

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

FRANCISCA MARQUES DE FIGUEREDO

PRÁTICAS DE CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTOJUVENIL (CAPSi): ESPECIFICIDADES E DESAFIOS

RIO DE JANEIRO
2019

FRANCISCA MARQUES DE FIGUEREDO

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTOJUVENIL (CAPSi): ESPECIFICIDADES E DESAFIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial

Orientador(a): Maria Cristina Ventura Couto

Rio de Janeiro
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

F471p Figueredo, Francisca Marques de
 Práticas de cuidado em um centro de atenção
 psicossocial infantojuvenil (CAPSi):
 especificidades e desafios / Francisca Marques de
 Figueredo. -- Rio de Janeiro, 2019.
 109 f.

 Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
 Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
 de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2019.

 1. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
 2. Saúde Mental. 3. Práticas de cuidado. 4. Modelo
 Psicossocial. I. Couto, Maria Cristina Ventura,
 orient. II. Título.

Francisca Marques de Figueredo

PRÁTICAS DE CUIDADO EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL
(CAPSi): ESPECIFICIDADES E DESAFIOS

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de
Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do
Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do
Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Mestre em
Atenção Psicossocial.

Aprovada em

Maria Cristina Ventura Couto
Doutora em Saúde Mental- UFRJ

Rossano Cabral Lima
Doutor em Psiquiatria e Saúde Coletiva –IMS/UERJ

Lilian Miranda
Doutora em Saúde Coletiva - UNICAMP

Às crianças e aos adolescentes do CAPSiJ de Imperatriz que me suscitaram estranhar o familiar e partir em busca de mais conhecimento para um cuidado psicossocial

AGRADECIMENTOS

A minha mãe (*in memoriam*) que mesmo não tendo oportunidade de estudar me possibilitou enveredar pelo caminho do conhecimento e chegar até aqui.

Ao meu filho, João Matheus, pelo incentivo e frase mágica dita nos momentos mais difíceis: “A senhora vai conseguir mãe!”.

À minha orientadora, Cristina Ventura, pela imensa generosidade em acolher uma “forasteira” e defender com firmeza e determinação a política, o estudo e a pesquisa para o fortalecimento do cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Obrigada por me inspirar a continuar na luta.

As minhas colegas de trabalho do CAPSij pelo compartilhamento de dúvidas e impasses no cuidado às crianças e aos adolescentes, tornando esse trabalho possível.

À UFRJ/IPUB e NUPPSAM que valorizaram a minha trajetória no campo da saúde mental e prática no “*front da clínica*”, possibilitando transformar essa experiência em uma pesquisa.

À equipe de trabalho da EAP (Vilar, Bianca, Francilene, Christiane, Pedro e Hellen) e coordenadores (Janete e Márcio) que sustentaram o trabalho, mesmo eu estando ausente em alguns momentos.

A minha família pela certeza de puder contar em todos os momentos

À Marlene, Iracilda e Celnia pela amizade, afeto e incentivo nos momentos de incertezas.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) são considerados serviços públicos estratégicos voltados para o cuidado e acolhimento de crianças e de adolescentes com problemas de saúde mental. Norteados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, os CAPSis foram implantados a partir de 2002, sendo, portanto, dispositivos recentes na área da saúde pública, necessitando de estudos que possam dar visibilidade as suas práticas de cuidado e permitam analisar os desafios e obstáculos ainda existentes para sua efetiva consolidação na atenção em saúde mental de crianças e adolescentes. A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar e analisar as especificidades e desafios das práticas de cuidados realizadas pelos profissionais do CAPSi da cidade de Imperatriz, no estado do Maranhão. Para isso buscou compreender os modos de atuação da equipe, as fragilidades existentes e para propor, a partir disto, com participação dos integrantes da equipe do CAPSi, a construção de pactuações possíveis que apontem para um cuidado psicossocial qualificado, etapa que será cumprida após a defesa desta Dissertação. Os dados foram coletados através do uso da técnica de grupo focal, na qual as narrativas foram submetidas à análise temática de conteúdo, conforme proposto por Bardin. A análise das narrativas revelou impasses no acolhimento inicial, nas ações voltadas para os usuários acolhidos no serviço e nos modos de encaminhamento para a rede intersetorial. Tratando-se de análise temática, optou-se pela construção de três núcleos temáticos como eixos de análise para se discutir as narrativas mais significativas oriundas dos grupos focais: a chegada no CAPSi; a permanência no CAPSi e os caminhos da saída. Evidenciou-se uma distância entre as práticas de cuidado e os princípios da política de saúde mental de crianças e adolescentes na perspectiva do paradigma da atenção psicossocial, sendo necessário a construção de ações coletivas que promovam a reorganização dos processos de trabalho que possam garantir um cuidado efetivamente psicossocial.

Palavra-chave: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Saúde Mental, Práticas de Cuidado, Modelo Psicossocial.

ABSTRACT

The child and adolescent psychosocial support centers (PSC) are considered an strategic public services aimed to the care and shelter of the children and teenagers with some mental health disorders. Guided by the principles and guidelines of the Unified Health System (UHS) and the psychiatric reform, the PSC were installed since 2002, being, therefore, recent devices in the area of public health, needing studies that can give visibility to their care practices and allow to analyze the challenges and obstacles which still existent for their effective consolidation in the attention in mental health of children and adolescents. This research has as a general-purpose look into and analyze the specificities and challenges of care practices carried out by the PSC of Imperatriz city, located in Maranhão state. In order to do this, it sought to understand the team's ways of acting, the existing weaknesses and to propose, with this, with the participation of the team members of the PSC, the construction of possible pacts that point to a qualified psychosocial care, stage that will be fulfilled after the defense of this Dissertation. The data were collected through the use of the focal group technique, in which the narratives were submitted to the thematic content analysis according proposed by Bardin. As a thematic analysis, it was decided to construct three thematic nuclei as axes of analysis to discuss the most significant narratives from the focus groups: the arrival in the CAPSi; the permanence in CAPSi and the output paths. The analysis of the narratives revealed impasses in the initial reception, in the actions directed to the users received in the service and in the ways of referring to the intersectoral network.

KEY-WORDS: Child and Adolescente Psychosocial Support Centers, Mental Health, Care Practices, Psychosocial Model

LISTA DE SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CASA- Centro de Atenção à Saúde do Adolescente
CMDCA- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CEP- Conselho de Ética de Pesquisa
CID- Classificação Internacional de Doenças
CPI- Clínica Psiquiátrica de Imperatriz
CRAS- Centro de Referência e Assistência Social
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRPD- Centro de Referência da Pessoa com Deficiência
CT- Conselho Tutelar
EAP- Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF- Estratégia Saúde da Família
FUNAC- Fundação da Criança e do Adolescente
GF- Grupo Focal
HMI- Hospital Municipal de Imperatriz
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPUB- Instituto de Psiquiatria
MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MS- Ministério da Saúde
NEPS- Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
PTS- Projeto Terapêutica Singular
RP- Reforma Psiquiátrica
SEMED- Secretaria Municipal de Educação
SIADI- Setor de Inclusão e Atenção a Diversidade
SCFV- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo

SMCD- Saúde Mental da Criança e Adolescente
SRT- Serviço de Residência Terapêutica
SUS- Sistema Único de Saúde
TEA- Transtorno do Espectro Autista
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEMA- Universidade Estadual do Maranhão
UBS- Unidade Básica de Saúde
UFMA- Universidade Federal do Maranhão
UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA- Unidade de Pronto Atendimento
UREI- Unidade Regional de Educação de Imperatriz

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA E A BUSCA DO OBJETO DE ESTUDO	13
2. BREVE HISTÓRICO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	19
2.1 AS PRÁTICAS DE CUIDADO NO MODELO ASSISTENCIAL TRADICIONAL	19
2.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADO NO INÍCIO DA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INFANTOJUVENIL	23
2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SURGIMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	27
2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU EFEITO EM IMPERATRIZ: BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO	30
2.5 PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	33
3. O CAPSi E O MODO PSICOSSOCIAL DE CUIDAR	36
3.1 O CAPSi E SEUS MANDATOS PÚBLICOS	44
4. OBJETIVOS	47
4.1 OBJETIVO GERAL	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5. METODOLOGIA	48
5.1 DESENHO DO ESTUDO	49
5.2 INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA	50
5.3 CONTEXTO DA PESQUISA	55
5.3.1 A cidade de Imperatriz-MA	55
5.3.2 O CAPSi de Imperatriz-MA	58
5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	61
5.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS	62

5.6 ASPECTOS ÉTICOS	62
6. PRÁTICAS DE CUIDADO: ESCUTANDO OS PROFISSIONAIS DO CAPSi	63
6.1 PRIMEIRO GRUPO FOCAL	63
6.1.1 Eixo- temático: Acolhimento	63
6.1.2 Eixo-temático: Projeto Terapêutico Singular	66
6.1.3 Eixo-temático: Práticas Grupais	68
6.1.4 Eixo-temático: Atenção à crise	70
6.1.5 Eixo-temático: Cuidado em Rede	71
6.2 SEGUNDO GRUPO FOCAL	74
6.3 CONSTRUINDO CATEGORIAS DE ANÁLISE	79
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
7.1 A CHEGADA AO CAPSi	80
7.2 A PERMANÊNCIA NO CAPSi	83
7.2.1 A construção do PTS e a organização dos grupos	84
7.2.2 O acolhimento a crise	86
7.3 OS CAMINHOS DA SAÍDA	88
8. CAMINHOS PARA PACTUAÇÃO: UMA PROPOSTA	92
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
10. REFERÊNCIAS	97
11. ANEXOS	104

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA E A BUSCA DO OBJETO DE ESTUDO

Minha trajetória no campo da saúde mental advém quase da mesma época em que se dava a efervescência das mudanças provocadas pelo novo olhar e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico em nível nacional, consolidada pela Lei 10.2016/01.

Ingressar em um mestrado que valorizasse o meu percurso profissional no interior de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) no município de Imperatriz, no Maranhão, foi a oportunidade de buscar possíveis respostas para os incômodos da minha prática cotidiana que sustentam esta dissertação, permitindo pesquisar o estranho-familiar que norteia este estudo em um ambiente acadêmico.

A pesquisa fundamenta-se na análise de algumas práticas de cuidados realizadas pela equipe de profissionais de nível superior de um CAPSi, que serão ponto de partida para uma possível compreensão desses processos de cuidado, e sua proximidade com o modelo de atenção psicossocial sustentado pela política de Saúde Mental da Criança e Adolescente (SMCA).

O interesse pelo cuidado de crianças e adolescentes vem desde a minha formação como Psicóloga, em 1992, quando iniciei meu percurso profissional, seja pela prevenção em saúde mental na área da educação, no campo de defesa dos direitos, como integrante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), o que considero percursos fundamentais nos diversos desafios que enfrentei.

A entrada no serviço público através de concurso, em 1998, permitiu-me o convívio com adolescentes, quando fui nomeada para trabalhar com prevenção sexual em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), oferecendo-lhes a oportunidade de ter um espaço de fala sem conotação moral para suas vivências na sexualidade. Passados alguns anos, essa experiência, e as mudanças na nova gestão municipal, sensível aos problemas da população infantojuvenil em nosso município, possibilitaram o convite, em 2001, para coordenar o Centro de Atenção à Saúde do Adolescente (CASA), primeiro serviço público de acolhimento e cuidado à saúde do adolescente em vulnerabilidade social do município de Imperatriz.

As mudanças políticas estavam acontecendo não só em Imperatriz, onde tivemos, pela primeira vez, uma secretária de saúde não médica e sensível à proteção e cuidado de crianças e adolescentes e seu sofrimento psíquico. No contexto nacional era aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, e no âmbito internacional a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu 2001 como o ano da Saúde Mental, sensibilizando o mundo sobre a magnitude dos problemas e

reforçando a importância de criar serviços de saúde mental que pudessem aumentar o acesso e atendimento com qualidade a população em sofrimento psíquico (DELGADO, 2001, p.31).

Segundo Costa et al (2011), a Lei da Reforma Psiquiátrica e as portarias subjacentes deram condições e possibilitaram que os municípios implantassem novas serviços que fizessem contraponto ao modelo hospitalar e asilar existentes até então, permitindo uma expansão e descentralização de serviços para o cuidado em meio aberto para além dos existentes nos grandes centros.

Atravessada pelo compromisso ético, político e social, e amparada pelas novas portarias, a recente gestão da secretaria de saúde do município de Imperatriz (2001-2004) assumiu a responsabilidade de quebrar o paradigma do modelo hospitalocêntrico instituído pela clínica psiquiátrica — única opção de “tratamento” em Imperatriz e estados vizinhos, como Pará e Tocantins — com terapêutica exclusivamente medicamentosa e internações por longos períodos. Nesse hospital psiquiátrico, eram também internados adolescentes em sofrimento psíquico, via decisão judicial, sendo expostos a toda violação de direitos. Esse manicômio, após denúncias e luta dos trabalhadores de saúde mental e do Ministério Público, foi fechado em dezembro de 2011.

Buscando aderir às novas diretrizes para a política pública de saúde mental, um grupo de profissionais foi convocado a tornar realidade tais orientações, implantando o primeiro serviço de cuidado em meio aberto. Após o projeto ser aprovado pelo Ministério da Saúde (MS) com contrapartida do município, foi inaugurado o primeiro CAPS de modalidade II de Imperatriz no dia 10 de outubro de 2003.

Muitos questionamentos faziam-se presentes: que cuidado oferecer a estas pessoas para além do medicamentoso e do hospitalocêntrico que recebiam pela clínica psiquiátrica? E como nós cuidaríamos dessas pessoas em meio comunitário, influenciados que éramos por uma formação acadêmica voltada para um cuidado clínico no interior de quatro paredes? Ainda que todas essas questões se fizessem presentes, não recuamos. O sopro das mudanças sobre uma nova forma de olhar e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, amparada por uma Lei Nacional e pela Portaria 336/02 do Ministério da Saúde, que regulamenta os serviços em meio aberto, subsidiaram as mudanças necessárias na garantia de direitos desses indivíduos. Para garantir essa mudança substantiva, uma formação teórica, aliada à prática, fazia-se indispensável.

Como tudo era novo em relação ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, cresceu uma necessidade premente de subsidiar a equipe teoricamente para a prática nos novos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Para tanto, um grupo de psicólogas, com o aval da

secretária de saúde, contatou o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro — IPUB /UFRJ — que, através da Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz, foi solicitado a organizar um curso de pós-graduação lato sensu em Saúde Mental. Os professores, mestres e doutores do IPUB, passaram a vir mensalmente ao nosso município, subsidiar-nos para uma nova orientação do cuidado às pessoas com transtornos mentais e fazendo-nos acreditar que a desinstitucionalização de usuários com transtornos mentais era possível. Estávamos bebendo água da fonte, visto que esses professores eram parceiros da implantação dessas mudanças no Ministério da Saúde que, naquele momento, tinha como gestor da política nacional um professor ligado ao IPUB.

O trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde mental intitulado “Um Novo Olhar na Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Município de Imperatriz”, escrito por mim e outros colegas, já traçava alguns caminhos e reafirmava a importância para o cuidado a crianças e a adolescentes em sofrimento psíquico, resultando, dois anos depois, dezembro de 2004, na inauguração do primeiro CAPSi do Maranhão, na cidade de Imperatriz. A implantação deste serviço coincide com o término desta gestão, impondo a todos que iniciaram esse percurso na saúde mental novos desafios para reafirmar a permanência e ampliação de serviços para o cuidado a pessoas em sofrimento psíquico.

No início de 2004, ao fazer pós-graduação em Metodologia do Ensino Superior na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), a monografia escrita com outra colega, cujo título é “A Proposta de Implantação de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil na Cidade de Imperatriz”, serviu de base para a gestão municipal implantar o primeiro serviço substitutivo do Estado do Maranhão voltado à população infantojuvenil com transtornos mentais graves e persistentes, onde exerço a função de psicóloga há 14 anos. Nesse caminho, muitas foram as capacitações, aprendizados e contribuições para o cuidado em atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

A implantação do primeiro CAPSi trouxe inúmeros desafios para toda a equipe. Como profissional da saúde mental, integrante de uma equipe multiprofissional desse serviço, fui percebendo momentos de avanços, desafios e acomodação de todos nós. Por se tratar do primeiro CAPSi de um dos estados mais pobres do Brasil, fomos tomados por uma grande quantidade de crianças e adolescentes oriundas de vários pequenos municípios do Maranhão e dos estados do Pará e Tocantins, com os quais Imperatriz faz divisa, revelando-nos a carência e o abandono que a região apresentava quanto ao cuidado dispensado a esses sujeitos. Rapidamente se evidenciou uma superlotação no serviço, com a equipe técnica sobrecarregada por acolher e permanecer com pacientes com transtornos leves e comportamentos disruptivos,

sem conseguir operar a construção de redes locais, fugindo da premissa básica de um CAPSi: serviço voltado prioritariamente para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e/ou persistentes, e em uso abusivo de substância psicoativas ilícitas ou não, que deve, além disso, construir a ordenação da demanda em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA), a partir de pactos intersetoriais com os recursos do território (BRASIL, 2002).

Incomodada com a prática clínica e cotidiana no interior desse CAPSi, apresentei o projeto “Qualificando o Atendimento no CAPSi de Imperatriz” ao edital lançado em 2010 pelo Ministério da Saúde que destinava incentivo financeiro para Supervisão Clínico-Institucional às diferentes tipologias de CAPS, incluindo os CAPSis. Era a oportunidade de lançar alguma luz sobre a nossa prática. A supervisão clínico-institucional durou somente um ano. E esse serviço, nunca mais, teve a presença desse importante profissional para sustentar um espaço de mediação de dificuldades e impasses.

Apesar de todo o meu percurso em saúde mental, enquanto integrante de uma equipe multiprofissional de um CAPSi, sou invadida por reflexões e questionamentos sobre o nosso/meu saber-fazer que ultrapassa a rotina de um serviço de saúde. É chegado o momento de ir para além de acolher demandas diárias, que nos coloca no *front clínico*, para pensar e pesquisar o que ofertar coletivamente enquanto cuidado para crianças e adolescentes no cotidiano de um serviço de saúde mental.

Segundo Borges e Batista (2008), ao desmistificar a noção de curar o sofrimento psíquico, abriu-se espaço para o cuidado na produção de saúde, passando a ser um desafio voltar o olhar para os “aspectos internos dos serviços”, realizando avaliações sistemáticas dos processos de cuidado integrados à política de saúde mental.

Passados mais de dez anos, as práticas de cuidado ofertadas pela equipe do CAPSi de Imperatriz no Maranhão sugerem estar distantes da clínica ampliada, intersetorial e do modelo psicossocial, conforme estabelecidos na Política de Saúde Mental, expressa através dos impasses no acolhimento, das dificuldades na montagem de projetos terapêuticos singulares e da frágil articulação com o território e rede local.

O Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, oferecido pelo IPUB, significa um retorno a “beber água da fonte” e atende a um desejo de realizar estudo/pesquisa que valorize meu percurso profissional, minha prática e vivências *in loco*, podendo me dar a oportunidade de produzir uma pesquisa que possa ampliar percepções quanto ao cuidado em saúde mental de crianças e de adolescentes, e ser um agente transformador e crítico das políticas e práticas no campo da atenção psicossocial na minha região.

Embora o documento técnico “Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil” esteja relacionado ao processo geral de desinstitucionalização, ele aponta como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os processos de trabalho das equipes, e evidencia a existência de uma lacuna entre as diretrizes político-assistenciais e a realidade encontrada nos serviços, que se aplica diretamente aos dispositivos voltados para crianças e adolescentes (FIOCRUZ, 2015, p.17).

A escolha do tema e objetivo deste estudo advém de inquietações e reflexões que emergem diariamente na prática individual e coletiva como integrante da equipe do referido CAPSi, do qual sou fundadora e responsável pelo projeto de sua implementação, quatorze anos depois, ainda se evidenciam no dia a dia algumas dificuldades no atendimento e cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Por isso o estudo pode apontar os possíveis caminhos para a direção de uma atenção ampliada e mais qualificada em saúde mental voltada para crianças e adolescentes.

O objetivo deste estudo, portanto, é analisar os possíveis impasses em cinco práticas de cuidado oferecidas pela equipe do CAPSi de Imperatriz, que foram tomadas como eixos-temáticos para o desenvolvimento da atenção psicossocial: Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Práticas Grupais, Atenção à Crise e Cuidado em Rede. A escolha desses cinco eixos-temáticos está ancorada no entendimento de que são vigas dorsais da transformação que o modo de atenção proposto pelo modelo psicossocial deve fazer valer no cuidado dentro dos serviços e nos territórios.

Embora alguns documentos (BRASIL, 2005) apontem diferentes princípios que devem nortear as práticas de cuidado nos CAPSi, a escolha desses eixos-temáticos advém da observação do cotidiano como trabalhadora deste CAPSi, onde diversos impasses, relacionados aos temas referidos, são observados, causando um certo estranhamento que pode ser expresso por questões, tais como: no momento da chegada do usuário e sua família, como o CAPSi efetivamente acolhe a queixa, recolhe a história do problema e de vida da criança/adolescente e de sua família? Como traça os caminhos do cuidado, quando este se fizer necessário? Quais as principais propostas sugeridas para o cuidado nos PTS? Como agir diante do atendimento à crise? Quais são as fragilidades na construção de um cuidado em rede no território? Por que tem sido difícil manter um diálogo permanente com os outros serviços?

Esta pesquisa pode apresentar limites, visto que me impõe um duplo papel de trabalhadora e pesquisadora, e um desafio de pesquisar, de certa forma, minha própria prática, o que por um lado traz uma familiaridade com o campo e com os sujeitos participantes da pesquisa, mas também um desafio de ‘estranhar o familiar’ e poder apontar as possíveis

fragilidades e impasses ainda existentes, questionando o meu-nosso saber-fazer. Segundo Penido e Machado (2017, p.31), “[...] trabalhador-pesquisador...se refere ao sujeito engajado, ao mesmo tempo, em uma prática socioprofissional e em uma prática de pesquisa, tendo por objetos seu próprio campo e sua própria prática”. Estas autoras reiteram que a produção do conhecimento é sustentada por um paradigma ético- político, o que não permite a neutralidade e sim uma implicação do pesquisador.

2 BREVE HISTÓRICO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Esta pesquisa analisa os desafios e particularidades das práticas de cuidado oferecidas pela equipe de profissionais do CAPSi de Imperatriz-MA. Inicialmente, foi realizado um percurso histórico sobre os modos de cuidado dirigidos a crianças e adolescentes. Os antecedentes históricos sobre as práticas de cuidado nortearão a compreensão do surgimento dos CAPSis e seu modo psicossocial de cuidar, contrapondo-se às formas do modo asilar até então determinantes.

Os marcos históricos foram definidos pelos modos de cuidado na assistência, na clínica psiquiátrica e na Reforma Psiquiátrica, que culminaram na implantação dos CAPSis, instituindo um modo psicossocial de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, que deve sustentar práticas de cuidado no cotidiano fundamentadas em dois mandatos públicos: o terapêutico, através de oferta de cuidados clínicos ampliados para o sofrimento psíquico, e o gestor, que organiza a rede de Saúde Mental de Crianças e Adolescente (SMCA) em seu território de abrangência (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008).

2.1 AS PRÁTICAS DE CUIDADO NO MODELO ASSISTENCIAL TRADICIONAL

O paradigma da assistência infantojuvenil é demarcado por uma trajetória de institucionalização com predomínio do confinamento em orfanatos, hospitais-escolas e internatos como medida de “proteção”. A disciplina, a tutela e a coerção são formas de submeter crianças e adolescentes a um controle, e excluí-las do convívio familiar e comunitário. Embora seja possível constatar avanços recentes no que se refere às práticas de atendimento, uma “cultura de institucionalização” atravessou vários séculos e ainda insiste em se fazer presente nos dias de hoje (RIZZINI, 2004).

A institucionalização do cuidado e a criminalização da infância pobre geraram um quadro de desassistência, abandono e exclusão. A criança e o adolescente são cuidados de acordo com os preceitos culturais, políticos e socioeconômicos vigentes em cada época.

Conforme Ariès (1981), em seu livro “A História Social da Criança e da Família”, a concepção de infância é uma construção histórica, social e cultural. Seu levantamento histórico revela que no período medieval não havia um cuidado voltado para a criança, porque não existia lugar social ou afetivo para a fase infantil. Era um período no qual a infância era invisível e sem importância aos olhos dos adultos. A idade média desconhecia a infância.

Nesse período, as crianças morriam em grande número, com sobrevida e passagem breve pela família e sociedade, sendo este fenômeno, segundo Ariès (1981), um dos fatores

envolvidos na não atribuição de valor e de cuidados dirigidos a elas; revelando um sentimento de indiferença com relação a um período de fragilidade e cuidados necessários. Nesta época, a infância é demarcada por uma espécie de anonimato, baixa expectativa de vida, sem lugar e sem memória. Com passagem breve e insignificante não havia cuidado direcionado a elas; sua sobrevivência era indiferente a toda a sociedade.

A partir do fim do século XVII, a infância assume um outro lugar social, que altera o modo de olhar e de agir para com a criança e sua família. Ao invés de ser misturada aos adultos para aprender através do contato com eles diretamente, ela será separada e mantida na escola, período denominado de escolarização, que se estende até os dias de hoje. A família, através de Leis e do Estado, passa a acompanhar e se interessar pelos estudos dos filhos (ARIÈS,1981).

Donzelot (1986) descreve que no século XVIII há uma mudança na imagem da infância, com duas tendências em destaque: a difusão de um conjunto de conhecimentos e técnicas para uma outra forma de cuidado dirigida à classe burguesa, no sentido de retirar os filhos sob os cuidados dos serviçais, e de uma “economia social” voltada para os pobres para prepará-los, com um custo baixo, para o mercado de trabalho. De um lado, o modelo pedagógico era o da *liberdade protegida*, cujo cuidado era baseado em uma vigilância discreta, e de outro, uma *liberdade vigiada* exercida no interior dos internatos e hospícios, lugares de destino da infância pobre.

Nesse período, houve a produção de uma ampla literatura sobre a conservação das crianças, formas de cuidar e os costumes educativos, destacando três pontos principais: a prática dos hospícios para menores abandonados, a criação dos filhos por amas-de-leite e a educação “artificial” das crianças ricas. A morte precoce de quase noventa por cento de crianças internadas, explicada pela incompetência e má vontade das amas de leite em alimentá-los, não permitia que estas, ao crescerem, adquirissem uma profissão para servirem a nação e pagar os gastos feitos pelo Estado (DONZELOT, 1986).

Rizzini (2004), ao refazer o percurso histórico da prática de institucionalização de crianças no Brasil, também ressalta o modelo de assistência baseado em um modo asilar e demarcado pela condição social da população infantojuvenil. Neste recorte histórico uma luz será colocada sobre a invisibilidade de alguns sujeitos que, por sua deficiência ou condição socioeconômica, foram silenciados e esquecidos, sendo retirados do convívio social e familiar com a justificativa de protegê-los. Tal prática era naturalizada e voltada para a disciplina do corpo, aproximando as práticas do internato do passado às instituições de acolhimento atuais.

No Brasil Colônia e no Império, segundo Rizzini (2004), crianças e jovens pobres, desvalidos e órfãos serão alvo de intervenção de políticas que tinham como base o modelo asilar

de cuidado. O recolhimento e confinamento foram o modo de assistência à infância, perpetuado até hoje, principalmente para aqueles que, além de pobres, cometiam ato infracional. Naquele período, para o atendimento dos inúmeros bebês abandonados, foram criadas as Casas dos Expostos, em 1738, lugar onde a criança era abandonada sem que a pessoa autora do abandono pudesse ser identificada. Tal sistema perpetuou-se do século XIX até parte do século XX, deixando um legado sombrio de altas taxas de mortalidade de crianças, e associada a uma conduta perversa dos senhores de escravos: os bebês eram alimentados por escravas recém-paridas, obrigadas a abandonar os seus filhos para serem alugadas por seus proprietários como amas-de-leite, com a conivência das chamadas Santas Casas de Misericórdia que contratavam os “serviços” negociando com os escravocratas.

A criança era ignorada enquanto ser vivo, e enaltecida enquanto representação social e religiosa após a morte. Toda a sociedade, no sistema colonial, era conivente com o número exorbitante de crianças mortas em detrimento da valorização de sua vida. As que sobreviviam deviam toda obediência à figura paterna. Os castigos físicos brutais eram a maneira de ensinar obediência incondicional. O olhar do pai era voltado para o filho adulto que poderia perpetuar suas riquezas. Ao se aproximarem da puberdade, eram “adultizados” para obter maior atenção da família. (COSTA, 1983).

No Império, a atenção voltada para as crianças e jovens visava a formação da força de trabalho e a contenção/recolhimento dos meninos desvalidos. No período republicano, no qual esses objetivos permaneceram, houve ainda uma demarcação específica de certas crianças que precisariam de proteção para que fosse possível “salvar” a infância brasileira. Sob a categoria *de menor abandonado*, as crianças pobres deixam de ser cuidadas por instituições filantrópicas e o Estado, através de órgãos oficiais de assistência e do judiciário, e com amparo no discurso médico-higienista, destitui o poder familiar das camadas mais empobrecidas com o discurso de que eram incapazes de cuidar de seus filhos, passando a planejar e implementar políticas de atendimento ao *menor*.

Seguindo o modelo de assistência oriundo da Europa e Estados Unidos, o Brasil a partir de 1924, passou a elaborar leis que garantissem a proteção à infância, através do seu primeiro Juiz de Menores, Mello Mattos que idealizou o Código de Menores. Esse modelo para menores será mantido até a década de 80 com o objetivo de vigiar, regulamentar e intervir através da internação de *menores abandonados e delinquentes*, subsidiado pela “Doutrina da Situação Irregular”, que tinha como alvo institucionalizar aqueles com condição social e econômica desfavorável. Com a regulamentação do antigo Código de Menores (BRASIL, 1927), inicia-se a tentativa de uma política de assistência através do Serviço de Assistência ao

Menor (SAM), de 1941, e posteriormente, através da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), em 1964. Ambas construídas em governos ditatoriais, cuja intervenção sobre infância era considerada uma questão de “segurança nacional”. Esses serviços voltados para crianças recolhidas e *menores abandonados e delinquentes*, como alternativa de cuidados e educação para pobres, atingiu, nesta época, o ápice da cultura de exclusão, ratificada pelos conhecimentos da psiquiatria, psicologia, ciências sociais e medicina higienista para justificar o encarceramento de centenas de crianças e adolescentes no interior dos “internatos-prisão”. As práticas de cuidados permeadas de autoritarismo, violência e violação dos direitos adotados nesses dispositivos para o bem-estar dos *menores* correspondia a uma política de segregação através da “limpeza” das ruas dessas crianças e adolescentes indesejados e ainda culpabilizavam os pais pela “desestrutura” familiar (RIZZINI, 2004).

Nesse período, a criança é tomada por um discurso que a identifica como um sujeito a ser cuidado e protegido, porém sem levar em consideração suas particularidades. Outros campos do saber irão contribuir para ampliar o campo de investigação, perpassados por valores e ideais daquela época, surgindo, nas primeiras décadas do século XX, o Movimento de Higiene Mental que exerceu influência direta sobre o núcleo familiar e a escola para prevenir a delinquência juvenil e para a formação de caráter e da conduta, o que denota que esse Movimento não se limitava a oferecer assistência à saúde, mas impor costumes e atitudes morais para a sociedade. (TELLES, 2016). Segundo Boarini e Yamamoto (2004), esse modo de pensar ainda é frequentemente visto nos serviços de saúde mental na atualidade, constatado ao receberem demandas dos alunos com queixas de aprendizagem ou de comportamento, atribuindo essas dificuldades ao próprio indivíduo ou a sua família “desestruturada”.

Um registro que demarca de forma contundente o modo de tratar crianças e adolescentes é relatado por Arbex (2013), em seu livro o “Holocausto Brasileiro”, em que há descrição das atrocidades a que crianças e adolescentes foram submetidas no Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais. Chamados de os “meninos de Oliveira”, 33 crianças e adolescentes foram enviados a esse hospital em 1976, com deficiência física, mental, epilepsia, hidrocefalia. Em sua totalidade eram ainda rejeitados pelas famílias, que não suportavam conviver com a diferença. Apesar de terem sido abrigados em uma ala do Hospital Colônia, o tratamento oferecido era o mesmo do adulto: eletrochoques, camisa de força, lobotomia, correntes. Do quantitativo de 33 meninos e meninas que foram internados, somente 6 sobreviveram, mas com graves sequelas neuropsicomotoras e mentais. Os demais faleceram no interior da instituição.

O processo de redemocratização do país, após 20 anos de ditadura militar, permitiu questionar a institucionalização como único modo de cuidado imposto a crianças e adolescentes abandonadas ou sob o marco jurídico de situação irregular, culminando com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA (BRASIL, 1990). Essa Lei garante o direito à convivência familiar e comunitária, em detrimento da institucionalização que, se necessária, deverá ter caráter provisório e excepcional. O ECA constitui-se como um dos mais importantes instrumentos de cidadania ao garantir que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direito.

2.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADO NO INÍCIO DA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INFANTOJUVENIL

Ao estudar o processo de estruturação da clínica psiquiátrica infantojuvenil, Bercherie (2001) traz importantes contribuições quanto ao modo de cuidado ao longo da história da psiquiatria e aborda a tardia estruturação de um corpo teórico voltado para as especificidades desta fase. Por alguns séculos, afirma Bercherie, a criança será estudada, avaliada e classificada dentro de um único diagnóstico, o de retardo mental, a partir do quadro nosográfico bem estruturado da clínica psiquiátrica do adulto, pois a concepção de loucura na infância era inexistente até o século XIX.

Inicialmente, a clínica psiquiátrica é demarcada por uma não preocupação em fundar uma clínica propriamente dita da criança. Não havia uma intensão em construir hipóteses sobre as causas das enfermidades a partir da observação da criança, e tampouco das práticas terapêuticas para sustentar um possível cuidado (TELLES, 2016).

Os estudos eram voltados para a noção de retardamento mental e alicerçavam a ideia de impossibilidade de reverter tal diagnóstico. Como a infância era idealizada, incapaz de manifestar sofrimento psíquico, os quadros patológicos observados na criança representavam interrupções no seu desenvolvimento infantil e não uma doença mental ou loucura. O fenômeno da loucura era atribuído somente aos adultos. O retardo mental é o diagnóstico norteador de todas as manifestações comportamentais da criança e do adolescente neste período.

Segundo CIRINO (2001), as principais referências teóricas da época como a do médico Philippe Pinel que escreveu sobre as doenças mentais e seus sintomas em seu livro: *Tratado Médico Filosófico Sobre Alienação Mental*, não faz nenhuma menção às crianças. Porém, como seu Tratado trouxe estudos inovadores para a época na compreensão da clínica psiquiátrica do adulto, Pinel foi chamado para avaliar um menino com cerca de 12 anos, desprovido de fala e com movimentos semelhantes a animais, conhecido como o “Selvagem de

Aveyron”, encontrado em uma floresta, na França, em 1799. Após realizar observações empíricas, Pinel diagnosticou-o como um idiota congênito impossível de ser ajudado por qualquer tipo de treinamento, isto é, um anormal incurável.

Dias e Passos (2017) reiteram que Kraepelin, discípulo de Pinel, também trouxe importante contribuição para o diagnóstico das doenças psiquiátricas voltadas para os adultos, porém nenhuma ênfase foi dada as doenças mentais na infância, destacando apenas informações sobre a deficiência mental nesta faixa etária. Até então se acreditava que as doenças mentais prejudicavam a inteligência e causavam uma interrupção no desenvolvimento.

A criança considerada louca comparece tardiamente no século XIX, cuidada inicialmente, não pelo viés do asilo, mas pelos consultórios particulares onde eram levadas crianças e jovens diagnosticadas como histéricas, filhos daqueles que tinham título de nobreza. Foucault (1974), traz importantes contribuições para o debate sobre a difusão do poder psiquiátrico a partir da infância no século XIX. A psiquiatrização da criança e a expansão do poder psiquiátrico deram-se através da criança considerada não louca, confirmada pelos tratados nosográficos da época, que não faziam nenhuma distinção entre a idiotia e a loucura.

Segundo Foucault (1974), de forma gradual e progressiva, as crianças definidas como “ineducáveis”, serão tratadas em alas construídas no interior do espaço asilar. Para este espaço seriam enviadas crianças que, na época, eram consideradas débeis, idiotas, histéricas e epiléticas. Assim, passaram a surgir locais interligados aos grandes asilos, voltados não para escolarizar ou reeducar as crianças e os adolescentes, mas para que não se tornassem um obstáculo ao trabalho dos pais. Dessa forma, deixavam a família sem a responsabilidade do cuidado, delegando essa responsabilidade às instituições governamentais. Ou seja, reforça-se a ideia que durante toda a metade do século XIX, crianças com transtornos mentais, denominadas de idiotas, são efetivamente colonizadas no interior do espaço psiquiátrico, especialmente no contexto europeu.

A partir desse pressuposto, o cuidado dispensado a estas será o de impor métodos pedagógicos para recuperar a interrupção no processo de desenvolvimento. Tal método para o tratamento é permeado por um rígido controle do médico sobre o corpo da criança idiota como única maneira de domar os comportamentos inadequados e adquirir habilidades pretendidas:

“A.H. era de uma petulância indomável, trepando como um gato, escapulindo feito um camundongo, nem se podia cogitar de mantê-lo imóvel por três segundos. Eu o botei numa cadeira, sentei-me em frente dele, segurando seus pés e seus joelhos entre os meus; uma das minhas mãos prendia as duas deles sobre os seus joelhos, enquanto a outra trazia incessantemente dentro de mim seu rosto imóvel. Ficamos assim por cinco semanas, for a das horas de comer e de dormir. (FOUCAULT, 1974, p.274)

Segundo Bercherie (2001), nos primeiros 30 anos do século XX, a clínica psiquiátrica já havia construído um quadro nosográfico do adulto bem estruturado, e será com base nessa nosologia que a criança será estudada. Nesse período, a intenção é encontrar nas crianças as mesmas síndromes mentais já evidenciadas nos adultos, o que o levou a denominar esse período de “loucura (do adulto) na criança”. O olhar voltado para a saúde mental infantojuvenil era realizado pelos psiquiatras que seguiam o modelo psicopatológico do adulto, fazendo uma simples transposição desse modelo para o cuidado de crianças e adolescentes, não levando em consideração suas especificidades, e construindo quadros nosológicos baseados no déficit intelectual. As pesquisas e a clínica nesse período se orientam em encontrar nas crianças retardadas as síndromes mentais descobertas nos adultos, não se constituindo como um campo de investigação independente deste.

No caso brasileiro, a criação do Pavilhão-Escola Bourneville, no início do século XX, no antigo Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, foi o primeiro estabelecimento a realizar atendimento à criança com diagnósticos variados, mas com predominância da categoria de idiotia, cujo método de tratamento era associar o saber médico com o saber pedagógico. A criação dessa ala voltada para a criança vai ao encontro dos objetivos de fazer surgir uma nação civilizada, ancorada por discurso higienista e pedagógico, grandes aliados do projeto de construção de uma ‘nova nação’. As mudanças políticas (Proclamação da República) e sociais (Abolição da Escravidão) da época, e a necessidade de dar respostas às inúmeras denúncias sobre a forma como a criança era assistida, constituem elementos significativos na contextualização daquele momento na história brasileira. (SILVA, 2009).

A partir da criação do Pavilhão-Escola de Bourneville, vários outros pavilhões foram implantados em outros estados brasileiros destinados a crianças portadoras de algum distúrbio mental, porém todos desenvolviam, como parte da assistência psiquiátrica, tratamento pedagógico-educacional, controle do corpo e do comportamento. Essa associação entre educação e psiquiatria irá prevalecer por muito tempo sobre as práticas psiquiátricas no contexto brasileiro (DIAS e PASSOS, 2017).

A saúde mental infantil só passa a ter atenção como campo de estudo após 1930, somente a partir desse período pode-se falar de uma clínica voltada especificamente para criança, revelando um atraso na história da clínica infantil, quando comparada a clínica do adulto que já contava com um corpo teórico amplo e estruturado. A criança passa a ser investigada sob a luz das contribuições da psicanálise, a partir dos estudos sobre a histeria, do inconsciente e da sexualidade infantil na compreensão da subjetividade, permitindo novas interpretações sobre as diferentes manifestações afetivas psicopatológicas e dos transtornos do

comportamento, o que contribui para um olhar para além das deficiências. Até então todas as manifestações eram consideradas como consequência do retardo mental. O referencial teórico da psicanálise influencia decisivamente o campo da psiquiatria para o entendimento do sofrimento psíquico infantil.

A partir da segunda metade do século XX, a psiquiatria infantil conta com um referencial teórico consolidado para a compreensão dos distúrbios do desenvolvimento infantil e quadros psicopatológicos como o autismo, psicose infantil e outros transtornos específicos da infância e da adolescência. Porém ainda com posse desse corpo teórico que subsidia a compreensão da psicopatologia infantojuvenil, as práticas de enclausuramento e “manicomialização” em instituições diversas dão o tom do tratamento à população infantojuvenil. No final da década de 70 diversas denúncias e críticas sobre assistência psiquiátrica no Brasil ganham força ainda que mais voltadas para o adulto, embora à criança também foi imposta um tratamento baseado na exclusão e segregação.

As Nações Unidas declaram 1979 como o Ano Internacional da Criança, com o objetivo de sensibilizar os diversos países, até então omissos quanto à influência das condições sociais como determinantes da saúde mental, para os graves problemas que acometem essa faixa etária (REIS et al, 2016).

Lima (2014), descreve que embora a psiquiatria infantojuvenil tenha avançado no conhecimento e tratamento dos quadros psicopatológicos específicos dessa faixa etária, atualmente há um movimento demarcado por intervenções terapêuticas influenciadas por uma visão organicista, biologizante e com uso excessivo de medicamentos como forma de tratar comportamentos da infância, sem considerar a sua singularidade. Há uma tentativa de encaixar todos os comportamentos da criança, considerados fora do padrão, como um transtorno a ser medicado.

Segundo Trajano, Bernardes e Zurba (2017, p.13), ao se referir sobre os caminhos possíveis em saúde mental e criação de novas formas de cuidar e tratar, ressalta que:

“o novo caminho do cuidado em Saúde Mental busca agregar novas práticas, sem deixar de lado o já conhecido pelas Ciências da Saúde. Não nega o conhecimento construído do cuidado biologicista, onde o foco do cuidado é eliminação de sintomas, mas promove uma reflexão sobre a construção social e histórica do sujeito, construindo possibilidades diferentes de se colocar no mundo” (TRAJANO, BERNARDES & ZURBA, 2017, p.13)

A Reforma Psiquiátrica e a proposta de implantação do Centro de atenção psicossocial voltado especificamente para cuidar de crianças e adolescentes representa um espaço de ressignificação do seu sofrimento para além da medicalização e eliminação do sintoma.

2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O SURGIMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

O movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, iniciado no final da década de 70 do século passado, representou um significativo avanço para o desenvolvimento de um novo modo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico que, até aquele momento, tinham como única forma de tratamento a hospitalização psiquiátrica. Inicialmente, voltado apenas para a população adulta, só muito tardiamente a RP e a política de saúde mental brasileira — herdeira do ideário desse movimento — voltaram-se para as necessidades de crianças e adolescentes com problemas mentais. Por um longo período, os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes ficaram invisíveis ao movimento da RP, assim como as agendas das diferentes políticas sociais voltadas para essa população (COUTO e DELGADO, 2016).

Couto, Duarte e Delgado (2008) descreve que, historicamente, a responsabilidade pelo cuidado à saúde mental voltado a crianças e adolescentes foi transferida para os setores educacionais e de assistência social, demarcando uma desassistência e uma invisibilidade delas ao movimento da Reforma Psiquiátrica, e de políticas públicas que lhes dessem a oportunidade de outro destino que não fosse o confinamento em instituições de cunho filantrópico. Essa dívida histórica com essa parcela da população favoreceu a inclusão tardia da saúde mental infantojuvenil na agenda das políticas públicas, tanto no contexto nacional, como em nível mundial. O reconhecimento de que a saúde mental da população infantojuvenil é questão de saúde pública, devendo ser implantados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serviços de saúde mental voltados especificamente para este público, articulando outros setores (saúde, educação, assistência e sistema de direitos), são recentes e exigem a construção de novos processos de trabalho, mais psicossociais do que disciplinares.

A construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento psíquico é iniciada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, questionando o paradigma de práticas de cuidado, baseado na doença, no indivíduo e no hospital, para pensar um cuidado a partir da singularidade na organização da atenção às pessoas em sofrimento mental.

A partir da década de 80, três grandes movimentos provenientes de lutas sociais terão efeito diretamente no campo da saúde mental infantojuvenil, após a promulgação da Constituição de 1988: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Reforma Psiquiátrica (RP). Essas conquistas representam um marco para a reorganização do cuidado e atenção à saúde mental para crianças e adolescentes. As práticas de cuidados voltadas para a população infantojuvenil apontam para a

desinstitucionalização desses sujeitos em direção a um acolhimento, ao atendimento no território e à inclusão social, partindo dos princípios estabelecidos pelo ECA que reconhecem crianças e adolescentes como sujeitos de direito.

Essas três conquistas democráticas, referidas acima, responsabilizam o Estado e convocam-no a elaborar políticas públicas que garantam a assistência às crianças e aos adolescentes portadoras de sofrimento psíquico, a partir de uma perspectiva psicossocial e de um cuidado compartilhado com a família, serviços e comunidade.

A Reforma Psiquiátrica, concebida como processo histórico de transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais sobre a loucura (AMARANTE, 1995), consolidou-se a partir da aprovação da Lei 10.216/01, que assegura direitos fundamentais aos que sofrem de transtornos mentais e estabelece orientações quanto a mudanças no modelo de assistência à saúde mental, até então centrada no paradigma hospitalocêntrico e medicamentoso, para uma atenção e cuidado em meio aberto e comunitário (BRASIL, 2001).

As questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes estiveram inicialmente fora do debate no âmbito da Reforma Psiquiátrica. A I e II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorridas em 1987 e 1992, tocaram de forma muito superficial nos efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil, sem que nenhuma ação específica fosse elaborada a partir dessa constatação. Todos os esforços do movimento eram voltados para a desinstitucionalização dos adultos confinados nos grandes hospitais psiquiátricos. Os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes foram tratados como *problemas menores* (SAGGESE, 2000), não sendo colocados em pauta para discussões e encaminhamentos efetivos.

Somente a partir da aprovação da Lei 10.216/01 e realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, foram iniciadas discussões que apontaram para a necessidade de se construir diretrizes e ações voltadas para o cuidado em saúde mental da infância e adolescência. Na publicação da Portaria nº 336/02 e da Portaria nº 1947/03 definiu-se claramente a implantação e expansão de serviços dirigidos especificamente para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Algumas experiências estaduais no atendimento a crianças e a adolescentes em sofrimento psíquico fortaleceram o debate nesta conferência, como a do CAPSi de Betim, em Minas Gerais (1993), e dos CAPSis Pequeno Hans (1998) e Elisa Santa Rosa (2001), no Município do Rio de Janeiro. Todos esses serviços são pioneiros e funcionaram antes de uma legislação oficial.

A regulamentação da portaria 336/02, que criou os Centros de Atenção Psicossociais(CAPS) voltados especificamente para a população infantojuvenil - e outros

serviços com tipologia diferentes (CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPSad) estruturados de acordo com o número de habitantes, horários de funcionamento e clientela específica, todos constituindo um conjunto de serviços de atenção diária e de base territorial. Os CAPSis, são reconhecido como uma resposta concreta do Estado brasileiro às necessidades em saúde mental de crianças e adolescentes.

O CAPSi é um serviço público que atende prioritariamente crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. A portaria 854/12 ampliou a cobertura de atendimento nesse serviço para a faixa etária de 0 a 25 anos, e a portaria 3.088/13 reduziu para 70 mil o parâmetro populacional para a implantação de um CAPSi, e determinou que os CAPS I, CAPSad e CAPS III passassem a atender a população infantojuvenil nas localidades onde não há CAPSi.

Mesmo com a redução do parâmetro populacional, até 2017 somente 229 serviços foram implantados no país, sendo ainda distribuídos de forma desigual nas diferentes regiões, revelando uma tímida expansão desses serviços e uma discrepância entre a necessidade de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e a insuficiente cobertura psicossocial para atender às demandas. Vale destacar que, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, os CAPSis simbolizam um novo modelo de atenção à saúde mental em direção à superação de um longo período de desassistência ao cuidado da população infantojuvenil e, desta forma, sua frágil expansão no país sinaliza dificuldades do Estado em superar os descaminhos que anteriormente foram produzidos.

O estado do Maranhão, com população estimada em 7.035.055, IBGE (2018), possui somente 4 CAPS infanto-juvenil em 4 municípios, revelando uma notória defasagem entre o quantitativo populacional e os serviços de atenção à saúde mental para crianças e adolescentes.

Considerando a recomendação da portaria 3088/11¹ de ter um CAPSi a cada 70 mil habitantes, há uma evidente insuficiência dos serviços, que, incide na dificuldade de acesso para o cuidado das crianças e dos adolescentes que necessitam de acompanhamento.

O CAPSi representa não só um lugar de acolhimento e cuidado, como também concede visibilidade aos problemas que afetam crianças e adolescentes. Delfini e Reis (2012) consideram que:

¹ A portaria GM/MS n. 3.088/11(republicada em maio de 2013), reduziu o parâmetro populacional mínimo para instalação de um CAPSi para 70 mil habitantes e recomendou que o CAPS I, CAPS ad e CAPS III passassem a atender a faixa etária infantojuvenil (Brasil,2013)

“O reconhecimento da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA) como uma questão de saúde pública, integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) é recente e tem sido considerado como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.” (p. 357).

O “Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil” (Portaria nº 1.608/04) e o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (MS, 2005) — o primeiro, espaço coletivo de deliberações; o segundo, documento oficial do executivo nacional — representaram significativo avanço para formulação de princípios e diretrizes para o desenvolvimento da rede de atenção psicossocial, que promovesse um cuidado ampliado, intersetorial, voltado para redução do sofrimento e ampliação de laços sociais de crianças, adolescentes e suas famílias.

A implantação do CAPSi legitima um novo modelo de atenção em saúde mental, instituindo um cuidado interdisciplinar e intersetorial para garantir direitos e inclusão social de crianças e adolescentes com sofrimento mental. Esse modelo inovador requer práticas de cuidado no cotidiano que possam superar uma atenção demarcada pelo viés assistencialista e pedagógico, para um cuidado fundamentado na singularidade e respeito ético, orientado por princípios de uma política que nos direciona sobre os modos de atuação frente ao padecimento psíquico desta população.

2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU EFEITO EM IMPERATRIZ: BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

No período de 2001 a 2004, a cidade de Imperatriz passou por profundas mudanças na gestão municipal. A Secretaria de Saúde, rompendo com uma tradição de muitas décadas, tem pela primeira vez um gestor que não é médico. A psicóloga Antônia Iracilda Viana assume essa secretaria, e com sensibilidade política elege como prioridade da sua gestão intervir através de ações concretas, mudanças no cuidado às pessoas portadoras de transtornos mentais de nossa região.

No contexto internacional, o ano de 2001 foi eleito, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o Ano Internacional da Saúde Mental e no Brasil é sancionada, após 12 anos de tramitação pelo congresso, a Lei da Reforma Psiquiátrica, sensibilizando a população para a violação de direitos cujas pessoas com transtornos mentais eram submetidas nos grandes asilos, levando a uma urgência em instituir outra forma de cuidar do seu sofrimento psíquico.

Inspirada neste cenário favorável a mudanças e amparada pela Lei da Reforma Psiquiátrica, a nova gestão inicia um caminho junto com outros profissionais da saúde no sentido de elaborar um Programa de Saúde Mental para o município, no qual fosse possível

abordar a loucura de uma forma humanizada, e prestar outra forma de assistência, em contraposição ao que até então era ofertado em nossa região.

Nesse período, a cidade contava somente com um dispositivo para tratar dos transtornos mentais seguindo o modelo hospitalocêntrico e com terapêutica medicamentosa: a Clínica Psiquiátrica de Imperatriz (CPI), conveniada ao SUS, que se constituía como referência para Imperatriz, municípios vizinhos e outros estados próximos como Pará e Tocantins. Lugar, onde também eram internados adolescentes em intenso sofrimento psíquico.

Através do Programa de Saúde Mental do Município de Imperatriz, instituído em 2001 por essa nova gestão com o objetivo de oferecer um atendimento humanizado aos pacientes psiquiátricos, uma equipe de profissionais multidisciplinar começou a realizar atendimentos individuais e em grupo a pessoas com sofrimento psíquico em um pequeno ambulatório de saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com supervisão e formação acadêmica na área da saúde mental, culminando, em 10 de outubro de 2003, na inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial — CAPS II, denominado CAPS Renascer.

Após projeto ser aprovado pelo MS, o CAPSij de Imperatriz é inaugurado em dezembro de 2004, atendendo a uma necessidade premente de ampliar a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes do município.

A elaboração do projeto para a implantação do CAPSad ocorreu após registro, pelo MS, em 2007, de 25 casos de beribéri, doença causada pela ingestão excessiva de álcool, nos municípios do sudoeste do Maranhão, incluído Imperatriz. Um protocolo de intenção para o combate conjunto dessa doença foi assinado após reunião técnica com as três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal), culminando, em julho de 2008, na implantação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas— CAPSad Girassol.

Em paralelo, outras mudanças aconteciam. Em dezembro de 2007 a Clínica Psiquiátrica mudou o nome para Núcleo de Atenção Integrada de Saúde de Imperatriz — NAISI, cujo objetivo inicial era a reinserção social e familiar dos pacientes com longa permanência de internação, bem como acolher pacientes em crise psiquiátrica, dando suporte provisório até o seu encaminhando para a continuidade dos atendimentos no CAPS II. Embora o NAISI tivesse esses objetivos, as equipes de profissionais permaneceram com as mesmas práticas hospitalocêntricas e organicistas de cuidado ao paciente com transtorno mental, sendo fechado em definitivo no final de 2011.

Com o fechamento da Clínica Psiquiátrica, foi implantado o Serviço de Residência Terapêutica — SRT para acolher os pacientes egressos dessa Clínica sem vínculo familiar. O CAPS Renascer II e o CAPSad Girassol mudaram para a modalidade III, passando a funcionar

24 horas, ampliando seu quadro de recursos humanos e possibilitando a internação temporário de pacientes em crise. Ambos os serviços só tiveram supervisão por um breve período de tempo.

Tentando completar a rede de saúde mental do município, foram pactuados leitos psiquiátricos no Hospital Municipal de Imperatriz (HMI), porém devido a inexistência de um local específico para esses leitos dentro do hospital estes jamais foram habilitados, embora esse hospital seja a referência de atendimento a crise psiquiátrica do município e circunvizinhanças. Um Ambulatório de Saúde Mental também foi criado. Atualmente, a nova gestão municipal planeja desativar esse serviço e levá-lo para a atenção básica, mesmo sob protestos dos trabalhadores de saúde mental.

Todos os pacientes em crise psiquiátrica, sejam adultos ou adolescentes, são encaminhados para o HMI, onde são realizados os primeiros procedimentos medicamentosos e em seguida, se necessário, são encaminhados para uma internação no CAPS III ou CAPSad III. O adolescente só é aceito para internação psiquiátrica no CAPS III se um responsável permanecer com o mesmo dentro do serviço, o que às vezes traz sobrecarga para as famílias, principalmente quando o adolescente só possui um responsável pelo seu cuidado afetivo e financeiro.

Vale ressaltar que atualmente nenhum dos serviços da rede de saúde mental possui suporte de supervisão clínico-institucional, embora 26 profissionais (dentre eles eu e mais 4 profissionais de Imperatriz), com atuação em CAPS nos diferentes municípios do interior do Maranhão, fizeram formação por dois anos, através da escola de Supervisores Clínico-Institucional em Saúde Mental do Maranhão, viabilizado pelo portaria 1174/05 que previa incentivo financeiro para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial—CAPS. As consequências da ausência desse profissional nos serviços contribuem para a inexistência de um espaço de reflexão e discussão voltado para a oferta de cuidado baseado nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

O quadro atual da saúde mental de Imperatriz não difere dos outros municípios. Com a nova gestão municipal, iniciada no ano de 2017, é visível o desmonte do que se construiu até então. Com a justificativa de estar realizando “mudanças necessárias” no campo da saúde mental no município, inúmeros profissionais com experiência na área foram substituídos por pessoas com pouco ou nenhum conhecimento em saúde mental. As infinitas mudanças de coordenação nos serviços, bem como uma rotatividade de profissionais, trazem instabilidade e falta de regularidade nas ações de cuidado oferecidas aos pacientes em sofrimento psíquico.

2.5 PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A construção de uma política advém de um processo histórico que visa superar omissões e violações de direitos humanos fundamentais, através da elaboração de um conjunto de princípios e diretrizes que possam regulamentar as práticas sociais dirigidas ao indivíduo ou sociedade. A política de SMCA representa uma tentativa de superar a desassistência e a institucionalização do cuidado impostos a crianças e adolescentes com inúmeras deficiências e transtornos mentais, esquecidas em abrigos e hospitais psiquiátricos. (AMSTALDEN, HOFFMANN & MONTEIRO, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) registrou, em 2005, que dos 191 países pertencentes à Organização das Nações Unidas (ONU), somente 35 possuíam políticas voltadas para o cuidado dessa faixa etária, e, destes, apenas sete tinham planos de ação voltados para a saúde mental para esta população.

“Em muitos países não há nenhum serviço de saúde mental especializado para menores e conseqüentemente a legislação pode desempenhar um papel importante na promoção do estabelecimento de tais serviços e do acesso aos mesmos. A hospitalização só pode ser apropriada quando não existirem alternativas disponíveis de base comunitária, ou as mesmas não tenderem a ser eficazes ou terem sido experimentadas e fracassado.” (OMS, 2005, p.1)

Este descaso com relação à SMCA trouxe conseqüências que incidiram diretamente nas formas de cuidado dirigidas à população infantojuvenil. Práticas de encarceramento, filantrópicas, de cunho pedagógico e disciplinar foram prevalentes em grande parte dos países, agravadas pelas condições sociais dos países em desenvolvimento. (OMS, 2005).

A Política de SMCA brasileira considera os CAPSis como serviços estratégicos, fundamentados na noção de clínica ampliada — que pressupõe um cuidado articulado por diferentes saberes e práticas na atenção integral a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico — para sustentação de um cuidado que vise produzir a inclusão social e a autonomia possível dos sujeitos e das famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2009).

É primordial que a clínica e o cotidiano dos serviços voltados para o cuidado em SMCA estejam fundamentados nos princípios da política, quais sejam: reconhecimento de que crianças e adolescentes são sujeitos que têm o direito de serem cuidados de forma particularizada (sujeito psíquico e de direitos); devem ser acolhidos e ouvidos (acolhimento universal); que o cuidado deve ser agenciado até o seu destino final (encaminhamento implicado) e desenvolvido em rede, abrangendo diversos setores (construção permanente da

rede e da intersetorialidade); e que o modo de atenção seja sensível às particularidades da comunidade onde vivem os usuários (noção de território). (BRASIL, 2005).

Esses princípios, abordados no documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), estabelece uma diretriz política que produz um novo olhar e norteia um cuidado específico direcionado a crianças e adolescentes com transtorno mental. Como esta pesquisa versa sobre as práticas de cuidado em um CAPSi, onde esses princípios devem vigor, faz-se necessário uma descrição de cada um deles.

O reconhecimento de que a criança e o adolescente a serem cuidados são *sujeitos* será o princípio norteador de todos os demais. Isso significa afirmar que eles têm direitos de serem cuidados, respeitando sua singularidade, subjetividade e implicação no seu sofrimento psíquico e lhes assegurando voz e escuta a suas demandas como modo de garantir que outros (família, escola, instituições etc.) não falem por eles (BRASIL, 2005).

O acolhimento universal parte do princípio de que todos os serviços públicos de saúde mental devem estar de portas abertas para acolher, ouvir e dar uma resposta para o sujeito e sua família que procuram esse dispositivo. Nenhuma justificativa deve ser considerada para o não acolhimento de uma demanda. Acolher não significa permanecer com o caso, mas fazer uma escuta cuidadosa para tomar, a princípio, três decisões: assumir o tratamento da criança ou do adolescente no serviço, desconstruir a queixa de modo que o sujeito e sua família compreendam que não há indicação de tratamento em saúde mental, ou encaminhar, com implicação, para outro serviço, acompanhando seu desfecho final (BRASIL, 2005); (AMSTALDEN, HOFFMANN & MONTEIRO, 2016).

Nesta nova proposta de cuidado a concepção de encaminhamento foi redefinida. Se outrora os encaminhamentos eram baseados em referência e contrarreferência, através do preenchimento de uma ficha sem envolvimento daquele que encaminhava, agora há uma exigência de um encaminhamento implicado, ou seja, aquele que encaminha deve se responsabilizar pelo caso até seu novo destino, colocando-se à disposição, se necessário, para discutir o caso em outro serviço, o que implica numa construção de uma rede para o cuidado integral do caso.

A construção permanente de uma rede é uma estratégia fundamental para consolidar uma política pública dirigida a crianças e adolescentes. Essa rede deve articular serviços de saúde mental e outros setores que ofereçam assistência à população infantojuvenil, que possam garantir, potencializar e viabilizar ações para um cuidado intersetorial. Partindo do pressuposto de que nenhum serviço dá conta sozinho do sofrimento psíquico, os serviços de atenção

psicossocial devem superar as dificuldades e limitações internas para possibilitar um trabalho com os outros serviços e equipamentos disponíveis no território.

A noção de território vai para além do espaço físico e geográfico, implica todos os espaços que o sujeito criança ou adolescente circula (casa, escola, família, igreja, casa de amigos etc.). É o lugar psicossocial do sujeito que deve ser sustentado por ações e práticas de cuidado que articulem projetos de inclusão na comunidade, atravessados pelo princípio da intersetorialidade.

Toda ação ou prática de cuidado na saúde mental deve ser permeada pela intersetorialidade, ou seja, todos os dispositivos, clínicos ou não, devem ser considerados na construção de uma intervenção. Tal princípio, fundamental para a construção da rede de cuidado, é uma exigência quando se trata de crianças e adolescentes que circulam por diferentes espaços de saúde mental, assistência, educação, judiciário e outros que seu território oferece. Campos e saberes diferentes devem ser levados em conta na construção do trabalho em rede, de forma que todos os dispositivos que fazem parte da vida da criança e do adolescente sejam incluídos no ato de cuidar.

Os princípios da política pública de SMCA determinam uma nova forma de cuidar, onde os processos de trabalho dirigidos a crianças e adolescentes devem superar a institucionalização, caminhando para um modelo que garanta ações emancipatórias que possam melhorar sua qualidade de vida, mesmo com grave sofrimento psíquico, considerando sua condição de sujeito com direito de ser incluído e participar da vida em comunidade.

3 O CAPSi E O MODO PSICOSSOCIAL DE CUIDAR

O modelo de tratamento dirigido às crianças e adolescentes, ao longo da história brasileira, teve como características principais a oferta de práticas baseadas na institucionalização, operadas por setores externos à saúde mental, como o da assistência social, educação e judiciário. De modo geral, essas ações assistenciais eram baseadas na disciplina e controle do corpo, tendo como efeito a segregação e negação de direitos fundamentais. A Reforma Psiquiátrica e a política de SMCA são marcos importantes para superação deste modelo institucionalizante, que submeteu um enorme contingente de crianças e adolescentes à desassistência. A implantação dos CAPSis e a determinação da intersetorialidade como fundamento na organização da rede constituem as primeiras iniciativas governamentais relacionadas à tomada de responsabilidade pelo cuidado em liberdade da infância e adolescência, estabelecendo diretrizes de cuidado baseadas na singularidade de cada caso e na integralidade (BRASIL, 2005). Neste capítulo, será abordado o modo psicossocial de cuidar no CAPSi, suas especificidades e desafios.

Embora existam diretrizes claras para o desenvolvimento das práticas psicossociais no interior dos serviços, constatamos desafios a serem enfrentados em direção a uma consonância entre aquilo que é proposto e o que é realizado no cotidiano do cuidado psicossocial. A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), bem como as diretrizes para atenção psicossocial, não garantem a atenção psicossocial nos serviços.

No que se refere à SMCA, somente no início do século XXI foram propostas ações concretas no Sistema Único de Saúde (SUS) para este fim. O estabelecimento dos CAPSis, como dispositivos estratégicos, representa a primeira iniciativa para o suporte, tratamento e cuidado específico para a população infantojuvenil, baseado em um modelo que deve sustentar um cuidado em rede junto com outros setores. Esse modelo é novo e ainda encontra-se em processo de desenvolvimento no saber-fazer dos profissionais da saúde mental.

A atenção psicossocial é um campo em construção. Embora não exista uma definição clássica, é a designação de um novo modelo de cuidado, inspirado na reforma psiquiátrica que, para se consolidar, necessita de uma incessante luta por democracia e direitos humanos. Reafirmar os fundamentos da atenção psicossocial - crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos, acolhimento universal, encaminhamento implicado, atenção em rede, cuidado no território e intersetorialidade (BRASIL 2005) - representa um importante caminho para a desconstrução de uma lógica asilar que ainda se faz presente no cotidiano de grande parte dos serviços.

O movimento da Reforma Psiquiátrica deu origem ao paradigma da atenção psicossocial que determina modos emancipatórios de cuidado. No Brasil, passou-se a utilizar o termo atenção psicossocial a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) quando se definiu que a atenção integral e a cidadania eram conceitos norteadores da atenção à saúde mental, fundamentado no direito ao tratamento e na organização de uma rede de atenção integral à saúde (BRASIL, 1992).

A princípio, é importante pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial como um modelo em processo, que caminha e transforma-se conforme supera os desafios que se apresentam no cotidiano do cuidado e na construção de uma rede de relações entre os sujeitos que cuidam (profissionais e sociedade), e os sujeitos que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico (usuário e familiares), desenvolvendo relações com os vários recursos existentes no território (AMARANTE, 2007).

“O campo da saúde mental é um campo dos cuidados” (TENÓRIO E ROCHA, 2006, p.56), campo esse ainda atravessado por duas tendências: uma mais conservadora, a psiquiatria biológica que aborda a doença mental pela via cerebral e orgânica com tratamento pelo uso de psicofármacos, associados à psicoterapia cognitiva; e outra mais ampliada, a atenção psicossocial, que visa mediar os impasses do cotidiano de pessoas com grave sofrimento mental, promovendo inclusão social.

Delgado (2007), no artigo sobre a clínica da Reforma, faz algumas reflexões pertinentes quando reitera que esta clínica é permanentemente construída com sujeitos e situações concretas, no território a ser transformado. Esse cuidado é direcionado por uma ética da autonomia que deve favorecer o outro a conviver com a experiência do sofrimento psíquico, buscando uma inclusão social baseada na tolerância e respeito ao modo de existir de cada um. Reafirma, ainda, que, a rigor, o território é sempre marcado pelo desamparo, onde nada está dado, sendo necessário sua construção permanente para que se possa garantir um novo lugar social para a loucura.

A função da atenção psicossocial vai além da ordenação das formas de cuidado ou dos processos de trabalho na instituição, trata-se de um projeto civilizatório que reafirma mudanças de mentalidade em direção a uma concepção de que as pessoas em sofrimento psíquico são cidadãs iguais, com direito ao livre acesso e aos serviços de promoção de saúde existentes em seu território, preservando os laços de pertencimento social do paciente (YASUI, 2009).

As mudanças propostas pela política de saúde mental encontram ainda grandes impasses para sua efetiva implantação, principalmente no que se refere às práticas dos profissionais que têm a tarefa de agenciar essa mudança, tornando um desafio diário nas

instituições implantar o modelo psicossocial, o qual, por vezes, ainda se encontram modos tradicionais na produção do cuidado, como por exemplo, as decisões do médico da equipe sobrepondo-se às das demais profissões, centradas na remissão de sintoma e na medicalização do sofrimento. A mudança do paradigma biomédico para o da atenção psicossocial exige um cuidado interdisciplinar e intersetorial, sensível aos modos de sofrer de cada usuário. Porém, no cotidiano de muitos serviços constata-se que os profissionais assumem posturas que os tornam incapazes de ouvir e acolher o sofrimento, desencadeando um conflito entre o proposto como clínica ampliada e a sua prática real, além de uma tensão permanente entre os dois paradigmas — biomédico/asilar e psicossocial — que sustentam os modos de cuidado. (YASUI & COSTA-ROSA, 2008).

Para Costa-Rosa (2000), o modo asilar parte do pressuposto de que o sofrimento psíquico tem causas orgânicas, apostando na medicação e institucionalização do sujeito para o tratamento, procurando sua possível adaptação à sociedade. Nessa prática de cuidado, o sujeito é considerado um doente, deve ser confinado a uma instituição hospitalar e os sintomas apresentados suprimidos pelo tratamento medicamentoso. No modo asilar, a instituição é considerada como o local onde todos os problemas dos doentes serão controlados. A função dessa instituição seria a de retornar o indivíduo ao seu estado “normal”, para que sem sintomas, possa conviver socialmente. Se a “cura” não ocorrer, a instituição o mantém enclausurado, à margem da sociedade.

No modo psicossocial, ainda em construção, o cuidado requer uma abordagem que reconheça os diferentes saberes e serviços, ofertando uma diversidade de dispositivos territoriais existentes na comunidade para a reinserção social do sujeito. O modo psicossocial é o que mais se aproxima do paradigma das práticas da reforma psiquiátrica, porque parte da concepção de que o sofrimento psíquico não é responsabilidade exclusiva do indivíduo, mas determinado por um contexto social amplo, estendendo o cuidado para a família e o meio sociocultural para sua reabilitação psicossocial. O modo psicossocial concebe os serviços como dispositivos estratégicos para o acolhimento e sociabilidade de um sujeito, respeitando sua singularidade e sua vivência de adoecimento psíquico (COSTA-ROSA, 2000).

É expressivo o aumento do número de serviços substitutivos, através da implantação de CAPS, após a Reforma Psiquiátrica. Porém, isso não é garantia que houve uma mudança no modelo de atenção no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Para uma transformação efetiva no campo da saúde mental e atenção psicossocial, Amarante (2007), propõe quatro dimensões: a dimensão teórico-conceitual leva-nos a questionar os conceitos de doença, cura e o modo de tratamento baseado no isolamento proposto pela psiquiatria tradicional, favorecendo

um modo ampliado de cuidar deixando emergir o sujeito em sua experiência de sofrimento psíquico considerando suas idiossincrasias e problemas concretos do seu cotidiano (família, comunidade, projetos, desejos); a dimensão técnico- assistencial da atenção psicossocial deve pensar os serviços como dispositivos estratégicos para operar como um lugar de “sociabilidade e produção de subjetividade” (AMARANTE, 2007, p.69); na terceira dimensão estão as questões jurídico-político que se propõe a revisar e mudar algumas leis e normas sociais que representam obstáculo em garantir o exercício de cidadania ainda que portador de um sofrimento mental; a quarta dimensão denominada sociocultural sugere ações em direção a desconstrução de atitudes e estigmas que levem a mudanças na representação social sobre a loucura.

Essas quatro dimensões dão alicerce ao paradigma da atenção psicossocial quanto à concepção das práticas de saúde mental com destaque para: a mudança na visão teórica e técnica considerando a influência psíquica e sociocultural no sofrimento psíquico e não somente o orgânico, concebe a participação ativa dos usuários e comunidade nas intervenções, a demanda é cuidada com a corresponsabilização e integralidade de diversos setores e demarca uma posição ética de não somente eliminar os sintomas, mas respeitar o modo de existência – sofrimento desse sujeito.

No que se refere aos dispositivos de cuidado infantojuvenil, além de uma clara defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços suficiente capaz de responder às necessidades em cada município (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008), há poucos estudos sobre as práticas de cuidado, baseado no modelo psicossocial, aplicadas à SMCA dentro e fora desses dispositivos.

Couto (2001) aponta a continuidade de alguns modos de produções asilares, ainda que seja fora dos grandes internatos de outrora, apesar da Reforma Psiquiátrica e do paradigma da atenção psicossocial em curso. Alguns abrigos voltados para crianças e adolescentes ainda persistem. A busca itinerante de atendimento, o uso excessivo de medicação, e a patologização das dificuldades de aprendizagem, são resquícios de uma visão distorcida sobre a criança e os adolescentes. Para tanto a autora propõe estudos e pesquisas que possam dar maior visibilidade às práticas dos CAPSis, considerando o trabalho territorial e em rede.

Cunha e Boarini (2011), numa revisão bibliográfica sobre os discursos científicos sobre CAPSis, ressaltam que por ser um dispositivo implantado recentemente, com exigência de práticas profissionais inovadoras, exige uma “reinvenção dos fazeres e práticas instituídas” (p.75). O estudo aponta, entretanto, para existência de práticas isoladas, prevalência de um saber

psicológico no atendimento às demandas e acolhimento de queixa escolar sem uma avaliação crítica dessa demanda.

Vicentin (2016) também reitera algumas ideias quanto aos desafios colocados aos CAPSis. Inicialmente, propõe que revisemos as nossas concepções e preconceito sobre o mito da infância, que nos leva a negar uma necessária ampliação de sua participação ativa nos diversos espaços sociais. Afirma ainda que estamos aprisionados à concepção de uma criança e de um adolescente na posição de carente, anormal e perigoso, que justifica a tutela, a segregação e o crescente movimento de patologização e medicalização nos abrigos, escolas e internatos, configurando-se como novos manicômios. Aponta uma pauta ético-política para o cuidado que deve permear nossas práticas: singularizar as demandas de porta de entrada, visando a despatologização; implantar fóruns intersetoriais; maior proximidade e diálogo com a justiça e garantir participação de crianças, adolescentes e suas famílias nos diversos espaços sociais.

Esse conflito entre saberes e práticas são evidenciados no cotidiano dos CAPSis. Embora existam poucos estudos que promovam reflexão sobre as demandas e práticas, principalmente, relacionados à população infantojuvenil em sofrimento psíquico conforme evidencia pesquisa de levantamento bibliográfico sobre a assistência em saúde mental infantojuvenil feita por Ribeiro et al (2017), algumas pesquisas descritas abaixo, ratificam e dão visibilidade a esse conflito.

Hoffmann, Santos e Mota (2008) e Garcia, Santos e Machado (2015) reafirmam que a maioria dos CAPSis ainda funcionam segundo a lógica ambulatorial tradicional em relação à vinculação da clientela, isto é, o usuário ao acessar o serviço recebe um atendimento especializado e ações centralizadas, impossibilitando um cuidado continuado e voltado para fora do serviço. Os atendimentos operam em detrimento de estratégias territoriais que promoveriam ações de cultura e lazer na comunidade, estimulando a circulação e inclusão social dos usuários.

O acolhimento da demanda ainda segue padrões tradicionais. Entrevistas superficiais são realizadas para verificar se o paciente tem “perfil” para ser inserido no serviço, sem considerar que crianças e adolescentes que procuram o CAPSi devem ser todas acolhidas, de modo que seja permitida a expressão da sua história e problema para, a partir dessa escuta, serem tomadas decisões: “desconstruir a queixa, acolher a demanda, ou encaminhar, com implicação, para outro espaço de cuidado” (LAURIDSEN-RIBEIRO; ARRIGONI; LEAL, 2016, p.77).

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), o cuidado em SMCA deve se desenvolver articulado a uma rede intersetorial para uma maior efetividade frente aos problemas de saúde mental. Delfini e Reis (2012), em pesquisa realizada sobre a articulação entre os serviços públicos de saúde para o cuidado em SMCA, reafirmam que ainda há, nos casos de encaminhamento, uma predominância da lógica do puro encaminhamento, transferindo o usuário para outro serviço sem articulação prévia, contrário à corresponsabilização e encaminhamento implicado, recomendados pela política de saúde mental.

Reis et al (2012), através de uma pesquisa sobre caracterização epidemiológica e sociodemográfica de usuários de CAPSi do estado de São Paulo, ressalta que existem diversas práticas de cuidado nesses serviços, algumas delas se aproximam e outras se apartam dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse estudo, no que se refere às condutas terapêuticas registradas nos prontuários pesquisados, o atendimento individual é a modalidade mais frequente (51,8%) em detrimento de 30,8% de terapias em grupo, revelando que os atendimentos individuais têm um predomínio sobre outras intervenções terapêuticas. Taño e Matsukura (2014), ao analisar as ofertas de cuidado em 4 CAPSi do Estado de São Paulo também evidenciaram atendimentos individuais como principal prática de cuidado ofertado, o que vai na contramão do que é recomendado na política de SMCA. Zaniani e Luzio (2014), em análise de 14 artigos indexados sobre CAPSi, constataram que em grande parte desses serviços há uma “primazia de um olhar clínico-individual”, (ZANIANI E LUZIO, 2014, p.56) revelando um cuidado em saúde mental norteado por questões intrapsíquicas do sujeito, sem considerar os determinantes sociais do adoecimento e sofrimento. Registraram ainda que os CAPSis investigados funcionavam de maneira semelhante aos serviços ambulatoriais, com ações individualizadas aproximando-se do que Costa-Rosa (2000) chamou de modo asilar, em que o indivíduo é tomado como doente e centro do problema e a medicação ocupa grande parte da conduta terapêutica, o que vai de encontro ao modo psicossocial no qual o sujeito em sofrimento psíquico é visto biopsicossocioculturalmente, privilegiando assim práticas grupais, coletivas e territoriais em direção a um cuidado amplo e variado.

As pesquisas referenciadas acima, sobre alguns modos de cuidado nos serviços em saúde mental de crianças e adolescentes, revelam práticas de cuidado que não condizem com os princípios da política de SMCA. As ofertas de cuidado que ultrapassem os muros do CAPSi são incipientes, não levando em consideração uma clínica ampliada que possa oferecer uma atenção diversificada para além do espaço físico do serviço, deixando assim de desempenhar sua dupla função: terapêutica e organizadora da rede de saúde mental para os cuidados com a infância e adolescência.

Em contraposição aos apontamentos críticos colocados acima, há estudos indicando a pertinência e efetividade das ações psicossociais dos CAPSis, quando estes desenvolvem estratégias de trabalho mais próximas do modelo psicossocial de atenção.

Delfini e Reis (2012) além de tecerem críticas sobre as práticas de cuidado no cotidiano dos CAPS, também apontam que algumas equipes conseguem colocar em prática um modelo de saúde mental compatível com o modo psicossocial, apostando numa articulação entre CAPSi e Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando o cuidado em uma rede ampliada através de parcerias com recursos da comunidade, diálogo permanente entre os trabalhadores da saúde mental e ESF, compartilhamento de responsabilidade e ações e elaboração conjunta de caminhos que possa garantir um cuidado integral a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Nessa mesma direção, Teixeira, Couto e Delgado (2017), também reiteram a importância da articulação com a rede intrassetorial (ESF e CAPSi) para garantir um cuidado contínuo, através do trabalho colaborativo, para a construção de novos processos de trabalho envolvendo diversos setores na busca de um cuidado efetivo em SMCA.

Leite (2011), em um relato de um caso atendido no CAPSi da UFRJ, assinala a importância da continuidade do acolhimento a uma usuária com uma síndrome de características neurológicas, em que a equipe foi convocada a responsabilizar-se pela organização e articulação dos serviços que deveriam fazer parte de seu PTS, mapeando a rede de serviços externos ao CAPSi que pudesse atender às necessidades singulares do caso. Nessa perspectiva, o projeto terapêutico é um dispositivo que promove a circulação de saberes através de uma discussão coletiva visando a um cuidado horizontal do sujeito.

Em outro relato de caso, Schmid (2007) descreve um cuidado de atenção diária proposto pela equipe do CAPSi CARIM, do IPUB/UFRJ, a um adolescente com longa história de internação psiquiátrica. A abordagem constitui-se em uma clínica que permite estar ao lado do adolescente, acolhendo sua produção delirante e estabelecendo uma aproximação diária no cotidiano do serviço, visando à construção de vínculo, à partilha de cuidado com a família e a sua inclusão social. Essa abordagem permite uma ampliação da condição de sujeito e suas potencialidades para um cuidado psicossocial no interior do serviço e fora dele o que demarca uma nova forma de abordar e cuidar do sofrimento psíquico:

“Falamos de uma outra clínica...falamos de um cotidiano que se partilha, de almoçar junto, de realizar passeios, de ouvir histórias nos consultórios, mas também nos corredores, na rua, nos espaços comuns de informalidade.” (SCHMID, 2007, p.188)

Dias e Passos (2017), reiteram a importância de os trabalhadores de saúde mental inserirem-se em outros campos do saber incorporando a noção de clínica ampliada,

possibilitando, para além dos recursos da palavra, a garantia da livre circulação e inserção dos sujeitos em sofrimento psíquico em espaços públicos, respeitando sua singularidade e implicando todos no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes.

A Clínica Ampliada, fundamento da atenção psicossocial, apoia-se na Lei 10.216 (BRASIL, 2001), que garante a proteção e o tratamento das pessoas com transtorno mental num contexto humanizado e diversificado da vivência de quem sofre. Essa clínica ampliada ou “clínica do sujeito” valoriza o acolhimento, a escuta e o contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido. A reflexão sobre este novo cuidado e esta nova clínica deve ir em direção a construção de práticas terapêuticas voltadas a SMCA que possam implementar uma atenção psicossocial que envolva todos os atores (profissionais, usuários, familiares e comunidade) em busca de autonomia, protagonismo, reflexões e autocrítica do cotidiano para não serem capturados por modos conservadores e tradicionais de exercer o cuidado (OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2009).

Na realidade de Imperatriz, o CAPSi parece ainda enfrentar algumas dificuldades advindas das “mudanças” realizadas pela nova gestão municipal em exercício desde 2017. Transferências e retirada de alguns profissionais do serviço, falta de material para realização de oficinas e ausência de condições adequadas de trabalho, comprometem a realização da atenção psicossocial, principalmente para crianças e adolescentes, prática que requer dos trabalhadores a necessidade de estar em constante diálogo com os diversos setores corresponsáveis pela assistência ampliada, como escolas, assistência social, justiça, etc. Tais limitações e as constantes alternâncias de profissionais e da própria coordenação no CAPSi, bem como de outros serviços de saúde mental, fragilizam as relações de trabalho e as práticas de atenção, tornando os profissionais inseguros para se posicionarem de forma independente nas discussões, reivindicações e nas práticas de cuidados realizadas no CAPSi. Alguns dos efeitos desse cenário expressam-se por contradições que se apresentam no cotidiano: como possibilitar atenção psicossocial, que exige ações e modos de cuidado ampliados, em meio a condições tão precárias e limitantes de trabalho? Este momento exige dos profissionais e usuários buscarem caminhos possíveis na direção do enfrentamento desses obstáculos.

Os desafios a serem enfrentados para tornar possível o paradigma da atenção psicossocial no cuidado a saúde mental de crianças e adolescentes passam pela dificuldade de se praticar a intersetorialidade fundamentada no modo psicossocial. Observa-se que essas dificuldades se apresentam até na articulação intrasetorial como na atenção primária, sendo este, segundo Delfini e Reis, considerado “lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental [...] por sua proximidade com a comunidade” (DELFINI

E REIS, 2012, p.2). Embora tenha havido avanços no cuidado a saúde mental a partir da implantação dos CAPSis, ainda é precária a rede de saúde mental, que carece da implantação de novos serviços substitutivos ao modelo asilar, como de Serviços de Residência Terapêutica para adolescentes, de locais com equipe de profissionais que possam atuar na lógica da redução de danos junto aos usuários em uso abusivo de drogas (ainda destinados a comunidades terapêuticas de cunho filantrópico e religioso), de dispositivos para acolhimento noturno, e de leitos de saúde mental em hospital geral.

3.1 O CAPSi E SEUS MANDATOS PÚBLICOS

A construção da rede de cuidado psicossocial para crianças e adolescentes exige uma relação permanente com uma diversidade de setores, para a possibilidade de um enfrentamento do transtorno mental, na perspectiva de que nenhum serviço consegue oferecer cuidado efetivo de forma isolada e fragmentada. Reconhecer os limites de cada serviço exige um diálogo permanente com e entre os setores corresponsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Esse encontro da saúde mental com os outros serviços não se dá de forma linear e sem conflitos. Desafios a serem superados são colocados, principalmente no que se refere à dificuldade de nos apropriar do mandato público dos parceiros de cuidado, sem o qual pode inviabilizar práticas de cuidado atravessadas pela intersectorialidade.

Cada serviço é constituído por mandatos que lhes asseguram práticas e modos de atuação singular que não devem ser desconstruídos com a intersectorialidade, mas potencializados em direção à construção de práticas de cuidado, respeitando os mandatos específicos de cada setor.

Dois mandatos atravessam os modos de cuidado na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: o mandato terapêutico e o mandato de ordenador da rede de saúde mental no território.

O mandato terapêutico tem a função de dar acesso aos casos de maior gravidade, ou de extrema vulnerabilidade, que afetam a saúde mental de crianças e adolescente, buscando a diminuição dos agravos da saúde mental, apostando numa clínica ampliada e integrando outros saberes para um cuidado no território. Atuar, segundo este mandato, significa diminuir a concepção ainda presente de que todo sofrimento psíquico deve passar pela medicalização ou supressão dos seus sintomas. Nesse mandato, o sujeito não é limitado a seu transtorno, e as práticas de cuidado não se reduzem à exclusão, mas visam a ampliação dos laços sociais:

“em cujo ato está incluído o que é próprio, e singular, ao sujeito em sofrimento: sua história, seus dizeres, sua episteme particular, seus arranjos subjetivos, suas montagens sintomáticas

e vias de superação, seu território e cotidiano, e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição de existência” (COUTO E DELGADO, 2016, p.275)

O CAPSi tem ainda a responsabilidade de organizar a demanda de SMCA em um território específico. O mandato gestor, convoca-nos a adentrar no território para conhecer como os outros serviços operam o cuidado e, em conjunto, ordenar as necessidades específicas em saúde mental daquele território. Nessa perspectiva, os trabalhadores do CAPSi devem dar o primeiro passo para a sensibilização da rede em direção ao enfrentamento do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes em consonância com o paradigma da atenção psicossocial.

Os CAPSis, como dispositivos estratégicos, já nascem sob o marco de um cuidado intersetorial, visto que a criança e o adolescente perpassam por diferentes setores em seu percurso existencial. Conforme reafirmam Couto e Delgado, a intersetorialidade é uma exigência da clínica com crianças e adolescentes na atenção psicossocial. Serão as ações intersetoriais que produzirão mudanças efetivas no modo de operar o cuidado.

“Além da responsabilidade de cuidar e tratar, a atenção psicossocial tem a tarefa de inscrever no tecido social, junto de outros setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, uma nova concepção de criança e adolescente que ultrapasse a ideia consagrada de que são seres alijados da experiência do sofrimento psíquico extremo.” (COUTO & DELGADO, 2016, p.162)

O modo de cuidado psicossocial exige práticas em conformidade com o meio social. Constata-se que o mandato terapêutico tem avançado quanto a algumas recomendações dos fundamentos da clínica psicossocial, como o reconhecimento de que essa criança pode sofrer psiquicamente sendo acolhida nos serviços de saúde mental. Porém, um desafio a ser enfrentado é o efetivo cuidado intersetorial que possa sensibilizar os vários setores para o estudo do desenvolvimento infantojuvenil e suas possíveis patologias, proporcionando espaço de discussão e escuta de diferentes mandatos, que possam permitir um manejo efetivo dos casos pelos quais todos são responsáveis, provocando mudança significativa na vida da criança, do adolescente e sua família.

Alguns caminhos em direção a efetiva implantação da política, garantindo o modo psicossocial de cuidado, são expressos na construção de uma agenda com prioridade para a atenção a saúde mental na infância, adolescência e juventude, proposta na IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV CNSM), ocorrida em 2010. A participação ativa de outros setores além da saúde foi ao encontro das mudanças necessárias a um novo modelo de atenção em direção a um cuidado intersetorial. Nessa conferência foi reafirmada a importância de ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos que possa garantir o aceso,

acolhimento e tratamento de toda a população em todos os níveis de assistência necessários aos cuidados contínuos em saúde mental (BRASIL, 2010).

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (BRASIL, 2010), dentre muitas outras recomendações, há algumas voltadas especificamente para uma agenda propositiva à saúde mental de crianças e adolescentes que reforçam a atenção integral e intersetorial para garantir as condições de uma prática de cuidado psicossocial:

1. Assegurar, em todo território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico numa rede pública ampliada, comunitária e intersetorial fomentando estratégias considerando as demandas específicas e os dados epidemiológicos de cada território;
2. Garantir financiamento voltado principalmente para as localidades com vazio assistencial;
3. Reafirmar o mandato do CAPSi como ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil;
4. Expandir e qualificar as estratégias de desinstitucionalização, com o objetivo de prepará-los para a integração na família e sociedade;
5. Discutir sobre os efeitos e riscos do uso indiscriminado de psicofármacos para crianças e adolescentes;
6. Fortalecer ações em saúde mental na atenção básica (UBS, NASF, ESF), hospitais gerais para o acolhimento qualificado da atenção a crise, com a educação, assistência social e sistema de garantia de direitos;
7. Criar colegiados (fóruns intersetoriais, associação de familiares, profissionais e gestores) para discussão permanente de questões relacionadas à infância e adolescência.

Passados 16 anos de implantação dos primeiros CAPSis, constata-se ainda a existência de desafios e barreiras para sua efetiva implantação e desenvolvimento. Além da expansão desse dispositivo estar aquém da demanda, há necessidade de se avançar em pesquisas sobre o que efetivamente está acontecendo nos CAPSis, suas práticas de cuidado e sua articulação com o paradigma da atenção psicossocial. Buscando contribuir para esse avanço esta pesquisa objetiva analisar como os profissionais de um CAPSi compreendem algumas práticas de cuidados ofertadas no cotidiano do serviço, seus possíveis impasses e apontar alguns caminhos que aproximem essas práticas da atenção psicossocial

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as especificidades e desafios das práticas de cuidado ofertadas pelos profissionais do CAPSi do município de Imperatriz no Maranhão

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Analisar como os profissionais compreendem algumas práticas de cuidado ofertadas pelo CAPSi;
- 2- Destacar as especificidades e os impasses apontados pela equipe;
- 3- Propor pactuações que possibilitem avanços no cuidado psicossocial frente aos impasses que venham a ser detectados.

5 METODOLOGIA

A temática da pesquisa, práticas de cuidado em um CAPSi: especificidades e desafios, tem como elemento principal a análise das narrativas produzidas pelos profissionais que vivenciam experiências comuns no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no cotidiano de um serviço. Buscando entender os modos de compreensão dessas práticas, apontando impasses e desafios, essas narrativas foram colhidas no próprio serviço (ambiente natural), usando a técnica de Grupo Focal (GF), e com interação entre o pesquisador e sujeitos pesquisados. Essas características que norteiam a pesquisa levam a uma abordagem qualitativa.

A metodologia qualitativa permite a compreensão das interpretações, opiniões e percepções dos indivíduos, grupos e organizações em seu ambiente ou contexto social, além de permitir uma implicação do pesquisador com o campo da pesquisa e com os sujeitos envolvidos no estudo (MINAYO, 2014).

A busca por uma compreensão mais aprofundada da experiência cotidiana com participação ativa de um grupo específico, buscando encontrar um sentido para essas experiências, utiliza o raciocínio indutivo para gerar hipóteses que possam contribuir com o conhecimento teórico e com possíveis mudanças no saber-fazer, permeado pela implicação do sujeito pesquisador com seu trabalho.

Deslandes reafirma que a pesquisa de abordagem qualitativa “busca analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas” (DESLANDERS, 2013, p.72), isto é, as práticas cotidianas são passíveis de serem interpretadas pelo sujeito de forma singular e em interação social com seus pares.

Os dados da pesquisa foram coletados através de estratégia metodológica que permite uma análise sobre as principais práticas de cuidados ofertadas, seus modos de compreensão e obstáculos encontrados no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes no serviço estudado. As pesquisas qualitativas articulam uma diversidade de métodos e técnicas (entrevistas, documentos, narrativas) que auxiliam na coleta de dados (CRESWELL, 2010); (DESLANDES, 2013).

Para coletar dados sobre o entendimento e principais desafios e impasses encontrados nas práticas de cuidado ofertadas, foi utilizada a técnica do Grupo Focal. Essa técnica de pesquisa qualitativa é a que mais se aproxima dos objetivos do estudo, porque permite apreender os modos de compreensão sobre as práticas de cuidado desenvolvidas por um grupo homogêneo (profissionais de nível superior que compõem a equipe multiprofissional) que vivencia experiências comuns no cotidiano do serviço. Ao considerar a inclusão de diversas vozes expressando diferentes opiniões, a técnica estimula o debate e o acesso a vivências que

se aproximam da vida real, favorecendo uma autoavaliação das ações, levando a possíveis intervenções no cotidiano dos serviços (MIRANDA et al, 2013). Assim, os Grupos Focais foram a principal ferramenta metodológica usada para acessar as narrativas das experiências subjetivas vividas no dia a dia do serviço.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa, inicialmente, realizou um breve levantamento bibliográfico das práticas de cuidado ofertadas ao longo da história às crianças e adolescentes. Em seguida, através da realização de dois grupos focais com seis profissionais de nível superior em atuação no CAPSi por mais de um ano, foram levantados os modos de compreensão e os impasses encontrados em cinco práticas de cuidado ofertadas pela equipe: acolhimento, projeto terapêutico singular, práticas grupais, atenção à crise e cuidado em rede. Nos dois GFs, foram elaborados roteiros de perguntas disparadoras para as discussões, escolhidas previamente pela pesquisadora de acordo com os objetivos da pesquisa. Esses roteiros possuem questões abertas e flexíveis visando proporcionar uma discussão espontânea pelos participantes do estudo.

O Grupo Focal 1 foi realizado em duas etapas, por sugestão dos participantes e em acordo com a pesquisadora, para evitar um possível cansaço dos integrantes do grupo da pesquisa. Na primeira etapa, ocorrida no dia 20/06/18, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE/ANEXO 1), sua assinatura, seguido de uma explicação sobre a pesquisa e o uso da técnica do GF. Nesta ocasião, foram abordados dois eixos-temáticos: acolhimento e PTS, com duração de 1 hora e meia. Na segunda etapa, realizada no dia 29/06/18, com duração de 2 horas, foram abordados os temas de práticas grupais, atenção à crise e cuidado em rede, conforme roteiro norteador (ANEXO 2).

Após transcrição e leitura de todo o material produzido no primeiro GF, foram destacadas as principais narrativas relacionadas ao modo como os profissionais compreendem e realizam os temas abordados, assim como quais os atores envolvidos em cada um deles, e os impasses apontados. A partir desse material, foram extraídos os principais obstáculos para efetividade das práticas de cuidado no cotidiano do serviço. Esses obstáculos foram, então, transformados em questões norteadoras para subsidiar o segundo GF.

O Grupo Focal 2, realizado no dia 05/12/18, teve o objetivo de apresentar e discutir os principais obstáculos apontados no primeiro GF, como estratégia facilitadora para oportunizar um melhor compartilhamento dos impasses e uma reflexão crítica sobre eles. Foi organizado um roteiro dos principais obstáculos para nortear essa segunda rodada do GF e proporcionar ampliação e aprofundamento desses problemas indicados (ANEXO 3).

No desenho inicial da pesquisa estava previsto a construção de estratégias, em conjunto com os trabalhadores do CAPSi estudado, que possibilitasse práticas de cuidado mais alinhadas ao modelo psicossocial. Porém, o material oriundo dos dois grupos focais indicou haver problemas, impasses e dificuldades muito amplos e significativos no exercício das práticas psicossociais neste CAPSi. Em função desse resultado, não previsto antes da coleta de dados propriamente dita, a construção coletiva de estratégias que pudesse aproximar as práticas de cuidado ao modelo psicossocial através de pactuações não foi realizado, devido ao tempo incompatível de execução dela com o prazo para defesa final do Mestrado. Dessa forma, como pesquisadora e trabalhadora deste CAPSi, esta autora se compromete a estabelecer com a equipe debates e pactuações que tenham por finalidade a qualificação do trabalho, tão logo conclua o processo de pós-graduação *strictu sensu*. O capítulo 8 da referida dissertação propõe alguns caminhos para uma pactuação, em conjunto com os profissionais desse CAPSi, que possam ultrapassar os impasses apontados pela pesquisa em direção à construção de práticas de cuidado condizentes com a atenção psicossocial.

Os Grupos Focais foram gravados, transcritos e conduzidos pela pesquisadora, que procurou garantir o foco da discussão.

5.2 INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA

O campo de estudo é o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil situado na cidade de Imperatriz no Maranhão. O recorte, quanto aos participantes da pesquisa, deu-se por considerar que os trabalhadores são elementos cruciais na transformação dos processos de trabalho e modo de cuidar do sujeito em sofrimento psíquico. O modelo psicossocial exige novas habilidades e competências que não estão postas na prática diária dos serviços. “O processo de cuidado em saúde acontece por meio do encontro do profissional e sujeito que busca os serviços de saúde. Os atos de cuidar se dão a partir do manejo do profissional no desenho deste encontro” (MERHY apud TRAJANO et al, 2014, p.9), portanto organização dos processos de trabalho e a integralidade da atenção também vai depender da forma como os trabalhadores articulam suas práticas.

Em julho de 2017, foi realizado o primeiro contato com a equipe do CAPSi para falar do projeto de pesquisa. Com a devida autorização da coordenadora do serviço, houve a participação da pesquisadora em uma reunião de equipe na qual foram expostos, através de slides, os objetivos e importância da pesquisa.

O trabalho de campo iniciou-se logo que a pesquisadora retornou à cidade de origem em janeiro de 2018, depois de cumpridas as disciplinas presenciais do Mestrado Profissional

em Atenção Psicossocial. Inicialmente, foi solicitado pela coordenação municipal de saúde mental que fosse mandado um resumo do projeto para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), órgão responsável de acompanhar pesquisas nos serviços de saúde.

Devido à mudança na coordenação do CAPSi, bem como a entrada de novos profissionais no serviço, houve novamente uma explanação sobre a pesquisa em uma reunião de equipe. Em seguida, foi perguntado a equipe de trabalhadores do CAPSi quem gostaria de participar da pesquisa de acordo com o critério de no mínimo um ano de atuação no serviço. Após seis profissionais se disporem a participar do estudo, foi marcado o primeiro encontro no próprio CAPSi, permitido pela coordenadora do serviço, para oportunizar a participação de todos.

5.2.1 Alguns dados sociodemográficos e psicossociais do CAPSi estudado

Segundo Matos (2014), em pesquisa do tipo quantitativo-descritiva realizada no período de janeiro a dezembro de 2012, com amostra de 320 participantes, através da aplicação de um formulário dirigido aos pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSi de Imperatriz-MA, revelou que quanto às condutas terapêuticas: 35% dos participantes declaram ter feito avaliação clínica, 49,7% declararam que foi feito o Projeto Terapêutico, 4,7% apontaram ter recebido visita domiciliar, 5,3% afirmaram que a equipe do CAPSi realizou contato com a escola e 78,4% dos familiares participantes da pesquisa não receberam outros atendimentos por parte da equipe multiprofissional. Essa pesquisa já revelou que mais de 50% dos pacientes não tinha um PTS e que as famílias não eram alvo de cuidados necessários no cotidiano do serviço.

Outros aspectos sociodemográficos também foram pesquisados por Matos (2014), que merecem atenção para um melhor conhecimento desse CAPSi: quanto ao sexo, há predominância de usuários do sexo masculino (67,02%), quantitativo maior de usuários entre a faixa etária de 10-14 anos (39,03), cerca de 59,7% moram com os pais e em 80% dos casos a criança e ou adolescente foram levados ao CAPSi pela mãe. 82,2% estão inseridos na rede pública de ensino. Quanto a renda familiar, 73,6% possui renda menor ou igual a um salário mínimo e somente 44,2% recebem benefício dos programas sociais do governo federal. Um dado importante, que aparece nessa pesquisa, é a predominância do atendimento psiquiátrico (66,7%) a principal queixa recebida nesse CAPSi: o comportamento da criança e adolescente. Vale ressaltar que, embora o campo dessa pesquisa foi o CAPSi de Imperatriz, não foi oportunizado a equipe tomar conhecimento sobre os resultados da mesma, o que considero de fundamental importância.

A princípio a presente pesquisa pretendia fazer um recorte do ano de 2017, tomando como base o mês de março do referido ano, para realizar levantamento de indicadores psicossociais da clientela do CAPSi de Imperatriz-MA. Porém, ao adentrar no campo de pesquisa em 2018, constatou-se que o caderno de registro dos atendimentos referentes ao ano de 2017 não foi encontrado, embora foram empreendidas buscas por todos os locais da instituição. A transição de gestão municipal, mudança de endereço do CAPSi e a rotatividade de coordenação podem ter contribuído para o desaparecimento desses registros. Atualmente, observa-se que as anotações de atendimento diário do serviço limitam-se apenas ao nome do paciente, sem informação se é paciente de porta de entrada ou se já está em atendimento no CAPSi.

Em 2017, por sugestão da orientadora, foi realizado um levantamento prévio do quantitativo de pacientes de porta de entrada e cadastrados do ano de 2016 deste CAPSi, conforme tabela abaixo:

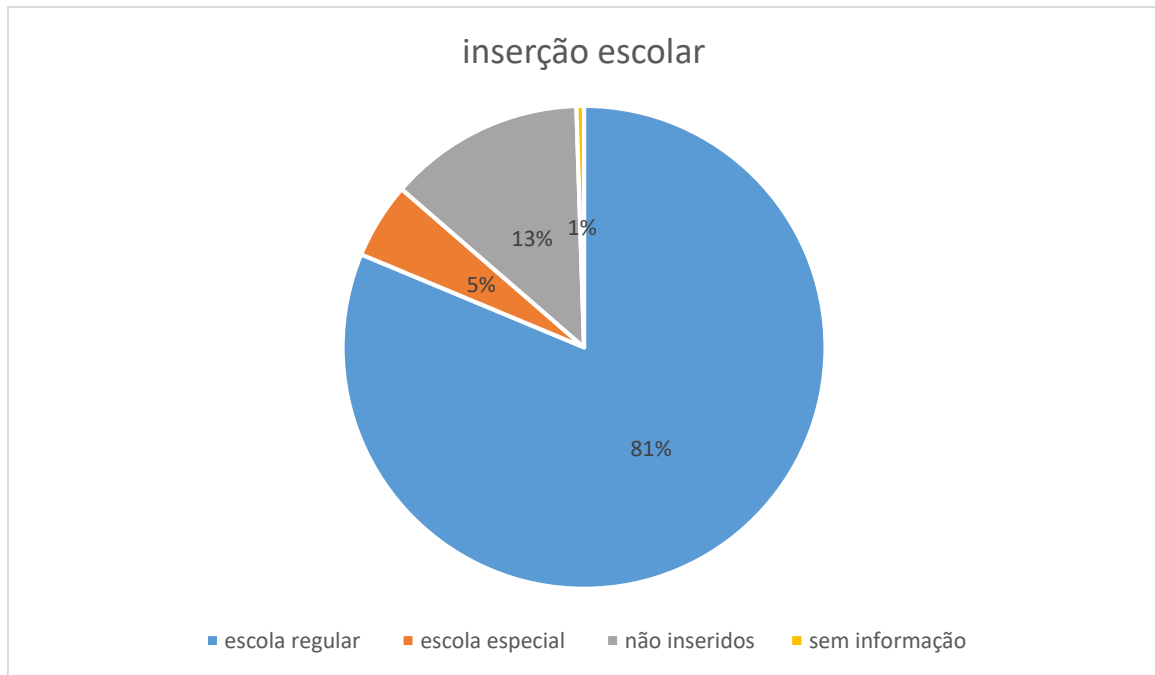
Tabela 1: Série histórica mensal do CAPSi no ano de 2016

Usuários/Meses	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGOS	SET	OUT	NOV	DEZ
Usuários cadastrados	169	327	280	271	295	326	104	327	260	249	245	194
Usuários acolhidos (PE)	31	29	44	45	50	35	28	52	42	38	39	22

Fonte: livro de recepção. Dados organizados pela Pesquisadora

O mês de março de 2017, também por sugestão da orientadora, foi tomado como base para realizar levantamento de algumas características gerais e psicossociais dos usuários, levando em consideração somente os pacientes cadastrados. Nesse levantamento foram registrados 240 usuários cadastrados e 36 usuários que acessaram o serviço pela primeira vez. Dentre os usuários cadastrados, 160 eram do sexo masculino e 80 do sexo feminino. Abaixo estão descritos, em forma de gráficos e tabelas, apenas alguns dados desse levantamento pontual.

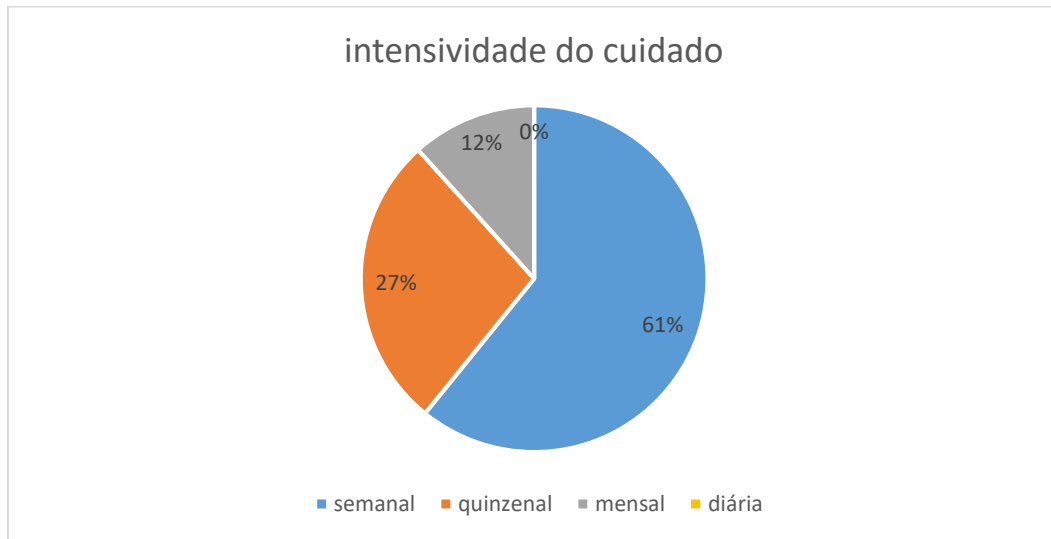
Gráfico 1: Inserção escolar



ESCOLARIDADE	Quantidade
Inseridos em escola regular	192
Inseridos em escola especial	12
Não inseridos	31
Sem informação	05

No que se refere a inserção escolar, 81% estão inseridos em escola regular, o que representa uma importante participação dos usuários na inclusão escolar. 5% estão em classe especial e 13% fora da escola. Somente 1% dos prontuários não possuíam informações sobre este aspecto.

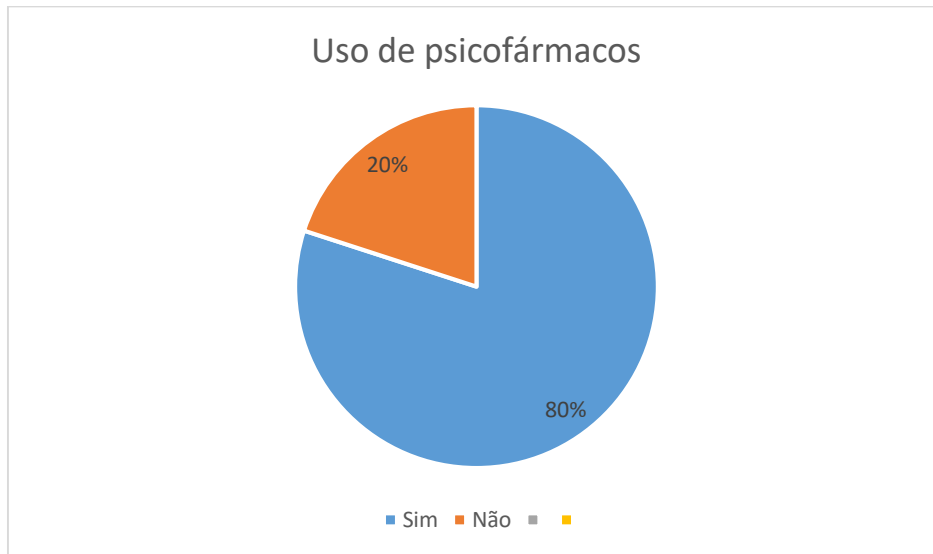
Gráfico 2: Intensividade do cuidado



INTENSIVIDADE DE CUIDADO	QUANTITATIVO
Diária	0
Semanal	146
Quinzenal	66
Mensal	28

Conforme revela o gráfico 2, a modalidade de atendimento semanal é a mais prevalente, 61%, seguindo uma lógica de atendimento ambulatorial conforme evidenciado em outros estudos. Durante o GF os participantes da pesquisa também confirmaram que, no segundo semestre referente ao ano de 2018, nenhum paciente havia permanecido no CAPSi em atendimento diário. 27% receberam atendimento quinzenal e 12% atendimento mensal o que não necessariamente revela que esses usuários não necessitam de um cuidado mais intensivo visto que alguns moram em outros municípios que embora tenham CAPS na modalidade I ou II se recusam a atender crianças e adolescentes.

Gráfico 3: Usuários em uso de psicofármacos



Uso de medicação	Quantidade
Sim	192
Não	48

No gráfico 3, é relevante o fato de um total de 240 pacientes acolhidos nesse mês, 80% faça uso de medicação, o que merece uma investigação mais aprofundada desse dado nesse CAPSi.

Embora os dados descritos acima se refiram a um recorte limitado de um mês, observou-se que, nesse CAPSi, 67% dos usuários atendidos são do sexo masculino, com predominância de modalidade de atendimento não intensivo (61%), o que corresponde aos dados encontrados em pesquisas realizadas por Hoffmann, Santos e Mota, 2008 e Reis et al, 2012. A procedência dos encaminhamentos foi principalmente das escolas, APAE e demanda espontânea. As atividades ofertadas pela equipe foram: o atendimento individual e grupal (grupo psicoterapêutico para os adolescentes e de estimulação psicomotora para crianças com atraso no desenvolvimento), oficinas com recursos materiais bem limitados e quase inexistência de ações externas ao CAPSi, como visita domiciliar e articulação com a rede, justificada pela equipe devido à falta de transporte e apoio da gestão atual.

5.3 CONTEXTO DA PESQUISA

5.3.1 A cidade de Imperatriz-MA

Imperatriz está localizada a oeste do Estado do Maranhão. Segundo IBGE (2010), a cidade possui 247.505 habitantes e uma área de 1.367,901 km², dos quais 15.480 km² estão em

Zona urbana. Cerca de um terço de sua população está na faixa etária de zero a 18 anos. O município, fundado em 1852, faz fronteira com os estados do Pará e Tocantins e encontra-se distante da capital do Estado (São Luís) cerca de 630 km. Isolada geograficamente da capital, Imperatriz passou por um lento crescimento econômico e populacional até 1960, quando, a partir da construção da rodovia Belém-Brasília, ocorreu um acelerado crescimento aleatório e desestruturado, que associado à ausência de políticas voltadas para a economia, trabalho, educação, lazer e principalmente para a prevenção da saúde, gerou índices de empobrecimento e desajustamento sociais e psíquicos, culminando no aparecimento de inúmeras vulnerabilidades psicossociais, como uso abusivo de substância, gravidez na adolescência e violência.

Atualmente, Imperatriz ocupa a posição de segundo maior centro econômico, político, cultural e populacional do Estado. Tornou-se um polo universitário, comercial e de serviços de saúde onde circulam cerca de 700 mil pessoas de cidades vizinhas dos estados do Maranhão, Pará e Tocantins. Com cerca de 160 bairros, a cidade de Imperatriz é multicultural devido a uma miscigenação ocasionada pela vinda de imigrantes de diversos estados que formam o perfil socioeconômico da cidade.

Segundo dados do IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) passou de 0,5 no ano de 2000 para 0,7 em 2010, o que situa esse município na faixa de desenvolvimento humano alto².

Na assistência social o município conta com 5 Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) com serviços socioassistenciais chamados Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) voltados também para crianças e adolescentes, oferecendo atividades como socialização, artes, música, esporte e lazer em 17 bairros diferentes; 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para o acompanhamento psicossocial de crianças e adolescentes em situação de abandono e violação de direitos; 3 unidades municipais de acolhimento institucional: Casa da Criança, que oferece acolhimento temporário à crianças de 0 a 8 anos que foram destituídas temporariamente do poder familiar, com quantitativo atual de 29 crianças; Casa Lar, que acolhe crianças e adolescente de 10 a 18 anos do sexo feminino vítimas de violência ou abandono, que são afastadas provisoriamente ou em definitivo da família, abrigando atualmente 18 pessoas e a Casa de Passagem, que acolhe crianças e adolescente de 09 a 17 anos do sexo Masculino, onde encontram-se atualmente 10 crianças para adoção. Somado a essas, há ainda 3 unidades, mantidas pelo estado, para

² <<http://www.imperatriz.ma.gov.br>>. Acessado em 06 de junho de 2018.

cumprimento de medidas socioeducativas de semiliberdade, internação provisória e internação chamadas de Fundação da Criança e do Adolescente (FUNAC) que abriga 12, 25 e 31 adolescentes respectivamente, a maioria por roubo, homicídio e uso de substância psicoativa; 1 Centro de Referência para Pessoa com Deficiência (CRPD); 1 Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), 2 Conselhos Tutelares(CT) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que recebe apoio financeiro e profissionais cedidos pela assistência social para compor recursos humanos nesse serviço.

O CAPSi recebe periodicamente crianças e adolescentes desses serviços, principalmente da APAE. Ainda não houve um diálogo com o CRPD que pudesse resultar em uma parceria na qual os pacientes possam usufruir do que este serviço oferece. Uma trabalhadora do CAPSi relata que apenas 3 pacientes com diagnóstico de autismo frequentam este Centro de Referência, não constituindo-se ainda, como um componente da rede de cuidado a SMCA no município.

Com relação à política social, segundo relatório do Ministério de Desenvolvimento Social emitido em 13/10/18, no município de Imperatriz há 15.148 beneficiários do Bolsa Família, o que equivale a 17,43% da população total do município, isso corresponde à cobertura de 82,31% em relação à estimativa de famílias pobres no município. Um total de 21.961 das crianças e jovens de 6 a 17 anos do Bolsa Família tiveram a informação de frequência escolar registrada nesse período, correspondendo a 96,20% o que indica um acompanhamento da frequência escolar muito bom. Porém, com relação ao acompanhamento na área da saúde das famílias beneficiárias do Bolsa família o município ainda não atingiu a média exigida pelo Programa³.

Na área da educação a taxa de escolaridade de 6 a 14 anos de idade foi de 98,4% em 2010. No mesmo ano, o percentual de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo foi de 62,18%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo, de 48,07%⁴.

Imperatriz possui 8 centros de ensino superior (2 universidades públicas, 1 Instituto Federal e 5 Faculdades particulares) e inúmeros centros de Educação a Distância (EAD), o que atrai estudantes de vários pequenos municípios do interior do Maranhão e de outros Estados. Os CAPS constituem-se como espaço onde estudantes, principalmente dos cursos de graduação em Enfermagem e Serviço Social, fazem estágio e obtém conhecimento sobre os serviços de

³ <www.mds.gov.br> Acessado em 4 de novembro de 2018

⁴ Atlas Do Desenvolvimento Humano No Brasil, 2013

saúde mental voltados para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Os cursos de Medicina e Psicologia, implantados recentemente, ainda não estão em fase de estágio nesta área. Embora alguns alunos do curso de Enfermagem e Serviço Social tenham escolhido realizar seu tema de conclusão do curso na área de saúde mental, atualmente não há nenhum projeto de pesquisa e extensão entre as universidades descritas acima e a rede de saúde mental do município. Porém, segundo uma professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), existem alguns projetos em processo de construção com o curso de medicina desta universidade.

Na área da saúde, há 1 hospital de urgência e emergência para adultos (Hospital Municipal de Imperatriz), que também faz o atendimento a adolescentes em crise psiquiátrica e outro hospital para crianças (Hospital da Criança). Há 1 Hospital Regional Materno Infantil mantido pelo estado, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 5 equipes de Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e 1 Consultório na Rua.

Segundo dados do Ministério da Saúde de fevereiro de 2019, o município apresenta cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 54%, com 40 equipes implantadas e de Atenção Básica de 78,01% com 297 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídas em 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A rede de cuidado em saúde mental conta com os seguintes dispositivos: CAPS III, CAPS AD III, CAPSi, Ambulatório de Saúde Mental e um Serviço de Residência Terapêutica — sendo que esses dispositivos ainda operam com pouca interface com os outros serviços.

No judiciário, além do Juizado da Infância e Adolescência ter como principais demandas casos de adoção, destituição de poder e medidas protetivas para as várias formas de violência, o Juiz responsável por esta Vara criou um grupo de trabalho através de rede social (whatsapp) denominado Rede de Proteção, incluindo vários serviços, entre eles profissionais do CAPSi, voltado para uma tomada de decisão imediata às crianças e adolescentes em alguma situação de vulnerabilidade psicossocial.

5.3.2 O CAPSi de Imperatriz-MA

O Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), implantado em dezembro de 2004, representa um importante passo para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes no município e estados vizinhos, constituindo-se como a primeira ação do estado do Maranhão voltada para o cuidado da população infantojuvenil em sofrimento psíquico. Este serviço surge com especificidades e desafios ainda por superar.

O CASA, programa municipal voltado especificamente para adolescentes, foi transformado em um CAPSi, sugestão do professor psiquiatra do IPUB/UFRJ Edson Saggese,

como forma de garantir financiamento federal para a continuidade e ampliação do serviço, visto que haveria mudanças na gestão municipal em 2005. Inicialmente, esta mudança trouxe alguns incômodos para a equipe visto que o programa voltado para ações de prevenção com adolescentes passou a ter como objetivo o tratamento de transtorno mentais incluído também o público infantil.

O CAPSi funcionou em prédio próprio até dezembro de 2012, quando, por decisão monocrática da gestão municipal existente na época, passou a funcionar em espaços físicos alugados, o que reafirmou a convicção dos funcionários de que essa mudança levaria a uma instabilidade e perda de referência de um local. Inicialmente, o serviço foi transferido para uma casa alugada, onde permaneceu por 5 anos, e em 10/08/17 houve uma nova mudança. Atualmente, encontra-se localizado no bairro dos Três Poderes, bairro nobre da cidade, com pouco acesso à transporte coletivo. Nesse local, estão disponíveis os seguintes espaços: 1 recepção, 1 área para oficinas terapêuticas, 1 sala para coordenação e setor administrativo, 3 salas de atendimento, 1 cozinha, 1 refeitório, 1 brinquedoteca, 1 piscina e uma ampla área externa. Dispõe de 1 veículo, dividido atualmente com outros serviços da secretaria de saúde. Não dispõe de sala para repouso e nem telefone para comunicação.

Em relação aos recursos humanos, a equipe é composta por: 14 profissionais de nível superior (3 assistentes sociais, 2 enfermeiras, 1 pedagoga com especialização em psicopedagogia, 2 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 1 educadora física, 1 fonoaudióloga, 1 nutricionista, 1 clínico geral com especialização em saúde mental, 1 psiquiatra) com carga horária de 30 horas com exceção dos médicos que fazem 10 horas; 10 pessoas de nível médio (2 técnicas de enfermagem, 1 recepcionista, 1 oficinaira, 2 cuidadoras, 1 cozinheira, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 segurança, 1 motorista) com horário de trabalho de 40 horas semanais e 1 coordenadora (psicóloga). Quanto ao vínculo empregatício, com exceção da psiquiatra que possui um contrato de trabalho, os outros 13 profissionais de nível superior são efetivos. Com relação ao nível médio, apenas duas são efetivas sendo as outras 8 contratadas. Esses recursos humanos (24 pessoas no total) que compõem o quadro de funcionários do CAPSi de Imperatriz correspondem mais que o dobro de profissionais exigido pelo MS na composição de uma equipe mínima, conforme Portaria 336/02.

A pesquisadora faz parte do quadro efetivo de funcionário do CAPSi, porém encontrava-se de licença no período de março de 2017 a março de 2019, para realizar o presente estudo.

Vale ressaltar que, dos 14 profissionais de nível superior, 7 chegaram ao serviço após a nova gestão municipal assumir em janeiro de 2017. Esses profissionais estavam alocados em

outros serviços da prefeitura e não possuem vivências de cuidado em SMCA, revelando uma clara interferência política no serviço. Esse CAPSi estudado é gerido pela própria prefeitura municipal de Imperatriz.

Segundo a coordenadora do CAPSi, em atuação no período de fevereiro a dezembro de 2018 (quarta coordenadora em dois anos da nova gestão municipal), o CAPSi oferece as seguintes atividades: oficinas terapêuticas, atendimento individual, grupos psicoterapêuticos, atendimento familiar, visita domiciliar, passeios e atividades em datas comemorativas como festa junina, dia das crianças, dia das mães, etc. A reunião de equipe técnica ocorre de acordo com a necessidade dos profissionais. Não há cronograma fixo para discussão de casos, sendo os mesmos discutidos no dia a dia do serviço, entre os profissionais que atendem o paciente, sem suporte de uma supervisão clínico-institucional.

Uma atividade realizada anualmente, nesse CAPSi, é o mês (abril) alusivo à conscientização sobre o autismo. As ações envolvem usuários, famílias, profissionais, universidades, gestão, comunidade e associação de pais de crianças e adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Tais ações visam diminuir preconceito e garantir uma livre circulação dos pacientes nos diferentes espaços da cidade. O CAPSi se tornou referência no atendimento a esses sujeitos de Imperatriz e municípios vizinhos.

O CAPSi de Imperatriz funciona de 8h às 17h. Os usuários recebem um lanche em cada turno. O serviço não disponibiliza almoço, o que faz com que os PTS sejam feitos obedecendo a esse critério e não de acordo com a necessidade do usuário. No momento do levantamento de informações para a pesquisa, não havia usuários com PTS com acolhimento intensivo, embora, alguns profissionais relataram a necessidade de alguns permanecerem o dia todo no serviço. Os profissionais trabalham com prontuário único, isto é, os registros feitos sobre o paciente, incluindo sua evolução, são assinados e datados por todos os profissionais que atendem o usuário.

Esse CAPSi somente obteve supervisão clínico-institucional durante o ano de 2010, através do Programa de Qualificação dos CAPS instituído pelo MS. Ao conseguir o financiamento, um supervisor com orientação psicanalítica garantiu à equipe um espaço de fala que proporcionou reflexões e questionamentos sobre o papel da equipe, que absorvia e permanecia com crianças e adolescentes que não necessariamente demandavam tratamento em saúde mental para proteger-se diante daquilo que lhe angustiava: os transtornos graves e persistentes. Ratificou ainda que o compromisso era com a demanda da criança e/ou adolescente, e não dos pais, escola ou instituições que muitas vezes encaminham esse sujeito com diagnósticos prontos em busca de uma medicação. A supervisão só durou um ano enquanto

obteve incentivo financeiro do MS. Até a presente data, a equipe não teve mais as contribuições desse importante dispositivo para o cuidado de todos que compõem o serviço: equipe, família e usuário.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente, foi feito um convite para todos os membros de nível superior da equipe, desses somente seis trabalhadores se prontificaram a participar da pesquisa obedecendo o critério de ter acima de um ano de experiência. Todas são do sexo feminino, com idade entre 29 e 50 anos. Os integrantes do estudo possuem categorias profissionais diferentes, bem como tempo de atuação no serviço. Com a finalidade de garantir a não identificação dos profissionais que participaram da coleta de dados no grupo focal, definiu-se por nomeá-los por uma letra do alfabeto acompanhado por um número (A1, A2, A3, A4, A5 e A6), conforme ilustrado no quadro abaixo:

Tabela 2: Nomenclatura de referência dos participantes

Profissão	Referência	Tempo de atuação
Assistente social	A1	5 anos
Assistente social	A2	5 anos
Educadora física	A3	5 anos
Psicóloga	A4	20 meses
Psicóloga	A5	14 anos
Enfermeira	A6	5 anos

Todos os participantes receberam e assinaram o TCLE, contendo os objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo quanto às informações prestadas e assegurando sua liberdade para abandonar o estudo sem lhe causar prejuízo. Foi esclarecido, aos membros participantes, que as falas seriam gravadas e transcritas posteriormente. Houve aceitação de todos, sendo utilizado um *tablet* para realização das gravações, como forma de garantir a fidedignidade das falas.

A pesquisadora contou com o auxílio de uma observadora que ajudou no controle do tempo, da qualidade da gravação e das anotações de pontos relevantes durante as discussões no primeiro GF, não sendo possível sua participação nos outros momentos por incompatibilidade de horário.

5.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

O material produzido nos Grupos Focais foi analisado através da Análise de Conteúdo, definido como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (BARDIN, 2016, p.48)

A análise de conteúdo permite conhecer aquilo que está subjacente às palavras e sobre as quais o pesquisador irá analisar.

Dentre as diversas modalidades de análise de conteúdo, a que mais se aproxima do estudo é a análise temática de conteúdo que permite esquadrihar o conteúdo estudado (constituição de um corpus) através de três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação (BARDIN, 2016).

Na etapa da pré-análise, foi realizada uma “leitura flutuante” das narrativas advindas do GF, visando um primeiro contato para uma posterior organização das mesmas. Em seguida, as narrativas foram codificadas por meio de recortes de frases significativas que iam ao encontro do objetivo do estudo. Esse processo de escolha das narrativas significativas levou a construção de 3 núcleos temáticos como eixos norteadores em redor dos quais o material foi organizado: **a chegada no CAPSi; a permanência no CAPSi e os caminhos da saída.** Por último foram apontadas algumas inferências desses núcleos temáticos visando a uma reflexão sobre as práticas de cuidado ofertado no dia a dia do serviço e sua aproximação ou distanciamento de conceitos norteadores do campo da atenção psicossocial e política de SMCA.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do IPUB/UFRJ, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), recebendo parecer consubstanciado no dia 02/03/18, sob nº 2.523.105.

Houve a anuência da Coordenadora do CAPSi e do NEPS para a realização da pesquisa. O sigilo e a participação voluntária dos participantes da pesquisa foram garantidos conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos mesmos.

6 PRÁTICAS DE CUIDADO: ESCUTANDO OS PROFISSIONAIS DO CAPSi

Este capítulo se propõe a compartilhar as narrativas do GF 1 e GF 2 em torno dos cinco eixos- temáticos (acolhimento, PTS, práticas de grupo, atenção à crise e cuidado em rede), conforme compreendidos pela equipe multiprofissional do CAPSi de Imperatriz-MA. As narrativas dos GFs foram norteadas por questões abertas para apreender como esses profissionais entendem, realizam e apontam as dificuldades desses importantes dispositivos clínicos operados no cotidiano do serviço. Foram destacadas as narrativas que mais se aproximaram dos objetivos propostos pelo estudo acompanhadas da letra e número correspondente ao profissional.

6.1 PRIMEIRO GRUPO FOCAL

6.1.1 Eixo- temático: Acolhimento

Os profissionais consideram o acolhimento como uma prática de cuidado importante para a escuta de uma demanda, conhecimento da rotina, dinâmica familiar e para a construção de vínculo com crianças, adolescentes e seus responsáveis. Há uma atitude humanizada e receptiva dos profissionais para receber os usuários que acessam o serviço diariamente, embora isso não resulte em uma resposta para a demanda, conforme narrativas abaixo:

É escuta. Em um primeiro momento o movimento mais comum é a escuta. Ouvir as queixas, os anseios, as dificuldades apresentadas dos pacientes que chegam aqui para a gente. E o acolhimento é o momento mais da escuta sensível mesmo. Acolher aquela pessoa que está vindo para a gente de forma espontânea ou não. A1

Para que o usuário não saia sem informação. Acolher vai além do primeiro atendimento, faz ele sentir que de alguma forma alguma demanda dele foi respondida, nem que seja encaminhar, ou informar um outro local onde ele vai poder procurar ajuda. A2

Acho que também é importante a gente dar alguma devolutiva. E aqui a gente peca muito nessa devolutiva para a família. A gente não tem aquele cuidado de fazer aquele acolhimento e dar aquela devolutiva...Eu acho que essa escuta, esse acolhimento tendo iniciado deve ser dado à devolutiva para que não fique dúvidas. Porque na verdade essa devolutiva é importante. A6

É importante mesmo essas famílias saberem como é que é realizado esse trabalho e qual é o objetivo desse trabalho e o que o menino tem. A5

As narrativas dos participantes da pesquisa foram unânimes ao relatarem que neste CAPSi acolhe-se diariamente. Não existe lista de espera ou dias específicos para realizar o primeiro atendimento. Todos os usuários ao se dirigirem ao serviço são acolhidos. A abordagem inicial do paciente e seu responsável é feita individualmente, existindo, a princípio uma escala de quatro profissionais (dois no turno matutino e dois no turno vespertino) para fazer o primeiro acolhimento, porém nem sempre essa escala é seguida. Dependendo do fluxo diário de demandas do serviço, esse acolhimento é feito por um único profissional. Por decisão em reunião de equipe, as psicólogas não participam dessa escala de atendimento de porta de entrada (raras exceções) justificada pela demanda excessiva de atendimento psicológico tanto individual quanto em grupo no dia a dia do CAPSi.

A gente acolhe todos os dias. Tantas vezes quantas forem necessárias àquela pessoa... a gente atende mais de uma vez pra ver se é daqui mesmo, ou se não é, para poder fazer um encaminhamento legal. A4

Todo dia se acolhe. Pela manhã e tarde. Tem uma escala de profissionais. São 4 por dia. Dois em cada período. Os psicólogos não estão nessa escala. Só se for em caso de urgência ...porque já tem muitos pacientes. A6

Tem pessoas que chegam na recepção, que chegam até o CAPSi por demanda espontânea e também por encaminhamento, que as vezes o que ele quer no primeiro momento é falar como o psicólogo. A5

O acolhimento inicial parece servir para detectar comportamentos e sintomas que apontariam para a definição de um diagnóstico. Algumas narrativas parecem indicar que o primeiro atendimento é entendido como uma triagem.

Também dá pra ver como aquele usuário se mostra, através de sua fala ...e os sintomas que a gente percebe no comportamento. Porque nem sempre eles chegam sabendo dizer o que eles têm e o que eles querem. E às vezes naquele primeiro olhar, naquele primeiro atendimento a gente consegue observar muita coisa, através do comportamento do usuário ou do responsável que está acompanhando. A2

Também é nesse acolhimento que se observa alguns sinais de transtorno mental, né? A1

Nesse primeiro momento, a demanda dela ...qual é a queixa que ela tem...o que ela está precisando dizer: “é importante a senhora esperar a triagem”. A5

Eu acho que tem várias formas de acolhimento. Tem o acolhimento inicial: a pessoa vem pela primeira vez no CAPSi, precisa de ajuda, e o acolhimento diário, que se faz à pessoa que já está em tratamento. São formas diferentes de observar o que a pessoa vem trazendo para a gente. A3

A triagem é essa primeira escuta de todos esses sintomas, qual é a demanda. E o acolhimento, o que a equipe chama de acolhimento, é uma atividade ou orientação que é feita. A2

A triagem não é feita em grupo, é individual. Tem momento aqui que está cheio de triagem. A5

No acolhimento à criança, parece não haver espaço para sua escuta. As narrativas apontaram que as informações extraídas no primeiro acolhimento são baseadas no que os pais ou responsáveis falam a respeito dela ou na observação da mesma enquanto brinca.

A gente pega muitas informações dos pais quando é criança. Eu faço mais a observação da criança...Eu acredito que a observação da criança seja um momento de acolhimento - A3

Pergunto se o que a família vai falar a criança pode escutar. Quando não, a criança é levada para a brinquedoteca. Depende de cada caso. - A5

Depende muito de cada situação. Tem casos em que dá pra fazer algumas perguntas, algumas indagações. Já tem outros atendimentos que não dá. É muito de cada um. A2

As narrativas apontaram como dificuldade no primeiro acolhimento o fato de neste CAPSi haver um número alto de demandas com queixa de dificuldade de aprendizagem, considerados, pela equipe, equivocados e que acabam sobrecarregando o profissional e atrapalhando a dinâmica do serviço.

O que eu pensei, não sei se é exatamente sobre nosso acolhimento inicial, é que se o médico ou a enfermeira dos postos de saúde fizessem essa escuta qualificada, diminuiria muito a demanda. Casos que a gente percebe que não tem transtorno, mas por eles não serem treinados, acabam tendo dificuldades. Aí vem muitos casos que não é caso de CAPS. Às vezes a criança está com problema na visão e é mandado para o CAPSi com a queixa de dificuldade de aprendizagem. A escola deveria mandar um relatório sobre a criança pra facilitar esse primeiro acolhimento. A6

Ou nem fazem a escuta, né? Porque às vezes vem pra cá encaminhado, mas o encaminhamento não diz nada. A2

Quando eu vejo, caso apareça, que seja só uma questão de dificuldade de aprendizagem... a gente não lida com questões de aprendizagem no CAPSi. Os nossos que têm questões de aprendizagem eu tenho encaminhado para os psicopedagogos. A4

Nós não temos para onde encaminhar. A5

As mudanças constantes dos profissionais no serviço, ocasionadas pela transição na gestão municipal, também foram apontadas como um impasse que dificulta a relação interprofissional e a regularidade de ações na rotina do serviço. Há um receio latente dos servidores que ainda permanecem no CAPSi de que, a qualquer momento, serão transferidos à revelia para outro serviço, o que vem causando níveis elevados de ansiedade e angústia nos mesmos.

Uma das coisas que eu vejo que complica é essa rotatividade das equipes. Quando a pessoa começa a acostumar com a dinâmica de um serviço, vem e muda. Quando a equipe está mais coesa, quando eu tenho essa possibilidade de entender o trabalho do outro, como o outro age, como o outro faz, fica mais fácil. A5

6.1.2 Eixo-temático: Projeto Terapêutico Singular

No relato dos profissionais, observou-se que a construção do PTS não leva em consideração a participação de todos (técnico, usuário e família). Esse instrumento parece servir para colocar as atividades ofertadas do serviço e datas de frequência, quase sempre sem oferta de cuidados fora do serviço.

Eu não vou mentir: eu não faço todos os meus PTS ouvindo todo mundo. Eu não sei se vocês fazem isso. Só se for projetos específicos. A4

Não é possível ouvir todos. A1

É ilusório. A5

Segundo relato da equipe, o PTS é realizado após outros profissionais fazerem suas avaliações, resultando, quase sempre, em atendimentos por especialidades e uma não devolutiva para o paciente e seu responsável. Parece usual neste CAPSi que os profissionais não médicos fiquem aguardando o parecer psiquiátrico para a conclusão do PTS. A construção do PTS, quando existe, quase sempre não considera a escuta da criança.

E normalmente é feita a triagem e encaminha para as avaliações com os outros profissionais e depois dessas avaliações se faz o que tá faltando... é feita a triagem, encaminha para as avaliações, e aí tem profissionais que dão continuidade e tenta ir com outro, ou com outros, realizar o PTS, mas eu acho que tem aqueles casos que vão passando despercebido, e aí a equipe precisa sentar, pegar todos os usuários daquele dia e discutir, distribuir e construir o PTS. A2

É isso que eu estou falando, da devolutiva. Fez a triagem inicial, aí fez um monte de atendimentos, o paciente já tá aqui há 'n' meses e não tem nenhuma decisão. A6

A Dra. disse como que ela vai atuar nesse momento do acolhimento, que a gente faz, que a psicóloga faz, os profissionais da equipe já fizeram, e aí é encaminhado para a psiquiatra. Ela vai fazer três escutas, podem ser mensais ou quinzenais. Depois dessas escutas, ela vai definir se ele vai ter alguma comorbidade. A gente também está usando uma estratégia que é botar um bilhete no prontuário, com as observações importantes. A6

A criança não participa não. Eu, quando faço, é mais com os pais. A6

Ele dá opinião sim. Depende da idade. Então esse trabalho com crianças, dependendo da faixa etária, e dependendo do nível de comprometimento, eles não têm mesmo como participar do PTS. De falar que quer ir pra oficina, dizer que não gostou da oficina, que quer ir pra nataçãõ.

Agora dependendo da faixa etária, e até do nível de comprometimento, é ele quem pede pra ir pra natação. Quando você dá essa autonomia, eles têm condições de dar opinião. A5

Os impasses demarcados pelos participantes da pesquisa, apontam que não há discussão regular em equipe para a construção do PTS. O não compartilhamento sobre aquilo que outro profissional oferta e que pode ser colocado no PTS, indicam para uma falta de comunicação interna entre os próprios membros da equipe.

Tem sexta que não tem, tem sexta que tem. A gente sempre pergunta. Não é uma coisa instituída que toda sexta-feira tem reunião. Porque senão a gente não perguntaria: vai ter reunião? Quando tem a gente leva os casos, discute. Eu discuto no cotidiano, porque eu não vou esperar o dia da reunião. Está acontecendo aqui a situação, vou conversar com ela... A4

Agora reunião em equipe não está acontecendo. A6

Eu tenho uma dificuldade com isso. Por quê? Eu sinto falta de ter em minhas mãos um mapa do que é feito aqui dentro. Eu tenho muita dificuldade em fazer o PTS porque toda hora eu fico perguntando “Que dia que tem o que? Pra que? Pra onde e quando? A4

6.1.3 Eixo-temático: Práticas Grupais

As práticas de grupo parecem ser entendidas, por alguns membros da equipe, como um momento de observação de comportamento, avaliação da queixa, para orientar os pais e verificar a interação social, e por outras, como um espaço de escuta em que a fala é valorizada em seu sofrimento psíquico, o que denota uma não convergência de compreensão e modo de conduzir os grupos.

Esse grupo é realizado junto com a fonoaudióloga, e a gente tem atualmente objetivos específicos para trabalhar esse grupo. Geralmente são crianças com atraso no desenvolvimento, e casos de avaliações. A gente tem avaliado em grupos pequenos. A queixa que a família traz. A gente tem feito também grupos pequenos, para a gente ouvir e levantar a queixa, porque como geralmente o que eles trazem são prejuízos na interação social, tem que ser em grupo, porque não dá para ver prejuízo na interação social com a criança sozinha. A5

Eu tenho uma visão que a gente tem que olhar para além do indivíduo, para além do adoecimento. O grupo de pais precisa ser diário, porque o que eu percebia: tinha os temas que a gente trazia, que a gente trazia a partir dos atendimentos, individuais ou em grupo, com crianças ou adolescentes, e a partir também das demandas que os pais traziam para os grupos, os grupos de escuta, quando a gente ouvia o que os pais tinham a dizer. A2

A gente imaginou que uma vez por mês esses pais viriam, para serem usuários do serviço, não para serem só olhados como os pais dos meninos, mas para que eles tivessem um espaço de escuta para eles também. Lógico que vai estar relacionado, mas eu acho diferente. Não seria um grupo de informação, seria um grupo terapêutico mensal para os pais. A4

Na realização dos grupos conduzidos pelos profissionais da psicologia, foi feita uma divisão por faixa etária e sintoma: uma faz atendimento individual e em grupo com crianças e adolescentes com diagnóstico de autismo, e a outra profissional acolhe os adolescentes com queixa de depressão, automutilação e ideias suicidas. De um modo geral, as duas profissionais da área separam os atendimentos seguindo uma classificação por diagnóstico e idade, conforme evidenciado na narrativa:

Atualmente a minha demanda tem sido dividida... Eu tenho ficado somente com os de até 12 anos, e os adolescentes têm ficado com a colega. É porque tem os casos de TEA, que eu atendo... Não fico com os casos de dificuldade de aprendizagem. A outra colega fica com os adolescentes (com queixa de automutilação e uso de substâncias), mas mandei um autista de 16 anos de presente pra ela esses dias. A5

Os impasses apontados, neste eixo temático, foram as dificuldades quanto à quantidade de pacientes nos grupos causado por solicitações dos pais de somente trazerem seus filhos para participarem dos grupos/oficinas no dia em que serão atendidos pela psicóloga. A ausência de recursos materiais para as oficinas terapêuticas também foram apontados como obstáculos para a realização das mesmas.

Em alguns dias específicos tem essa dificuldade por conta da falta de um psicólogo na segunda pela manhã. E os pais já não estão querendo dar continuidade ao tratamento, então por consequência disso eles não trazem os filhos. Porque eles falam “ah, eu vou trazer meu filho

somente para fazer oficina, quero pelo menos um profissional, não tem suporte que deveria”, aí os pais deixam de trazer. A3

Porque às vezes tem demanda que é psicológica, não é da enfermagem, do serviço social e nem do educador físico. Aí eles questionam. Uma pessoa que falou várias vezes: “eu estou vindo toda segunda, mas eu quero conversar sobre isso, ou quero trabalhar isso aqui com meu filho no atendimento psicológico”. E estava passando segunda e entrando segunda sem psicólogo. E acabou que a segunda antigamente era mais cheia, mas agora está esvaziando. A2

6.1.4 Eixo-temático: Atenção à crise

As situações de crise são entendidas, a priori, como comportamentos manifestos de agitação e agressividade que levam a um sofrimento psíquico. Parece que a crise psiquiátrica está reduzida à manifestação de sintomas que são abrandados via uso da medicação.

A gente percebe que quando estão em crise, eles ficam bastante agitados, querem falar, diz que estão se automutilando mesmo, porque acha que é necessário, que é uma forma de extravasar...Têm ideias suicidas... Eles falam: “eu iniciei o medicamento, eu parei o medicamento”. A gente percebe a diferença do paciente quando está fazendo uso do medicamento e de quando ele deixa de fazer uso. Ele nem precisa falar que está sem fazer uso, a gente já percebe. A forma dele falar. Aí a gente pergunta se está fazendo uso, e ele diz que não. A6

Normalmente a equipe não acolhe as demandas oriundas das situações de crise dentro do serviço. O município possui um fluxo de atendimento da crise psiquiátrica em que primeiro o paciente é encaminhado para o Hospital Municipal de Imperatriz, deste, após uso de medicação e estabilização dos sintomas, é encaminhado para um serviço de saúde mental. Alguns acolhimentos a crise realizados no interior do CAPSi deram-se com a presença do médico no serviço, que tem sua carga horária limitada (uma vez por semana). Os profissionais não médicos relatam não se sentirem seguros para fazer essa abordagem.

O fluxo de atendimento à crise é acionar o SAMU. Caso necessário, o SAMU aciona o Corpo de Bombeiros. Encaminha para o hospital geral. Lá ele é medicado, fica em observação, e

quando ele estiver mais tranquilo, ele é encaminhado para o serviço... porque aqui, diferente dos outros serviços, não tem local para repouso nem a medicação. A2

Por exemplo, a moça que veio com os pulsos cortados. A técnica de enfermagem da UPA a trouxe aqui. Nós a recebemos em um horário de almoço, inclusive. Ela entrou em crise depressiva e foi para a UPA. Ai ela veio, a gente recebeu aqui. A sustentação da crise é que é mais complicado...no nosso caso, a equipe ainda se sente frágil ao sustentar uma pessoa com tentativa de suicídio. A4

As dificuldades apontadas, neste eixo, apontam também para a falta de diálogo entre os serviços da saúde mental do município para acolher a crise. Geralmente, os encaminhamentos dos pacientes em crise para os outros serviços intra e intersetorial dão-se via relatório ou contato telefônico, embora tenha sido apontado a importância de um profissional do serviço acompanhar o usuário até o outro serviço.

Ela é dependente de cocaína. E a gente não tem refeição aqui. A gente tinha colocado no projeto terapêutico que ela ficasse aqui todos os dias, e à noite ficasse em casa. Mas sem alimentação fica complicado ela passar o dia inteiro aqui. A tentativa foi ela ir para o CAPS ad. Ela chegou lá. Não gostou do CAPS ad. Uma menina de 17 anos, dependente química com um monte de homem de 30 e poucos anos. A4

Foi a coordenadora do CAPSi quem ligou para a coordenadora de lá (CAPSad). Porque nem sempre está todo mundo aqui. Quem estiver...- manda por escrito então? É. Porque a gente ficou se comunicando por whats. A5

Teria que ir um profissional mesmo. A1

6.1.5 Eixo-temático: Cuidado em Rede

Os participantes da pesquisa compreendem que o cuidado em rede oferece uma atenção integral ao paciente oferecendo, uma resposta às várias demandas em diferentes contextos, em busca de sua inserção social. Porém, essa compreensão parece estar mais próxima de um conceito teórico do que de uma prática na realidade do serviço.

Cuidado em rede é aquela atenção integrada, ou uma tentativa de... A gente fala muito nessa integralidade da ação, mas quando ele está apenas em um serviço não é possível receber todas

as necessidades, ou atender a todas as necessidades. E é uma forma de inserção também daqueles usuários na sociedade. O usuário chega aqui, ele tem uma demanda de saúde mental, às vezes ele tem uma demanda escolar, ele tem uma demanda de assistência social, ele tem uma demanda de moradia, ele tem uma demanda de unidade básica de saúde. O cuidado, ele, só funciona mesmo quando ele é em rede, apesar de ser complicado. A2

Uma outra compreensão da equipe é que nem todos os usuários precisam do cuidado em rede e que, por terem poucos profissionais, a saída do profissional para conhecer o território atrapalha na dinâmica dos atendimentos. Além disso, há uma cobrança da equipe de que os outros serviços, que integram a rede intersetorial, assumam o seu papel em se responsabilizar também pelo cuidado do paciente no território, evitando assim “encaminhamentos inadequados”. Relatam que houve tentativas de diálogo com a rede, mas foram interrompidos com a nova gestão e mudanças de profissionais.

E somos poucos profissionais. Se eu saio daqui para conhecer a escola, não vou fazer atendimentos.... Tem gente que não tem essa demanda. Nem todas as pessoas que estão aqui dentro precisam do trabalho em rede. (todos concordam com essa frase nesse momento). Então a gente fica meio amarrada. Eu não me sinto preparada para fazer rede, na medida em que eu não vejo nem a gente conseguindo fazer os mínimos daqui. Por exemplo, no dia que eu fui para visita, eu tenho que deixar de atender para fazer visita. Não tem gente aqui suficiente para sair caminhando, e são coisas assim, mas pensando nos meus usuários nenhum deles precisa desse aparato todo de uma rede. A4

A gente pensa em paciente em alta. Se esse usuário, fosse no posto de saúde, não teria chegado aqui. Se a agente de saúde fizesse de fato o serviço dela ativo, a gente não teria tanta preocupação com o paciente. Mas a gente sabe que ele só tá aqui. A1

Essa rotatividade de pessoal da equipe também dificulta. Quando a gente começa a andar em uma linha, daqui a pouco desmancha, entra outra pessoa...tem coisas que a gente começa a fazer, e por alguma razão emperra. Matriciamento, “agora não é mais pra fazer desse jeito”. Então essa descontinuidade nos deixa inseguros. Antes eu tinha a maior liberdade de sair daqui e ir ao SIADI conversar. Agora para eu sair eu tenho que ver quem vai sair também, para eu ir junto, e se passa por perto. A5

Os vínculos que já haviam sido construídos com outros serviços, muitas vezes a gente chega lá e já não são mais as mesmas pessoas que.... a dinâmica daquele serviço mudou. A2

É ter mais capacitação, e as pessoas entenderem o que é cuidado em rede. Porque às vezes nós não sabemos o que é esse cuidado em rede. E as pessoas entenderem o que é esse cuidado. Falta de informação e formação também, de como fazer esse cuidado em rede. A5

Quanto ao modo de realizar o cuidado em rede afirmam esbarrar em várias dificuldades tanto no que se refere a questões internas da equipe quanto às limitações impostas pela falta de recursos que pudesse promover esse cuidado no território. Refirmam que, quase sempre, os encaminhamentos feitos para a rede se dão via relatório e entregue aos pais. Apontam também limitações na locomoção que possibilitasse as visitas aos outros serviços e a falta de apoio da gestão em fomentar essa parceria intersetorial.

A gente não consegue... nesse exemplo que falamos, ficou claro que a gente não conseguiu nem conversar entre a saúde mental. Tá certo, porque a gente conversou aqui dentro do CAPSi, mas entre o nosso CAPSi e o CAPS ad a gente não conseguiu. A4

No meu caso, que são mais crianças, geralmente é com a escola, a assistência. A gente percebe essa dificuldade mesmo. A gente manda, eles mandam de volta. “É caso de CAPSi, então fique lá”. E se o menino apresenta qualquer coisa: é caso de CAPSi. A5

Até há dificuldade de fazer essas visitas nos serviços... não tem locomoção, e-mail, telefone...aqui não tem nada A1

Os serviços, eu acho que até de uma forma geral a gente sabe que existem, né? A gente tem endereços e tal. Mas o que funciona em si naquele serviço e como aquele serviço pode dar suporte, é que eu acho que ainda é muito precário. Cada um no seu, dentro da própria saúde mental a gente percebe isso: é menor? É CAPSi. É uso de algum cigarro? É ad”. Um quadro mais grave, o III. Então dentro da própria saúde mental está difícil. Eu acho que também é muita questão de visão de quem está, no momento, na gestão dos serviços, da própria equipe. Além das disponibilidades. Se eu acho importante eu ir para fora do meu serviço, eu vou, a dinâmica do dia-a-dia do serviço vai mudar. A2

6.2 SEGUNDO GRUPO FOCAL

Em função das narrativas colhidas no primeiro GF, a pesquisadora destacou alguns impasses que se apresentaram nos 5 eixos temáticos, sendo estes organizados em questões, usando as próprias falas dos participantes, com o objetivo de retomar alguns pontos das narrativas e proporcionar uma discussão mais aprofundada desses impasses, uma reflexão crítica e implicação dos integrantes nos obstáculos indicados. Abaixo, são descritas algumas falas correspondentes a cada questão.

Neste GF, por motivo de doença, houve a ausência de uma integrante da pesquisa, sendo esta etapa realizado somente com 5 participantes.

Nas questões 1 e 2, que se referem ao momento do acolhimento, surgiram narrativas que indicaram dúvidas sobre quem deve permanecer no CAPSi, atribuindo os encaminhamentos inadequados por falta de conhecimento da rede sobre a função do CAPSi e delegando ao psiquiatra e psicóloga a decisão final sobre que caso deve permanecer no serviço.

1 - Com relação a uma grande demanda que chega ao serviço e que vocês chamaram de “encaminhamentos equivocados” (por exemplo: “muita demanda de dificuldade de aprendizagem”, “F70 não é nossa demanda”. “A gente não lida com questões de aprendizagem em CAPSi”) e que acaba “sobrecarregando os profissionais”, o que pensam a respeito disso? O que fazer com essa demanda?

F70 não é transtorno mental. Só que a mãe está com dois laudos de um psiquiatra fora daqui do CAPSi... E ele coloca que é transtorno mental... então estamos nesse impasse. Eu sugeri que está chegando uma nova psiquiatra e ela faça uma nova avaliação com essa nova psiquiatra e aí ela avalia se é caso ou não nosso. A5

Desconhecem o que é o próprio CAPSi, é muito difícil também. Tem muitos encaminhamentos... eu não diria errado, né, de quem manda. Mas por desconhecer nosso serviço. Isso eu acho que tem muito mesmo” ... mas a gente tem que saber qual o nosso público alvo, gente. Quando ele fala aqui de déficit cognitivo ou algum retardo mental... Eu acho que a gente tem que saber qual é o nosso público alvo, se não, a gente fica aceitando e acolhendo todo mundo. A1

O serviço é para transtornos graves e persistentes, mas como não tem um serviço que atenda esses casos mais leves e moderados, a gente acaba acolhendo. Recebe e vai ficando, ficando... Porque não tem pra onde encaminhar. A3

2 - Houve um relato de que após o acolhimento não é dada uma devolutiva para o usuário e família, não dando um destino para ele, fazendo com que o paciente frequente o serviço, por meses ou anos, sem que saiba se é ou não demanda de CAPSi. O que pensam sobre isso?

A minha dificuldade e a da outra colega é em relação a psicólogo. Só tem duas. Elas estão lotadas. A gente acolhe o paciente e encaminha lá para a recepção para o psicólogo. E o paciente fica, fica... Por quê? Porque ele precisa de uma avaliação do psicólogo. A6

O diagnóstico sem conversar com a equipe também. Discussão de caso que nem sempre tem, e o paciente vai ficando, vai ficando... tem vários profissionais novatos que não sabem o que fazer. Falta capacitação para alguns profissionais. Tem vários funcionários novos que entraram e não foram capacitados na área. Eu já ouvi várias queixas "Ah, se esse caso não é daqui o que eu tenho que fazer?" A2

As questões 3, 4, 5 e 6 que relacionam práticas voltadas para os usuários inseridos no serviço, as narrativas reafirmam mais uma vez a dificuldade em operar de modo interdisciplinar, ausência de um planejamento das atividades ofertadas para a construção do PTS e uma descontinuidade das ações.

3 - Parece haver um consenso entre a equipe de que as psicólogas não participam do acolhimento no cotidiano do serviço (“elas têm muitos pacientes”) e que estas fazem uma divisão de atendimento por faixa etária e diagnóstico: uma atende até os 12 e a outra dos 12 anos acima /uma atende autismo e a outra os outros diagnósticos ... É isso? Como se deu essa divisão? E o que pensam disso?

Acontece de uma delas não ter experiência com criança. Não há uma identificação também. A2

Às vezes fica no serviço por conta de uma avaliação de um psicólogo...às vezes alguns encaminhamentos vêm com o pedido específico de uma avaliação para um psicólogo. Eu não sou psicóloga, sou assistente social. A1

Às vezes, os encaminhamentos que chegam até aqui não são para a equipe multidisciplinar. Talvez, quem está do lado de fora não tenha essa noção que nosso trabalho é multidisciplinar porque eles já mandam bem específico. Não saberiam qual o papel da TO. Agora já estão mandando direto para a fono, né? A5

4 - Vocês relataram que há uma dificuldade de comunicação entre os membros da equipe com relação ao compartilhamento das atividades ofertadas no interior do serviço. ("eu não sei o que o outro está propondo"). O que pensam disso? Como acham que podem melhorar essa comunicação entre vocês mesmos?

Eu acho que a rotina que tem que ser feito, né? Definir qual o grupo, qual a atividade, qual o público. A1

O que a gente ainda faz é perguntar assim "O que você tem proposto para hoje?". Igual ontem, eu cheguei para a colega e falei "O que vocês estão propondo para hoje para esses meninos de 12,13,14 anos?". O que a gente tem feito é assim, eu vou lá na oficina e pergunto: "o que tem hoje para a gente trabalhar"? A5

Porque nós já tínhamos feito um planejamento, cada profissional fez seu planejamento, suas sugestões de atividade. Foi encaminhado e feito o cronograma. E aí teve toda essa situação que eu falei, que depois desmancharam, trocaram funcionários, algumas coisas que aconteciam quando alguns funcionários saíram... agora não tem mais organização e nem cronograma. A2

O que eu sinto é que estamos perdendo a credibilidade junto às famílias. As famílias não estão mais acreditando nisso aqui porque não tem uma continuidade. A5

5 - Os PTS geralmente são discutidos no cotidiano com o profissional que está do lado, sem a escuta de todos os envolvidos ("eu não faço PTS ouvindo todo mundo". "É ilusório". "A criança não participa"). Falem mais sobre isso...

Agora é assim.... a gente faz a triagem, depois da triagem quando o paciente retorna, eu já falo, dependendo da avaliação da psicóloga, pode ficar vindo tal dia a tarde. A6

Tem aquela questão, tem paciente que não tem como vir mais de uma vez na semana, não tem condução...tem que se adequar ao dia que a psicóloga estar. Pra poder ser atendido...e acaba que o PTS fica limitado aos dias que aquela psicóloga pode atender. A2

6 - Houve uma fala: “Acolhemos, mas não sustentamos a crise (“a equipe se sente frágil para sustentar uma crise...”). De onde vem essa fragilidade? O que é necessário para que a equipe pudesse se sentir mais segura?

O paciente está em crise, o profissional tem medo da abordagem, não sabe o que falar. Várias vezes eles ficam esperando a gente chegar para abordar o paciente. A6

O próprio cuidador não consegue fazer uma abordagem. A1

Muitos casos, aqui, poderiam ser sanados com uma supervisão de um profissional. Inclusive pra gente saber essas questões das altas, do acolhimento, principalmente, no atendimento dessas crises. Então, por vezes, nós mesmos profissionais estamos fragilizados como lidar com essas crises. A5

Aqui nem um leito tem. A2

Em relação às questões 7, 8 e 9 os profissionais identificam e reafirmam a falta de autonomia para dialogar com a rede, o não conhecimento sobre os mandatos dos outros serviços, ausência de reuniões regulares em equipe, atribuindo a gestão a responsabilidade pelos problemas que o serviço vem enfrentando.

7 - Alguns membros apontaram a dificuldade sobre que momento dar alta para o paciente e deixar que seja cuidado pela rede, mas, ao mesmo tempo, falam não poder sair do serviço para dialogar com a rede e o território e que eles (a rede) deveriam assumir o seu papel (“se sair pra visitar os serviços atrapalham os atendimentos”, “se a agente de saúde fizesse o seu papel” “se a escola mandasse um relatório”) o que pensam sobre isso?

Eu já propus com a rede de serviço para discutir a demanda com eles, conhecer a realidade deles aqui e fora também. Mas não foi ouvido. Mas o profissional de modo geral não tem autonomia para fazer essas reuniões e articulações com a rede. Eu já consegui fazer casos isoladas. Vou ali entrego um relatório, faço uma visita, passo em um serviço. A2

Agora quem é para ir nas reuniões com a rede é a coordenação geral ou a coordenação do serviço. Por exemplo, se a gente for convocada para uma reunião no SIADI ou na APAE, eu tenho que passar as informações sobre o paciente para a coordenadora. E aí são eles que irão para essa reunião, não somos nós. A5

8 - No exemplo dado sobre a adolescente usuária de drogas, vocês relataram que houve dificuldade de estabelecer uma comunicação entre os próprios serviços da rede de saúde mental e também intersetorial (“eu não me sinto preparada para fazer rede”, “se a nossa comunicação é ruim entre o próprio serviço imagina para fora do serviço”), como é estar preparada para fazer rede? Como acham que esse diálogo pode ser construído para um efetivo cuidado em rede?

Eu acho que falta um pouco conhecer o outro serviço, porque lá (CAPSad) querendo ou não tem que atender adolescente, de acordo com a portaria. Mas a demanda de lá é tão mais grave, que eu acredito que muitas vezes nem sempre é uma boa estar lá dentro, não será uma boa influência. A2

Desde maio que não tem reunião... não tem como colocar isso em reunião para poder discutir. Não tem carro, não tem telefone, é uma desgraça. A gente achava que era ruim, agora que piorou. A1

9 -Falas recorrentes demarcam a inexistência de condições materiais para a realização do trabalho (sem telefone, sem transporte regular, sem refeição (almoço), redução/rotatividade de funcionários, ausência de material para as oficinas, sem sala de repouso e médico regular ...) como a equipe tem enfrentado tudo isso?

É a falta de visão do que de fato a política deve ser, é falta de conhecimento. A2

Eu acredito que quem está à frente dessas coordenações, ela não tem uma identidade com o serviço. A5

Fomos para o confronto e não resultou em nada. Aqui todo mundo foi prejudicado, todo mundo aqui falou. E não resultou em nada. Fazer o que? A1

O que me angustia nesse serviço é o buraco, é assim que eu estou vendo. Todo mundo indo para o buraco. Agora em dezembro faz 14 anos que nós abrimos o CAPSij e eu estou vendo esses anos indo para o buraco. A5

6.3 CONSTRUINDO CATEGORIAS DE ANÁLISE

Nos dois grupos focais, foram encontrados impasses nas narrativas que apontaram para: incerteza quanto ao público alvo do CAPSi, não problematização das demandas recebidas, acolhimento identificado como uma triagem, falta de uma devolutiva/resposta para usuário e família, avaliações e atendimentos fragmentados, dificuldade no compartilhamento das ações, ausência de discussão de caso e acolhimento à crise, encaminhamentos sem articulação com a rede e ausência de diálogo intra e intersetorial. Esses impasses subsidiaram a construção de núcleos temáticos que serviram de eixos de análise do material.

Como estratégia para analisar os dados obtidos a partir das informações colhidas no GF 1 e 2, foram criados núcleos temáticos, em redor dos quais as narrativas foram organizadas. Partindo do pressuposto de que todos que chegam ao serviço de saúde mental devem ser acolhidos, ouvidos e receberem uma resposta - princípio do acolhimento universal- foram evidenciadas, nas falas dos participantes, dúvidas desde a recepção dos usuários, quem deve permanecer no serviço até que destino dar as demandas com suporte da rede, o que indica impasses no modo de acolher, permanecer e encaminhar o usuário que acessa o serviço. Assim, os eixos de análise foram organizados a partir de três núcleos temáticos, que abrange a sequência dos atendimentos desde a chegada ao serviço até o seu encaminhamento: **a chegada no CAPSi; a permanência no CAPSi e os caminhos da saída.** Os núcleos temáticos foram analisados tendo em vista os princípios norteadores da política de SMCA na perspectiva da atenção psicossocial. A análise foi ilustrada com as narrativas dos participantes do estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo se propõe a apresentar os principais resultados da pesquisa, considerando a política de saúde mental da criança e adolescente em consonância com o modelo psicossocial.

7.1 A CHEGADA AO CAPSi

No CAPSi estudado, ao contrário do que se encontra em outras pesquisas sobre esse dispositivo de cuidado, não há lista de espera ou dias demarcados para realizar o acolhimento, oportunizando que os usuários acessem o serviço diariamente, sendo ouvidos em qualquer turno que chegarem no CAPSi, o que vai ao encontro do princípio do acolhimento universal proposto pela política de SMCA. Esse princípio demarca o compromisso de um serviço público de saúde mental infantojuvenil estar de portas abertas para acolher toda demanda que chega, sem agendamento prévio (BRASIL, 2005).

Podemos afirmar que no acolhimento inicial da demanda, as narrativas sobre a recepção do usuário e sua família giraram em torno do que é ou não caso de CAPSi, fomentada pela quantidade de encaminhamentos de crianças e adolescentes com queixa de dificuldades de aprendizagem recebida pelo serviço. Essa demanda, vista pela equipe como “encaminhamentos equivocados”, não é problematizada, resultando em questionamentos e queixas sobre quem deveria assumir a responsabilidade de atender essa queixa escolar na rede intersetorial do município.

Alguns estudos (HOFFMANN et al, 2008; CUNHA & BOARINI, 2011, BELTRAME & BOARINI, 2013) têm apontado para a grande quantidade de queixa escolar recebida nos CAPSis sem a devida contextualização, bem como a inexistência de articulação entre a área da SMCA e educação que possa diminuir essa quantidade de encaminhamentos, mas permitir o cuidado ampliado, intersetorial. A escola, normalmente, atribui a não aprendizagem a algum déficit ou transtorno existente no aluno e como tal deve ser atendido em um serviço de saúde. Os CAPSi, por vezes, fazem o atendimento dessas demandas absorvendo de forma acrítica esse discurso de que as crianças são portadoras de transtornos, não realizando melhor compreensão do que essa demanda pode significar, nem contextualizando as dificuldades das escolas no desenvolvimento de seu mandato pedagógico, que também incidem nas dificuldades das crianças e adolescentes.

Collares, Moysés e Ribeiro (2013) chamam a atenção que, ao não problematizar as demandas de queixa escolar que chegam nos dispositivos de saúde mental, pode se levar a patologização e conseqüente medicalização de crianças e adolescentes que não aprendem, sendo diagnosticadas como portadoras de “transtorno de aprendizagem”. Essa compreensão

coloca o “problema” no sujeito, autorizando as instituições a falar por elas, se desresponsabilizando de qualquer implicação na queixa encaminhada. Com relação ao CAPSi estudado outras consequências, da não reflexão sobre a demanda escolar recebida, são evidenciadas como a superlotação de casos que não deveriam permanecer no serviço, o que ocasiona menos atenção voltada ao cuidado de crianças e adolescentes com quadros de maior gravidade, além da ausência de articulação entre o serviço e as escolas para um trabalho compartilhado sobre as questões que aparecem no cotidiano escolar, muitas das quais poderiam ser resolvidas a partir de um trabalho parceiro, e regular, entre o CAPSi e a rede de educação.

Nesse CAPSi, o acolhimento inicial parece identificado a uma triagem na qual é dado ênfase para detectar comportamentos e sintomas que apontariam para a definição de um diagnóstico como exigência para a permanência no serviço. Algumas narrativas parecem indicar que o primeiro atendimento é entendido como uma triagem, no sentido tradicional de selecionar, baseado em categorias diagnósticas, que definiriam aqueles que tem ou não “perfil” de CAPSi.

Moreira, Torrente e Jucá (2018), reafirmam que o acolhimento ao sofrimento mental deve ir além de uma avaliação psicopatológica e identificação de sintomas, mas abranger a compreensão do contexto, dimensões subjetivas e vulnerabilidades a caminho de uma avaliação psicossocial em sua integralidade. As pesquisa de Ramires et al (2009) e Matsukura, Fernandes e Cid (2012), propõem a avaliação dos fatores de risco (biológicos, genéticos, ambientais, psicossociais, maus tratos e situações estressantes) para se detectar problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, bem como a identificação de fatores de proteção (autonomia e autoestima da criança e ou do adolescente, estrutura familiar, apoio e suporte de outras instituições) para a construção de estratégias de cuidado.

Apesar da Portaria 336/02 descrever os CAPSi como “serviço ambulatorial de atenção diária destinado a criança e adolescentes com transtornos mentais” (BRASIL, 2002, p.6), Lykouropoulos e Péchy (2016), reafirmam a importância de se ampliar esse conceito, levando em consideração as vulnerabilidades psicossociais que contribuem para o sofrimento mental da população infantojuvenil em um determinado período da sua vida. As autoras apontam ainda alguns critérios para classificação de risco que auxiliam na decisão sobre quais crianças e adolescentes devem se beneficiar das intervenções diretas do CAPSi como: tempo de comprometimento, esferas de vida afetadas, graus de prejuízo, suporte e proteção existentes para promoção do cuidado.

O diagnóstico clínico é importante, mas não deve ser determinante para a inclusão nos CAPSi, visto que mesmo crianças com diagnóstico de transtornos graves (autismo, psicose e neuroses graves) podem ser acompanhadas em outros pontos da rede, desde que o PTS seja construído de forma compartilhada (LAURIDISEN-RIBEIRO, ARRIGONI & LEAL, 2016).

Nesse CAPSi, os primeiros atendimentos realizados às crianças, adolescentes e responsável são feitos de forma fragmentada. Cada profissional realiza sua avaliação e encaminha para o outro resultando, quase sempre, em uma demora ou “esquecimento” em dar uma devolutiva para os usuários quanto à indicação para o tratamento ou outras ações possíveis para cada caso. Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2016), reafirmam que todos que acessam o serviço devem ser acolhidos e receberem uma resposta que normalmente passa por três decisões: desconstruir a demanda, se não implica tratamento de saúde mental; ser atendido no próprio serviço ou encaminhá-lo de modo assistido até sua inclusão na instituição pertinente.

O acolhimento aos usuários que chegam pela primeira vez no serviço é geralmente realizado por duas pessoas de categorias profissionais diferentes. A princípio, os psicólogos não participam deste momento, ausência justificada pela quantidade de pacientes que o profissional possui, o que se assemelha a um formato de atendimento e avaliações individualizadas dos usuários, em que, na maioria das vezes, esses sujeitos acolhidos são encaminhados posteriormente para esse profissional ou para o psiquiatra para uma definição sobre a continuidade dos atendimentos no serviço. Esse formato no acolhimento inicial foi acordado entre a equipe e não parece causar estranhamento aos profissionais, desconsiderando a importância da multiplicidade de saberes para dar respostas aos diferentes casos acolhidos, e caracterizando uma hierarquia profissional não condizente com a pluralidade de saber enfatizado pelo modelo psicossocial.

O acolhimento se constitui como uma das mais importantes diretrizes da Política Nacional de Humanização, englobando todas as práticas de atenção à saúde, buscando superar a fragmentação dos processos de trabalho e a pouca articulação com a rede de serviços. Acolher é uma postura ética que deve implicar todos os profissionais com diferentes saberes e responsabilidades no ato de cuidar, representando uma importante ferramenta para se pensar os processos de trabalho e garantir acesso com responsabilidade e resolutividade. No processo de acolhimento, são identificadas dimensões ética, estética e política. A dimensão ética refere-se ao reconhecimento e compromisso de acolher cada um de modo singular, a dimensão estética articula diferentes saberes da equipe multiprofissional para criar estratégias para dar respostas aos casos acolhidos e uma dimensão política que reorienta o serviço para um compromisso

coletivo de estimular o protagonismo e autonomia do sujeito em sofrimento psíquico (BRASIL, 2010).

Outros autores também destacam que o acolhimento, além do acesso e acompanhamento, é um elemento que norteia a prática clínica nos CAPS, englobando uma postura, que se refere a atitude receptiva e humanizada dos profissionais para a acolher a demanda; uma técnica, que abrange o saber profissional para dar uma resposta a essa demanda, e o princípio de organização do serviço, que deve orientar os processos de trabalhos dos profissionais (SCHIMIDT & FIGUEREDO, 2009). “O acolhimento é a possibilidade de receber o sujeito em sofrimento psíquico em sua integralidade, indo além de uma avaliação psicopatológica e avançando na tentativa de compreensão do contexto vivencial, relacional e comunitário.” (MOREIRA, TORRENTÉ & JUCA, 2018, p.1124)

O sofrimento mental de crianças e adolescentes exige um acolhimento e uma resposta imediata ao pedido de ajuda direcionado aos profissionais inseridos no serviço de saúde mental. Esse acolhimento inicial, que deve ser atravessado por diferentes saberes, representa uma estratégia fundamental para a construção de um vínculo de confiança entre usuário, família e serviço para um caminho que possa dar resolutividade ao caso.

É possível afirmar que, em relação a chegada nesse CAPSi, todos que acessam o serviço são atendidos de imediato, porém ainda prevalece um atendimento seguindo a lógica de uma triagem, escuta individualizada por especialidade, não problematização da demanda de queixa escolar e prevalência do profissional “psi” (psicólogo e psiquiatra) para definição de casos acolhidos, mesmo que não tenham diretamente efetuado o acolhimento. Desta forma, o trabalho de acolhimento realizado no CAPSi estudado indica a não superação de modos conservadores de recepção de usuários, privilegiando o elenco de sintomas, o estabelecimento de diagnósticos e a organização da assistência a partir de perfil elegível, ou não, para acompanhamento no serviço.

7.2 A PERMANÊNCIA NO CAPSi

A inclusão de crianças e adolescentes no serviço de saúde mental exige propostas e ações para uma atenção integral desse sujeito e sua família. No CAPSi de Imperatriz, as narrativas apontaram para alguns impasses quanto ao cuidado dos pacientes que estão inseridos no serviço, dentre eles: a ínfima participação do usuário (principalmente da criança) e família na construção do PTS, dificuldade em operar de forma interdisciplinar, ausência de discussão de casos em equipe, não acolhimento de usuários em crise e oferta limitada de condutas

terapêuticas que possam dar condições de um cuidado no território que legitime um cuidado psicossocial.

Esse núcleo temático abrange os impasses relacionados aos usuários que foram inseridos no serviço e agrupam as narrativas que fazem referência a: construção do PTS, organização dos grupos e o acolhimento as situações de crise.

7.2.1 A construção do PTS e a organização dos grupos

Nesse CAPSi estudado, a não escuta dos atores envolvidos, principalmente a criança, demarca o modo de compreensão e construção do PTS e organização dos grupos terapêuticos ofertados. As informações sobre a criança, tomadas a partir da fala da família ou mera observação de seu comportamento, vão de encontro ao princípio fundamental da política de SMCA que assegura que a criança e o adolescente são sujeitos psíquicos que pensam e sofrem em sua existência singular, e têm modos próprios de expressão do seu mal-estar, ou seja, o seu sofrimento mental deve ser escutado a partir do que eles próprios também têm a dizer, garantindo o seu lugar de fala no cuidado dirigido a ela (BRASIL, 2005).

O reconhecimento do sintoma na criança e/ou adolescente passa pelo ato de convocá-los a falar dele, constituindo-se como uma intervenção terapêutica que deve se pautar em estimular a participação ativa de todos naquilo que lhes é proposto como cuidado, implicando e responsabilizando-os com o seu modo singular de sofrer. Algumas narrativas revelam que os profissionais partem do princípio de que é o outro (pais, escola) que sabe sobre essa criança. Fazer a criança e o adolescente falar é o princípio fundamental de reconhecê-las como sujeitos com condições de formular sua própria demanda independente das queixas dirigidas por seus familiares ou instituições onde a mesma circula (BRASIL, 2005; CARVALHO, et al. 2016).

As avaliações fragmentadas por especialidade e a falta de discussão em equipe resultam, quase sempre, em uma descontinuidade das ações e não conclusão dos PTSs, limitando este instrumento à definição de um diagnóstico e descrição de datas de frequência ao serviço. Essa compreensão se contrapõe à recomendação do Ministério da Saúde, que afirma ser o PTS um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p.40), garantindo a singularidade de cada sujeito, ao invés de se prender a um diagnóstico que tende a diminuir as diferenças. O MS recomenda que o PTS deve abranger quatro momentos: um diagnóstico ampliado com avaliação biopsicossocial, considerando a cultura, desejos e interesses do sujeito; definição de metas e propostas de curto, médio e longo prazo, negociadas com o sujeito e família; divisão de

responsabilidades entre a equipe, usuário e família e reavaliação periódica para definição de novas estratégias que o caso requer (BRASIL, 2007).

Vasconcelos et al (2016), buscando compreender o cuidado psicossocial através da análise de projeto terapêutico a partir das narrativas de profissionais em dois CAPS da região metropolitana de Fortaleza no Ceará, constataram que os participantes da pesquisa desconsideram o caráter abrangente desse dispositivo para estimular o protagonismo dos usuários, se limitando a um trabalho fragmentado conduzido por atendimentos de especializações profissionais e uma limitada oferta de cuidados que se aproximem do modelo psicossocial.

O acolhimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico no CAPSi, exige a construção de um PTS que considere os saberes e práticas dos profissionais e sua articulação com a rede intersetorial para atender as demandas dos usuários com o objetivo de garantir uma sociabilidade e subjetividade em direção ao exercício da cidadania e sujeitos de direitos, o que aponta para a dimensão técnico- assistencial da atenção psicossocial proposto por Amarante (2007).

Uma das especificidades do CAPSi estudado é a forma como dividem os atendimentos de crianças e adolescentes nos grupos terapêuticos. Conforme relatado nas narrativas, os grupos psicoterapêuticos são compostos entre as duas psicólogas a partir de uma divisão de idade e sintomas. Embora tenha sido algo acordado entre a equipe, parece gerar uma “solidão” e uma sobrecarga do profissional designado ao cuidado voltado para as crianças, principalmente as que possuem diagnóstico de autismo, conforme narrativa abaixo:

O que eu sinto é que nós estamos precisando de mais profissionais para atender crianças, para ajudar nesse diagnóstico diferencial. Esse ano, as crianças, eu considero que estão prejudicadas nas avaliações, porque eu tive inúmeros atestados, e tem muitas crianças que vêm mesmo. Eu acho que uma das dificuldades que eu enfrento é essa solidão em atender crianças.
A5

Além dessa divisão de atendimento por especialidade e experiência profissional na organização dos grupos, há uma evidente limitação quanto a diversidade de ofertas de atividades terapêuticas grupais, principalmente para os adolescentes.

Aí qual é a oficina que é direcionada para o adolescente? A gente está com dificuldade nas oficinas para os adolescentes, porque não tem material. O adolescente não é uma criança que eu dou um papel e uma caneta... não que, pelo amor de Deus, eu não estou dizendo que tem

que tratar criança desse jeito, mas o adolescente tem um nível de crítica que ele não vai querer ficar naquele lugar se não for interessante pra ele. A4

Weck (2015), faz relevantes contribuições sobre a importância das oficinas terapêuticas para adolescentes em um CAPSi de Niterói- RJ, como um recurso terapêutico que possibilita convivência com seus pares, construção de vínculo e reorganização psíquica. “As oficinas são um lugar de potência no tratamento e vida desses adolescentes [...] emergindo uma nova possibilidade de estar no mundo” (WECK, 2015, p.85). Moretto (2013), em estudo realizado em um CAPSi do interior de São Paulo, ressalta a importância do trabalho em grupo como um espaço de acolhimento e escuta onde, através de vivências, possibilita a expressão de conflitos emocionais proporcionando prevenção e promoção de saúde mental às crianças e adolescentes.

Benevides et al (2010), em um estudo sobre produção de cuidado em saúde mental por meio de práticas terapêuticas grupais desenvolvido pelos profissionais em um Hospital Dia reafirma o uso do vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia para promover reabilitação psicossocial. A utilização das terapias grupais, na abordagem dos pacientes e sua família em sofrimento psíquico, possibilitou intervenção interdisciplinar condizente com o modo psicossocial de cuidar, devendo ocupar espaço nos serviços e instituições da rede de atenção à saúde.

A atenção psicossocial exige instrumentos e estratégias para a efetivação de ações que levem a construção da cidadania, autoestima e interação do indivíduo com a sociedade. A elaboração de novas abordagens terapêuticas, implementadas a partir da Reforma Psiquiátrica constituem-se como um possibilitador que permite a escuta e acolhimento, oferecendo aos usuários de CAPS uma forma de minimizar o seu sofrimento psíquico. Essas novas estratégias se contrapõem ao modo asilar cujo tratamento é exclusivamente medicamentoso e de rompimento com os vínculos afetivos (COSTA ROSA, 2000; AMARANTE, 2007).

7.2.2 O acolhimento a crise

No que se refere ao acolhimento a crise de crianças e adolescentes no serviço analisado, as narrativas evidenciam que os profissionais ficam presos aos quadros de agitação psicomotora manifestado nas situações de crise, o que traz insegurança quanto ao manejo desses episódios. O acolhimento dessa demanda é atrelado à presença do médico psiquiatra, ainda que o paciente já faça parte do serviço. Mesmo existindo dois serviços (CAPS III e CAPSad III) que funcionam em regime de 24 horas, o município criou um fluxograma de atendimento às

situações de crise que orienta o encaminhamento dos pacientes, inclusive adolescentes, nessa condição psíquica para o hospital geral, onde recebem medicações psicotrópicas para “acalmar” e somente depois são referenciados a um dos serviços de saúde mental. Porém, esse hospital além de não possuir leitos psiquiátricos para o acolhimento desses usuários, é a referência de todos os casos de urgência e emergência do município e cidades vizinhas. Normalmente, de acordo com o enfermeiro responsável por receber os usuários em crise, o HMI recebe em média 150 pacientes/mês. Esses usuários acolhidos, após uso da medicação, aguardam até 72 horas e são encaminhados para algum serviço da rede de saúde mental.

Moreira, Torrenté e Jucá (2018), em estudo sobre o acolhimento em um CAPSi também evidenciaram que, antes de qualquer outra tentativa de cuidado, os casos de crise em crianças e adolescentes se dá, primeiramente, pelo apelo a intervenção psiquiátrica e se não houver médico no serviço, é encaminhado para atendimento de urgência psiquiátrica.

De um modo geral, os profissionais não médicos não se autorizam a acolher e permanecer com o usuário em crise no interior do CAPSi investigado. Ainda que aleguem não ter um espaço físico apropriado para fazer esse acolhimento, parece haver uma não responsabilização por esta demanda, compreendendo a efetividade do tratamento somente pela via da hospitalização, ainda que por um curto período, e da medicalização como resposta para o cuidado, deixando de realizar uma escuta acolhedora (sobre o modo de ser, a história e a dinâmica familiar do paciente) para a construção de vínculos que pudesse prescindir, a priori, da internação e/ou intervenção medicamentosa.

Embora a maior parte dos profissionais tenham um percurso na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, isso não garantiu proximidade com o modo psicossocial de cuidar, principalmente nas situações de crise. Os argumentos da equipe para o não acolhimento dessa demanda esbarram na falta de condições estruturais e falta de preparo dos profissionais para lidar com a crise, recorrendo quase sempre, pela eliminação imediata do sintoma. A atenção psicossocial busca acolher o paciente em sua existência-sofrimento e não a eliminação de sintoma com uso da medicação como resposta ofertada por uma única especialidade (YASUI & COSTA ROSA, 2008).

Nesse serviço, há uma evidente hierarquização da equipe multiprofissional revelada quando alguns profissionais transferem para os psicólogos e psiquiatra a decisão de quem deve permanecer no serviço. Em 2002, a III CNSM já recomendava que a política de recursos humanos deve fomentar o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da saúde mental, procurando romper com os “especialismo”, em direção a um atendimento com uma visão integral e não fragmentada do usuário, proporcionando uma escuta para além da doença

ou fenômeno comportamental que se apresenta no momento da crise psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Elia afirma que a equipe do CAPS deve ser necessariamente multiprofissional, mas também “desespecializada” (ELIA, 2015, p.252), ou seja, ainda que composta por diferentes formações o profissional integrante de uma equipe do CAPS deve abrir mão da posição de “especialista” e ver-se autorizado a intervir em cada caso, comprometido pelo ato de cuidar de modo psicossocial.

Coracini e Martini (2016), considerando a ética do modelo psicossocial em atenção às crises na infância e adolescência, propõe que o usuário permaneça no serviço para avaliar as demandas advindas da crise através de observações individuais, conversa com a família e outros atores envolvidos (escola, igreja, comunidade), para a partir disso, traçar formas de cuidado à crise, considerando a singularidade e gravidade do caso.

Crianças e adolescentes estão inseridos em um contexto atual em que as “crises” podem estar relacionadas a diversas realidades que vão desde situações de violência, vulnerabilidades psicossociais, uso de substâncias psicoativas ou um sofrimento psíquico como forma de existência. Apostar na potência do vínculo e na escuta do sujeito pode levar a uma estabilização da crise, sem recorrer ao uso imediato da medicação. O acolhimento à crise no CAPSi deve considerar esse amplo contexto, baseando-se numa clínica ampliada que exige um cuidado intersetorial e um tratamento em liberdade.

Em síntese, pode-se afirmar que, quanto a permanência no CAPSi, o acolhimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico opera com ausência de dispositivos cruciais para um cuidado psicossocial, como a ausência de encontros regular da equipe para a discussão de casos e construção conjunta de PTS, oferta de cuidado limitada e restrita ao interior do serviço e não autorização dos profissionais não médicos em acolher a crise.

7.3 OS CAMINHOS DA SAÍDA

Esse núcleo temático refere-se ao modo como os profissionais realizam alguns encaminhamentos de crianças e adolescentes para a rede intra e intersetorial.

Observou-se que nesse CAPSi, o encaminhamento como resposta a uma demanda do usuário, além de muitas vezes ser tardia devido a fragmentação dos atendimentos, quando existe, é realizado via relatório ou telefonema para o serviço que irá acolher. Embora a equipe aponte inúmeras dificuldades vistas como obstáculo para o efetivo encaminhamento (falta de transporte, não autonomia pra sair do serviço, etc.) parece não haver uma apreensão efetiva do princípio do acolhimento implicado, que exige sua implicação e responsabilização por aquele

usuário que foi ou será encaminhado. Durante o GF, apareceram algumas narrativas que exemplificaram a existência de usuários que foram encaminhados para a própria rede de saúde mental sem a necessária implicação da equipe.

Ao compartilhar o exemplo de um caso de uma adolescente em uso abusivo de droga encaminhada para o CAPSad, se evidenciou a ausência de comunicação entre os próprios serviços de saúde mental quando nenhum profissional acompanhou a adolescente até o outro serviço, ficando a cargo da coordenadora “passar” as informações sobre o caso via contato telefônico.

Observa-se que há uma contradição evidenciada em algumas narrativas quando relatam a falta de recursos materiais para realizar a articulação com a rede e, ao mesmo tempo, relatam que sua ausência no serviço prejudicaria a dinâmica dos atendimentos, o que pode colaborar para ações de cuidado autorreferidas, isto é, pensadas para dentro do serviço. Embora alguns membros da equipe participaram de reuniões com outros serviços como educação e assistência social, isso não resultou em ações concretas e conjuntas com setores da rede que poderiam contribuir para um melhor conhecimento dos seus mandatos e favorecer um encaminhamento apropriado para a rede intersetorial.

O que a gente vê é que não tem mais aquele foco no hospital, o foco está voltado para o CAPS. Não é mais hospitalocêntrico, mas capstalocêntrico. Então às vezes não mudou muito. E acho que esse cuidado em rede... como é que vai ser essa alta dele? Se ele está sendo atendido nos outros serviços e esses serviços falam entre si, essa alta vai acontecer naturalmente. Ele vai melhorar, porque não se fala em cura, mas de alguma forma, por mais que ele não venha com frequência, ou já não venha mais para atendimento no CAPSi, ele estará na rede. E no momento em que ele precisar, se precisar, ele vai voltar. A2

Em alguns recortes das narrativas, os profissionais reconhecem que o CAPSi deve se dirigir aos outros serviços, porém essa aproximação parece estar relacionada a passar orientações normativas sobre a função e objetivos do CAPSi, não se implicando como uma *presença viva* para a construção da rede. Como apontam Couto e Delgado (2016), é um profissional de saúde mental que deve se apresentar no território para a construção de uma rede psicossocial, sendo essa a condição para um trabalho com os demais serviços disponíveis no território, que pode ser feita quando há uma demanda dirigida a esse serviço. No caso do CAPSi em questão, a articulação com a educação poderia levar a construção de estratégias de

qualificação das demandas e de cuidado compartilhado. Mas não é esta a realidade da prática até o momento.

Outro impasse observado, refere-se ao fato de que a equipe reconhece que existem muitos casos que deveriam ser cuidados por outro serviço, porém permanecem no CAPSi por não ter para onde encaminhar. Embora pareçam existir poucos espaços para as diferentes demandas de crianças e adolescentes no município, há também um conhecimento limitado dos serviços existentes por parte da equipe, no que se refere ao mandato de cada um.

É importante reafirmar os mandatos do CAPSi (terapêutico e gestor) que orientam o trabalhador de saúde mental para além de um agente de cuidado que acolhe e trata o sofrimento psíquico, ele também agencia uma rede de cuidado, exigindo desse profissional, no ato do acolhimento, a capacidade de dar uma resposta a demanda, bem como conhecer as ofertas e fluxos da rede intersetorial (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008; RAMMINGER & BRITO, 2012).

Uma recorrente queixa dos profissionais participantes da pesquisa que, segundo eles, dificulta o trabalho em rede é, além da falta de transporte, o rodízio de profissionais nos serviços de saúde mental, bem como de outros setores. Sete profissionais que chegaram no serviço recentemente não possuem nenhum percurso no atendimento a criança e adolescente em sofrimento psíquico, incluindo alguns coordenadores. Essas mudanças ocorrem sem nenhum critério, o que denota uma clara interferência da gestão no serviço. Oliveira e Miranda (2015), também apontaram as consequências da influência política partidária no funcionamento do serviço, acarretando descontinuidade de fornecimento de recursos materiais necessários para o funcionamento do serviço e troca de funcionários de acordo com seus interesses políticos.

Um CAPSi, possui a responsabilidade de dar um direcionamento às necessidades de crianças e adolescentes que buscam o serviço, mesmo daqueles que não serão integradas no seu cotidiano. A implicação e corresponsabilização de profissionais, coordenador e gestor dos serviços em garantir que as demandas tenham continuidade nos outros pontos da rede, afasta modos de encaminhamentos burocráticos, que transfere a responsabilidade para outra instituição sem um envolvimento necessário para a resolutividade desse encaminhamento e diminuição da errância de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em busca de cuidado.

Teixeira, Couto e Delgado (2017), reafirmam que ações integradas entre CAPSi e atenção básica através da discussão conjunta dos casos e a comunicação permanente com diferentes atores é o caminho para a superação dos encaminhamentos burocratizados e fluxos assistenciais fragmentados.

Quanto a saída dos usuários do CAPSi estudado podemos inferir que não há diálogo com a rede de serviço de saúde mental bem como com outros setores, culminando em uma desarticulação dos serviços na promoção da intersetorialidade das ações e do cuidado em rede.

A discussão dos resultados apontou para importantes desafios a serem enfrentados pelos trabalhadores e gestão desse serviço no que tange a construção de estratégias psicossociais que vão desde o acolhimento inicial, a permanência de crianças e adolescentes no serviço e ao encaminhamento implicado que respeite os princípios da política de SMCA. Essas mudanças necessárias para o efetivo funcionamento do serviço, através da proposta da construção de uma pactuação conjunta com os profissionais, encontra um momento promissor para sua consolidação, visto que recentemente houve uma mudança na coordenação municipal de saúde mental e nos respectivos coordenadores dos serviços, afinados com a reforma psiquiátrica e a política de saúde mental.

8 CAMINHOS PARA PACTUAÇÃO: UMA PROPOSTA

Os avanços alcançados com a política de SMCA voltados para o cuidado da população infantojuvenil em sofrimento psíquico são inquestionáveis, porém ainda existem desafios a serem superados para a consolidação de seus princípios e direcionamentos no interior desses dispositivos.

Para além da constatação de um hiato entre o modo psicossocial sustentado pela política de SMCA e as práticas de cuidado ofertadas no CAPSi estudado, esta pesquisa tem o objetivo de apontar alguns caminhos que possam aproximar o saber-fazer da equipe multiprofissional do paradigma da atenção psicossocial, através de pactuações possíveis para nortear os cuidados ofertados.

Guerreiro e Branco, fazem um levantamento histórico sobre a importância dos pactos na saúde que favoreceram a consolidação dos princípios do SUS: “A pactuação é um mecanismo de gestão que compreende negociação permanente, buscando a superação de conflitos intergovernamentais pautada na responsabilização solidária” (GUERREIRO & BRANCO, 2011, p.1).

Os pactos, pensados a partir dos princípios da política de SMCA, assumem papel estratégico na consolidação da atenção psicossocial no serviço, pautada em um compartilhamento de responsabilidade no desenvolvimento de ações que busca superar a lacuna entre o que é proposto na política e o que é realizado no serviço.

Tomando como base os resultados que a pesquisa revelou relacionado aos impasses desde o acolhimento inicial até o destino dado aos casos recebidos, foi planejado - ainda que não efetivado por razões anteriormente esclarecidas - a construção de uma pactuação entre os profissionais do serviço com objetivo de qualificar as ações psicossociais. Esta estratégia de pactuação adquire relevância não apenas pelos resultados encontrados no estudo, mas pelo fato de proporcionar oportunidade para que os trabalhadores sejam protagonistas dos caminhos a serem trilhados na qualificação do dispositivo psicossocial. Os pactos serão pensados a partir dos dois mandatos (terapêutico e gestor) que direcionam à atenção em SMCA.

A seguir, a título de contribuição, será apresentado um roteiro preliminar para orientação dos pactos a serem estabelecidos.

Tabela 3: Roteiro para pactuação

CATEGORIA	ROTEIRO	OBJETIVOS
A CHEGADA AO CAPSi	- O CAPSi e seus mandatos - Identificação de fatores de risco e proteção para avaliação psicossocial do caso	Desenvolver habilidades para escuta e problematização da demanda.
A PERMANÊNCIA NO CAPSi	-Como opera a equipe de um CAPSi -a construção do PTS -Especificidades da clínica da infância e adolescência -Intervenções nas situações de crise para além da psiquiatria e medicamentos	-Fomentar a responsabilização e implicação de todos que compõem a equipe. -Construir e articular respostas às necessidades dos casos acolhidos -Organização dos processos de trabalho para a continuidade do cuidado
OS CAMINHOS DA SAÍDA	-Estudo sobre intersetorialidade, rede e território -Levantamento de recursos do território - Mapear a rede para a construção de parcerias	-Fortalecer o papel da equipe na construção e continuidade do cuidado na rede intersetorial do município -Promover diálogo entre os serviços tornando mais efetivo os encaminhamentos realizados

A partir de fevereiro de 2019 houve mudança na coordenação de saúde mental do município e coordenação do CAPSi, após várias denúncias feitas pelos profissionais e Ministério Público. Essas substituições foram recebidas com muita satisfação pelos profissionais, visto que são profissionais com percurso e compromisso com a saúde mental, o que corrobora para que os resultados da pesquisa sejam apresentados para todos que trabalham no CAPSi, bem como para a nova gestão, propiciando a possibilidade da construção conjunta dessas pactuações sugeridas.

A pesquisadora terá o papel de indutora do processo de pactuação buscando incentivar a atuação conjunta de todos os envolvidos no cuidado psicossocial de crianças e adolescentes.

A pactuação não possui a pretensão de eliminar conflitos e tensões existentes no cotidiano deste serviço de saúde mental, mas assegurar que o diálogo entre técnicos, usuário, família, gestão e rede intersetorial possa contribuir para outras formas de abordar os impasses em direção a um efetivo cuidado psicossocial.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização, nessa pesquisa, da técnica do grupo focal, revelou-se muito útil para a investigação dos modos de compreensão e impasses existentes no cotidiano desse serviço. O compartilhamento de opiniões sobre os eixos temáticos sugeridos pela pesquisadora, possibilitou avançar no entendimento acerca dos impasses que permeiam as práticas de cuidado ofertadas nesse dispositivo, viabilizando propor caminhos de superação e aproximação dos princípios que sustentam a política de SMCA em congruência com o modo da atenção psicossocial.

O estudo revelou que, apesar dos avanços ocorridos a partir do paradigma da atenção psicossocial na compreensão do sofrimento psíquico, ainda há uma lacuna entre seus princípios e as práticas de cuidado no CAPSi pesquisado. Os dispositivos clínicos ofertados ainda são atravessados por um apelo biomédico e uma ínfima articulação com a rede. As narrativas revelaram inúmeras contradições, ora aproximando-se, ora distanciando-se, dos princípios da política de SMCA. Algumas ações referentes ao modo de acolher crianças e adolescentes em sofrimento psíquico revelaram ser realizadas de forma fragmentada e sem continuidade.

Nesse CAPSi, o acolhimento é permeado por dúvidas, queixas e transferências de responsabilidade que servem como uma cortina de fumaça para tamponar as fragilidades da equipe quanto a pouca apreensão dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da política de SMCA, fundante do paradigma da atenção psicossocial. A lógica de realizar uma “triagem” para se certificar quem deve ou não permanecer no serviço, resulta em escuta não qualificada sobre esse pedido de ajuda e encaminhamentos com pouca implicação, reforçando a incessante continuidade de busca, pelos pais, por atendimento a seus filhos.

O modelo de cuidado tradicional ainda permeia os modos de cuidado neste CAPSi revelando ter a equipe desafios a enfrentar no cotidiano para superar um modelo médico hegemônico que determina o modo de organização dos processos de trabalho ainda apartados do modo psicossocial. Na saúde pública, o acolhimento deve assegurar uma relação de proximidade entre equipe, serviço, usuário e família, garantindo uma escuta qualificada às necessidades do sujeito, um acesso com responsabilidade e resolutividade, além de assegurar uma reorganização dos processos de trabalho no cotidiano do serviço (BRASIL, 2009).

Nesse CAPSi, ainda há uma evidente verticalização no modo de cuidado revelada pela organização dos processos de trabalho, não participação dos psicólogos no acolhimento a pacientes de porta de entrada, a psiquiatrização das queixas, culminando, quase sempre, em uso de medicação, conforme revela levantamento preliminar do estudo, e a dependência dos profissionais pelas avaliações do psicólogo e do psiquiatra para uma decisão sobre diagnóstico

e consequente permanência nesse serviço. Tal organização contraria a recomendação do paradigma da atenção psicossocial que orienta um trabalho interprofissional pautado pela horizontalidade do cuidado, isto é, não deve haver uma hierarquia de saber para a escuta e construção de ações para o cuidado do sofrimento psíquico.

As demandas recebidas no momento do acolhimento parecem não servir como parâmetro para uma reorganização das ações no cotidiano deste CAPSi, como por exemplo, aproveitar o fluxo intenso de demandas com queixa de dificuldade de aprendizagem para a construção de parcerias que possam oferecer um cuidado compartilhado a crianças e adolescentes. Essa atitude poderia culminar em uma ação territorial de ordenação de demandas e de corresponsabilidade entre setores públicos de cuidado e assistência, ainda não realizada como direção de trabalho para a equipe.

“A equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial” (YASUI & COSTA-ROSA, 2008, p.9). A construção de pactuações deve ser introduzida na práxis cotidiana, considerando os dispositivos existentes no território, a construção permanente da rede, a corresponsabilização de cada profissional no acolhimento e encaminhamentos, através da oferta de múltiplas estratégias de cuidado que possam dar resolutividade a diversidade de demandas existentes na SMCA.

Verificou-se que, esse CAPSi, opera sem dispositivos cruciais para um cuidado psicossocial. A ausência de reuniões semanais, pouca oferta de atividades terapêuticas, sem supervisão clínico-institucional e falta de diálogo intra e intersetorial, reforça ações isoladas, contrário ao recomendado: a oferta de práticas de cuidado devem dialogar com o território onde o sujeito está inserido.

Não desconsiderando os reais obstáculos enfrentados pela equipe quanta a ausência de recursos materiais e interferência autocrática nos serviços de saúde mental do município realizado pela gestão municipal atual, torna-se fundamental a construção de novas possibilidades para o enfrentamento desses impasses retomando a essência do modo psicossocial de cuidar que vai para além de uma reorganização dos processos de trabalho, mas busca alcançar mudanças de mentalidade e costumes no modo de cuidado do sofrimento psíquico. O paradigma da atenção psicossocial não está dado, é um processo construído e reinventado cotidianamente através do enfrentamento das tensões e conflitos desse saber-fazer para encontrar a potência para a construção de novos caminhos.

Estando inserida no campo de pesquisa como trabalhadora desse serviço, esse estudo me impôs o desafio de pesquisar a minha própria prática, o que trouxe algumas inquietações sobre o que eu e meus pares estamos ofertando como prática de cuidado para o público alvo

desse dispositivo. Isso traz alguns incômodos, visto que é “mais fácil” e menos comprometedor pesquisar um outro serviço. Mas, sempre movida por um estranhamento da dinâmica desse serviço, faltava-me elementos advindos de um estudo que pudesse de fato permitir esclarecer se estávamos ou não operando apartados dos princípios que sustentam e dão base para o cuidado psicossocial de crianças e adolescentes no território. Ao final da pesquisa, é possível afirmar um distanciamento entre a prática cotidiana e a proposição da atenção psicossocial como modo de cuidado. Embora esse CAPSi, há alguns anos preste assistência à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na região, isso não garantiu sua potência para operar em pertinência ao modo psicossocial. É um desafio para mim, como pesquisadora, e equipe, assegurar que esse CAPSi ocupe o lugar estratégico na produção do cuidado em SMCA, concebendo práticas de cuidado que caminhe em direção de uma integralidade das ações, territorialidade e formação das redes de cuidado à população infantojuvenil desse município.

O percurso na literatura estudada sobre CAPSis, revelou que, esses serviços, são estratégicos no cuidado psicossocial de crianças e adolescentes, porém a efetiva materialização do modo de organizar as práticas de cuidado sob a luz da política de SMCA ainda está em processo de construção. Vários dados encontrados no CAPSi estudado, estão em consonância com outras pesquisas, como: a grande demanda de queixa de aprendizagem, atendimentos centrados na figura do psicólogo/psiquiatra, intensividade de cuidado de modo ambulatorial e dificuldade na articulação com a rede intersetorial. Essa pesquisa, para além dessas constatações, buscou pensar caminhos que pudessem auxiliar no avanço desses impasses.

É imperativo que, neste CAPSi, se construa pactuações conjuntas possíveis voltadas para atenção e cuidado de crianças e adolescentes no município que possa fortalecer os mandatos terapêutico e gestor que perpassam pela prática de cuidado tanto no que se refere a uma resposta imediata as demandas de casos considerados graves prioritariamente, como também ser responsável em agenciar a rede de cuidado. O chamamento para construção de uma pactuação conjunta com a equipe multiprofissional desse CAPSi busca resgatar o seu papel fundamental como dispositivo de cuidado na atenção à saúde mental infantojuvenil da região, aproximando as práticas de cuidado desse serviço estudado da política de SMCA e da atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **P. Saúde Mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMSTALDEN, A.; HOFFMANN, M.; MONTEIRO, T. A política de saúde mental infantojuvenil. In LAURIDSEN-RIBEIRO & TANAKA, O.Y. (Org.) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**, 1ª ed. São Paulo: Gerações, 2013
- ARIÈS. P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1ª ed. São Paulo: Editora 70, 2016.
- BELTRAME, M. M.; BOARINI, M. L. **Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi**. Rev. Psicologia: ciência e profissão. v.33, nº 2, p. 336-349. 2013
- BENEVIDES et al. **Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos e um hospital – dia: perspectiva dos trabalhadores de saúde**. Rev. Interface – comunicação, saúde, educ. v. 14, nº 32, p. 127-138, jan. – mar. 2010
- BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In CIRINO, O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001.
- BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. **Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem**. Psicologia em Revista. v.13, nº 1, p. 59-72. 2004
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004**. Cad. de Saúde Pública, Fev. 2008 24(2): 456-468. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200025&script=sci_arttext> Acesso em: maio de 2018
- BRASIL. **Lei nº10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 336, de 19-2-2002. **Regulamenta as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição de equipe**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Regulamento de Assistência a Menores Abandonados e Delinquentes**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1927.

_____. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 336, de 19-2-2002. **Regulamenta as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição de equipe**.

_____. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS 854, de 22 de agosto de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992

_____. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

_____. Ministério de Saúde. Portaria 1947, de 10 de outubro de 2003. **Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1608, de 03 de agosto de 2004. **Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

CARVALHO, C. et al. Grupo de acolhimento: relato da experiência. In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016

CIRINO, O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001.

COLLARES C.A.L; MOYSÉS, M.A.A; RIBEIRO, MCF. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**, 1ª ed. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

CORACINI, M. I. V; MARTINI, R. B. Crise na infância e adolescência: tecendo cuidados na rede de atenção psicossocial. São Paulo, 2016

COSTA N. R., et al. **Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil, Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4603-4614, 2011 acesso em junho de 2018.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1989.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COUTO, M. C. V; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

COUTO, M.; DELGADO, P. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. (Org.) **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016.

COUTO, M. C.V. Por uma política pública de Saúde mental para crianças e adolescentes. In. Ferreira, T. (Org.) **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004.

_____. M.C.V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. **III Conferência Nacional De Saúde Mental**, Brasília, 2001. Caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.121-130. 2001.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. **O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica**. Rev. Psicologia e Saúde, v. 3, n. 1, p. 68-76, jan. - jun. 2011.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. **Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366. 2012

DELGADO, P. G. Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica que queremos - por uma clínica antimanicomial**. Caderno saúde mental. Belo horizonte, 2007.

_____, P. G. O SUS e a Lei 10.216: reforma psiquiátrica e inclusão social. In LOYOLA, C.; MACEDO, P. (Org.) **Saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro, IPUB, 2002.

DESLANDES, S. F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In. CAMPOS, R et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

DIAS, F. W; PASSOS, I. C. Transformações históricas da política de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil e em Minas Gerais. In: PASSOS, I. e PENIDO, C. (Org.) **Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes**. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Tradução: M. T. da Costa Albuquerque. Revisão técnica: J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.

ELIA, L. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: KAMERS, K; MARIOTTO, R. E VOLTOLINI, R. (Org.) **Por uma(nova)psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

FIOCRUZ. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Documento Técnico Final. Rio de Janeiro, março, 2015.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. Aula de 16 de janeiro de 1974. Tradução: Eduardo Brandão. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. **Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, dez, 2015.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. **Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde**. Rio de Janeiro. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, nº 3, p.1689-1698, março 2011.

HOFFMANN, M. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. **Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, mar 2008.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: junho de 2018.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; ARRIGONI, R.; LEAL, B. M. L. A chegada ao centro de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSi). In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E. E LYKOUROPOULOS, C. (Org.) **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LEITE, M. E. D. Posso conviver com meus pares? Acolhimento e construção de uma rede de atenção psicossocial. In. LEITE; SAGGESE, E. **Da clínica à reabilitação psicossocial. Manual de saúde mental de crianças e adolescentes**. Cadernos IPUB Versão Online: nº 1. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2011.

LIMA, R.C. Saúde mental na infância e adolescência. In: Jorge, M.A.S. (Org). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. 1ª ed. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um CAPSi? In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. (Org.) **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016.

MATSUKURA, T. S.; FERNADES, A. D. S. A; CID, M. F. B. **Fatores de risco e proteção à saúde mental de criança: o contexto familiar**. Rev. Terapia Ocupacional. Univ. v.23, nº 2, p.122-9, 2012.

MATOS, F. V. **Políticas públicas de saúde mental infantil e sua implementação no centro de atenção psicossocial infantojuvenil (Capsi) – Imperatriz-Ma**. 2014, 98 f. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, L. et al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In. CAMPOS et al (Org). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, C. P.; TORRENÉ, M. O. N; JUCÁ, V. J. S. **Análise do processo de acolhimento em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica**. Botucatu, v. 22, nº 67, p. 1123-34, 2018.

MORETTO, C. C. **O grupo como estratégia de intervenção em saúde mental da infância e adolescência**. Mental. Barbacena-SP, v.10, nº 19. jul.- dez. p. 221-33, 2013.

OLIVEIRA, A.C.B; MIRANDA, L. **Práticas clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectiva de uma equipe interdisciplinar.** Contextos Clínicos. São Leopoldo-RS, v.8, nº 1, p. 99-112, jan. – jun. 2015.

PENIDO, C. M. F.; MACHADO, M. N. M. A pesquisa-intervenção institucionalista e o trabalhador pesquisador. In. PASSOS, I E PENIDO, C (Org.) **Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes.** 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

RAMMINGER, T., BRITO, J.C. **“Cada Caps é um Caps”:** uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. Rev. Psicologia & Sociedade. Rio de Janeiro, v. 24, nº 1, p.150-160, 2011.

RAMIRES, V. et al. **Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças.** Arquivo Brasileiro de Psicologia, v 61, nº 2, p. 1-14, 2009.

REIS, A. et al. **As crianças e adolescentes dos centros de atenção psicossocial infantojuvenil.** São Paulo: Shoba, 2012.

_____. et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In LAURIDSEN-RIBEIRO, E. e TANAKA, O. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

RIBEIRO, C. et al, A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infantojuvenil: levantamento exploratório. In. PASSOS, I. E PENIDO, C. (Org.) **Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes.** 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

-

RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no brasil: Percurso histórico e desafios do presente.** Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2004.

SAGGESE, E. **A reabilitação psicossocial na infância e adolescência: a experiência do centro de atenção psicossocial infantojuvenil do IPUB/UFRJ.** In Cadernos IPUB: nº 11. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

SILVA, R. P. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX.** Rev. Latino am. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, nº 1, p. 195-208, março 2009.

SCHMID, P.C. **Viajando não, só sonhando!** Revista do Departamento de Psicologia - UFF, v. 19 – nº 1, p. 187-198, jan. – jun. 2007.

SCHIMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em Saúde Mental.** Rev. Latino am. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. **Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 25. Nº 3, p. 208-216, set.- dez. 2014.

TEIXEIRA, M. R; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreira.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, nº 6 p. 1933-1942, 2017.

TELLES, H. P. R. S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. E TANAKA, O.(Org.) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C.; A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. (Org.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

TRAJANO, M. P; BERNADES, S. M.; ZURBA, M. C. **O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial,** Cad. Bras. Saúde Mental, v.10, n.2, p. 20-37, 2018.

VASCONCELOS, et al. **Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial.** Rev. Interface. Botucatu, São Paulo, v.20, n.57, p. 313-23, 2016.

VICENTIN, M. C. Criar o descrençável In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. E LYKOUROPOULOS, C. (Org.). **O Capsi e o desafio da gestão em rede.** São Paulo: Hucitec, 2016

WERK, M. Artistas e arteiros: oficinas terapêuticas com adolescentes. In. SAGGESE, E; OLIVEIRA, F. (Org.). **Juventude e saúde mental: a especificidade da clínica com adolescentes.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

YASUI, S. **A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível.** Cad. Bras. Saúde Mental, v. 1, no1, jan. - abr. 2009.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, nº 78-80/79/80, p. 27-37, jan.- dez. 2008.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO C. M. **A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.** Psicologia em Revista. Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPSi): especificidades e desafios

Nome do (a) pesquisador (a): Francisca Marques Figueredo

Nome do (a) orientador (a): Maria Cristina Ventura Couto

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa intitulado: *“práticas de cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSi): especificidades e desafios”*. Este projeto tem como objetivo contribuir para compreensão e análise das práticas de cuidados oferecidas pela equipe multiprofissional do CAPSi de Imperatriz/MA, buscando propor mudanças nos modos de cuidado na atenção psicossocial à crianças e adolescentes do município e circunvizinhança. Para tal, será realizado dois grupos focais, em dois momentos, com seis profissionais de nível superior envolvidos no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e uma proposta de pactuação a ser realizada em conjunto com a equipe multiprofissional. Os grupos focais serão gravados e transcritos.

Os riscos ou danos relacionados à sua participação serão mínimos, mas poderão ocorrer momentos de desconforto, cansaço ou conflitos no contexto grupal ao longo do desenvolvimento do grupo focal, os quais deverão ser manejados pelo pesquisador. Os benefícios esperados se relacionam à qualificação das práticas de cuidado do CAPSi.

Sua identidade, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal, será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo podem ser publicados, mas sua identidade não será revelada. Apenas os pesquisadores terão acesso aos registros do grupo focal e oficina de consenso.

A sua participação nesse estudo é voluntária. Você tem plena liberdade de se recusar a participar ou de continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem incorrer em nenhuma penalidade. Ressaltamos que não haverá despesas pessoais ou ganho financeiro para participar dessa pesquisa. Entretanto esperamos que este estudo traga importantes conhecimentos sobre modos de cuidado ampliado voltado para a criança e o adolescente em sofrimento psíquico.

Caso surja alguma dúvida você poderá, a qualquer momento, entrar em contato com o Pesquisador responsável pelo estudo. Caso surjam dúvidas quanto aos aspectos éticos do

estudo, você poderá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, conforme endereço e telefone disponíveis abaixo.

É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Eu, _____, estou ciente das informações acima e firmo este ‘**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**’, concordando em participar desta pesquisa. Fico ciente também de que uma via deste termo permanecerá comigo e a outra via será arquivada com o pesquisador responsável.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante do estudo

Assinatura do pesquisador

Assinatura do Orientador

Mestranda: Francisca Marques de Figueredo- NUPPSAM/Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Av. Venceslau Brás, 71 Fundos – Botafogo CEP: 22.290-140, Rio de Janeiro, Brasil. Telefone: (99) 99211-2457 Email: fran.m.figueredo@uol.com.br

Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto- NUPPSAM/Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Av. Venceslau Brás, 71 Fundos – Botafogo CEP: 22.290-140, Rio de Janeiro, Brasil. Telefone: (21) 3938-5516/ 9607-4360. Email: crisnuppsam@yahoo.com.br

Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) Av. Venceslau Brás, 71 Fundos – Botafogo CEP: 22.290-140, Rio de Janeiro, Brasil. Telefone: (21) 3938-5510, e-mail: comite.etica@ipub.ufrj.com.br

ANEXO 2

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL COM OS TRABALHADORES DO CAPSi

1-Abordagem inicial

Boas-vindas a todos e todas. Vamos hoje começar uma conversa sobre temas que são pertinentes ao trabalho de um CAPSi. O objetivo é que vocês possam se expressar livremente sobre alguns temas previamente escolhidos que nos ajudarão a compreender como este CAPSi realiza suas práticas de cuidado, os avanços alcançados, e os impasses ou dificuldades que vocês ainda percebem existirem no serviço.

2- Sobre as práticas de cuidado, por tema:

Tema 1 – Acolhimento

Para vocês, o que significa o Acolhimento em CAPSi?

Como realizam este acolhimento aqui? Quais os profissionais da equipe que fazem o acolhimento? O que normalmente é avaliado no processo de acolhimento? Há dias marcados ou o acolhimento é diário? Como é abordada a criança ou o adolescente, e a família ou responsável? Há ficha para preenchimento de dados? Se sim, o que consta nela? Quais os principais problemas que vocês detectam para que este acolhimento seja realizado a contento? O que não foi abordado até agora que vocês acham relevante ser registrado?

Tema 2- Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Como é feito o PTS neste CAPSi? Quem participa da elaboração? Em que momento ele se dá? Normalmente quais recursos de cuidado estão presentes nos PTS deste serviço? Como o PTS é reavaliado? Tem alguma periodicidade prévia? O usuário e/ou família tem alguma forma de participação no PTS dele? Se sim, como é feito? Se não, podem explicar a razão? Existe alguma dificuldade na construção do PTS?

Tema 3- Práticas Grupais

Existem práticas de grupo? Se sim quais? Que função possuem? Como são formados? Quais critérios são usados para a formação? Existem discussões sobre os grupos em equipe? Quais dificuldades encontradas? Como os grupos se distribui nos turnos?

Tema 4- Atenção a crise

Como vocês definem ou descrevem o aparecimento de uma situação de crise nas crianças e adolescentes? Como fazem a abordagem do que consideram crise? Quais recursos de cuidado mais frequentemente utilizados nestas situações? Podem relatar casos ou experiências que nos ajudem a esclarecer o que é feito? Existe alguma barreira no acolhimento a crise?

Tema 5 – Cuidado em rede

Como vocês entendem o desenvolvimento do cuidado em rede? Como ele é feito neste CAPSi? Vocês conhecem a rede do território deste serviço? Podem dar exemplos? O que, para vocês, difere (se difere) o trabalho em rede da necessidade frequente nos serviços infantojuvenis de conversar com escola, conselho tutelar, CRAS, etc.? Podem dar exemplos do que fazem no trabalho em rede? Quais as facilidades e/ou impasses encontrados no trabalho com a rede? Que pontos ainda não abordados vocês acham importante constar nesta conversa sobre esse tema?

ANEXO 3

No primeiro grupo focal vocês falaram/apontaram algumas dificuldades que são impasses para realização de algumas das práticas de cuidado abordadas. Este encontro tem o objetivo de retomar alguns desses impasses, utilizando algumas falas de vocês, para um melhor entendimento desses problemas.

- 1- Com relação a uma grande demanda que chega ao serviço e que vocês chamaram de “encaminhamentos equivocados” (por exemplo: “muita demanda de dificuldade de aprendizagem”, “F70 não é nossa demanda”. “A gente não lida com questões de aprendizagem em CAPSi”) e que acaba “sobrecarregando os profissionais”, o que pensam a respeito disso? O que fazer com essa demanda?
- 2- Houve um relato de que após o acolhimento não é dado uma devolutiva para o usuário e família, não dando um destino para ele, fazendo com que o paciente frequente o serviço, por meses ou anos, sem que saiba se é ou não demanda de CAPSi. O que pensam sobre isso?
- 3- Parece haver um consenso entre a equipe de que as psicólogas não participam do acolhimento no cotidiano do serviço (“elas têm muitos pacientes”) e que estas fazem uma divisão de atendimento por faixa etária e diagnóstico: uma atende até os 12 e a outra dos 12 anos acima /uma atende autismo e a outra os outros diagnósticos ... É isso? Como se deu essa divisão? E o que pensam disso?
- 4- Vocês relataram que há uma dificuldade de comunicação entre os membros da equipe com relação ao compartilhamento das atividades ofertadas no interior do serviço. (“eu não sei o que o outro está propondo”). O que pensam disso? Como acham que podem melhorar essa comunicação entre vocês mesmos?
- 5- Os PTS geralmente são discutidos no cotidiano com o profissional que está do lado, sem a escuta de todos os envolvidos (“eu não faço PTS ouvindo todo mundo”. “É ilusório”. “A criança não participa”). Falem mais sobre isso...

- 6- Houve uma fala: “Acolhemos, mas não sustentamos a crise (“a equipe se sente frágil para sustentar uma crise...”). Da onde vem essa fragilidade? O que é necessário para que a equipe pudesse se sentir mais segura?

- 7- Alguns membros apontaram a dificuldade sobre que momento dar alta para o paciente e deixar que seja cuidado pela rede, mas ao mesmo tempo falam não poder sair do serviço para dialogar com a rede e o território e que eles (a rede) deveriam assumir o seu papel (“se sair pra visitar os serviços atrapalha os atendimentos”, se a agente de saúde fizesse o seu papel” “se a escola mandasse um relatório” ...) como pensam ser possível resolver isso?

- 8- No exemplo dado sobre a adolescente usuária de drogas vocês relataram que houve dificuldade de estabelecer uma comunicação entre os próprios serviços da rede de saúde mental e também intersetorial (“eu não me sinto preparada para fazer rede”, “se a nossa comunicação é ruim entre o próprio serviço imagina para fora do serviço...”), como é estar preparada para fazer rede? Como acham que esse diálogo pode ser construído para um efetivo cuidado em rede?

- 9- Falas recorrentes demarcam a inexistência de condições materiais para a realização do trabalho (sem telefone, sem transporte regular, sem alimentação (almoço), redução/rotatividade de funcionários, ausência de material para as oficinas, sem sala de repouso e médico regular ...) como a equipe tem enfrentado tudo isso?

