos a partir dele as possibilidades de práticas no campo da saúde por meio das inter-relações. Este encontro é permeado por saberes múltiplos, à medida que se desenvolve não só pelos profissionais e pelos pacientes, mas pelo contexto em que estão inseridos, como as famílias, escolas, indústria farmacêutica, e suas crenças e valores.

Como consequência da existência do encontro entre sujeitos, da sua dinamicidade e singularidades, o trabalho em saúde se torna um trabalho imprevisível. Isso se dá ao passo em que se pressupõe que a produção do cuidado resulta da interação dos sujeitos, sendo assim um modo de trabalhar sempre relacional, a depender dos encontros. As autoras elucidam que, a partir dessas imprevisibilidades permeadas pelo encontro intersubjetivo, o trabalho em saúde exige aspectos como dinamismo e criatividade para lidar com o confronto diário entre o trabalho prescrito, definido pelas normas, e o trabalho que de fato executam (FARIA E DALBELLO-ARAUJO, 2010).

Nesta perspectiva, a imprevisibilidade propõe a reinvenção das práticas a partir da criatividade dos profissionais. Para Barros e Barros (2010), isso só se torna possível ao passo que haja compartilhamento das situações inesperadas e confiança entre os profissionais da

equipe. As autoras defendem que é no encontro com o outro que acontecem as mudanças nos processos de trabalho.

Segundo Miranda (2013), a imprevisibilidade quando presente em um ambiente onde não haja confiança, suporte e acolhimento dos coletivos de trabalho, pode desestruturar os profissionais, que não encontram recursos para enfrentar as situações inesperadas que aparecem. Para a autora, é imprescindível espaços que acolham o imprevisto e possibilitem os profissionais a utilizar suas invenções para lidar com o novo. Desta forma, a criatividade ocupa um lugar fundamental na elaboração de sentidos na vida cotidiana dos profissionais.

Campos (2007) discute a imprevisibilidade no trabalho em saúde e menciona a autonomia como parte importante nesse cenário, tanto para os profissionais, quanto para os usuários, bem como a corresponsabilidade por auxiliar na estrutura, acompanhamento e produto final de uma construção terapêutica de produção de saúde. Barros (2007) defende a importância da gestão proporcionar autonomia aos profissionais, de forma que possa possibilitar um maior interesse aos processos de invenção e criação para lidar com os acontecimentos inesperados do trabalho em saúde. “Assim, formular propostas de trabalho que afirmem esta inventividade dos trabalhadores, sua potência de renormalização, sem cair nos relativismos irresponsáveis, é afirmar o trabalhador ético da saúde” (BARROS, 2007, p. 357).

Cecílio (2007) aponta que para o profissional de saúde a autonomia não deve ser objeto de controle e padronização da gestão. Para que seja fortalecida, é importante que o profissional consiga cultivar sua autonomia nas inter-relações com os demais profissionais que constroem o cotidiano da organização. O que autor defende é que o encontro de autonomies proporciona o amadurecimento e fortalecimento nas ações em saúde para proporcionar autonomia a quem está sob cuidados. O autor ressalta a importância de olhar para esses sujeitos como protagonistas.

Esse lugar entre profissional e usuário, onde é exercido o cuidado, é o espaço que proporciona situações inesperadas a partir dos protagonismos dos sujeitos envolvidos nesta relação. Essa configuração peculiar e imprevista que é construída, segundo Merhy (2002), escapa de qualquer tipo de controle e proporciona opções de como exercer o cuidado. Neste sentido, o autor acrescenta que à medida que a produção do cuidado pode se dar a partir do encontro e da relação com o usuário, o profissional não consegue efetivar suas práticas sozinho. Dessa forma, a produção de vínculo, acolhimento, envolvimento e participação entre os sujeitos envolvidos são elementos cruciais na construção do cuidado em saúde.

As transformações advindas tanto no mundo do trabalho em geral, quanto das reformas e suas lutas pela saúde contribuíram para uma melhor compreensão sobre a construção do cuidado nas instâncias da saúde em geral e da presença da intersubjetividade neste processo. Pode-se identificar o encontro intersubjetivo como elemento que torna o trabalho em saúde uma constante imprevisível, mas também como possibilidade dos profissionais reinventarem suas práticas de cuidado.

A partir destas considerações, tomaremos como foco o campo da saúde mental de crianças e adolescentes, compreendendo como a produção do cuidado e as imprevisibilidades do encontro intersubjetivo se apresentam na experiência dos trabalhadores. Para isso, o próximo capítulo abordará o contexto da saúde mental da população infantojuvenil e o percurso que vem sendo trilhado a partir do movimento pela Reforma Psiquiátrica.

## **CAPÍTULO 2: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

### **2.1 Políticas da Infância no Brasil**

Segundo Rizzini (2011), a história da proteção da criança no Brasil começou com o surgimento da puericultura e foi se expandindo entre os anos 1874 e 1889 com a fundação da pediatria. Moncorvo Filho (1922, apud Rizzini, 2011) descreve três períodos desta história: o primeiro momento, chamado período antigo, ocorre entre 1500 e 1874 e se estende do Brasil colônia até a criação da pediatria no país; o período médio se estabelece entre os anos 1874 e 1889, com o surgimento da pediatria e desenvolvimento da especialidade; e por fim o período moderno, em que se inicia a preocupação com a higiene infantil e a visão da criança como fator social, que teve início em 1889 e ainda vigorava nos anos 1920, quando o livro do autor foi publicado.

E nesse último período que a infância começa a ganhar espaço nas discussões da psiquiatria entre 1880 e 1920. Isso se dá pelo interesse em encontrar na criança as mesmas condições que acometiam os adultos. Entretanto, a psiquiatria não tinha intuito de identificar particularidades da infância em termos de saúde mental, o que se considerava neste âmbito era a criança como miniatura do adulto. Assim, após a descrição de transtornos mentais para adultos, surgiram termos que pouco se diferenciavam na escrita, como posterior ao surgimento da ‘demência precoce’ se originou a ‘demência precocíssima’, o mesmo se deu com a ‘esquizofrenia’ e ‘esquizofrenia infantil’ (LIMA, 2014).

A preocupação e o interesse pela infância como fator social estavam diretamente ligados à dimensão política presente no Brasil naquela época, uma vez que o intuito era transformar o país em uma nação civilizada, e a solução encontrada era moldar a criança como se queria moldar o país (RIZZINI, 2011). Havia então uma ideia principal de que a criança era o futuro da nação, como se pode observar no discurso do Senador Lopes Trovão em 1986: “Por isso, senhores, como recurso supremo, eu me volto para a infância – os pequeninos de hoje que serão os grandes de amanhã; é nella que ponho as esperanças da grandesa do actual regimen pela regeneração da pátria” (MONCORVO FILHO, 1926, p. 130, apud RIZZINI, 2011).

De acordo com Rizzini (2011), a passagem dos anos 1880 a 1920 foi marcada por mudanças em que o modelo de assistência ao pobre, até então de domínio absoluto da esfera religiosa ou eclesiástica, estava desgastado e necessitava de outro tipo de intervenção. Surgiu então o domínio do Estado nas esferas de assistência, estabelecendo diversas alianças com instituições particulares. A autora ressalta que a preocupação com os pobres respondia à necessidade de contenção da ameaça por eles representada. Nesse contexto se estabeleceu uma dicotomia acerca da infância, em que por um lado a criança se apresentava sob os cuidados da família, à qual estava reservada a cidadania, de outro, o menor mantido sob tutela do Estado, reservado à “estadania”.

Essa dicotomia estava ligada à queda da idealização da infância que associava crianças às concepções de inocência, felicidade e pureza e vigorou ao longo do século XIX. No final do século, essa idealização começou a ser contestada, restringindo-se às crianças de “boas famílias”. Às crianças pobres restou a concepção de perversidade inata. Com o objetivo de defender a ordem e a paz social no país, essas crianças, que supostamente herdavam de seus pais “células de vício”, precisavam ser submetidas a uma política de controle do Estado (RIZZINI, 2011).

Couto e Delgado (2015) referendam a tese de Rizzini e chamam atenção para o fato de que:

Essas intervenções foram resultados, entretanto, de uma agenda política edificada não para cuidar do padecimento mental na infância e adolescência, mas para responder aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados produtores de efeitos incapacitantes. A noção de incapacitação pela pobreza engendrou a montagem de políticas de assistência reparadoras, e o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas que supunham poder recuperar as mazelas da infância e adolescência pobres, compensar os danos e redirecionar os rumos para o desenvolvimento de cidadãos civilizados e produtivos (COUTO; DELGADO, 2015, p. 23).

Em resumo, foi formada uma categoria de infância, corroborada pela doutrina da situação irregular que legitimou aquele que seria o objeto de intervenção tutelar-corretiva do Estado: o “menor”, herdeiros da pobreza, considerado o real impasse político a ser reparado e alvo de controle como meta de adaptação social. Os que ficavam fora desse controle do Estado eram as crianças que estavam em processo de desenvolvimento para um dia produzir, serem úteis e conduzir a sociedade, sendo elas aquelas sob atenção da família e da escola (COUTO; DELGADO, 2015). Importante destacar que ainda que estivessem fora desse tipo de controle do Estado, essas crianças também estavam submetidas ao poder disciplinar, respondendo aos interesses do Estado e da própria classe dominante.

Nesta perspectiva, o verdadeiro problema político relacionado à infância e à adolescência era a pobreza – ora material, ora moral – que, como já discutida acima, se apresentava como ameaça à sociedade que visava construir cidadãos adequados e economicamente produtivos (COUTO; DELGADO, 2015). Rizzini (1997) relaciona duas categorias relativas ao menor: o “menor em perigo”, que representava o filho da pobreza e teria sido abandonado material ou afetivamente; e o “menor perigoso”, que tinha problemas de ordem moral e era considerado como delinquente em potencial.

Para reparar o problema social vigente, Rizzini (1997) aponta que surgem ações assistenciais e instituições organizadas para implementar diretrizes do governo das crianças. Essas se apresentavam como: prevenção baseada em vigiar o menor, educação de forma ajusta-lo, recuperação e reabilitação do menor vicioso, e repressão com intuito de controlar o menor delinquente. De acordo com Perez e Passone (2010), a partir da prevenção social e da construção de normas específicas para validar a tutela do estado e controle da sociedade se originou uma forte aliança jurídico-médico-assistencial ao redor do interesse de proteção ao “menor”.

O 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância ocorreu em 1920 e provocou a construção de uma agenda sistematizada sobre a proteção social. A partir disso, a sociedade começa a discutir sobre a assistência e proteção aos considerados “delinquentes” e “menores abandonados” (PEREZ; PASSONE, 2010). Segundo Couto e Delgado (2015), esse discurso da justiça calcado na “situação irregular” deu aporte ao Código de Menores em 1927, legitimando a categoria social do “menor” que precisa ser recuperado. Essa condição englobava um conjunto de crianças e jovens que foram separados do meio familiar e colocados sob tutela do Estado, sendo inseridos em instituições (internatos, asilos, educandários, reformatórios) de forma a receber educação moral, intelectual e física, e desenvolverem-se como cidadãos úteis e bem formados.

Além da justiça, o discurso médico também legitimava essa política de assistência a crianças e adolescentes. A medicina higienista era baseada em ações de prevenção e educação, no qual as crianças ficavam sob atenção dos médicos na escola e nos serviços de higiene. Nos casos em que a prevenção “não funcionava”, a indicação era o isolamento e a institucionalização (RIZZINI, 1997). De acordo com Couto e Delgado (2015), uma das primeiras iniciativas em psiquiatria infantil no Brasil foi a linhagem desenvolvida pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que considerava a infância como o aparato privilegiado de intervenção. Criado pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a LBHM tinha como foco o indivíduo saudável sob a perspectiva de prevenir transtornos mentais.

Couto e Delgado (2015) chamam atenção para a contradição entre os aspectos de natureza individual e social, pois os problemas considerados gravíssimos ligados à pobreza e abandono, que eram majoritariamente de ordem social, tendiam a ser “solucionados” por ações ligadas à natureza individual, notadamente a internação da criança e do adolescente. Além disso, a exclusão pela institucionalização, tanto para os “menores” quanto dos “loucos”, dificulta a identificação da especificidade de cada situação. Rizzini (2010) acrescenta que a medida em que não há sequer determinada distinção entre as crianças portadoras de deficiência dos demais, proporciona o silenciamento e esquecimento dos menores que estavam submetidos ao confinamento sem perspectiva de compreensão de suas questões.

Importante destacar que, no Brasil, o sistema tradicional psiquiátrico não era o lugar onde se institucionalizavam as crianças. Este processo se dava em instituições da esfera da assistência social e da filantropia, como educandários, reformatórios, entre outros (COUTO, 2012). De acordo com Couto e Delgado (2015), essa não separação entre abandonados, delinquentes e deficientes foi o que embasou as intervenções estatais.

Neste sentido, Couto e Delgado (2015) discutem que o Brasil teve durante as primeiras oito décadas de República ações assistenciais destinadas a crianças e adolescentes baseadas na tutela, disciplina e fomentadas pela institucionalização. Este cenário foi mudando e, a partir da redemocratização, surgiu uma nova concepção da criança e do adolescente favorecida pelas conquistas sociais dos anos 80 e 90 e pela Constituição Federal de 1988. A partir da nova legislação brasileira, são consolidadas a proteção integral e a concepção de direitos e liberdade a crianças e adolescentes, sob intervenção conjunta da família e da comunidade, com intuito de garantir àqueles “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” (art. 227).

Neste âmbito, houve dois marcos importantes para a construção da noção de criança como sujeito de direitos. O primeiro foi a realização da Convenção Internacional sobre os Direitos das Crianças, pela Organização das Nações Unidas (ONU). Ocorrida em 1989, a Convenção possibilitou que a criança viesse a ser considerada sujeito e cidadão de plenos direitos, reconhecida por suas particularidades e pela legitimidade de suas falas e interesses (COUTO; DELGADO, 2015). O segundo marco foi surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil em 1990, que substituiu a doutrina do Código de Menores e estabeleceu novas alusões políticas, jurídicas e sociais. O estatuto introduziu a concepção de ‘adolescência’, instituindo direitos de cidadania às crianças e adolescentes. A partir disso, foi alterada a situação jurídica de “menor” para sujeitos de direitos, sendo permitido a proteção integral a este público (COUTO; DELGADO, 2015).

Sobre a Lei, é definido que:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta 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.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Neste sentido, há uma nova compreensão acerca das crianças e adolescentes, a de que estes se inscrevem como sujeitos de direitos e de que são atravessados por questões subjetivas e passíveis de sofrimento e adoecimento mental. A partir disso, ambos passam a ser vistos como sujeitos que podem tomar um outro lugar na agenda de políticas de cuidado, calcados na atenção psicossocial. Entretanto, no campo da saúde mental, as lutas ainda estavam associadas à assistência psiquiátrica dos adultos. Sendo assim, foi só no início do século XX que as políticas de saúde mental específicas para o público infantojuvenil foram criadas (COUTO, 2012).

Para melhor compreensão acerca do assunto, faz-se necessária a contextualização sobre a reforma psiquiátrica e seus efeitos na inserção de crianças e adolescentes no âmbito da saúde mental.

## **2.2 Reforma Psiquiátrica**



Fora do Brasil, desde os anos 1940 desenvolviam-se movimentos de reforma psiquiátrica, que posteriormente influenciariam as críticas ao asilo e à psiquiatria no país. Uma experiência importante foi a Reforma Psiquiátrica Italiana, liderada por Franco Basaglia. Sua proposta era dar centralidade ao sujeito e colocar a doença entre parênteses com o objetivo de romper com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria, que coisificava o sujeito e suas experiências (AMARANTE, 1996; 2007).

Para Basaglia (1985), a internação do paciente no hospital psiquiátrico faz dele, antes de tudo, um sujeito sem direitos, excluído e sujeitado ao poder da instituição. O doente torna-se um corpo que vive domado pela instituição, objetificado, invisível e entregue ao aniquilamento. O autor destaca que essas características não dizem respeito puramente a condição mórbida, mas sim às consequências das ações institucionais que tinha como objetivo proteger a sociedade dos “assaltos” da loucura.

Neste sentido, a Reforma Italiana se propõe a transformar o saber e se fundamenta na lógica da desinstitucionalização. Esta por sua vez é um processo complexo construído a partir destas reflexões de que há efeitos da institucionalização sobre o institucionalizado que alienam o doente e produzem novos sofrimentos ao invés de propor respostas terapêuticas. A partir disso, aquela reforma se afasta da concepção de cura como fator crucial que justificaria o isolamento, a medicalização e a desqualificação do sujeito, e abre espaço para o processo de invenção de saúde e reprodução social do paciente (AMARANTE, 1996). Nos anos 1970, as ideias de Basaglia e de críticos da psiquiatria como Szasz, Foucault, Castel, além das lições extraídas de outras experiências de reforma psiquiátrica ocorridas na Europa e nos EUA, chegam ao Brasil, momento em que o país passa pela reabertura política.

Sob o cenário de contrariedade ao Estado autoritário no Brasil, tornaram-se presentes críticas em relação à assistência pública em saúde, ao modelo privatista do governo, aos maus-tratos e à violência perpetrados contra os internos nos hospitais psiquiátricos. As críticas ganharam corpo e conformaram dois movimentos sócio-políticos em saúde, que ocorriam por meio de estratégias e objetivos diferentes, mas se estruturavam em razão da mesma conjuntura político-participativa: a Reforma Sanitária, discutida no capítulo 1, e a Reforma Psiquiátrica (PITTA, 2011), que apresentaremos a seguir.

A Reforma Psiquiátrica se originou a partir de extensas mobilizações de trabalhadores da área da saúde mental, com objetivo de discutir o campo e mais especificamente sua oposição às instituições psiquiátricas. Além disso, a reforma ocasionou questionamento sobre o saber psiquiátrico, criação de novas estratégias de cuidados, reformulação dos serviços, entre outros. Essas discussões são apresentadas por Amarante (2007) como dimensões que se

articulam simultaneamente e são definidas como: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito à reflexão e desconstrução de concepções teóricas e tradicionais da psiquiatria, elaboradas sob o viés da ciência vista como saber exato, com ênfase numa verdade única. A partir da concepção de que a ciência está em constante transformação, a reformulação de novos saberes na saúde mental se faz presente, assim como o afastamento dos paradigmas que secundarizam o sujeito. Para isso, faz-se necessária a ampliação do trabalho para possibilitar o acolhimento e o cuidado a este sujeito que foi submetido a exclusão e repressão, definidos como as ações da dimensão técnico-assistencial. Essa dimensão reconstrói novas estratégias de assistência prestada e revisão dos serviços destinados à saúde mental.

A dimensão jurídico-político refere-se às novas leituras de conceitos essenciais, como a revisão sobre toda legislação, que carregam leis com conteúdo maléfico aos sujeitos em sofrimento psíquico, e as transformações que dizem respeito a cidadania e aos direitos civis, sociais e humanos destes sujeitos. Por fim, o aspecto sociocultural propõe a reconstrução do imaginário social sobre os sujeitos em sofrimento, com objetivo de romper com os estigmas sociais criados sobre a loucura. O intuito é elaborar um novo lugar social para estes sujeitos e para a concepção da loucura, a partir de ações e estratégias (AMARANTE, 2007).

Yasui (2006) afirma que o campo da saúde mental é marcado por conflitos e disputas, permeadas por lutas políticas e ideológicas. Eles se relacionam ao embate entre ideias de liberdade e autonomia em oposição a controle, inclusão contra exclusão, e cidadania e sua negação. O autor considera ainda que a saúde mental é um campo de articulação e negociação. Em relação a reforma psiquiátrica, o autor conceitua como “um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade” (YASUI, 2006 p. 26).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um ator fundamental na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira. Criado em 1978, denunciava as condições da assistência prestada nos hospitais públicos, reivindicando melhores condições de trabalho. Obteve grande repercussão em sua luta, mobilizando a sociedade civil e posteriormente liderando os acontecimentos que promoveram a luta antimanicomial. A articulação com movimentos sociais fez com que a militância corporativa ultrapassasse o foco da saúde mental, tornando-se um processo político de mudanças sociais capaz de originar, em 1987, o Movimento da Luta Antimanicomial, estruturado por profissionais, famílias e usuários, estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais (YASUI, 2006).

Neste mesmo ano, conforme Tenório (2002), dois eventos foram marcantes para o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (II ENTSM). A I Conferência representou o fim da tentativa sanitarista, citada no capítulo 1, de aperfeiçoar o modelo assistencial e o começo da desconstrução das instituições.

Sobre o II ENTSM, o autor afirma que ele instituiu um novo lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Ademais,

Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ‘ato de saúde’, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002 p. 35).

O autor sustenta que a partir deste momento o movimento de Reforma Psiquiátrica não está mais preocupado em reestruturar as práticas nas instituições tradicionais, como o ambulatório e hospital de internação. Seu intuito é criar novos serviços que funcionem em caráter aberto sob a ótica comunitária ou territorial, propondo modos de cuidado que possibilitem a construção de conhecimento sobre a clínica da saúde mental. Nesse contexto, na década de 1980 ocorrem dois eventos que inauguram a nova prática de cuidado no Brasil: a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (TENÓRIO, 2002).

A criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo no ano de 1987, é considerada um marco na assistência psiquiátrica brasileira. De acordo com Pitta (2011, p. 4584), o CAPS inaugura “um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada” que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo”. Institui novos saberes e práticas e dá início a experiências semelhantes no restante do Brasil, que têm como referência o uso racional de psicofármacos, práticas de inclusão social e a clínica da atenção psicossocial. Outro marco foi a intervenção e posterior fechamento da Casa de Saúde Anchieta, ocorrida no ano de 1989 em Santos. Em seu lugar foi criada uma rede integrada dos serviços substitutivos organizada em torno dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), designados para atender de forma integral as demandas de sofrimento psíquico do território (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Neste mesmo ano foi apresentado o projeto de lei nº 3.657/89 por Paulo Delgado (PT-MG) cujo substitutivo foi posteriormente instituído como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O

projeto tinha como objetivo impedir que novos hospitais psiquiátricos fossem construídos pelo poder público, propunha o direcionamento dos recursos públicos para concepção de recursos não-manicomial de atendimento e ressaltava que a comunicação sobre internações compulsórias à autoridade judiciária fosse obrigatória para que se fosse obtido parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002). Devido à demora na aprovação do projeto, que se deu somente 12 anos após sua apresentação e com algumas mudanças substantivas, vários estados brasileiros fizeram suas leis locais.

Isso permitiu que, nos anos 90, a Reforma Psiquiátrica ganhasse espaço, institucionalizando-se como política oficial sem se distanciar de suas origens (YASUI, 2006). Fator decisivo nesse processo foi a ocupação da Coordenação Nacional de Saúde Mental por profissionais ligados ao campo da reforma psiquiátrica que fizeram avançar as mudanças através de portarias ministeriais. A realização da II Conferência (II CNSM), em 1992, e a existência destas portarias e das leis estaduais permitiu a troca de experiências e a definição de uma agenda para o setor. A II CNSM teve ainda importante participação de usuários e familiares entre seus delegados, o que favoreceu novas articulações e ampliação dos vínculos com demais setores da sociedade.

A lei nacional de Reforma Psiquiátrica foi aprovada em 2001 como Lei 10.216 e, segundo Pitta (2011), foi o marco crucial para o processo de normatização da assistência, que até então estava sendo executada através de portarias ministeriais. Importante ressaltar que a Lei aprovada é diferente do projeto inicial de 1989, pois permite que a estrutura hospitalar permaneça desde que as internações psiquiátricas sejam reguladas. Avança, contudo, na proteção e nos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental ao propor a substituição dos manicômios por uma rede comunitária.

No mesmo ano da aprovação da lei 10.216 foi realizada a III CNSM em Brasília, que gerou um extenso relatório orientador de mudanças cruciais na política de saúde mental. Dentre as diretrizes do relatório, destaca-se: a) a importância de se pensar na saúde como um processo contínuo, afastando a concepção de saúde como ausência de doença e trazendo propostas de práticas integrais e promocionais da saúde; b) a necessidade de estabelecer serviços territoriais e articulados em rede objetivando práticas que considerem a subjetividade, a autoestima e a autonomia dos usuários. Desta forma, o relatório tinha como proposta a reorganização de serviços, o remanejamento de responsabilidades, a desinstitucionalização a partir da produção de novos serviços, a intersectorialidade como

aspecto central, a articulação com a Atenção Básica, a valorização do profissional de saúde mental nas práticas de cuidado, entre outros.

Além disso, enquanto a I e II Conferência pouco mencionaram o tema saúde mental da infância e adolescência, a III Conferência de Saúde Mental abriu espaço para discussões acerca do tema. Segundo Couto e Delgado (2015), foi realizado um seminário antes da etapa nacional, reunindo diversos representantes de setores públicos da área da saúde, educação, assistência social, justiça, promotoria e saúde mental de todo país, para pensar em possíveis diretrizes para uma política pública de saúde mental da criança e do adolescente no Brasil.

Os principais caminhos delineados e aprovados na III CNSM para esta área foram: compreender a criança e o adolescente como sujeitos psíquicos e de direitos baseados pelas diretrizes do ECA; estabelecer a base comunitária da atenção; desenvolver o cuidado a partir do trabalho em rede e no território sob as especificidades do público infantojuvenil; determinar a intersetorialidade como alicerce básico da organização da rede de cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes (SMCA); ampliar a lógica do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a qual se destinava somente aos adultos para cuidados à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (COUTO; DELGADO, 2015).

Para os autores, o ano de 2001 foi de grande importância por conta da promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica e da realização da III CNSM, em que a saúde mental passa a ser vista como uma política de Estado e não somente como um programa do governo. Nesse contexto ganhou mais força a necessidade de inclusão no campo do cuidado psicossocial dos problemas mentais da infância e adolescência que, segundo Couto (2004), por décadas foram desconsiderados ou ligados a ações assistenciais corretivas e disciplinares. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreria somente nove anos depois, em 2010, seria a primeira integralmente intersetorial (COUTO; DELGADO, 2015). Desde então não ocorreram outras CNSM.

Retomando as considerações sobre a Lei 10.216/01 e a III Conferência, cabe ressaltar que um de seus efeitos foi a implementação da Portaria ministerial 336, em 2002. Ela instituiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, definindo o território como âmbito das práticas numa clara alusão a um conceito-chave do trabalho nos NAPS. São criados os CAPS I, CAPS II e CAPS III, que devem funcionar como articuladores principais da assistência em saúde mental. Os CAPS são dispositivos que funcionam como serviços de saúde abertos e comunitários do SUS para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

A Portaria continha um capítulo específico sobre a criação de Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CapsAd) e para crianças e adolescentes (CAPSi). A fundação deste último foi seguida, em 2004, pela instituição do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que conta com a participação intersetorial e de usuários e familiares e visa a criar possíveis caminhos e melhoria na política da SMCA (BRASIL, 2004; 2005).

A Portaria 336/2002 define modalidades distintas, como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. O CAPS I funciona de segunda a sexta-feira em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II também funciona de segunda a sexta-feira, mas em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; o CAPS III funciona 24 horas, diariamente, incluindo feriados e fins de semana, em municípios com população acima de 200.000 habitantes; o CAPSi funciona de segunda a sexta-feira em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com atendimento direcionado às crianças e adolescentes; e o CAPSad tem atendimento destinado aos dependentes químicos (álcool e drogas), funcionando de segunda a sexta-feira em municípios com população superior a 100.000 habitantes (AMARANTE, 2007).

Os CAPS contam com uma equipe multiprofissional formada de técnicos de níveis superior e médio. Entre os primeiros estão os enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, entre outros. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Além desses profissionais, equipes de limpeza e de cozinha também atuam nos CAPS (BRASIL, 2004).

O serviço é definido pelo Ministério da Saúde como espaço de acolhimento aos sujeitos em sofrimento mental, em busca de sua autonomia e da integração social e familiar. O intuito dos CAPS em relação aos pacientes com transtornos é “buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” (BRASIL, 2004, p. 9).

Dessa forma, os CAPS inauguram um novo modelo concebido como Atenção Psicossocial, definido por Costa-Rosa (2013) como uma política pública do Ministério da Saúde caracterizada por um campo de saberes e práticas de cuidado que tendem a superar as concepções da psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada. Neste sentido, sua origem advém de um longo percurso histórico de diferentes contextos, como a Psiquiatria de Setor e Comunitária, a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria Italiana. Além

disso, como exposto aqui, os acontecimentos locais dos CAPS e dos NAPS e das políticas públicas, contribuíram para fomentar esse novo paradigma de atenção (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Os princípios da universalidade, acessibilidade, igualdade, equidade, integralidade, descentralização, entre outros, estruturados pela Reforma Sanitária e posteriormente adotados pela Atenção Psicossocial, não se restringem ao caráter técnico-assistencial de organizar o sistema gerencial e de produção de cuidados em saúde. Eles estão atravessados por valores que indicam propostas de uma sociedade com justiça social, no qual todos cidadãos são sujeitos de direitos, livres, iguais e passíveis de acesso aos serviços e práticas de promoção de saúde (YASUI, 2009).

A partir disso, o conceito de atenção psicossocial ultrapassa a noção de transformação nas práticas dos profissionais nos serviços de saúde mental e engloba princípios e valores que se propõem a reinventar o lugar da loucura na sociedade, afastando o estigma e os preconceitos presentes no imaginário cultural. Isso se dá pela nova forma de cuidado ao sofrimento humano, que visa instituir relações sociais que respeitem a diferença (YASUI, 2009).

A proposta de cuidado da Atenção Psicossocial envolve intervenções elaboradas na relação entre o sujeito em sofrimento psíquico, o serviço e a comunidade. Baseado nos princípios da desinstitucionalização, esse novo modo de cuidar objetiva a construção do reconhecimento desses sujeitos como autônomos e responsáveis por suas escolhas (LEAL; DELGADO, 2007).

A Atenção Psicossocial tem a equipe como principal ferramenta de intervenção, criação e produção de cuidados, a partir dos encontros intersubjetivos. Estes encontros produzem consequências, como alianças e o entrelaçamento de subjetividades, que progressivamente incluem mais atores e ampliam as práticas (YASUI, 2009).

Yasui (2009) aponta que:

É no cotidiano que a Atenção Psicossocial inventa permanentemente as suas ações, que se produzem os encontros com o drama do existir, que se constroem estratégias de cuidado, que se organizam modos de habitar o mundo. Esta arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, da coletivização, criando resistência à conformação, à mesmice. [...] Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda esta gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer, pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Atenção

Psicossocial é assim, feita de sonhos, utopia e esperança (YASUI, 2009, p. 6, 8).

Conceituada como um processo complexo, a Atenção Psicossocial é um modelo em percurso e em constante transformação (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Nesta direção, é fundamental que se entenda o CAPS não como um simples estabelecimento, mas como novo modelo de atenção envolvidos por práticas de cuidado que se originam e se reinventam a partir da conexão do serviço com a comunidade e com o sofrimento do sujeito. A articulação destes elementos proporciona o modo de intervir dos profissionais, e estabelece o lugar de cada um que se envolve neste processo de promoção do cuidado. Ao funcionar como estratégia da desinstitucionalização, o serviço necessita se apoiar sobre um tripé: a rede, a clínica e o dia-a-dia do CAPS (LEAL e DELGADO, 2007).

De acordo com Onocko-Campos e Furtado (2006), os CAPS fazem o papel de articulador de uma rede de saúde que possibilita uma maior compreensão e complementação dos recursos existentes no território, configurando-se como um espaço de saberes e práticas interdisciplinares. Essa articulação se dá com serviços da saúde mental, da saúde em geral, de outras políticas públicas, do terceiro setor e da comunidade. Estruturados em “rede”, os serviços contam com uma gama de atores sociais, suas iniciativas e seus modos de cooperação (AMARANTE, 2007).

Ligados aos princípios do SUS, os CAPS desenvolvem a clínica ampliada como forma de tratamento centrado no sujeito. A concepção de “clínica ampliada” é discutida por Leal e Delgado (2007), que indicam que há outras nomeações que se referem a esta clínica, como “clínica da reforma” ou “clínica da atenção psicossocial”. A inclusão de outra palavra ligada a “clínica” indica que a mesma é amparada por princípios e regulamentos específicos e não por uma prática qualquer. Essas especificidades se relacionam ao modo de operar o cuidado, que é conhecer o sujeito e seu sofrimento a partir da concepção que este é envolvido por relações humano-sociais.

Como elementos fundamentais para o desenvolvimento do quadro, nota-se a importância de levar em conta aspectos diversos que atravessam o paciente para além da doença em si compreendendo o contexto em que ele está inserido, sua realidade, seu dia a dia no serviço, a forma como ele vivencia o cuidado e seus problemas. Ou seja, essa clínica traz na sua conjuntura aparatos sociais e políticos e, a partir disso, produz um diálogo do cuidado com a concepção de reinserção social. Isso se dá na medida em que o cuidado ultrapassa a questão da doença propriamente dita e tem-se por referência o sujeito e as formas como ele



reage ao sofrimento, fruto da sua relação com o meio social em que está imerso. Desta forma, as práticas de cuidado se operam onde o sujeito habita (LEAL; DELGADO, 2007).

Sob esta perspectiva de levar em conta este “lugar” que determina os sujeitos, a atenção psicossocial requer também a consideração do cotidiano como parte inerente da construção da vida. Desta forma, o CAPS deve considerar o cotidiano como parte do processo, que segundo Leal e Delgado (2007, p. 6) é “a partir da tematização deste “lugar” onde a vida acontece, acessaremos tanto a vida institucional e o cuidado ali oferecido, quanto a experiência desses sujeitos nas redes que os constituem e das quais eles se valem para sustentar sua existência”.

Em resumo, os CAPS se constituem como serviços comunitários, englobando ações assistenciais estruturadas a partir da relação do sujeito com seu território, divergindo das práticas segregativas e violentas do manicômio em prol de um novo modelo de atenção. Desta forma, têm com base princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, contendo os aspectos de acesso universal, intersetorialidade e integralidade do cuidado, em consonância aos direitos humanos e da cidadania (FELDMAN, 2017).

Em torno deste modo de atenção, a Portaria nº 3.088 de 2011, republicada em 2013, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como nova organização de serviços e estratégias. Calcados no modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>2</sup>, a RAPS é destinada a pessoas com sofrimento e transtorno mental e com necessidades advindas do uso de drogas no contexto do SUS. Sendo assim, ela tem como concepção ampliar e integrar diferentes pontos de atenção, com a finalidade de qualificar o cuidado a partir do acolhimento, do atendimento contínuo e da atenção as urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS é construída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em saúde; Atenção Psicossocial especializada pelos CAPS em suas distintas modalidades; Atenção voltadas à urgência e emergência; Atenção Residencial de natureza transitória; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização compostas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)<sup>3</sup> e Reabilitação Social (BRASIL, 2011).

Ao discutir a desinstitucionalização e a atenção psicossocial, é crucial que se entenda esses processos como complexos e se pense nos sujeitos que viveram enclausurados nas instituições coagidos em sua subjetividade (AMARANTE, 2007). Leal e Delgado (2007)

---

2 A Rede de Atenção a Saúde (RAS) é organizada a partir da Portaria nº 4.279 em 2010, estabelecendo a articulação de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade com intuito de garantir a integralidade do cuidado e assistência à saúde.

3 Criados a partir da Portaria nº 106 em 2000, os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias ou casas designadas a cuidar dos sujeitos que viveram internados em instituições psiquiátricas por pelo menos dois anos, objetivando sua reinserção social e reconstrução da sua autonomia.

destacam a importância de se agenciar a reinserção na comunidade daqueles que foram desinstitucionalizados e a necessidade de compreender o modo particular como cada um instituiu a relação consigo e com o mundo.

Os internos, ao saírem das instituições e retomarem a vida na comunidade, em grande parte, não têm aparatos para viver de forma independente, necessitando de auxílio de terceiros. O processo envolve o âmbito familiar, que muitas vezes não desejam seu retorno, ou até mesmo o próprio sujeito não deseja retornar às suas famílias. Desta forma, apresenta-se a necessidade de políticas públicas que sustentem este processo de desinstitucionalização, com estratégias e métodos que possibilitem o apoio psicossocial para os mesmos. Um dos objetivos imprescindíveis é a construção de autonomia destes sujeitos, bem como suas possibilidades de se tornar independente, trazendo em evidências seus desejos e suas expectativas (AMARANTE, 2007).

No campo da saúde mental da infância e do adolescente, a construção da autonomia é primordial para a reinserção dessa população na comunidade enquanto sujeitos de direitos e de plena possibilidade de protagonismo em seus percursos. Essas peculiaridades da SMCA serão discutidas a seguir.

### **2.3 Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**

Com a institucionalização e a definição da política de saúde mental por meio da Lei 10216 e do consenso gerado na III CNSM, se iniciou, mesmo que de forma tardia, a construção da Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Couto, Duarte e Delgado (2008) sustentam que essa inclusão feita tardiamente na atenção psicossocial pode estar relacionada a diversos fatores, como a existência de pouco conhecimento sistematizado sobre os efeitos dos transtornos de crianças e adolescentes na vida adulta, a extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, entre outros. Segundo Feldman (2017), esta política teve como base as diretrizes para a assistência à clientela adulta, e posteriormente foi percebida como um campo que contém suas especificidades.

As políticas públicas do campo da SMCA são estruturadas por princípios éticos e sob uma ótica do cuidado, apresentados no documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” como: acolhimento universal, encaminhamento implicado, criança como sujeito de direitos, intersetorialidade na ação do cuidado, construção permanente de redes de cuidados, e território (BRASIL, 2005), que serão explorados no decorrer do tópico.

A diretriz sobre acolhimento universal refere-se à exigência de que os serviços públicos da SMCA devem receber e acolher toda demanda de saúde e saúde mental que recebem do território. Sendo assim, os serviços devem funcionar de portas abertas com intuito de identificar as necessidades de cada demanda, ouvir e responder, ainda que seja necessário realizar encaminhamentos. Este, por sua vez, tem suas concepções redefinidas neste campo denominado como Encaminhado Implicado, que exige que o profissional se corresponsabilize e acompanhe o caso até seu destino (BRASIL, 2005; 2014).

O norte imprescindível para as novas práticas de assistência à população infantojuvenil tem como alicerce a concepção de que crianças e adolescentes são “sujeitos de direitos” responsáveis por suas demandas e sintomas, rompendo com as concepções históricas que eram contrárias a esta definição sobre este público. Sendo assim, o cuidado a esta população exige um tratamento singular que respeite as particularidades, em busca da autonomia (BRASIL, 2005, 2014). A busca pelo protagonismo e a participação social são aspectos que contribuem para os sujeitos reconhecerem seus direitos de cidadania e agirem a partir disso. Para isso, é importante garantir a escuta aos usuários nos serviços de SMCA como possibilidade de que as crianças e adolescentes sintam-se mais implicadas em seus tratamentos, e tenham concepção de que sua voz é legitimada (BRAGA e D’OLIVEIRA, 2016).

Neste sentido, é discutido a partir das concepções que:

[...] na dimensão da saúde, enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, questão essencial é a garantia do direito à palavra. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falar sobre si e identificar-se com sua própria história, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família (BRASIL, 2014, p. 23).

De acordo com Vasconcelos (2013), ao proporcionar espaços que possibilitem a voz aos usuários sobre suas experiências e suas formas únicas de vivenciar seus sofrimentos, há certo empoderamento e autonomização deste sujeito que fala, fortalecendo suas formas de se relacionar socialmente. Compreendida como estratégia de inclusão de participação, o direito de voz é uma prática dos serviços territoriais de atenção da SMCA, notadamente nas assembleias periódicas, que congregam profissionais, familiares e usuários (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2016).

Através dessas discussões sobre a escuta como fundamental na construção da autonomia, Guerra (2005) destaca que, para propiciar melhor compreensão dos relatos

apresentados, os profissionais devem adequar suas linguagens ao público infantojuvenil. Sendo assim, faz-se importante se aproximar da comunicação utilizada pelo usuário, podendo ser tanto verbalmente, desde que utilize uma linguagem mais próxima do entendimento da criança e do adolescente, quanto corporal ou a partir da utilização de objetos lúdicos ou expressivos (MOREIRA, et al., 2017).

A partir dessas discussões, Guerra (2005) define a questão da linguagem como particular da clínica com crianças e adolescentes. Além disso, como outra especificidade do campo, a autora ressalta a inserção indispensável da família no tratamento. Se a inclusão da família na atenção psicossocial tem sua importância, no trabalho com crianças e adolescentes ela se torna primordial e funciona como parte das diretrizes nas políticas de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005). Isso se explica pela família se constituir um sistema fundamental e influente sobre a criança e adolescente em sofrimento psíquico, sendo o “foco central da construção, da transformação, da mudança e do dinamismo, constituindo uma importante instituição formadora e capacitadora dessas crianças e adolescentes” (MONTEIRO et al., 2012, p. 524).

Em resumo, os familiares, ao cuidarem de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, se deparam com a gama diversa de responsabilidades relacionadas a seus cuidados, o que pode refletir nas relações estabelecidas em família. Nesta perspectiva, é fundamental olhar para esses familiares como sujeitos que também são afetados pelo sofrimento psíquico no contexto familiar, e que necessitam de acolhimento e suporte (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015).

A função social exigida aos serviços na área da saúde mental é concebida como “reabilitação psicossocial”, que diz respeito à reinserção desses sujeitos em sofrimento mental na vida em comunidade, como trabalho, escola, família e lazer. Isso se faz necessário para superar o preconceito e o rompimento dos laços que foram quebrados devido à doença. No campo da SMCA, em específico, há possibilidades de que crianças sejam acometidas em idade tão precoce e terem consequências tão significativas que é necessário que a intervenção seja realizada o quanto antes e não somente quando o quadro já está estruturado, com a reabilitação. Importante destacar que esta intervenção não diz respeito à possibilidade de prevenir transtornos mentais infantis, mas rege estratégias com intuito de proporcionar um melhor destino às crianças em sofrimento (LIMA, 2014).

Ao discutir sobre as crianças e adolescentes, nota-se que este é um público atravessado por diversas instâncias, que ultrapassam a esfera da saúde mental e engloba políticas públicas como a saúde em geral, educação, esporte, lazer, setores jurídico-legais (AMSTALDEN;

HOFFMANN; MONTEIRO, 2016). Sendo assim, a lógica da intersetorialidade se instaurou como referência, direção e condição para o trabalho no campo da SMCA, por diferentes políticas públicas. No Brasil, a intersetorialidade se constitui tanto como estratégia de gestão e planejamento, bem como ampliação do acesso e da construção da rede como especificidade da clínica com criança e adolescente sob a perspectiva da atenção psicossocial (COUTO; DELGADO, 2010).

O reconhecimento da inclusão tardia deste público na saúde mental pública, somado à dispersão pelos demais setores públicos, como assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos, tornou da intersetorialidade a base para estabelecer a gestão da saúde mental infantojuvenil. Desta forma, a acentuação da lógica intersetorial surge através da análise de que alguns pontos neste campo ainda precisam ser superados, como: a fragmentação existente nos dispositivos de SMCA; a existência da defasagem assistencial; e a constatação de que a população infantojuvenil, mesmo com necessidade em saúde mental, acessa instituições que não são destinadas para tal (COUTO; DELGADO, 2010).

O que se discute é que quando os setores atuam de maneira isolada, fazem com que, por um lado, algumas crianças e adolescentes sejam atendidos por diversos serviços que não compartilham o cuidado e, por outro, que haja crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que não são referidas ao campo da saúde mental. “Esta forma de uso dos serviços revela ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 392). Sendo assim,

Integrar as intervenções de saúde mental infantil com todos os outros programas setoriais, sem descaracterizá-los, depende de uma direção pública clara e afirmada, cuja garantia é dada pela vigência real de uma política de âmbito nacional. Há muitos obstáculos a esta integração, como o estigma, a falta de qualificação profissional, dentre outros. Só uma direção publicamente afirmada, que se constitua como eixo organizador da intersetorialidade, pode produzir diferenças nessa realidade. A intersetorialidade, portanto, não se reduz à simples presença de serviços, mas efetiva-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas. Fundamento principal da saúde mental infantil e juvenil, e imagem-objetivo do futuro da saúde mental geral, a intersetorialidade é tributária do esforço para encontrar uma direção comum, no vasto mundo das diferenças setoriais, sob a perspectiva das necessidades da saúde mental (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 396).

Amstalden et al. (2010) apontam que o cuidado na SMCA deve incluir a articulação de serviços e dispositivos no território que ampliem a dinamicidade do tratamento. Isso se explica pelo presente atravessamento de aspectos familiares, jurídicos, educacionais, culturais, entre outros, no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente. Neste sentido, se

discute a impossibilidade de que uma instituição ou setor isolado tenha condição para responder sobre determinado caso complexo ou situações de impasse (COUTO; DELGADO, 2010).

Além disso, há de se pensar que os transtornos mentais podem gerar implicações que não se atém somente à patologia de crianças e adolescentes, mas podem trazer dificuldades no desempenho funcional, referentes às atividades realizadas no dia a dia e adequadas pra cada etapa do desenvolvimento infanto-juvenil. Dessa forma, somam-se a importância da abordagem integral ao usuário, aos familiares, comunidades e serviços de apoio (BARATA et al., 2015).

Uma vez que a rede intersetorial é constituída por serviços de diferentes complexidades, níveis de atenção e tipos de intervenção, a articulação entre eles possibilita ações mais criativas e efetivas. Isso se dá por meio do trabalho colaborativo e torna a intervenção multifacetada, formando novas propostas de trabalho em prol da melhoria das práticas de cuidado (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2016). A elaboração da rede permanente é conceituada “como uma dimensão do trabalho no serviço de saúde mental que não se limita a ação puramente técnica, terapêutica, medicamentosa, buscando na articulação com outros serviços e instituições do território a operacionalização do cuidado” (ANJOS, 2014, p. 33).

A rede de cuidado pode ser analisada tanto estruturalmente, por ser composta por equipamentos fundamentais para as famílias, quanto pela dimensão pessoal, por essas articulações proporcionarem a criação de vínculos sociais (BARATA et al., 2015). Segundo o Ministério da Saúde (2011), as ações e serviços que compõem a rede de cuidados da SMCA são: ações de saúde mental na Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi), ambulatórios, centros de convivência e cultura, acesso ao lazer e à escola, entre outros.

É fundamental que se entenda o trabalho em rede como uma concepção territorial que transcende o espaço físico, e diz respeito às relações relevantes e encontros que se dão entre pessoas e instituições (ZANIANI; LUZIO, 2014). Desta forma, o território é compreendido como meio no qual os vínculos e as relações são constituídas, sendo aspecto crucial no campo da saúde mental (BRASIL, 2005). Amstalden et al. (2010, p. 43) o definem como “lugar psicossocial do sujeito, atravessado em sua experiência pelas instâncias pessoais e institucionais nas quais ele está inserido”.

Por incorporar práticas de cunho territorial e incluir outros saberes acerca do usuário, a clínica da SMCA, concebida como ampliada, adota o paradigma da atenção psicossocial. A exigência de formar a rede intersetorial, aliada à necessidade de que seja feito um trabalho

permanente com outras instâncias ou setores, faz com que a clínica ampliada ultrapasse suas influências da área da saúde mental propriamente dita, e atinja demais setores que compõem a rede de cuidado (COUTO; DELGADO, 2010).

Nesta perspectiva, a clínica na SMCA propõe que os serviços deste campo sejam regidos por ações que devem ir além do método técnico do tratar, propondo práticas de cunho social, como acolhimento, escuta e cuidado no meio social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Ao considerar a criança e adolescente que está em sofrimento psíquico como ser de direitos de participação na comunidade, o tratamento engloba aspectos da vida social, relações familiares, e demais variáveis. O intuito neste campo é proporcionar a redução tanto do sofrimento quanto do estigma, possibilitando a ampliação de laços sociais. Além disso, tem-se como objetivo a promoção da saúde mental, referente a políticas sociais mais abrangentes, abarcando o lazer, a educação e o afastamento da discriminação (LIMA, 2014).

Como primeiro serviço de saúde mental peculiar ao público infantojuvenil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi) foi criado como um dos pilares da saúde mental pública da infância e adolescência no país, como dispositivo estratégico da rede de atenção a esse público. Ao contrário do CAPS, que se estruturou como meio de desinstitucionalização e substituição do modelo manicomial, o CAPSi surge sob uma ótica de articulação intersetorial, ultrapassando o elemento de substituição.

O CAPSi é um serviço aberto e comunitário do SUS, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes que se encontram em situação de sofrimento psíquico grave, e com necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2014). Composto por equipe multiprofissional, as atividades variam entre atendimento individual, em grupo, oficinas, atendimento aos familiares ou responsáveis, acompanhamento domiciliar, ações comunitárias em prol da inserção social, assembleias ou reuniões de organização do serviço e articulação entre setores como assistência social, educação e justiça (LIMA, 2009).

O serviço busca no território as necessidades e recursos pertencentes do meio, com enfoque do trabalho em rede ampliada para realizar a atenção psicossocial com crianças e adolescentes (FELDMAN, 2017). As articulações se dão com setores da saúde, educação, assistência social, justiça, direitos, etc, em prol do atendimento integral a crianças e adolescentes.

O serviço deve:

- a) constituir-se em um serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede de assistência social no âmbito do seu território e/ou modelo

- assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
  - d) coordenar, por declaração do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
  - e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;
  - f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial (BRASIL, 2002).

Calculado na atenção diária e na intensividade do cuidado, o CAPSi é fundamental na reestruturação da assistência. Isso se dá pela estratégia de inserir um serviço de natureza comunitária no campo dos recursos públicos de assistência, que se propõe a responder a dívida histórica de desassistência ao público infantojuvenil no contexto da saúde mental (COUTO, 2004). A política da SMCA define o acolhimento universal, a inserção da família, o princípio do cuidado em rede no território e a intersetorialidade como fatores centrais do serviço (BRASIL, 2005).

Os CAPSi funcionam sob a concepção do cuidado singular e diferente para cada sujeito, realizando práticas coletivas e individuais. O que se propõe é um trabalho que promova a saúde, bem como autonomia, em busca do engajamento de crianças e adolescentes em seus processos de cuidado. Além disso, as práticas têm intuito de reestruturar vínculos e reinsserir socialmente esses sujeitos, considerando suas capacidades e limitações (QUINTANILHA et al., 2017).

O serviço deve atuar a partir da construção coletiva dos casos e adotar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta que se fundamenta no atendimento que envolva o indivíduo e sua família para a superação de seus problemas em razão de sua condição de saúde mental (QUINTANILHA et al., 2017). O PTS pode ser definido como as reuniões coletivas entre os profissionais do serviço para elaborar a direção terapêutica a ser utilizada para cada sujeito, apresentado como “uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações” (BRASIL, 2007, p. 40).

A partir disso, poderá ser definido se o atendimento do usuário será intensivo (realizado diariamente), semi-intensivo (em torno de três vezes por semana) ou não intensivo



(semanalmente). Figueiredo (2004) ressalta que, para que o PTS seja satisfatório, é preciso se afastar das concepções hierárquicas de saberes que propõem o que é melhor ao usuário, e incluir este como responsável por seus atos, a partir de questionamentos como “o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte?” (FIGUEIREDO, 2004, p. 81).

Além disso, é importante ressaltar que a proposta do CAPSi não se restringe ao aspecto terapêutico, assumindo também o papel de gestor (COUTO; DELGADO, 2015). Este papel, segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), deve ser colocado em prática a partir do levantamento da demanda em saúde mental no contexto social onde o CAPSi está inserido, e nas instâncias locais públicas, como escolas, conselhos tutelares, entre outros. Deve ainda analisar os fluxos das relações entre os diferentes serviços/setores, com intuito de entender como está sendo agenciado o cuidado e o tratamento.

## 2.4 Revisão bibliográfica: desafios e a ótica do trabalho real na saúde mental

A revisão bibliográfica tem como objetivo reunir dados de materiais já estudados, para contribuir com a presente pesquisa. Sendo assim, essa etapa foi realizada antes do trabalho de campo. Os filtros utilizados foram: Coleções: Brasil; Idioma: Português, para afinar a pesquisa.

Os materiais encontrados e utilizadas foram artigos científicos, dissertações e teses. Sendo assim, a primeira base de dados escolhida foi Scielo e posteriormente a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: (I) Profissionais and CAPSi; (II) CAPSi and cuidado; (III) Processos de trabalho e CAPSi; (IV) Saúde mental and subjetividade. O método de escolha do material encontrado foi realizado a partir da exclusão das seguintes fases consecutivas: exclusão de pesquisas repetidas, por título, resumo e leitura do texto completo.

As etapas são apresentadas na Tabela 1, referente a base Scielo; Tabela 2, referente a BVS e a tabela 3 de ambos resultados. A apresentação dos materiais selecionados, estão na tabela 4.

Tabela 1: Base de dados Scielo

Descritores utilizados	Resultados encontrados	Excluídos por repetição	Excluídos por título	Excluídos por resumo	Escolhidos para leitura	Excluídos por repetição (nos diferentes descritores)	Excluídos por leitura	Material Selecionado
[Profissionais]; [CAPSi]	23	8	0	3	12	20	6	14
[CAPSi]; [cuidado]	22	0	2	9	11			
[Processos de trabalho]; [CAPSi]	8	3	0	1	4			
[Saúde mental]; [subjetividade]	87	0	46	28	13			
<b>TOTAL</b>	140	11	48	41	40			

Tabela 2: Base de dados BVS

Descritores utilizados	Resultados encontrados	Excluídos por repetição	Excluídos por título	Excluídos por resumo	Escolhidos para leitura	Excluídos por repetição (nos diferentes descritores)	Excluídos por leitura	Material Selecionado
[Profissionais]; [CAPSi]	38	6	6	6	18	21	15	20
[CAPSi]; [cuidado]	54	6	21	8	17			
[Processos de trabalho]; [CAPSi]	19	2	3	3	11			
[Saúde mental]; [subjetividade]	402	86	274	32	10			
<b>TOTAL</b>	513	100	302	49	56			

Tabela 3: Material das duas bases de dados

Bases de Dados	Resultados Selecionados	Excluídos por repetição nas duas bases	Material Selecionado
<b>Sciello</b>	14	11	23
<b>BVS</b>	20		
<b>TOTAL</b>	34		

Tabela 4: Materiais selecionados

Nº	Título	Autores	ANO	Revista	Metodologia Utilizada	Instrumentos Utilizados
1	A Intersetorialidade Nas Publicações Acerca Do Centro De Atenção Psicossocial Infantojuvenil	ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A.	2014	Psicologia em Revista	Qualitativa	Revisão bibliográfica exploratória e não sistemática (14 artigos)
2	A Produção Do Cuidado Em Um Centro De Atenção Psicossocial Infantojuvenil	BELOTTI, M.; QUINTANILHA, B.C.; TRISTÃO, K.G.; NETO, P.M.R.; AVELLAR, L.Z.	2017	Mental	Qualitativa	Grupo focal (4 encontros com dois grupos)
3	A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho	MARTELLET, E.C.; MOTTA, R.F.; CARPES, A.D.	2014	Trabalho, Educação Saúde.	Qualitativa, quantitativa.	Entrevista Semiestruturadas; Diário de campo; Teste psicológico; Escala de Vulnerabilidade
4	Análise do processo de acolhimento em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica	MOREIRA, C.P.; TORRENTÉ, M.O.N; JUCA, V. J.S.	2018	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativa (etnográfica)	Observação participante; Análise e registro em diário de campo.
5	Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil	DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A..	2012	Cad. Saúde Pública	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
6	Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras.	TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.	2017	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativa	Levantamento documental (de encaminhamentos ao CAPSi); Grupo Focal (3 encontros em três unidades de ESF)
7	Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR	SCANDOLARA, A.S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E.A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S.	2009	Psicologia & Sociedade	Qualitativa	Entrevista aberta
8	Concepções de profissionais de saúde sobre as atribuições de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil	BELOTTI, M.; MAIA, C. C.; AVELLAR, L. Z.; SILVA, P. O. M.	2019	Psicologia: Teoria e Pesquisa.	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
9	Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um Capsi	MAIA, C.C.; AVELLAR, L. Z.	2013	Psicologia em Estudo	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
10	Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais	COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.	2015	Psicologia Clínica	Qualitativa	Revisão de Literatura
11	Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de Capsi da região metropolitana do Rio De Janeiro.	LIMA, R.C.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G.; OLIVEIRA, B.D.C.	2014	Physis: Revista de Saúde Coletiva.	Avaliativa (adaptada na pesquisa Qualitativa)	Grupo Focal com os familiares, trabalhadores e crianças e adolescentes atendidos.

12	Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): resultados de uma pesquisa-intervenção	BUSTAMANTE, V.; ONOCKO-CAMPOS, R.; SILVA, A.A.; TREICHEL, C. A. S.	2020	Interface – Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativa	Observação Participante
13	Mapeamento dos recursos humanos e serviços ofertados por dois centros de atenção psicossocial infantojuvenil	LIMA, C. M.; FIGUEIREDO, S.E.F.M.R.; VECHIA, A. D. R. D.	2018	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
14	O "Singular" Do Projeto Terapeutico: (Im)Possibilidades De Construções No Capsi	SILVA, J. R.; GUAZINA, F. M. N.; PIZZINATO, M.; ROCHA, K. B.	2019	Revista Polis e Psique	Qualitativa	Grupo Focal
15	O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim	MORAIS, R.R.; COUTO, M. C. V.; FARIA, D. L. S.; MODENA, S.M.	2019	Pesquisas e Práticas Psicossociais	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
16	O Cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças	DELFINI, P. S. S.	2015	tese	Qualitativa	Observação participante; Grupo focal
17	“O Cuidado É Dobrado”: Maternar No Contexto Da Atenção Psicossocial	FELIX, L.B.; SANTOS, M.F.S.; ALÉSSIO, R. L.S.	2020	Revista do NUFEN	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
18	O Trabalho Como Possibilidade De (Re)Inserção Social Do Usuário De Um Centro De Atenção Psicossocial Na Perspectiva Da Equipe E Do Usuário	BURKE, K. P.; BIANCHESSI, D. L. C.;	2013	Estudos e Pesquisas em Psicologia	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
19	Os Centros De Atenção Psicossocial Infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados	TÂNO, B. L.; MATSUKURA, T. S.	2014	Revista de Terapia Ocupacional	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada
20	Percepções sobre o processo de trabalho em Um Centro De Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	BELOTTI, M.; QUINTANILHA, B.C.; TRISTÃO, K.G.; NETO, P.M.R.; AVELLAR, L.Z.	2017	Temas em Psicologia	Qualitativa	Grupo Focal; Análise do conteúdo.
21	Processos de singularização no modo psicossocial	ARGILES, C. T.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J.Q.; COIMBRA, V.C.	2017	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Qualitativa	Entrevista Semiestruturada; Observação Participante;
22	Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES.	RONCHI, J. P.; AVELLAR, L.Z.	2010	Psicologia: Teoria e Prática.	Qualitativa	Observação Participante; Consulta de prontuários; Entrevista Semiestruturada;
23	Uma Onda Que Vem E Dá Um Caixote: Representações E Destinos Da Crise Em Adolescentes Usuários De Um Capsi.	PEREIRA, M.O.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L.	2017	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativa	Entrevistas com usuários, profissionais, gestores e familiares; Análise de documentos ou prontuários.

Ao nos propormos em pesquisar sobre o campo da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, exclusivamente um CAPSi, preocupamo-nos em analisar as produções acadêmicas sobre como o campo tem se desenvolvido ao decorrer dos anos e os principais desafios nas práticas de cuidado.

Como é possível observar, houve um avanço com a Reforma Psiquiátrica nas políticas de saúde mental, especificamente na SMCA. Entretanto, após mais de uma década da construção das políticas para crianças e adolescentes, o percurso realizado apresenta problemas estruturais e no cotidiano dos profissionais que precisam ser superados (COUTO; DELGADO, 2015). Os impasses na organização e práticas de trabalho são discutidas pela Ergonomia, apresentada no primeiro capítulo desta dissertação e que chama atenção para a constante defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real. Aqui serão expostos alguns desafios que demonstram que isso também se presentifica no campo da saúde mental. As tarefas e práticas instituídas como diretrizes muitas vezes diferem dos trabalhos de fato realizados, exigindo dos profissionais que reinventem suas práticas de acordo com possibilidades existentes.

Como efeito das transformações advindas da reforma psiquiátrica, o cuidado aparece como norteador para as novas modalidades de serviços de atenção psicossocial. Ao representar zelo, dedicação, proteção e acolhimento, o cuidado associa-se a uma clínica que amplia seu olhar sobre o sujeito e expande sua prática e espaços de atuação. Essa perspectiva foi favorecida pela Lei 10.216, que não faz protesto contra a doença mental, mas recusa a exclusão e a violência, e amplia meios de intervenção e tratamento que levam em conta que a doença não é contagiosa e não há causa que explique o isolamento (DELGADO, 2011).

As pesquisas apontam a importância de pensar na reforma psiquiátrica como um processo que transcende o fechamento de hospitais psiquiátricos enquanto espaço físico, e abrange também as questões culturais e ideológicas pertencentes ao modelo manicomial. De acordo com os estudos realizados por Moreira et al (2018) em um CAPSi de Salvador, os profissionais entrevistados relataram uma mudança recente em relação a estética e a ambiência no serviço. Segundo a equipe, o espaço físico do serviço antigamente era um ambulatório de saúde mental dentro das instalações de um hospital psiquiátrico. Sendo assim, o lugar apresentava pouca iluminação devido as janelas altas com grades e azulejos brancos, herdados de um ambiente manicomial.

Para os autores, a partir da concepção de humanização das práticas em saúde, o local físico é um espaço no qual as relações interpessoais acontecem, bem como o acolhimento. Neste sentido, os serviços devem proporcionar um ambiente que propicie o cuidado

humanizado e a produção de subjetividades no encontro entre profissionais, usuários e familiares. No estudo, os técnicos e residentes multiprofissionais foram apresentados como os responsáveis por realizar mudanças nas paredes da sala de espera, com lápis e tintas coloridas, colagem de artes e poesias e a inclusão de cadeiras e mesas para que as crianças usuárias do serviço pudessem utilizar antes dos atendimentos. Somados a isso, os profissionais relatam uma oficina de grafite realizada, que ocasionou novos aspectos ao muro que liga o CAPSi ao hospital psiquiátrico vizinho.

Belotti et al (2017) ressaltam que uma das grandes dificuldades neste meio, é o estigma construído em torno da loucura que impossibilita dar outro lugar social ao “louco”. Scandolara et al (2009) acrescentam que a luta da reforma psiquiátrica requer de todos profissionais, familiares e da sociedade como um todo, a desconstrução de ideais criados sobre a loucura. Como possíveis soluções para enfrentar o problema, Belotti et al (2017) discutem que as estratégias devem vir em níveis micro e macro, como por exemplo a implementação de políticas públicas referente a este segundo. Para eles, é importante criar novas relações da sociedade com esse sujeito, a partir da reinserção em diferentes espaços, como educação, emprego, entre outros. Além disso, proporcionar a discussão entre os profissionais sobre estratégias de inclusão desses sujeitos em sofrimento psíquico.

De acordo com Maia e Avellar (2013), a pesquisa realizada em um CAPSi de uma cidade da Região Sudeste do Brasil, ilustra a percepção dos profissionais em relação a crianças e adolescentes usuárias do CAPSi como seres que chegam até o serviço “coisificados”, sem estímulo e autonomia em relação a suas vidas. Como meio de intervenção, os profissionais apontam que ao proporcionar a expressão da subjetividade dos usuários, bem como escuta aos mesmos, esse lugar de objeto começa a ser transformado. Os dados apresentados por Belotti et al (2017) vão ao encontro do debate, à medida que é discutido a reinserção deste público na sociedade, na escola e na estrutura familiar como meios que fazem parte dessa etapa da vida.

Em resumo, a atenção psicossocial constitui suas propostas em oposição ao modelo asilar de tratamento, e funciona como princípio a ser seguido pelos serviços de saúde mental. Entretanto, os serviços nem sempre conseguem colocar em prática o previsto pelas diretrizes, o que se apresenta por desafios a serem superados. Yasui (2006) aponta que isso pode se desenvolver em situações em que os profissionais e gestores não encontram aparatos teóricos e técnicos para aderir aos princípios e normas instituídas para o CAPS. A partir disso, o modelo de cuidado oferecido pela atenção psicossocial não chega a ser realizado como proposto, em que o acolhimento ao sofrimento e à diferença deixa de ser ação central e o que

se apresenta são estruturas organizacionais rígidas, em que o saber médico é enfatizado, bem como as doenças (YASUI, 2006).

De acordo com o autor, essas constatações indicam a possibilidade dessas novas ações se reproduzirem sob a lógica dos manicômios, agora, sem muros e asilos. “No lugar de um processo de transformação assistencial, norteado por princípios éticos, temos a reprodução. Mini-manicômios de portas abertas e mentes fechadas. Apenas uma psiquiatria reformada” (YASUI, 2006, p. 63).

Morais et al. (2019) verificam que os impasses para os profissionais do CAPSi de Betim- MG, são referentes a função gestora do serviço que apresenta dificuldades para colocar em prática o que a atenção psicossocial propõe em relação as novas formas de compreender a loucura e seus atravessamentos sociais e culturais, as novas práticas, as novas relações profissionais e saberes. Como possíveis soluções encontradas, os profissionais apontam a importância de discussões nas reuniões de equipe, com a gestão e em ações de qualificação dos profissionais na Educação Permanente.

Batista e Gonçalves (2011) localizam na formação desatualizada dos profissionais um dos fatores que podem contribuir para que as práticas não sejam realizadas conforme o previsto. As autoras apontam que, apesar das mudanças e avanços no campo da saúde mental, a qualificação dos profissionais é insuficiente e incapaz de colocar em prática o que é proposto como cuidado integral, com efeitos danosos para as ações realizadas nos serviços.

Além da defasagem na capacitação, Ronchi e Avellar (2010) consideram que em alguns serviços de saúde mental pode existir a falta de conhecimentos pelos profissionais sobre as atividades que de fato devem ser realizadas, o que implica diretamente nas suas atuações. No estudo dos autores, pode-se perceber que os profissionais procuram meios para suprir essa falta e amparar suas práticas por meio de leituras e capacitações e pelo cotidiano do trabalho, em que, mesmo com os desafios, a discussão e os encontros dos profissionais com usuários e familiares possibilitam a reinvenção de práticas e da produção de cuidado.

Em torno dos encontros entre os sujeitos envolvidos neste processo, Constantinidis e Andrade (2015) afirmam que, em determinadas instâncias, existem dificuldades por parte dos profissionais em realizar a escuta qualificada ao usuário e ao familiar. Isso torna o encontro destes com o técnico uma reprodução de relações hierárquicas e com pouco diálogo. Na medida em que isso se consolida, o profissional assume o papel de quem sabe o que é melhor para o usuário, independentemente da compreensão do mesmo e de seus familiares sobre suas reais necessidades. Nessa condição os profissionais não colocam em prática a busca da



autonomia do usuário e do seu protagonismo enquanto sujeito, como elaborado pela política da SMCA.

Importante destacar que a inclusão das famílias é fundamental no campo da SMCA, e também se apresenta como um dos desafios a ser enfrentado nas práticas. O CAPSi se propõe a englobar os familiares no processo de cuidado, realizando escuta dos mesmos e proporcionando suporte e acolhimento. Apesar de ser reconhecido como importante, Quintanilha et al. (2017) identificam que, em alguns casos, há dificuldades de colocar em prática o cuidado aos familiares pela rejeição dos mesmos em se inserir no tratamento, como se não fosse necessário. Sendo assim, os profissionais precisam reinventar suas práticas a partir do que é possível.

Outro exemplo é o uso do PTS como ferramenta de trabalho no campo da saúde mental. Como apontado anteriormente, o PTS é elaborado com objetivo de construir o direcionamento das intervenções mais adequadas ao usuário, a partir de um trabalho colaborativo de toda equipe, incluindo o usuário e familiares. Entretanto, algumas pesquisas demonstram que este instrumento nem sempre é realizado como previsto. As dificuldades de implementação na prática se apresentam à medida que o projeto não é feito de forma coletiva, e muitas vezes não tem a participação do usuário, sendo desenvolvido por profissionais que estejam dispostos a colaborar nas discussões do caso (QUINTANILHA, et al. 2017).

Em relação às dificuldades de estrutura, Couto e Delgado (2015) destacam o baixo salário e a falta de garantia de permanência aos profissionais no sistema de saúde como obstáculos para consolidação da política de SMCA. Sobre os fatores que interferem no funcionamento do CAPSi enquanto serviço calcado nos princípios da atenção psicossocial, os autores apontam a defasagem da compreensão por parte dos gestores da saúde mental sobre as incumbências do CAPSi no território e na construção de redes locais, o que fomenta sua baixa expansão no território nacional.

Soma-se a isso a evidência de que, em determinados locais do país há serviços operando de forma isolada, desarticulados em relação a outros serviços e que há poucos serviços em funcionamento (COUTO; DELGADO, 2015). Delfini e Reis (2012) acrescentam que muitas vezes a articulação entre os serviços visa a desresponsabilização de determinado dispositivo sobre o caso, passando um caso de uma instância para a outra.

Na pesquisa realizada por Moreira et al (2018), os profissionais destacam que devido à baixa quantidade de serviços em funcionamento e a extensa fila de espera nos disponíveis, ocasiona dúvidas em relação a autenticidade dos encaminhamentos, por não haver certeza da continuidade do cuidado dos casos em outros serviços. Contudo, as autoras verificaram que o

serviço atende demandas que são de responsabilidade de outros pontos de atenção, por não ter a opção para realizar encaminhamentos ou por identificar outros serviços como incapazes de oferecer o cuidado adequado. Neste sentido, os impasses em relação a rede também são fatores que interferem nas práticas dos profissionais.

A complexidade dos desafios aqui apresentados não se restringe ao campo da saúde mental infantil, entretanto ganha destaque nesta pesquisa como objeto a ser estudado. Deriva dessas discussões a importância de entender que as tarefas realizadas podem fugir do trabalho proposto pela política de SMCA em diferentes dimensões. A discussão dos artigos aponta para imprevisibilidades que, em parte, estão relacionadas com uma desorganização dos serviços em relação ao que é proposto pelas políticas de saúde mental, diferente do que inicialmente pretendíamos investigar neste trabalho.

Neste estudo, tomaremos como foco a investigação da imprevisibilidade no trabalho dos profissionais ocasionada pelo encontro do profissional com usuário e com os familiares, partindo da premissa de que este encontro é permeado por subjetividades que tornam o trabalho singular, diferente para cada caso. Em resumo, pela singularidade do trabalho e dos seus atravessamentos, a política de SMCA não consegue prever o trabalho a ser realizado em todos os casos, exigindo dos profissionais criatividade para lidar com os obstáculos que surgirem. A partir disso, a pesquisa se atém na compreensão de como os profissionais realizam suas práticas de cuidado a partir da imprevisibilidade do encontro. Este é o objeto do trabalho de campo exposto no próximo capítulo.

## CAPITULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO

### 3.1 Natureza da Pesquisa

A presente pesquisa trata-se de um estudo sob o viés qualitativo, incluindo revisão bibliográfica e a realização do trabalho de campo. O método qualitativo tem como objetivo analisar e expor aspectos da realidade, com foco na compreensão e esclarecimento da dinamicidade das relações sociais. Para Minayo (2001), é uma pesquisa que engloba um mundo de significados, crenças, valores e atitudes que, ao se referirem a relações, fenômenos e processos, não podem ser reduzidas a variáveis quantitativas.

A revisão bibliográfica, segundo Martins (2001), é uma pesquisa que procura analisar e discutir um tema específico de modo aprofundado baseando-se na leitura de livros, revistas, periódicos e outros. A ideia é que se amplie o conhecimento sobre determinado tema a partir da leitura dos principais trabalhos publicados. Ou seja, permite um contato direto do assunto a partir do que já foi escrito, dito ou filmado sobre a temática (MARCONI; LAKATOS, 2007).

O estudo de campo é apresentado por Gil (2002) como uma pesquisa que aprofunda as questões propostas, e apresenta certa flexibilidade, permitindo que os objetivos sejam reformulados ao longo da pesquisa. Além disso, o autor aponta a vantagem do estudo que, ao ser realizado no local onde os profissionais estão vivenciando os acontecimentos, tem a probabilidade de os resultados serem mais fidedignos. Neste estudo, o instrumento escolhido foi a entrevista semiestruturada, com intuito de aprofundar a análise do tema e permitir que os profissionais apresentem o modo como eles compreendem e lidam com aspectos inesperados no cotidiano e, a partir disso, constroem as práticas de cuidado.

Ademais, levando em conta que a pesquisa busca a compreensão dos encontros intersubjetivos presentes no campo da saúde mental, o uso das entrevistas vai de acordo com a perspectiva da articulação de subjetividades presentes nos encontros, na medida em que

A adoção de uma prática, que tem na entrevista seu principal instrumento, implica em aceitar a identidade de natureza entre sujeito e objeto e, portanto, a pressuposição de que a entrevista é o encontro de dois sujeitos, tendo por objetivo o estabelecimento de uma situação de interação (TRIGO E BRIOSCHI, 1999, p. 25).

Como discutido por Minayo (2001), para o registro das entrevistas e falas dos participantes, é possível o uso da anotação simultânea da comunicação ou a utilização de gravadores. Inicialmente, seria utilizado nesta pesquisa o gravador, que, segundo Queiroz

(1999), é uma ferramenta que afasta o subjetivismo do pesquisador e mantém o discurso e a linguagem do profissional entrevistado em sua plenitude. Entretanto, neste estudo não foi possível a utilização deste instrumento, por não ser consentido pelos profissionais entrevistados. Desta forma, foi utilizado o uso das anotações durante as entrevistas, ainda que fossem escritas pontuais para melhor memorização posterior do pesquisador.

Para obter o registro das informações coletadas, foi utilizado o diário de campo. Este, por sua vez, é definido por Minayo (2001) como uma ferramenta para registrar percepções, comportamentos durante as falas, impressões pessoais, indagações e questões que não são captadas por outras técnicas. Para a autora, o diário é pessoal e não pode ser transferido para outra pessoa. Nele contém informações e detalhes que contribuem para o desenvolvimento da pesquisa em diferentes fases, seja do primeiro dia no campo, seja no momento final do estudo.

Segundo Falkembach (1987), o diário de campo pode ser construído em três partes: a primeira mais descritiva, contendo episódios factuais e fenômenos sociais, seguido da parte com conteúdos interpretativos a partir do que foi observado pelo pesquisador, e a terceira o registro de desafios, imprevistos, aprofundamento e conclusões prévias. Para a autora é importante que o registro no diário de campo seja feito posteriormente a observação de forma imediata, para que a memória não insira elementos que podem deturpar o conteúdo.

### **3.2 O campo e os sujeitos da pesquisa**

Nesta pesquisa, o campo escolhido foi o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil localizado na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, especificamente na Baixada Fluminense. A região metropolitana do Rio de Janeiro, originada em 1974, passou por diversas modificações referentes a seus limites ocupacionais devido a constantes emancipações. Atualmente, segundo a lei complementar nº 184 de 27 de dezembro de 2018, a região engloba 22 municípios (ALERJ, 2018). Dentre estes, 13 municípios, com aproximadamente 3.908.510 habitantes no total, abrangem a região da Baixada Fluminense (IBGE, 2020).

De acordo com a Sebrae (2016), em relação ao Estado do Rio de Janeiro, a Baixada Fluminense apresenta os piores indicadores de renda e pobreza. Entre os municípios da região, conforme o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que analisa renda, educação e longevidade, a cidade de Nilópolis destaca-se por apresentar o maior IDHM da região. Por outro lado, o município de Japeri dispõe do pior IDHM da Baixada e o décimo

pior do estado do Rio de Janeiro. Vale ressaltar, região da Baixada Fluminense apresenta o menor índice de desigualdade de renda do estado, de acordo com seu coeficiente de Gini.

Neste sentido, este local foi escolhido pela sua proximidade com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), pelo fato de minha investigação integrar um grupo de pesquisa coordenado pela prof. Luna Rodrigues e pelo esforço de ampliar a interação entre a universidade e a comunidade do município. A pesquisa em tela foi realizada em município de pequeno porte da Baixada Fluminense, emancipado em 1997 e que contém aproximadamente 83.092 habitantes e 265,189 km<sup>2</sup> de área territorial. Nela, foram entrevistados profissionais da área da saúde que trabalham no cuidado de crianças e adolescentes no CAPSi do município.

O CAPSi escolhido é o único do município e localiza-se no mesmo terreno do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O serviço conta com nove profissionais: quatro psicólogas, sendo uma delas também coordenadora do serviço; uma nutricionista; uma enfermeira; uma assistente social; uma fonoaudióloga, uma psiquiatra.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética da UFRRJ, autorização pela coordenação do CAPSi e aceitação dos profissionais em participar da pesquisa, em 10 de dezembro de 2020 realizamos a entrevista piloto. Considerando que a participação na pesquisa tinha natureza voluntária, 5 profissionais concordaram em integrá-la. Sendo assim, as entrevistas foram realizadas do dia 10 a 18 de dezembro, sendo utilizadas dois roteiros de entrevista, destacados no Anexo I.

As entrevistas discorreram sobre os seguintes assuntos:

1. Fatores de identificação: sexo, idade, profissão;
2. Formação profissional: formação, função no serviço, tempo do cargo, práticas realizadas no serviço;
3. Temáticas Gerais: funcionamento do CAPSi, práticas de cuidado desenvolvidas, equipe multiprofissional, principais desafios;
4. Temáticas específicas: relação com os usuários e familiares; discussão das suas práticas; percepção de situações inesperadas do cotidiano; identificação de barreiras e de facilitadores; compreensão do que o encontro com usuários e familiares culmina nas práticas dos profissionais.

Para contextualizar os profissionais entrevistados e suas respostas, segue abaixo a descrição dos entrevistados.

<b>Entrevistado Nº</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação profissional</b>	<b>Função</b>	<b>Tempo no serviço</b>
1	44	F	Psicologia	Psicóloga	8 meses
2	32	F	Psicologia	Psicóloga	2 anos
3	25	F	Psicologia	Psicóloga	6 meses
4	40	F	Nutrição e Economia Doméstica	Nutricionista	11 anos
5	25	F	Enfermagem	Enfermeira	3 meses

Antes da realização das entrevistas, foi apresentado o projeto, os objetivos, as questões que seriam abordadas, bem como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A partir disso, a participação no estudo e a gravação das entrevistas seriam confirmadas. Entretanto, apesar do termo ser aceito, bem como as entrevistas, todos os cinco profissionais não permitiram o uso do gravador.

Aceitamos a condição dos profissionais para participação na pesquisa e optamos pelo uso do diário de campo, que consiste em anotações breves durante as entrevistas e a gravação no final de cada entrevista relatando como foi, como é o campo, minhas impressões e as respostas dos entrevistados.

Durante as duas semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas com cada profissional de acordo com a disponibilidade do dia e horário. Foi possível observar que alguns profissionais não estavam confortáveis em realizar a pesquisa, mas que no decorrer do tempo foram se adaptando melhor. Por ser no serviço, a presença de algumas interrupções se fez presente.

### **3.3 Considerações Éticas**

O presente estudo foi submetido pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e aprovado sob o processo nº 23083.032509/2020-04. As entrevistas realizadas contaram com leitura e assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE, que se encontra no Anexo II. Neste termo, é garantido aos profissionais entrevistados o anonimato e o caráter voluntário na pesquisa. As técnicas e métodos

escolhidos no estudo estão de acordo com os princípios éticos utilizados em pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

### **3.4 Análise das falas das entrevistas e do diário de campo**

Após o trabalho de campo ser realizado, Minayo (2001) ressalta nesta fase da pesquisa a elaboração das informações coletadas no campo, bem como a teorização dos resultados, e divide este processo por etapas:

- I. Ordenação: reunir todos dados obtidos no estudo por meio das entrevistas, sendo elas as anotações prévias e notas escritas no diário de campo, transcrições das gravações feitas pelo pesquisador após o trabalho de campo, e a organização dessas informações.
- II. Classificação: analisar o conteúdo da pesquisa e o que surge de relevante para que sejam construídas as categorias a partir do que foi observado no trabalho de campo;
- III. Análise propriamente dita: correlacionar as conceituações teóricas, hipóteses de acordo com os objetivos da pesquisa com os resultados obtidos no campo.

O próximo tópico abordará a análise dos resultados obtidos no trabalho de campo.

## **3.5 Resultados e Discussões**

### **3.5.1 Imprevisibilidade no trabalho de campo**

O hiato presente entre o prescrito por uma organização e a tarefa que de fato é executada pelos profissionais resulta em situações inesperadas no cotidiano de diversos ambientes de trabalho. Na busca em compreender sobre a imprevisibilidade vivenciada pelos profissionais de saúde em seus cotidianos e em suas práticas de cuidado no CAPSi, como pesquisadora não poderia deixar de relatar sobre de que maneira isso foi vivenciado por mim na pesquisa de campo.

Inicialmente, o trabalho de campo foi planejado depois da qualificação como meio de investigar, na área da saúde mental de crianças e adolescentes, como o encontro entre sujeitos interfere nas práticas de cuidado por proporcionar um trabalho imprevisto e intersubjetivo. Entretanto, alguns obstáculos tornaram o campo de pesquisa um material a ser analisado, e os discutirei a seguir.

Em 26 de fevereiro de 2020, foi registrado o primeiro caso de coronavírus no Brasil. Neste mês, com o crescente número de casos mundialmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a nomenclatura Sars-CoV-2 para se referir ao novo tipo de coronavírus e o termo Covid-19 à doença por ele produzida. Em março, o “surto” foi decretado como pandemia pela OMS e foram iniciadas ações para contê-la. No decorrer do ano de 2020, escolas e universidades foram fechadas, bem como serviços de diferentes meios. Em setembro de 2020, 27 milhões de casos foram confirmados e mais de 906 mil mortes pela doença confirmadas no mundo (SÁ, 2020).

De acordo com a autora, a pandemia trouxe ao mundo uma complexa gama de incertezas e mudanças na vida de cada um dos indivíduos. Sendo assim, também fui afetada diretamente pelo momento atípico, tanto em relação à vida pessoal, quanto à fase de escrita da dissertação. O trabalho de campo foi um dos processos que foi repensado, mas mantido. Resolvemos adaptar a pesquisa de campo, alterando a metodologia para entrevistas semiestruturadas online. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê em novembro de 2020.

Entretanto, apesar de reconstruir meios de colocar a pesquisa em prática adaptando ao momento vivenciado, o serviço aceitou a participação, porém descartou as entrevistas online. Sendo assim, realizei as entrevistas presenciais, seguindo as recomendações da OMS em relação aos cuidados e prevenções. Ainda assim, devido à pandemia nem todos os profissionais estavam comparecendo com frequência ao serviço, o que dificultou a participação de outros profissionais no estudo. Nesta perspectiva, a pandemia surgiu como primeiro impasse para realização da pesquisa.

Todos os dias que fui tive todos os cuidados possíveis. Mas confesso... não posso deixar de descrever meu alívio de não aparecer no serviço na semana do natal por causa da pandemia [...] as angústias estiveram comigo em todo momento de ida ao campo. Apesar de motivada a estar lá, fui atravessada por incertezas se ia dar certo nas condições escolhidas pelos profissionais e pelos medos em relação à pandemia (Diário de campo, 21/12/2020).



Acrescentam-se como interferência neste processo, as angústias que também são referentes a outros fatores inesperados durante o trabalho de campo: a não aceitação dos profissionais sobre o uso do gravador nas entrevistas e a possível mudança do quadro de funcionários do serviço. Em relação ao gravador, foi um contratempo que ia em oposição aos meus planejamentos em relação às entrevistas, transcrições e métodos. A decisão dos profissionais ocorreu antes de iniciarem cada entrevista. Então a primeira delas foi algo que fez com que eu tivesse que tomar decisão rápida de como planejar o novo método para captar as informações recebidas.

Em relação à segunda questão ilustrada, as entrevistas, por serem realizadas em dezembro, permitiram minha observação em relação à incerteza dos profissionais que alegaram não saber sobre sua continuidade no serviço no outro ano devido à troca de gestão na prefeitura. Sendo assim, os profissionais estavam com muitas demandas de relatórios para entregar antes do ano finalizar, e não poderiam ou não queriam utilizar do tempo para dar a entrevista. Como consequência, realizei um número baixo de entrevistas, entretanto dei continuidade à pesquisa. Importante ressaltar que na primeira semana de janeiro de 2021 grande parte dos profissionais de saúde do serviço foram exonerados, bem como demais cargos da saúde mental e da assistência social do município.

Pude sentir e me agoniar durante segundos quando ouvi cada um dos profissionais dizendo que não queriam o gravador [...]. Todas aquelas situações inesperadas que o encontro e desencontro ocasionaram. O encontro com a subjetividade do outro, o não querer, o interesse, os motivos de tudo aquilo [...] mudou o que eu havia planejado há meses [...]. Reinventei o que era possível. Tentei escrever tudo na primeira entrevista. Depois de 10 minutos eu estava exausta, tentando prestar atenção no dito e no não dito, no que eu estava escrevendo. Nas palavras que eu não queria colocar diferente. Percebi naquele momento que estava perdendo o valor do encontro, muitas coisas estavam sendo passadas despercebidas enquanto eu anotava. Logo reinventei novamente. Palavras chaves, pausas, comportamentos (Diário de Campo, 24/12/2020).

As discussões vão ao encontro da Ergonomia da Atividade, onde, segundo Souza (2009), uma das principais características é a não aceitação do trabalho como uma tarefa a ser executada somente de acordo com as normas prescritas. Neste sentido, é no espaço entre o prescrito e a atividade executada que a verdadeira produção dos profissionais se inscreve. Segundo Faria e Dalbello-Araújo (2010), esse confronto traz um cotidiano dinâmico aos profissionais e exige o uso da criatividade para reinventar soluções para enfrentar o inesperado.

Desta forma, como pesquisadora, declaro ser importante o registro dessas situações inesperadas as quais pude vivenciar e, no decorrer delas, a necessidade de utilizar a criatividade e reinventar soluções rápidas pra dar continuidade à pesquisa e conseguir possíveis resultados. Nesta perspectiva, considero as imprevisibilidades do trabalho de campo como material a ser destacado, sob o viés de um diário de campo que envolveu não só a memória, mas a seletividade na escuta das entrevistas e no registro das informações, de acordo com minhas próprias hipóteses, objetivos e perspectivas, ainda que inconscientemente.

### **3.5.2 Construção das práticas de cuidado no serviço**

As práticas de cuidado desenvolvidas na atenção psicossocial de crianças e adolescentes são elaboradas considerando a particularidade e o contexto que envolve cada sujeito. Para isso, os entrevistados relatam a importância de estarem “abertos”, de terem uma escuta humanizada e de olhar para o caso como um todo.

Essas discussões fazem parte do trabalho em saúde, a partir da concepção da clínica ampliada, a qual propõe aos profissionais uma escuta que ultrapassa questões da doença e engloba as singularidades, as questões sociais, psíquicas e familiares presentes na vida do sujeito (BRASIL, 2009). E é a partir disso que, no CAPSi pesquisado, os modos de cuidado são estruturados como na fala a seguir:

Ela disse que desempenha vários outros papéis no serviço, vai além da concepção da nutrição. Tem que ter uma questão mais humanizada, tem que procurar o familiar do usuário. Tem que ter um outro olhar, que é o olhar do acolhimento, um olhar que o CAPSi exige dela. Então antes de fazer o trabalho enquanto nutricionista, tem que olhar pra família, ver o que está acontecendo pra ela começar a trabalhar a questão da nutrição em si (Diário de campo, 17/12/2020. Entrevistada 4).

Desta forma, foi possível observar que as práticas construídas vão além do saber de cada profissão em si, valorizam o sujeito e a realidade na qual é inserido. Essas narrativas estão de acordo com a concepção que Figueiredo (2004) preconiza sobre a construção das práticas. Para o autor, é preciso afastar a concepção hierárquica do saber profissional e trazer o sujeito como ativo em seu cuidado. Nesta perspectiva, torna-se essencial olhar para a singularidade de cada sujeito e para os atravessamentos relacionados a sua história, cultura, contexto social, entre outros (SILVA, et al., 2019).

Durante as entrevistas, muitos profissionais relataram a importância de ouvir os usuários e familiares sem julgamentos, de um lugar investigativo e ao mesmo tempo compreensivo para que assim possam analisar o que está acontecendo naquela família, as situações que a atravessam e, então, planejar as melhores formas de tratamento e acompanhamento. Nesse sentido, estão em acordo com as considerações de Moreira, Torrenté e Jucá (2018), para quem o acolhimento no CAPSi exige ética dos profissionais, sob a ótica da desconstrução de ideais morais sobre crianças, adolescentes, família e saúde. Além disso, os autores acrescentam que, a partir disso, o encontro entre profissional e usuário-familiar pode se tornar legítimo, e proporcionar o acolhimento e a construção do vínculo.

A política de saúde mental infantojuvenil apresenta como diretriz a corresponsabilização dos familiares no cuidado (BRASIL, 2005). Assim, a inserção da família no tratamento é um fator indispensável no trabalho com crianças e adolescentes. Isso parece se dar no CAPSi pesquisado, onde a família aparece de forma recorrente como condição para que a assistência seja colocada em prática. Para os profissionais, assim como estabelecido pela política, é imprescindível que os familiares estejam implicados no cuidado das crianças e adolescentes, por fazerem papel fundamental na vida destes sujeitos. Caso contrário, não é possível realizar o cuidado.

Continuou relatando que o CAPSi oferece acolhimento não só pra crianças e adolescentes, mas pra família. Que além disso, oferece um apoio aos familiares que não sabem lidar com a criança e com adolescente que estão passando por determinada situação. “É um trabalho conjunto com o núcleo familiar” (Diário de campo, 10/12/2020. Entrevista 2).

Segundo ela, o trabalho inicial é o acolhimento aos pais ou responsáveis, e fazem uma ambientação. Há o auxílio aos pais a lidarem com os problemas das crianças e adolescentes, pra só depois fazer o atendimento com ao usuário. Então primeiro ver o que está se passando na família, na casa, pra depois intervir diretamente com as crianças e adolescentes (Diário de campo, 16/12/2020. Entrevista 3).

As narrativas convergem com as concepções de Belotti et al. (2018), que apontam que, ao buscar compreender e conhecer o contexto familiar e as perspectivas destes sobre a saúde mental da criança e do adolescente, os profissionais constroem estratégias para o acompanhamento do caso.

Observamos que os familiares aparecem como principal desafio no serviço, pois muitas vezes não aderem ao tratamento ou param de frequentar depois de certo tempo. Isso também se faz presente nas pesquisas de Quintanilha et al. (2017), que demonstram que

alguns familiares não aceitam se inserir no tratamento por acharem que as questões são somente das crianças e adolescentes. No caso do CAPSi pesquisado, os entrevistados apontam ainda que as faltas dos familiares não necessariamente ocorrem por desinteresse, mas pela dificuldade em levar a criança e o adolescente até o serviço. De todo modo, isso representa um impasse, uma vez que o trabalho com criança e adolescente é um trabalho conjunto com a família, como aponta uma das profissionais do serviço.

A entrevistada relata deficiência dos pais pela frequência das faltas ou por não aderir ao tratamento. Deu exemplo de casos de autista que só ingere líquido, mas isso porque não teve pais que inseriram comida sólida pra ele, hoje ele já consegue. E relatou que por isso, no caso dela enquanto nutricionista não tem como mesmo não ter um acompanhamento dos pais, porque 100% das questões das crianças são os pais, que são as pessoas que dão a alimentação. Então, para ela há uma negligência por parte dos familiares, que as vezes não seguem como ela prescreve (Diário de campo, 17/12/2020. Entrevista 4).

Como resposta a essas situações, foi relatado que a prefeitura lotou uma psicóloga no posto de saúde do Km 40 como forma de ofertar acompanhamento para o público deste local, que não tinha condições para chegar até Km 49, onde o CAPSi é localizado. Entretanto, essas ações só englobam uma profissão em específico, e não contemplam o trabalho de diferentes agentes do cuidado como proposto pela atenção psicossocial. Outra forma de ampliar o serviço refere-se à ambulância oferecida para atender casos de emergência que chegam ao serviço, ou para realizar a busca de crianças e adolescentes em casos graves que não conseguem ir até o local.

Além disso, as entrevistas apontam que o serviço costuma fazer a conscientização dos familiares e dos usuários sobre a importância na continuidade do tratamento e as visitas domiciliares para o acompanhamento dos casos. Em convergência, Lima et al. (2018) ressaltam a importância das visitas domiciliares como meio de acompanhar o usuário e a família, e possibilitar a continuidade do tratamento.

Os familiares assumem não apenas o papel de cuidadores neste processo, mas também participam como sujeitos que precisam de suporte. Para Quintanilha et al. (2017), os familiares, ao se depararem com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, passam a lidar com diversas incumbências em relação aos cuidados, de modo que podem se sentir afetados, desgastados, sofredos.

Durante as entrevistas, alguns profissionais relataram a importância de encaminhar a família para tratamento. Segundo os entrevistados, geralmente encaminham ao CAPS, localizado no mesmo terreno, ou para outros serviços do município. Para eles, o

encaminhamento é necessário porque muitas vezes os pais ou responsáveis mostra-se mais fragilizados que a criança e o adolescente, ou não sabem como lidar com determinadas situações em casa, entre outros casos.

A entrevistada disse que tem um grupo no WhatsApp com os familiares, ela, os pais e os responsáveis. [...] E relatou ter passado o número pra eles, mas não é algo que é exigido. Segundo ela, acredita que 5 minutos para ver uma situação de emergência, consegue ajudar esses familiares. [...] Durante as entrevistas, mostrou que muitos familiares mandam mensagens no privado pedindo ajuda e que as vezes são questões simples e as vezes não. E assim, essa construção com os familiares é feita, mas primeiramente faz encaminhamento. Porque as vezes não adianta fazer o tratamento com a criança e adolescente, sem os pais tendo acompanhamento, não muda em nada, segundo ela. Então tenta sempre encaminhar, seja pro CAPS, seja pro CEMES... tenta fechar a família toda em tratamento (Diário de campo, 10/12/2020. Entrevista 1).

Como sustentam Monteiro et al (2012), o CAPSi é um serviço de cuidado que abrange não só a criança e o adolescente, mas também os familiares. Sendo assim, a inserção da família não diz respeito somente à busca de informações para investigar o caso, mas como meio de oferecer ações de cuidado. Desta forma, consideramos importante refletir sobre os encaminhamentos realizados neste CAPSi, uma vez que o serviço deve proporcionar atenção a esses sujeitos. Entendemos que cada indivíduo tem suas questões particulares, no entanto, compreendemos que há questões que concernem à relação familiar e incidem diretamente sobre as crianças e adolescentes, devendo ser tratadas diretamente no CAPSi.

Além disso, há contradição entre as falas que dizem que o cuidado deve ser dado aos familiares com as narrativas de que estes precisam ser encaminhados e tratados por outro serviço. Assim, não há clareza se a atenção dada aos pais e responsáveis integra o trabalho clínico, como preconizado pela política de SMCA, ou se funciona pela via da simples ajuda, servindo a tirar dúvidas e obter informações acerca da criança e do adolescente.

Outro tema surgido na pesquisa é a compreensão dos profissionais sobre a necessidade do contato do CAPSi com outros serviços de saúde e de outros setores do município, o que remete à questão da intersetorialidade. De acordo com Couto e Delgado (2016), esta é uma estratégia da atenção psicossocial em prol do cuidado integral. No caso específico do cuidado a crianças e adolescentes, a intersetorialidade se constitui como condição para criar uma rede de serviços que possam analisar em conjunto os atravessamentos presentes na vida do público infantojuvenil.

A despeito da menção a outros serviços de saúde ou não, os termos intersetorialidade e trabalho em rede propriamente ditos não aparecem nas falas dos profissionais. Apenas uma

das entrevistadas aponta a existência das reuniões com outros serviços. Ainda assim, não faz menção a reuniões como possibilidades de construir soluções compartilhadas sobre os casos, e sim as relaciona como fatores previsíveis no serviço, por serem marcadas previamente e envolver questões mais burocráticas. Nas demais falas, o conselho tutelar apareceu de forma recorrente, por estar sempre em contato com o CAPSi encaminhando ou auxiliando na busca ativa e nas visitas domiciliares. Além disso, o contato com a escola aparece a partir da ida de professoras ao serviço para conversar sobre determinada criança ou adolescente. Assim, não foi possível afirmar que o trabalho em rede é realizado como proposto pelas políticas de SMCA.

Um tema que apareceu com frequência nas falas dos entrevistados e de extrema relevância é a pandemia e seus efeitos sobre o CAPSi. Ela levou à decretação do estado de emergência/situação vermelha no município durante as entrevistas e à redução do horário de funcionamento do serviço. Somado a isso, concorreu com a diminuição considerável da frequência dos usuários. Assim, crianças e adolescentes que precisam dar continuidade no tratamento, como depressão, tentativas de suicídio, entre outros, não estão em acompanhamento. Outra questão é o aumento expressivo de casos de abuso sexual dentro estrutura familiar, relacionado, segundo uma das entrevistadas, ao aparecimento de verdades familiares.

No que se refere à articulação dos serviços, principalmente com o conselho tutelar, as visitas domiciliares não estão ocorrendo por causa da pandemia, o que dificulta o acompanhamento e a corresponsabilização dos familiares no tratamento das crianças e adolescentes. Acrescenta-se a impossibilidade de realizar eventos e festas comemorativas, grupos e dinâmicas, entre outros. Assim, observamos o sentimento de impotência dos profissionais em relação à pandemia, o que gerou diferentes dificuldades nas práticas de cuidado.

Observamos a pandemia como um grande fator imprevisível que trouxe dificuldades para o cotidiano das práticas dos profissionais no CAPSi. Entretanto, não apareceram narrativas sobre a construção de estratégias ou soluções para o enfrentamento dessas dificuldades, sugerindo que as mesmas não foram objeto de debate entre os profissionais de modo que fosse possível a construção coletiva de iniciativas para o seu enfrentamento. No entanto, não é possível afirmar se há ou não soluções do serviço para lidar com essa grande interferência contínua nas práticas.

### **3.5.3 A perspectiva dos profissionais em relação à equipe e ao enfrentamento das dificuldades**

Neste tópico abordaremos como a equipe interfere na construção das práticas dos profissionais, bem como nas resoluções de impasses. Sobre as práticas de cuidado e a equipe, os relatos apontam a forma como eles organizam o acolhimento e o encaminhamento dos casos.

Os entrevistados informam que o primeiro encontro é o acolhimento, geralmente feito pelo profissional que está disponível no momento. Neste acolhimento são feitas a anamnese e a análise para saber para qual profissional o caso deve ser encaminhado. Após o contato com o profissional, geralmente a criança e o adolescente passam por outros profissionais do serviço. Neste sentido, segundo os profissionais, os casos são tratados pela maioria dos profissionais do CAPSi. Uma das psicólogas deu exemplo de um dos seus casos, que é uma criança diagnosticada com transtorno autista, e faz acompanhamento com a psiquiatra infantil, com a fonoaudióloga, e com a nutricionista.

Verificamos, a partir dos relatos, a percepção dos profissionais sobre a importância do cuidado ampliado e do trabalho em conjunto. No entanto, notamos que a compreensão do trabalho em conjunto refere-se a um trabalho segmentado no qual não aparece o que a atenção psicossocial propõe em relação ao trabalho em equipe multiprofissional, às reuniões de equipe e à construção do caso.

De acordo com Moreira et al. (2018), a proposta da equipe multiprofissional é o compartilhamento dos saberes em relação aos casos atendidos, com a finalidade de construir as práticas e articular as compreensões sobre o sujeito que está em sofrimento psíquico. Entretanto, Milhomem e Oliveira (2007) apontam que, muitas vezes, esses saberes não são compartilhados como equipe. Na verdade, compõe-se por diferentes profissionais atuando a partir de ações especializadas e fragmentadas. Isso é ilustrado nos resultados deste estudo, uma vez que os profissionais relacionam o trabalho em equipe ao fato dos usuários passarem por diversos profissionais, e não aparece se isso é discutido em equipe.

Segundo ela, é um trabalho em conjunto. E exemplifica que, quando chega demanda de adolescente com questão com corpo, é encaminhado pra a nutricionista, ou quando apresenta dificuldade na fala é pro fonoaudiólogo (Diário de campo, 10/12/2020).

A entrevistada relata que depois da primeira recepção do acolhimento, por alguém da equipe que estiver disponível, o usuário é direcionado aos

profissionais. Mas, independente disso, todos os casos passarão por todos os profissionais (Diário de campo, 16/12/2020. Entrevista 3).

Então os casos precisam ser separados. Fazer uma busca pra ver para qual profissional precisa ser encaminhado. Então as práticas se iniciam no acolhimento, na investigação (Diário de campo, 17/12/2020. Entrevista 5).

Neste sentido, questionamos a falta de conhecimento sobre a concepção de equipe multiprofissional, a partir dessa prática que demonstra a compreensão do cuidado como somatório de diferentes saberes que parecem não se articular. Tal modo de funcionar remete à vigência das especialidades no campo da saúde e pode resultar em um processo de cuidado fragmentado, incompleto e reducionista, distante dos princípios da integralidade e da lógica da clínica ampliada.

Por outro lado, notamos que a equipe constitui fonte de apoio, vínculo e condição para o trabalho funcionar. Segundo os entrevistados, os profissionais do serviço se colocam à disposição para auxiliar uns aos outros no cotidiano. Ainda assim, a partir da análise dos resultados, verificamos que a equipe não funciona como ferramenta constitutiva para a discussão dos casos, e constrói suas práticas na base da ajuda, a partir da demanda do profissional que necessita deste apoio para lidar com determinadas situações. Parece que falta um trabalho regular e sistemático de construção conjunta dos casos, de planejamento das ações clínicas e de gestão, em geral produzidos nas reuniões de equipe e supervisões clínico-institucionais.

A entrevistada disse que não consegue lidar com tudo, muitas vezes pede ajuda do grupo, da equipe. Relatou que, ainda mais por trabalhar na prefeitura, tem coisas que ela ainda não sabe como lidar e às vezes necessita de ajuda. Mas disse que tenta ser o máximo flexível, tenta atender a demanda que está ali. E de vez em quando pode chegar um caso que a fragiliza e que muitas vezes ela não sabe o que fazer ou que não se sente completamente bem e que sabe que “não vai dar conta”, e pede ajuda. Às vezes solicita outro profissional pra participar do atendimento, ou ajudar de alguma forma (Diário de campo, 16/12/2020. Entrevista 3).

Geralmente são os profissionais que criam uma rede de apoio pra ela [...] o que ajuda nas dificuldades são a equipe e a coordenadora. Muitas vezes senta com elas, pede auxílio. Pede recursos pra planejar como lidar com o caso, sobre o que pode estar acontecendo naquela situação. Ressalta que a coordenadora sempre esteve disposta a ajudá-la (Diário de campo, 17/12/2020. Entrevista 5).

Na primeira narrativa, há uma questão do desconhecimento profissional e uma fragilidade no encontro com determinados casos que afetam subjetivamente os técnicos. Apesar de serem discussões diferentes, consideramos destacar aqui para ilustrar que a fala da



profissional aponta para a confiança de que, em situações que ela não sabe o que fazer, há profissionais que poderão ampará-la e cooperar para que ela consiga realizar seu trabalho. O mesmo acontece com o segundo relato, o qual tem a coordenadora e o restante da equipe como fonte de apoio para enfrentar as dificuldades no trabalho.

As narrativas destacadas convergem com os conceitos de cooperação apresentados pela Psicodinâmica do Trabalho. Dejours (1999) discute que, para enfrentar as alteridades do trabalho, a cooperação aparece como forma de os indivíduos lidarem de maneira coletiva em suas práticas. Isso só acontece quando há confiança entre os profissionais para discutirem sobre o real do trabalho e construir acordos e normas coletivas. Entretanto, ainda que a cooperação possa ser percebida nos discursos, não há indícios na pesquisa de espaço de discussão e reflexão crítica sobre as dificuldades na organização do serviço e na condução dos casos. O que aparece são estratégias de apoio e não de planejamento. Podemos considerá-las como estratégias coletivas de defesa, construídas pela equipe e nas quais os profissionais se utilizam do vínculo e da boa relação como recursos para enfrentar o que se apresenta como impasses na realização das tarefas. As estratégias coletivas de defesa discutidas por Dejours e Abdoucheli (1990) dizem respeito ao modo como vários sujeitos vivenciam individualmente um sofrimento único e, a partir disso, conseguem se unir para elaborar uma estratégia defensiva comum.

Contudo, apesar de serem recursos que esses profissionais encontram para lidar com os desafios cotidianos, distanciam-se das práticas propostas pela política de SMCA, que não se baseiam no conceito de ajuda entre os profissionais, mas na articulação dos saberes em prol do sujeito que apresenta a demanda. Na pesquisa de Martellet et al (2014) foram descritos resultados similares, sendo o trabalho em conjunto definido como as boas relações entre os profissionais. Como consequência, a construção e o compartilhamento dos casos se destacaram como dificuldades do serviço.

Consideramos que as boas relações no trabalho são fatores que podem contribuir para um ambiente de trabalho prazeroso, entretanto, julgamos que neste serviço isso prevalece e pouco se discute a articulação dos saberes em prol do usuário e do familiar. Neste sentido, destacamos a falta de referências teórico-técnicas em relação aos preceitos da saúde mental, o que pode indicar uma deficiência na formação dos profissionais.

E a diferença da teoria e da prática ela se referiu dizendo que sua formação de psicólogo na parte de saúde mental foi vaga. Primeiro parecia que na saúde mental você lidaria só com a saúde mental, e na prática é o que ela falou, correr atrás do social pra depois entrar na saúde mental em específico. Relatou que o que se espera é que crianças e adolescentes tenham direitos

básicos, e quando você trabalha nesses serviços, a primeira coisa a se fazer é correr atrás disso. Introduzir direitos básicos às crianças e adolescentes, correr atrás da estrutura física, saúde e educação (Diário de campo, 16/12/2020. Entrevista 3).

Na pesquisa de Moreira et al. (2018), os profissionais apontam para essa mesma direção, tendo por base a afirmação dos entrevistados acerca de sua precária formação, e que tinha por referência o hospital psiquiátrico, campo de práticas completamente distintas da atenção psicossocial. Para as autoras, o serviço precisa promover Educação Permanente a fim de ampliar o conhecimento e proporcionar melhorias no cuidado.

Entretanto, a Educação Permanente não aparece no relato dos profissionais entrevistados no CAPSi. O que emerge a partir de duas falas são estudos realizados em casa com o intuito de se atualizarem ou de analisarem os casos. Ainda que a iniciativa individual seja necessária ao desenvolvimento dos profissionais, destacamos o quanto as soluções individualizadas são insuficientes e podem sobrecarregar o profissional, que não conta com investimento institucional na formação para o trabalho em saúde.

Notamos que, além da falta de conhecimentos e da necessidade de formação, o discurso dos profissionais é calcado na hierarquização do saber médico, de forma muito parecida com o que era preconizado no modelo manicomial.

Então para ela é um trabalho conjunto, que enquanto psicóloga, observa o comportamento, mas quando há necessidade de fechar um diagnóstico prefere encaminhar pra psiquiatra. Segundo ela, procura encaminhar em caso de dúvida [...]. E explica que faz isso porque a psiquiatra é especialista e trabalha diretamente com diagnósticos, então é alguém que sabe mais que ela, que teve formação pra isso (Diário de campo 10/12/2020. Entrevista 2).

Novamente, os profissionais do CAPSi vão ao encontro dos achados do estudo de Moreira et al (2018), que ressaltam a necessidade de espaços de reflexão sobre as formações acadêmicas e as práticas em saúde mental, que ainda parecem focar nas técnicas biomédicas e reproduzir profissionalmente e institucionalmente os discursos dos manicômios. Neste sentido, percebemos que há uma desinformação sobre as políticas de atenção ao público infantojuvenil, as diretrizes que norteiam as práticas de cuidado e sobre a clínica da atenção psicossocial.

No que se refere às formas de enfrentar as dificuldades, os profissionais se dividem a si mesmos entre aqueles que são adaptáveis, flexíveis e práticos. Reconhecemos o modo particular como cada profissional lida com determinada situação como algo que envolve processos individuais. Contudo, consideramos importante ressaltar que esses aspectos

também nos remetem às exigências do trabalhador contemporâneo, que precisa se adequar ao trabalho flexível das organizações.

Essas discussões vão ao encontro dos debates apresentados no capítulo 1, a partir das concepções de Gaulejac, Sennet e Dejours. Para Gaulejac (2007), ao passo em que a flexibilidade é inserida nos processos de trabalho no mundo contemporâneo, o trabalhador passa a ser considerado como “variável de ajustamento”, o que requer o uso da adaptação e da flexibilidade nas ações. Entretanto, de acordo com Sennet (1999), os comportamentos e ações do trabalhador contemporâneo são diretamente voltados para a questão da sobrevivência, no qual há incertezas geradas principalmente pela flexibilidade. Dejours (1999) acrescenta que os profissionais podem acabar se submetendo de forma silenciosa a processos de trabalho que geram sofrimento, a partir da incerteza do desemprego e da exclusão.

No decorrer do trabalho de campo, apareceu de forma sutil e fora do ambiente das entrevistas, a existência da instabilidade dos profissionais no trabalho devido ao fim do mandato do prefeito local. Porém, durante as entrevistas isso ficou ausente, bem como foram registradas poucas falas sobre a organização do serviço e as dificuldades decorrentes do espaço físico.

Somente duas entrevistas mencionam a necessidade de aumentar a estrutura do serviço, contratar mais profissionais para diminuir a sobrecarga dos que já trabalham e ampliar os atendimentos; quatro relatam que há falta de materiais e brinquedos. Como possibilidade de enfrentamento, uma das entrevistadas relata a necessidade de maior investimento da prefeitura. Entretanto, a segunda entrevistada apresenta o sentimento de impotência por não poder pedir melhorias pra prefeitura e nem fazer nada em relação às dificuldades.

Algumas entrevistas apontam que, para lidar com os impasses que aparecem relacionados ao trabalho, é necessário o uso da “boa vontade” e do esforço dos profissionais.

A entrevistada relatou ter profissionais muito bons no serviço, e dedicados. Disse que, apesar de terem problemas estruturais no serviço, os quais não quis expor, o esforço que a equipe faz permite que eles consigam realizar o serviço. [...] Em relação ao que poderia ser feito pra enfrentar as dificuldades, a entrevistada relatou: “vontade de trabalhar”. “Se você não gosta de saúde mental, não venha”. E acrescentou que trabalhar ali é se deparar com muitos casos difíceis, com ameaças ainda que muito veladas dos familiares, com mães que gritam muito com você. Então se há a vontade de trabalhar, é possível conseguir lidar com essas dificuldades (Diário de campo, 10/12/2020. entrevista 1).

As discussões que aparecem sobre as dificuldades relacionadas à falta de recursos, brinquedos e materiais são apontadas por uma entrevistada, que diz serem fatores que não a paralisam, que conversa com a equipe e os profissionais dão um jeitinho, seja improvisando com o que tem, seja na compra do que falta no serviço com o próprio dinheiro.

Neste sentido, percebemos nas entrevistas uma dinâmica de trabalho na qual muito se resolve na improvisação, e pouco se discute as práticas e as dificuldades voltadas à instituição e à organização do serviço. Ocupam-se em calçar as práticas profissionais na iniciativa individual, na capacidade pessoal de se adaptar e ser flexível, e no auxílio de terceiros, o que pode prejudicar o cuidado integral às crianças e adolescentes e seus familiares e sobrecarregar os trabalhadores. Não foi possível concluir se a falta de pensamento crítico em relação à desorganização do CAPSi vem de algum receio relacionado à instabilidade e à incerteza da continuidade no serviço ou diretamente dos desconhecimentos em relação à organização proposta pela SMCA.

### **3.5.4 Os diferentes sentidos de imprevisibilidade**

Neste tópico, abordaremos a percepção dos profissionais em relação ao conceito da imprevisibilidade no trabalho. Para os profissionais, o CAPSi é um serviço que proporciona um cotidiano de trabalho completamente inesperado. Segundo as narrativas, todo dia no serviço aparece uma demanda nova, alguma situação diferente com a qual os profissionais precisam lidar. Segundo os entrevistados, o trabalho se torna difícil de prever, principalmente pelos seguintes fatores: a grande variabilidade de casos que são encaminhados ao serviço, as situações inesperadas que aparecem no cotidiano, o fator dos familiares aderirem ou não ao tratamento, e as demandas em “situação de emergência” que costumam aparecer.

Consideramos que as condições relatadas pelos profissionais como fatores que proporcionam o imprevisto no cotidiano das práticas são de diferentes naturezas. Deste modo, propomos a discriminação de dois sentidos para imprevisibilidade e os definimos como: a) o imprevisto conhecido e as intercorrências cotidianas; e b) o encontro intersubjetivo, foco desta pesquisa.

- a) O imprevisto conhecido e as intercorrências cotidianas

O primeiro fator definido como imprevisibilidade refere-se a imprevistos relacionados às atividades inerentes ao CAPSi e às intercorrências que aparecem no dia-a-dia no trabalho. Segundo os profissionais, a grande variabilidade dos casos e os atendimentos à crise, apontados por eles como “situações de emergência”, são fatores que tornam o cotidiano do trabalho imprevisível. Nesses casos nos referimos ao imprevisto conhecido por serem ações que fazem parte do trabalho em CAPSi.

De acordo com os entrevistados, a variedade dos tipos de casos que chegam ao serviço faz com o que trabalho seja sempre algo novo, a ser pensado. Segundo os profissionais, os casos que mais chegam são de abuso sexual, abandono, bullying, baixa autoestima, automutilação, depressão, autismo, entre outros.

Contudo, o CAPSi é estruturado como um serviço de atenção diária e tem diretrizes que orientam suas práticas. Seus princípios são estruturados pela política de SMCA, no qual são destacados o acolhimento universal, a inserção da família, o território e a intersetorialidade como imprescindíveis no cuidado. Em relação ao acolhimento universal, é importante destacarmos que os CAPSi devem acolher toda demanda de saúde mental que recebem no território, funcionando de portas abertas, e realizando encaminhamentos e articulações intersetoriais quando necessário (BRASIL, 2005). Neste sentido, o que é definido pelos profissionais como fatores que geram o inesperado e também a reconstrução das práticas são situações de responsabilidade do serviço, para os quais há direções claras para o atendimento.

Chama muita atenção que não há sequer menção sobre o sofrimento psíquico desses diferentes usuários que frequentam o serviço, nem sobre a imprevisibilidade causada pelo encontro das subjetividades na prática clínica, que poderia ser relacionada à variabilidade dos casos. Desta forma, consideramos que esse fator concerne mais a uma questão institucional e à não compreensão do que é definido como função do CAPSi, do que para a questão da imprevisibilidade tal como discutida nessa dissertação. Analisamos esse fator pela falta de menção aos conceitos da atenção psicossocial nas entrevistas, e pelas descrições que sugerem práticas de improviso sem bases claras, sugerindo que não há uma organização por parte da gestão que consiga ter clareza sobre o que a atenção psicossocial propõe, somada à falta de compreensão por parte dos profissionais das práticas a serem realizadas no CAPSi.

Isso também aparece na discussão sobre o CAPSi pesquisado por Morais et. (2019), onde a gestão tem dificuldade em conhecer e colocar em prática o que é preconizado pela atenção psicossocial. A diferença entre o CAPSi do referido estudo e o da nossa pesquisa é que os profissionais entrevistados pelos autores apontam a necessidade das reuniões de equipe

como espaço para reflexão das práticas, bem como o reconhecimento da importância de terem educação permanente. Já os profissionais do presente estudo apresentaram outras formas de lidar com as dificuldades de estrutura e do desconhecimento teórico-técnico, já discutidas.

De acordo com os profissionais, além das diferentes demandas, as “situações emergenciais” tornam o trabalho inesperado. Essa concepção de “situações emergenciais”, concebida pelos entrevistados, por vezes refere-se às situações de crise. A emergência, apesar de acontecer com frequência, é relatada sempre como algo novo para os profissionais, exigindo deles a reconstrução das práticas para atender determinada demanda.

A entrevistada contou que ia atender naquele determinado horário, mas que esse caso de abuso sexual do conselho chegou nas mãos dela de forma totalmente inesperada. A criança estava em depressão por conta do que havia sofrido e tinha tentado se suicidar. A profissional relata que teve que largar o que estava fazendo, passar o atendimento que iria realizar para outro profissional e mudar agenda pra poder atender aquela demanda. Para ela, “havia um caso muito fragilizado e delicado. Havia um sofrimento psíquico diferente”. A entrevistada relatou nunca ter visto todo aquele sofrimento, que apesar ser intenso, aquele sofrimento psíquico era algo muito inesperado de uma maneira que ela nunca tinha visto (Diário de campo, dia 10/12/2020. Entrevista 2).

Ela disse que é um trabalho inimaginável, que é até difícil me explicar. Pedi pra ela me contar um pouco mais quais são essas situações e como elas interferiam na sua atuação. Ela deu exemplo dizendo que um paciente que teve tentativa de suicídio, e a mãe chegou lá desesperada. Então a profissional teve que largar tudo pra ir ao postinho (Diário de campo, dia 17/12/2020. Entrevista 4).

Como é possível perceber, as narrativas discorrem sobre situações urgentes ou de crise que aparecem no serviço e são inerentes a este. Neste ponto, não foi possível concluir se: 1) os profissionais entendem que os atendimentos a essas situações fazem parte do rol das atividades do CAPSi, e atribuem o caráter de imprevisto ao que acontece como consequência do atendimento de urgências ou crises, ou seja, o que eles precisam inventar para lidarem com esses casos, ou 2) se esses atendimentos para eles é algo que foge do trabalho que o CAPSi se propõe a atender.

Como possibilidade da primeira opção, os resultados estão de acordo com a pesquisa de Moraes et al. (2019), que sustenta que o acolhimento das situações de crise requer da equipe a atuação no aqui e agora a partir da invenção de soluções. Para as autoras, as crianças e adolescentes vivenciam diversas situações que podem ocasionar a mobilização de somente um profissional do serviço, ou até mesmo movimentar toda a equipe ou demais serviços da rede da saúde mental.

Contudo, o CAPSi estudado por elas difere do serviço aqui apresentado por apresentar estratégias para amenizar as dificuldades originadas pelo trabalho proposto. Isso é feito a

partir da disponibilidade de um plantonista para atender a dinâmica presente no dia-a-dia do trabalho e, sobretudo, o acolhimento das crises. Apesar das dificuldades apresentadas pelo plantonista, como sobrecarga de atividades, este exerce um papel essencial para o processo de trabalho no CAPSi, de acordo com a perspectiva dos profissionais.

Nos causa estranhamento que esses fatores apareçam como causa do trabalho imprevisto, uma vez que são conhecidos e inerentes ao serviço. Refletimos que a possível falta de clareza dos recursos técnicos, relacionados à clareza sobre os princípios da Atenção Psicossocial, o norte das práticas e as particularidades do trabalho com crianças e adolescentes, podem contribuir para acentuar a sensação da imprevisibilidade.

Acrescentam-se neste tópico as intercorrências cotidianas, no qual destacam-se as falas referentes às situações inesperadas que podem aparecer no cotidiano dos profissionais. Essas ocorrências podem exigir do profissional o uso da criatividade a partir dos conhecimentos técnicos, ou o improviso sem referência.

No CAPSi acontecem muitas situações inesperadas, segundo ela. A entrevistada brincou dizendo que outro dia apareceu cobra, no outro apareceu lagarto, falando um pouco da estrutura. Disse que às vezes tem criança que não quer ir embora e chora muito. E disse: “Então tudo que você possa imaginar acontece aqui” (Diário de campo, dia 17/12/2020. Entrevista 4).

Ela disse que... deu pausas. Disse que sempre planeja, cria estratégias pra cada caso. Procura estar sempre estudando. Mas é muita situação inesperada. E deu exemplo: medicação. Disse que as vezes a família dá medicação na hora errada pra criança ou adolescente, e às vezes eles chegam lá no horário marcado pro atendimento, mas acabam tendo que ir pra enfermaria. Disse que isso é recorrente (Diário de campo, 16/12/2020, Entrevista 3).

Ela relatou que uma paciente desmaiou no atendimento, era final de expediente. Disse que mudou tudo, teve que procurar, levar ao postinho, investigar o que tinha acontecido, planejar o que fazer naquele caso, trabalhar em cima disso. Então disse que tem muitas coisas inesperadas todo dia (Diário de campo, dia 17/12/2020. Entrevista 5).

Vale ressaltar que os imprevistos acontecem em todos os tipos de trabalho, e neste caso não se apresentam como particularidade do campo de atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Segundo as narrativas, são fatores imprevisíveis por serem circunstanciais, tornando o cotidiano inesperado.

Enquanto a profissional relatava sobre suas percepções do serviço, começamos a perceber que havia um tumulto na parte da frente do CAPSi. Dava pra ouvir da sala da coordenação onde estávamos. E ela pediu uma pausa e foi ver o que estava acontecendo. Era um cara que havia confundido o CAPSi com o CAPS, que fica também no mesmo terreno, no primeiro imóvel. Ele discutia com uma das profissionais que estavam na porta. A entrevistada foi até lá e explicou pra ele que lá

era o serviço pra criança e por isso ele não poderia ser atendido, que ele deveria ir lá pra frente, onde é o serviço pra adulto. Assim que ela retornou, ela falou: “tá vendo? É sobre isso que estou te falando, é tudo assim, todo dia aparece” (DIÁRIO DE CAMPO, 10/12/2020).

Consideramos importante relatar essa situação que aconteceu durante a realização da primeira entrevista para explicitarmos nossa percepção de que, em alguns momentos, as vias entre o trabalho a ser realizado e os impasses do cotidiano se fundem e sugerem que todo trabalho referente ao CAPSi é imprevisível e requer o uso de “jeitinhos” pra improvisar e fazer dar certo.

Entretanto, como já discutido, parte das situações imprevisíveis destacadas são também da ordem institucional e do saber-fazer da atenção psicossocial, ou seja, há possibilidades de planejamento e estratégias de organização para muitos desses fatores que os profissionais definem como imprevisível. Além disso, ainda que existam fatores que fogem do previsto, o foco da pesquisa é a imprevisibilidade da clínica causada pelo encontro intersubjetivo no CAPSi discutida a seguir.

#### b) O encontro intersubjetivo

A compreensão da criança e do adolescente enquanto sujeitos de direitos foi estabelecida de forma tardia, assim como sua inserção nas discussões do campo da saúde mental. A lógica do cuidado em relação a este público baseia-se no que as políticas de SMCA definem como princípios norteadores, já discutidos aqui. De acordo com eles, o cuidado é singular e deve ser construído a cada encontro.

A dimensão singular do cuidado também aparece nos debates sobre a produção de saúde de modo geral. Faria e Dalbello-Araújo (2010) situam a singularidade como parte do cuidado, que é sempre relacional e advém da interação entre sujeitos. As autoras apontam que o encontro intersubjetivo é envolvido por diferentes valores, crenças, particularidades e subjetividades. Para que as últimas sejam consideradas, entretanto, é importante que haja a construção do vínculo, da relação e a coparticipação dos sujeitos envolvidos.

A partir dessa concepção, a pesquisa buscou compreender a imprevisibilidade do trabalho no campo da SMCA, sob o viés do encontro intersubjetivo nas práticas clínicas. Apesar de ser o foco do trabalho, as imprevisibilidades não apareceram de forma como



esperado, ou seja, como fator preponderante e especificamente relacionado ao encontro entre profissional – usuário ou entre profissional – familiar.

Em todas as entrevistas, em relação ao encontro aparecem respostas que discutem que “cada caso é um caso”, que as formas de cuidado são construídas a partir do olhar humanizado, da adaptação para ouvir diferentes posicionamentos das pessoas, e que cada família tem sua particularidade. Deste modo, revelam uma preocupação com o acolhimento da singularidade dos casos, mas não aprofundam de que modo, e em que dimensões, o fazer clínico da atenção psicossocial é imprevisível. Como apresentado na seguinte fala:

Ela apresenta a necessidade do elo com os familiares e profissionais. Segundo a entrevistada, se não tiver um trabalho conjunto da família com toda equipe, o trabalho não funciona. Então muitas vezes eles criam afinidade, criam uma troca. Costumam ganhar presente, neste dia mesmo haviam ganhado presente no serviço. Ela disse que é gostoso ter essa troca, geralmente tem um feedback bom na grande maioria das vezes (Diário de campo, 17/12/2020. Entrevista 4.)

Essa narrativa é uma das respostas referentes ao encontro intersubjetivo, o que nos faz refletir que o trabalho realizado nesse serviço depende das afinidades não só nas relações entre as equipes, mas com os familiares. Não há discussão sobre as práticas construídas pelo encontro, sobre o sofrimento psíquico da criança e do adolescente. Parece haver uma compreensão de que se as boas relações entre todos forem mantidas, o trabalho vai ser realizado, e pouco aparecem o amparo teórico das políticas de SMCA que preconizam o vínculo, mas também as demais referências técnicas para a realização das práticas de cuidado no encontro entre profissional e usuário, familiar.

Os profissionais apontam de forma recorrente que os pais carregam o sofrimento e angústias por não saberem lidar com seus filhos e que, por isso, devem receber apoio, ainda que seja indicando para que façam acompanhamento em outros serviços ou dando esclarecimentos a esses pais sobre como lidar com determinadas situações. Observamos que o encontro com os familiares não aparece como o espaço possível para o cuidado desses sujeitos também afetados pelo sofrimento psíquico das crianças e adolescentes. Como consequência, não é possível constatar a imprevisibilidade do encontro das subjetividades do profissional com as dos familiares, porque parece não haver prática clínica no serviço para esses sujeitos. Há identificação do sofrimento, mas em grande maioria, as respostas a isso são os encaminhamentos.

Acrescentam-se ao debate os fatos de a família ganhar destaque nos discursos dos profissionais e de os profissionais realizarem poucas discussões sobre as crianças e

adolescentes em sofrimento psíquico. Aparecem o sofrimento dos pais, a investigação na família, as dificuldades referentes a família, mas pouco os próprios usuários, como é o encontro dos técnicos e sua subjetividade com esse público infantojuvenil, demasiadamente afetado pela dor e angústia.

Segundo Lima (2014), a intersubjetividade se faz presente desde o início da vida, uma vez que ao nascer todo sujeito é inserido na relação com o mundo ao redor, especificamente a família aparece como primeira relação imersa dos bebês ao meio social. A partir das interações, a criança vai se estruturando psiquicamente levando em si um pouco do outro. Pelo papel constitutivo da família na formação da subjetividade, a atenção às crianças e adolescentes deve sempre conter a participação e o cuidado aos pais e responsáveis. Entretanto, o autor aponta para a necessidade de levar em conta as crianças e adolescentes como sujeitos que têm direitos de serem cuidados e ouvidos, sem que se tornem meros objetos de intervenção. Para ele, é preciso os profissionais estarem atentos as falas, comportamentos, desenhos, brincadeiras, ou às diversas formas que a criança ou o jovem encontram para se expressar.

Observamos que nada disso aparece nas entrevistas com os profissionais na discussão sobre o encontro com o usuário, sobre a construção das práticas, nem na percepção do trabalho deles no serviço. Apesar de relatarem a importância da escuta humanizada e a necessidade de olhar para as singularidades, consideramos importante refletir sobre qual lugar que essas crianças e adolescentes usuárias do serviço ocupam na construção das práticas dos profissionais. Ao pensar neste público enquanto sujeitos de direitos implicados em seus tratamentos, nos questionamos o que de fato é levado em consideração na clínica.

Chama muita atenção o silêncio dos profissionais em relação à clínica, ao que pode aparecer no encontro intersubjetivo nas práticas. Entendemos que o encontro dá lugar ao sujeito, mas é importante refletir que é neste espaço o qual a transferência se instaura, bem como as imprevisibilidades deste meio analítico. Através deste, os dilemas relacionados às fantasias, as resistências, ao horror e impactos causados pela dimensão do real aparecem.

Neste sentido, as concepções de imprevisibilidade citadas pelos profissionais não aparecem de acordo com as hipóteses desta pesquisa, visto que há pouca menção à clínica intersubjetiva e às particularidades do cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Em uma dinâmica de trabalho na qual há pouca organização e clareza sobre a missão institucional, o imprevisível, o imponderável, que talvez devesse ser reservado à clínica, abarca todo o cotidiano de trabalho e parece manter os profissionais permanentemente em posição de iniciantes, recomeçando e improvisando as práticas de cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, resgatamos nossa hipótese inicial de que o encontro das subjetividades entre profissional e usuário e profissional e familiar interfere na construção das práticas de cuidado. Para isso, consideramos importante apresentar o campo do trabalho, o reconhecimento da subjetividade nos ambientes organizacionais, as mudanças referentes às exigências do trabalhador contemporâneo e como essas discussões fazem parte do trabalho em saúde. Para aprofundar o debate, escolhemos a saúde mental de crianças e adolescentes como campo a ser investigado, considerando as particularidades do trabalho com essa faixa etária.

Como preconizado pelas políticas de SMCA, o direcionamento das práticas se inicia com a compreensão de crianças e adolescentes enquanto sujeitos psíquicos de direitos, para assim entender que a oferta do cuidado deve ser singular e baseada na integralidade. Somam-se a isso, a importância da inclusão dos familiares no cuidado, do funcionamento da equipe multiprofissional, do trabalho intersetorial, da noção do acolhimento universal, entre outros.

Nesta pesquisa, os profissionais entrevistados do CAPSi apresentaram suas percepções em relação ao serviço e às práticas realizadas, bem como suas concepções sobre os desafios enfrentados e os modos como lidam com estes. Em uma análise final, consideramos importante ressaltar que as discussões apontam para falta de conhecimento sobre o que a Atenção Psicossocial propõe em relação às práticas de cuidado, às incumbências do serviço e à organização do CAPSi.

Em relação ao cuidado, percebemos que os profissionais frequentemente se referem ao trabalho calcado na humanização das práticas. As narrativas indicaram que o trabalho no CAPSi exige a escuta humanizada para acessar a singularidade do sujeito. Contudo, os demais fatores apresentados pelas políticas de SMCA, que também possuem papel fundamental para tornar o cuidado singular, não são discutidos pelos profissionais. O termo intersetorialidade não aparece nas falas, bem como, o território não é discutido como referência do cuidado. O único resquício da intersetorialidade são as reuniões com outros serviços, citadas pelos profissionais, porém sem que estas se caracterizem como espaço de discussão de casos ou de elaboração do tratamento.

O que aparece como principal direção, além da escuta humanizada, é o trabalho com a família. Para os entrevistados, todo trabalho com criança e adolescente exige a participação dos familiares. Entretanto, ao analisar as falas sobre a inserção destes pais e responsáveis no serviço, percebemos novamente um possível desconhecimento sobre como deve ser feito o

trabalho com a família. As falas sugerem que os familiares são importantes para o cuidado, mas tal importância se dá pela necessidade de coletar informações e acompanhar como está a criança e o adolescente, do que como possibilidade de oferta de cuidados a esses sujeitos. Soma-se a isso as referências aos vínculos com os familiares, que parecem ser realizados por meio de trocas de informações e do estabelecimento de boas relações, mas que não parecem ser construídas na prática clínica.

Ainda sobre a família, estes aparecem como principal desafio do serviço por muitas vezes não aderirem ao tratamento, faltarem com frequência ou desistirem de levar as crianças e adolescentes no “meio” do processo. Para enfrentar esses desafios, os profissionais apresentam as ações de conscientização aos familiares sobre a importância da continuidade e da corresponsabilização destes no tratamento. Além disso, as visitas domiciliares e a busca ativa apareceram como opção para manter o acompanhamento dos casos.

Os demais desafios apresentados foram referentes à falta de brinquedos e materiais e à necessidade de ampliação do serviço, tanto em nível de estrutura física, quanto pela à contratação de mais profissionais. As percepções sobre o que poderia ser feito para encarar as dificuldades resumem-se entre duas falas voltadas para a necessidade de investimento da prefeitura e três em relação a possibilidade de improvisar com o que tem ou fazer esforço para comprar o que falta.

Neste contexto, analisamos que durante as entrevistas o discurso sobre a boa vontade dos profissionais em fazer dar certo, aliado à cooperação e confiança entre os profissionais da equipe, é o que torna o trabalho possível para os entrevistados. Para os profissionais, o serviço só consegue realizar o que é proposto a partir da equipe “forte” e do esforço destes.

Não desconsideramos a importância da equipe multiprofissional, uma vez que constitui papel fundamental na atenção psicossocial. Entretanto, percebemos nas falas a falta de referências relacionadas à construção conjunta dos casos, às reuniões, à elaboração dos projetos terapêuticos, ou seja, não há indicação de que as práticas de cuidado sejam discutidas em equipe. O que é ilustrado aponta para a fragmentação do cuidado, no qual os casos passam por diversos profissionais, mas não há – não nas entrevistas - articulação entre saberes.

Acrescentam-se à discussão sobre a atuação da equipe, a capacidade de adaptação, flexibilidade e praticidade relatada pelos profissionais para lidar com situações consideradas difíceis ou inesperadas. Relacionamos essas características às do trabalhador contemporâneo, que está sempre precisando se adaptar às novas invenções e flexibilizações das organizações. Contudo, por mais que isso se faça presente como tendência geral no campo do trabalho, consideramos importante refletir sobre as suas consequências em um serviço de saúde mental

como o CAPSi. Chama a nossa atenção que os profissionais não se queixem do constante recomeçar, procurando positivar um cotidiano de trabalho incerto, pouco organizado e, provavelmente, cansativo. Além disso, cabe ressaltar que as respostas individuais dificilmente darão conta das dificuldades enfrentadas, que aqui se apresentam como a desorganização do serviço e a falta de investimento na formação permanente dos profissionais.

No que se refere à imprevisibilidade nas práticas de cuidado, primeiramente faz-se necessário trazer o contexto da pandemia de COVID como fator inesperado tanto ao trabalho de campo, quanto às práticas de cuidado a serem desenvolvidas no CAPSi. Como relatado, esse momento trouxe incertezas e a necessidade de reorganização de diversos profissionais. No meu caso, enquanto pesquisadora, o adiamento e a incerteza em relação à própria realização da pesquisa de campo exigiram a reinvenção dos modos de pesquisa. Entretanto, torna-se importante destacar que essas imprevisibilidades e a necessidade de readaptação e de estudos sobre métodos que tornassem a pesquisa de campo viável, considerando o contexto da pandemia, contribuíram para minha formação como pesquisadora, ampliando conhecimentos e possivelmente facilitando a realização de futuras pesquisas de campo.

Em relação ao serviço, foram relatadas interferências na execução das práticas profissionais, tanto em relação ao funcionamento do serviço e à diminuição dos casos atendidos, quanto à impossibilidade de manter as visitas domiciliares e os eventos de conscientização. Neste ponto, não foram apresentadas nas entrevistas o planejamento de estratégias para enfrentar essas intercorrências.

A partir da análise das entrevistas e do diário de campo, definimos dois sentidos para imprevisibilidade no contexto pesquisado. O primeiro diz respeito às ações do serviço consideradas inesperadas pelos profissionais e aos impasses que acontecem no cotidiano, e o segundo ao encontro intersubjetivo.

Sobre as ações conhecidas, destacam-se a variabilidade dos casos que chegam até o CAPSi e as “situações de emergência”. No entanto, ambas as situações, por mais que possam ser desafiadoras para a equipe, fazem parte da missão institucional do CAPSi, que, como serviço de saúde mental, deve realizar acolhimento universal e atendimento à crise. Segundo os profissionais, os casos que chegam são muito diferentes entre si, e por isso, o trabalho se torna imprevisível pela diferente demanda que aparece. Podemos analisar que este fator considerado imprevisível é algo conhecido pelo serviço, e não é relatado pela via do encontro intersubjetivo nas práticas clínicas. Não há relação entre serem diferentes casos e o sofrimento psíquico que deles advém, ou como essa variabilidade seria desafiadora para a construção das práticas de cuidado. Além disso, não foram relatadas iniciativas que pudessem analisar a

demanda recebida e propor articulações, encaminhamentos implicados e demais ações intersetoriais, mobilizando outros recursos do território que pudessem “desafogar” o CAPSi.

Sobre as “situações de emergência”, não foi possível concluir pelas falas se há também essa falta de clareza de que o serviço é responsável por realizar os atendimentos à crise. De toda forma, ressaltamos, em concordância com a revisão bibliográfica, que o atendimento em crise pode gerar situações imprevisíveis no cotidiano dos profissionais, que precisam planejar ações rápidas. Contudo, ao compreender que o atendimento à crise é atividade inerente ao CAPSi, há possibilidade da gestão se organizar e criar estratégias que diminuam a lacuna entre o previsto e o que se torna inesperado. Adicionados neste primeiro tópico da imprevisibilidade, apareceram as situações inesperadas do cotidiano, as quais podem estar relacionadas à estrutura do serviço, ao aparecimento de animais, à falta de luz, entre outros, que tornam o cotidiano inesperado.

Nesta perspectiva, entendemos que esse primeiro sentido da imprevisibilidade compreende situações que podem ser previstas por constituírem o rol de atividades do serviço. Sendo assim, dizem respeito mais a uma questão institucional do que à imprevisibilidade gerada pelo encontro de subjetividades entre profissional e usuário, e profissional – familiar, no espaço das práticas clínicas apresentada neste estudo.

Esta, por sua vez, não ganha espaço nas falas dos profissionais. O encontro com os usuários e familiares é relacionado ao vínculo, às boas relações, à necessidade de investigar o caso de maneira singular, à noção do “cada caso é um caso”. Dito isso, chama a atenção que os profissionais não façam referência ao sofrimento psíquico e às subjetividades presentes nas práticas clínicas. Consideramos que, em parte, isso pode ser explicado pela falta de compreensão do que o CAPSi propõe e pela deficiência na formação dos profissionais.

Em relação a falta de clareza sobre as atividades a serem realizadas, percebemos que, em relação aos familiares, não parece haver a noção que o cuidado a estes sujeitos também é destinado ao serviço, que não deve se limitar a esclarecimentos e troca de informações, mas efetivamente incluí-los nos projetos terapêuticos das crianças e adolescentes. Refletimos que estas dificuldades podem interferir diretamente no modo como vão ser realizadas as práticas de cuidado e no que é proposto em relação a crianças e adolescentes enquanto sujeitos psíquicos e de direitos.

De fato, notamos o quanto o público infantojuvenil e o seu sofrimento psíquico pouco aparecem nas entrevistas, mantendo-se invisíveis, ou reduzidos ao discurso dos familiares. Questionamos onde estão as produções desses sujeitos, capazes de expressar, a seu modo, suas vivências, desejos e angústias, desde que haja interlocutor sensível e capaz de ouvi-los.

Se os profissionais do CAPSi não reconhecem as crianças e os adolescentes como sujeitos psíquicos, capazes de falar sobre seu modo de estar no mundo e seus sofrimentos, não há possibilidade de encontro intersubjetivo. Tal constatação nos remete à história das políticas de atenção à infância e à invisibilidade que caracterizou, durante tantas décadas, a saúde mental dessa população.

Neste sentido, não foi possível concluir como as práticas de cuidado são construídas a partir da imprevisibilidade do encontro intersubjetivo, pois entendemos como premissa básica para o trabalho clínico com crianças e adolescentes a sua escuta como sujeitos. Por outro lado, constatamos que a imprevisibilidade, na percepção dos profissionais, toma uma proporção muito ampla, abarcando todo o cotidiano de trabalho e sugerindo que tudo é resolvido no imprevisto, pelo esforço e boa vontade da equipe.

Finalmente, ressaltamos que as discussões aqui apresentadas podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre o modo de funcionamento e os desafios do serviço do município, sinalizando semelhanças e diferenças com outros estudos, em diferentes contextos. Além disso, soma-se a demais estudos que tomam como objeto outros recursos assistenciais da região, aumentando as possibilidades de elaboração de estratégias de enfrentamento e organização para que o cuidado integral a crianças e adolescentes seja realizado como proposto. Deste modo, almejamos que as reflexões aqui apresentadas possam contribuir com a discussão sobre as práticas de cuidado no município e os caminhos para a sua transformação, aproximando-as da lógica da atenção psicossocial.

## LISTAGEM BIBLIOGRÁFICA

- ACIOLE, G.G; e PEDRO, M.J. **Sobre a saúde de quem trabalha em saúde**: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 194-206. 2015.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. **Política de saúde mental Infantojuvenil**: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Orgs.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 33-45, 2016.
- ANJOS, C. S. N. et al. **Redes e ação intersetorial**: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2014.
- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2005.
- AYRES J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. *Saúde Soc*. 2004; 15(3):16-29.
- AYRES J.R.C.M. **Subjetividade, intersubjetividade e práticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;7(1):63-72.
- BARATA, M. F. O.; NÓBREGA, K. B. G.; JESUS, K. C. S.; LIMA, M. L. L. T.; FACUNDES, V. L.D. **Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**: ações de promoção à saúde. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015 maio-ago.;26(2):225-33.
- BARROS, M. E. B. **Trabalhar**: usar de si, sair de si. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (22): 345-363, 2007.
- BARROS, P.C.R.; MENDES, A.M.B. **Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil**. *Psico-USF*, v.8, n.1, p.63-70, 2003.
- BASAGLIA, F. **As Instituições da Violência**. In Basaglia, et al. *A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS**: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*. V. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.



- BELOTTI, M.; MAIA, C. C.; AVELLAR, L.Z.; SILVA, P. O. M. S. **Percepções sobre o processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.** Temas em Psicologia – dezembro 2017, Vol. 25, nº 4, 1547-1557.
- BENDASSOLLI, P. F. e SOBOLL L. A. P, (Org.) – **Clinicas do Trabalho:** novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade – São Paulo: Atlas, 2011.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciência Saúde Coletiva. 2005, vol. 10, n.3.
- BOFF, L. **Saber Cuidar:** ética do humano, compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Petrópolis; 1999.
- BORGES, L., O. **As concepções do trabalho: um estudo e análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional.** RAC – Revista de Administração Contemporânea. Curitiba: CEPPAD/UFPR, v.3, n.3, Set./Dez. 81-107, 1999.
- BRAGA, C.P.; D’OLIVEIRA, A.F.P.L. **Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes:** percurso histórico e caminhos de participação. Ciência & Saúde Coletiva, 24(2):401-410, 2019.
- BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF); 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF); 2006.
- BRASIL. **Lei Nº 8.069,** de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS:** tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 76 p. Série B. Textos Básicos em Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 336,** de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes de organização dos CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. n. 34. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social** (NOB-RH/SUAS). Brasília, 2007.

BUB, M. B. C. *et al.* **Noção de cuidado de si mesmo e conceito de autocuidado na enfermagem**. *Texto e Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006.

CAMPOS, G. W. S. AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CARNUT, L. **Cuidado, integralidade e atenção primária**: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, outubro 2017.

CARRETEIRO, T. C. **A doença como projeto**: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. In: SAWAIA, S. (Orgs.). *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001.

CECILIO, L.C.O. **O "trabalhador moral" na saúde**: reflexões sobre um conceito Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 11, núm. 22. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil. 2007, pp. 345-351.

CECILIO, L.C.O. **A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói**: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface* (Botucatu). 2009; 13(1):545-55

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A.N. **Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):333-342, 2015.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. **Atenção Psicossocial**: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P.D.C. Amarante (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003.

- COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica:** contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP; 2013.
- COUTO, M. C. V. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes:** especificidades e desafios da experiência brasileira (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.
- COUTO, M. C. V., DELGADO, P.G.G. **Intersetorialidade:** uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9.
- COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira:** inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*. v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.
- COUTO, M. C. V.; DUARTE, E. C. S.; DELGADO, P. G. G. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira:** situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;1(30):390-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>.
- COUTO, M. C. V. **Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes.** In: COUTO, Maria Cristina Ventura (Org.). *A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC. P. 61-74, 2004.
- CRUZ, M. M. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde.** In: Gondim R,
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.
- DECCA, E. S. **O nascimento das fábricas.** São Paulo: brasiliense, 2004.
- DEJOURS, C *A loucura do Trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5ª Edição Ampliada.* São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho.** São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.
- DEJOURS, C. ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho.** In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1990.
- DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1993.
- DEJOURS, C. **O Fator humano.** Rio de Janeiro: FGV; 2002.

- DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. Revista Produção, São Paulo, v. 14, n.3, p. 27-34, 2004.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 7ª ed. 2007.
- DEJOURS, C. **Sufrimento e prazer no trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1. ed. São Paulo: Atlas, p.167-184, 2009.
- DEJOURS, C.; JAYET, C. **Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1.ed. São Paulo: Atlas, p.67-118, 2009.
- DEJOURS, C. **Trabalho Vivo – Sexualidade e Trabalho**. Brasília: Paralelo 15. 2012
- DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. **Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil**. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(2): 357-366.
- DELGADO, P. G. G. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(12): 4701-4706.
- DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007
- DRUCK, M. G. **Terceirização: (Des)Fordizando a Fábrica: um estudo do complexo petroquímico da Bahia**. São Paulo: Boitempo. 1999.
- FALKEMBACH, Elza Maria F. **Diário de campo: um instrumento de reflexão**. In: Contexto e educação. Ijuí, RS Vol. 2, n. 7 (jul./set. 1987), p. 19-24.
- FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. **Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.
- FARO, A.; BAHIANO, M. A.; NAKANO, T.C.; REIS, C.; SILVA, B. F. P.; VITTI, L.S. **Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado**. Estud. psicol. (Campinas) vol.37.Campinas Epub 01-Jun-2020.
- FELDMAN, C. **Entre a clínica ampliada e a clínica especializada: um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

- FIGUEIREDO, A. C. **A construção do caso clínico:** uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental. V. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.
- FLEURY, A. C. C.; VARGAS, N. (org). **Organização do trabalho:** uma abordagem interdisciplinar – sete casos brasileiros para estudo. São Paulo: Atlas, 1983.
- FONSECA, C. M. O. **A história da ABRASCO:** Política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA NT, SANTANA JP, organizador. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 21-41.
- FONSECA, M. L. G. **O Profissional da Saúde como Sujeito, Sofrimento no Trabalho e Gestão.** In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (Org.) Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Editora Vozes. 29ª Edição. 2004.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde.** Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.6, n. 12, p. 151-63, 2012.
- FREUD, S. **O ego e os mecanismos de defesa.** Rio de Janeiro: Biblioteca Universal, 1968. P.54-65.
- GAULEJAC, V. **Gestão como Doença Social:** ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Ed. Idéias Letras. São Paulo, 2007.
- GONÇALVES, G. L. **Acumulação Primitiva, expropriação e violência jurídica:** expandindo as fronteiras da sociologia crítica do direito. Rev. Direito e Práxis, Rio de Janeiro, Vol. 08, N. 2, 2017, p. 1028-1082.
- GOSDAL, T. C. **Histórico das relações de trabalho e seu reflexo na organização e gestão do trabalho:** do assédio moral ao assédio moral organizacional. In: MACEDO, k. B. et al Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar: Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.
- GRABOIS, Victor. **Gestão do cuidado.** In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos gestores do SUS. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p. 153-90, 2011.
- GUERRA, A.M.C. **A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil.** Psychê, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 139-154, jun. 2005.
- HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão:** Guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2014.

- HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola. 1992.
- HELOANI, J. R. M. **Histórico das relações de trabalho e seu reflexo na organização e gestão laboral**. In: MACEDO, k. B. et al Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar: Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.
- LACAZ, F. A. C. **As diferentes formas de apreensão das relações trabalho e saúde. O campo Saúde do Trabalhador: Aspectos históricos e epistemológicos**. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). Saúde Coletiva: teoria e prática. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: MedBook, p. 495- 610. 2014.
- LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização**. In: PINHEIRO, Roseni et al (Orgs.). Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. P. 137-154.
- LIMA, C. M.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.; OLIVEIRA, B. D. C. **Mapeamento dos recursos humanos e serviços ofertados por dois Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Nº 20. DEZ.,2018.
- LIMA, R.C. **Saúde Mental na Infância e Adolescência**. In Jorge, Marco Aurélio Soares (Org). Políticas de cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.
- MAIA, C. C.; AVELLAR, L. Z. **Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSi**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 18, n. 4, p. 725-735, out./dez. 2013.
- MANDÚ, E. N. T. **Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde**. Rev Latino-am Enfermagem 2004 julho-agosto; 12(4):665- 75.
- MARCONI, M.A. e LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6º edição, São Paulo: Atlas, 2007.
- MARTELLET, E. C.; MOTTA, R. F.; CARPES, A. D. **A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 637-654,set./dez. 2014.
- MARTINS, G.A. e PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.
- MATTOS, R. A. **A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da Integralidade)**. Cad. Saúde Pública. 2004.

- MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. CEPESC, IMS/UERJ, Abrasco. 8º Ed. Rio de Janeiro, 2009.
- MENDES EV. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996.
- MERHY, E.E. **A micropolítica do trabalho vivo em ato:** uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E. E. Saúde e Cartografia do Trabalho Vivo em Ato. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MILL, J. S. **Coleção Os Economistas** - São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **A pesquisa qualitativa.** Em: M. C. S. MINAYO. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MIRANDA, L. **Criatividade e Trabalho Em Saúde:** Contribuições Da Teoria Winnicottiana. In: Subjetividade, Gestão e Cuidado Em Saúde: Abordagens Da Psicossociologia. Org. AZEVEDO C. S.; SÁ, M. C. Editora FIOCRUZ, Manguinhos, Rio De Janeiro, 2013, pp. 87–115.
- MOLINIER, P. **O trabalho e a psique. Uma introdução à Psicodinâmica do trabalho.** São Paulo: Paralelo 15, 2013.
- MONTEIRO, A.R.M.; RABELO, K. P. S.; TEIXEIRA, L. A.; TAVARES, S. F. V.; SILVA, R. S. M.; TÁVORA, R. C. O. **Sofrimento Psíquico em crianças e adolescentes – a busca pelo tratamento.** Esc Anna Nery (impr.) 2012.
- MORAIS, R., COUTO, M. C. V., FARIA, D. L. S.; MODENA, C. M. **O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim.** Pesquisas e Práticas Psicossociais 14(1), São João del-Rei, janeiro-março de 2019.
- MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. O. N.; JUCÁ, V. J. S. **Análise do processo de acolhimento em um centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil:** considerações de uma investigação etnográfica. Interface, comunicação, saúde e educação. 2018; 22(67):1123-34.
- ONOCKO CAMPOS, R. T. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde:** uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva; 10(3):573-583, 2005.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental:** um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2006.
- PAIM, J. S.; TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. The Lancet. 2011.

- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- PEREIRA T. T. S. O.; BARROS M. N. S., AUGUSTO M. C. N. A. **O Cuidado em Saúde:** o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. Mental. 2011 jun/dez; 9(17): 523-36.
- PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. **Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil.** Cad. Pesqui. V. 40, n. 140, p. 649-673, ago. 2010.
- PINHEIRO R. **Cuidado em Saúde.** In: PEREIRA, I. B.; LIMA. J. C. F. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Cuidado e integralidade:** por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; IMS/Uerj, 2004. p. 21-36.
- PITTA, A. M. F. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira:** instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.16, n.12, pp.4579-4589. ISSN 1413-8123. 2011.
- QUEIRÓZ, MI de P. **O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas:** algumas reflexões. LANG, ABSG, org. Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos, p. 13-29, 1992.
- QUINTANILHA, B. C.; BELOTTI, M.; TRISTÃO, K. G.; AVELLAR, L. Z. **A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil.** Mental, v. 11, n. 20, p. 261-278, 2017.
- RIBEIRO, A.F. **Taylorismo, Fordismo e Toyotismo.** Lutas Sociais, São Paulo, vol.19 n.35, p.65-79, jul./dez. 2015.
- RIZZINI, I. **O Século Perdido:** Raízes das Políticas Públicas para Infância no Brasil. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula, 1997.
- RIZZINI, I. **O século perdido:** raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 3ed. São Paulo: Cortez, 2011 (p.83-111).
- RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. **Saúde mental da criança e do adolescente:** a experiência do Capsi da cidade de Vitória. Psicol Teor e Prática. 2010; 12(1): 71–84.
- SÁ M. C. A ; AZEVEDO, C.S. **Subjetividade e Gestão:** explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2345-2354, 2010.
- SÁ M. C. **A Fraternidade em Questão:** um olhar psicossociológico sobre o cuidado em saúde. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 651-654, 2009.



- SCANDOLARA, A. S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. **Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel – PR**. *Psicologia & Sociedade*; 21 (3): 334-342, 2009
- SELIGMANN-SILVA. E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mes- mo**. São Paulo: Cortez, 2011.
- SENNETT, R. **A corrosão do caráter. Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio/São Paulo, Record, 2009.
- SÁ, D. M. **Especial Covid-19: Os historiadores e a pandemia**. In: “Covid-19 – o olhar dos historiadores das Fiocruz”. Departamento de Pesquisa em História das Ciências da Saúde. Oswaldo Cruz.2020.
- SEBRAE/RJ. **Painel regional: Baixada Fluminense I e II / Observatório Sebrae/RJ**. -- Rio de Janeiro: SEBRAE/RJ, 2016.
- SILVA, J. R.; GUAZINA, F. M. N.; PIZZINATO, A.; ROCHA, K. B. **O “singular” do projeto terapêutico: (im)possibilidades de construções no CAPSi**. *Rev. Polis e Psique*, 2019; 9(1): 127 – 146.
- SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. *Saúde Debate*; Rio de Janeiro, V. 40, N. 108, p. 204-218, JAN-MAR 2016.
- SOUZA, W. F. **Gestão em saúde, uma perspectiva ergológica: com quantos gestos se faz uma gestão**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
- SUNDFELD, A. C. **Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1079-1097, 2010.
- SUPRANI, B. **Construção de um campo de atuação profissional em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações em uma empresa: contribuições da Ergologia e das Clínicas do Trabalho**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.
- TEIXEIRA, M.R.; COUTO, C. V.; DELGADO, G. G. **Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, June 2017.
- TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. V. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TRIGO, M. H. B. & BRIOSCHI, L. R. **Interação e comunicação no processo de pesquisa.** In: Lang, A. B. S. G., org. Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 30-41. (Coleção Textos; 2a série, 3).

VASCONCELOS, E. M. **Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva:** uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2825-2835, 2013.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *HYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005.

YASUI, S. **A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo:** um outro mundo é possível. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 01, p. 1-9, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. **A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.** *Psicologia em Revista*, p. 56-77, 2014.

## ANEXOS

### ANEXO I

#### Roteiro indicativo de questões para entrevista piloto com profissionais do CAPSi

Data: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
 Formação profissional: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Função: \_\_\_\_\_ Tempo na função: \_\_\_\_\_  
 Atuação anterior com crianças e adolescentes? E na saúde mental?

#### **Primeiro vamos começar falando sobre o serviço**

1. Como você descreveria o CAPSi? Quais são os principais objetivos do serviço?
2. Quais as práticas de cuidado desenvolvidas neste serviço? Como elas são construídas? A equipe multiprofissional interfere na construção das práticas?
3. Você acredita que o serviço consegue realizar o que propõe?
4. Se sim, o que contribui para a realização do trabalho proposto? Se não, o que você acredita que possa/deva ser modificado para que possam realizar o trabalho proposto?

#### **Agora vamos falar sobre suas práticas**

5. Como você entende seu trabalho no CAPSi?
6. Você poderia descrever sua rotina de trabalho no serviço?
7. Você poderia falar sobre o contato com os usuários e com os familiares?
8. Você considera que cada um desses encontros com os usuários e familiares interfere na construção das suas práticas? De que modo isso acontece?
9. Para você, existem situações inesperadas no cotidiano de seu trabalho? (há possibilidade de executar somente as tarefas prescritas?)
10. Se sim, quais são as situações imprevistas? Como interferem no seu modo de trabalho?
11. Como você lida com essas situações? (Quais os recursos você utiliza para lidar com algo que foge da sua rotina e realizar o cuidado?)
12. Você considera necessário o uso da criatividade para lidar com essas situações?
13. Existem dificuldades na realização do seu trabalho? Quais? Como você lida com elas?
14. Em sua opinião, o que poderia ser feito para vencer essas dificuldades?
15. Para você, existem ganhos na sua prática? (Existem momentos que geram prazer, satisfação pelo seu trabalho). Se sim, quando?
16. Gostaria de acrescentar algo?

#### Roteiro indicativo de questões para entrevista com profissionais do CAPSi

Data: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
 Formação profissional: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Tempo na função: \_\_\_\_\_  
Atuação anterior com crianças e adolescentes? E na saúde mental?

### **Primeiro vamos começar falando sobre o serviço**

1. Como você descreveria o CAPSi? Quais são os principais objetivos do serviço?
2. Quais as práticas de cuidado desenvolvidas neste serviço? Como elas são construídas? A equipe multiprofissional interfere na construção das práticas?
3. Você acredita que o serviço consegue realizar o que propõe?
4. Se sim, o que contribui para a realização do trabalho proposto? Se não, o que você acredita que possa/deva ser modificado para que possam realizar o trabalho proposto?

### **Agora vamos falar sobre suas práticas**

5. Como você entende seu trabalho no CAPSi?
6. Você poderia descrever sua rotina de trabalho no serviço?
7. Você poderia falar sobre como é a relação com os usuários e com os familiares?
8. Você considera que cada um desses encontros com os usuários e familiares interfere na construção das suas práticas? De que modo isso acontece?
9. Para você, existem situações inesperadas no cotidiano de seu trabalho? (há possibilidade de executar somente as tarefas prescritas?). Se sim, quais são e como interferem no seu modo de trabalho?
10. Como você lida com essas situações? (Quais os recursos você utiliza para lidar com algo que foge da sua rotina e realizar o cuidado?)
11. Existem dificuldades na realização do seu trabalho? Quais? Como você lida com elas?
12. Em sua opinião, o que poderia ser feito para vencer essas dificuldades?
13. Para você, existem ganhos na sua prática? (Existem momentos que geram prazer, satisfação pelo seu trabalho). Se sim, quando?
14. Gostaria de acrescentar algo?

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Encontro intersubjetivo e a construção de práticas de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil”. O estudo objetiva investigar as práticas de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes a partir da concepção do encontro subjetivo. Para tanto serão realizadas entrevistas com profissionais da saúde que atuem junto a crianças e adolescentes no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

A pesquisa assume a metodologia qualitativa e é desenvolvida através da realização de entrevistas em profundidade. Os participantes serão contatados após uma conversa inicial com a coordenação de sua unidade de trabalho, com o intuito de viabilizar a suspensão temporária de suas atividades no momento da realização das entrevistas. Estas serão realizadas online com os participantes, no horário a ser combinado, e com o consentimento do entrevistado, poderão ser gravadas e posteriormente transcritas. O áudio e a transcrição ficarão guardados sob responsabilidade da pesquisadora e não serão divulgados.

Tendo em vista que toda pesquisa abrange algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser considerado como mínimo, mas há possibilidade de você sentir algum incômodo durante a realização da entrevista. Caso isso ocorra, os pesquisadores estarão à disposição para conversar e esclarecer as suas dúvidas. Se for necessário, a entrevista pode ser remarcada e realizada em outra ocasião. Ofereceremos atendimento em saúde mental em situação de necessidade advinda das atividades de pesquisa.

As informações recolhidas serão divulgadas em relatórios, artigos científicos e demais materiais de publicação. Os nomes dos participantes não serão divulgados, sendo omitidos ou trocados por pseudônimos. Você tem ainda garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação por sua decisão. Você pode, também, solicitar informações e esclarecimentos à pesquisadora, ou consultar o Comitê de Ética da UFRRJ, telefone: 2682-4707/2682-1201. Por fim, vale esclarecer que não haverá nenhum tipo de compensação financeira pela participação como voluntário nesta pesquisa.

O termo de consentimento é redigido em duas vias: uma para o participante e uma para o pesquisador.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Declaro ter sido informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os objetivos, métodos, benefícios e possíveis riscos decorrentes da minha participação na pesquisa. Estou ciente de que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo à minha atividade profissional.

Concordo voluntariamente em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Local

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do pesquisador

Contatos para obter maiores informações sobre a pesquisa:  
Departamento de Psicologia – Instituto de Educação (UFRRJ) – tel.: (21) 2682-1841  
Pesquisadores Responsáveis: Luna Rodrigues Freitas Silva - lunarodrigues@yahoo.com.br /  
Aline Castro Basilio de Souza – alinee.castro@gmail.com

## CONSENTIMENTO PELA INSTITUIÇÃO

Eu, abaixo assinado, após a leitura do documento acima e de ter conversado com o(a) pesquisador(a) responsável de modo a esclarecer as minhas dúvidas, declaro estar informado a respeito da pesquisa “Encontro intersubjetivo e a construção de práticas de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil”, ficando claro que a participação dos profissionais que fazem parte da instituição sob minha gestão é voluntária e que podem retirar o consentimento a qualquer momento sem qualquer penalidade. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos métodos aos quais serão submetidos, da garantia de confidencialidade, bem como da necessidade de esclarecimentos sempre que necessário. O(a) pesquisador(a) me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Diante do exposto, expresso a concordância de espontânea vontade de que a instituição/serviço sob minha gestão participe desta pesquisa.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local

Nome: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cargo ocupado na instituição: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador(a)

Departamento de Psicologia – Instituto de Educação  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)