

**Projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para
crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na
perspectiva dos trabalhadores de saúde mental**

Alina Zoqui de Freitas Cayres

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Prof. Dr. Cornélio Pedroso
Rosenburg



**SÃO PAULO
2008**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

À minha mãe. Seu cuidado e organização ensinaram-me a necessária disciplina que a feitura de um trabalho acadêmico requer.

Ao meu pai (in memoriam). O impacto com sua abrupta perda mostrou-me a importância de resgatar as minhas prioridades. Foi assim que pude concretizar esse trabalho.

E ao Ale. Por me revelar que o sentido da vida é lutarmos pelo que desejamos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente aos trabalhadores de saúde mental que generosamente me receberam e doaram uma parte de seu tempo para a realização das entrevistas. Este trabalho só foi possível pela participação de todos. Deixo registrado aqui minha imensa gratidão.

Ao CNPq pela bolsa de estudos disponibilizada, que me proporcionou o custeio e a realização deste estudo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Cornélio Pedroso Rosenburg, que acolheu todas as minhas vontades apesar de sempre alertar sobre seus perigos. Sua sabedoria e generosidade foram fundamentais a esse trabalho.

Ao Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, quem primeiro me acolheu na Faculdade de Saúde Pública, por toda a dedicação, ajuda e incentivo na construção desse trabalho. Sem sua aposta, ele não teria acontecido.

À Profa. Dra. Maria Cristina Vicentin por todas as importantes contribuições teóricas dadas ao longo desta pesquisa.

À Dra. Edith Lauridsen Ribeiro pela receptividade a este trabalho.

Ao Prof. Paulo Rogério Gallo, pelo apoio a este estudo e aos demais projetos. Obrigada por o todo aprendizado e pela compreensão nos momentos que precisei me ausentar.

Aos funcionários do Centro de Referência e Informação da Faculdade de Saúde Pública-USP, em especial a Profa. Dr. Ângela Belloni Cuenca. E à biblioteca

do Instituto de Psicologia-USP, em particular minha querida prima Angélica Zoqui P. Sabadini, sempre muito disponível a todos meus pedidos.

À Alexandre Chafran de Bellis, meu grande parceiro de todos os momentos. Foi você quem me incentivou desde a entrada na pós-graduação até a conclusão do mestrado. Devo a ti não somente a inspiração, mas toda sua imprescindível contribuição teórica e prática. Sem você este trabalho não existiria. Seu conhecimento apaixonado da obra de Foucault é realmente apaixonante.

A todo o pessoal do Laboratório de Saúde Mental Coletiva – Lasamec. Considero esta pesquisa fruto deste grupo. Agradeço a todos os integrantes, as contribuições dadas e boa companhia de vocês.

À Isabel Marazina, Felipe Lessa da Fonseca, Diva M. F. Camargo, André L. Faria e Margarida Licursi, sempre disponíveis, das conversas amigáveis até as discussões frutíferas.

Pelos momentos de confidências e descontrações das mestrandas Caroline Geocze, Caroline Dombi, Natália Areias e Grace Noronha. Com vocês aprendi que, muito além de um título, a pós pôde me proporcionar a construção de sólidas amizades. Sem a imensa ajuda de vocês não conseguiria concluir esse mestrado.

À minha querida família por todo apoio e compreensão aos momentos que mantive mais à distância.

A todos os demais amigos e companheiros dessa jornada. Para não ser injusta e esquecer alguém, deixo um agradecimento coletivo aos estiveram presentes (ou toleraram a ausência) durante esse processo.

Cayres, AZF. Os projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

O presente estudo teve por objetivo investigar os projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e a Adolescência (CAPSi) na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. Os CAPSi são serviços da rede de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde, interdisciplinares e comunitários que oferecem atendimento às crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Para a investigação foi realizada uma pesquisa qualitativa composta de 26 entrevistas semidirigidas com profissionais de nível superior de cinco CAPSi do município de São Paulo. O referencial teórico adotado foi a obra de Michel Foucault e a técnica de tratamento dos dados foi a análise de conteúdo. Os entrevistados abordaram: o trabalho com crianças e adolescentes quanto às políticas públicas; construção da identidade do CAPS; temas e problemas ligados ao atendimento ampliado; demandas vs. necessidades; o papel da família; infância, adolescência e patologias graves; elaboração de projetos terapêuticos; trabalho em equipe; e retaguarda. Além disso, os entrevistados descreveram o modo como funciona e/ou como deveria funcionar o planejamento do trabalho clínico, desde a entrada até a saída do usuário, elencando as atividades oferecidas e o modo como a equipe se organiza. Para eles é geralmente no momento de entrada, na etapa de triagem, que se elabora projetos terapêuticos, entretanto discussões e revisões posteriores são escassas. Outras situações que dificultam a realização de projetos terapêuticos foram apontadas: falta de parcerias com outros setores e entidades, embora isso varie de unidade para unidade; falta de clareza nas atribuições profissionais dos membros da equipe; falta de retaguarda em recursos humanos e formação, principalmente na atividade de supervisão. Diante das análises conclui-se que: 1) Usuários do serviço são vistos pelos profissionais como crianças e adolescentes que pouco se desenvolvem e encontram-se desamparados por viverem numa situação familiar e social carente e vulnerável. 2) A socialização de crianças e adolescentes foi observada como prioridade no cuidado, havendo predomínio na oferta de atividades grupais no serviço e o uso do critério de adaptação na evolução dos casos. Percebeu-se que os entrevistados apresentaram preocupação em adequar seus discursos aos conceitos-chaves adotados nas diretrizes e políticas públicas da promoção da Saúde Mental, sendo eles: cidadania, singularidade, autonomia, socialização, inclusão social, interdisciplinaridade, intersetorialidade, clínica ampliada, integralidade, entre outros. 3) os profissionais demonstraram dificuldade em lidar com suas especificidades profissionais e, por vezes, fizeram uso de referentes pessoais na delimitação das competências necessárias para o trabalho. Por fim, o desafio está em se pensar a construção de projetos terapêuticos associados a uma clínica que ultrapassa o critério da socialização e inclua um acompanhamento constante, o que pode levar a um outro modo de pensar o planejamento do cuidado.

Palavras-chaves: projeto terapêutico; saúde mental; serviços de saúde; infância, adolescência

Cayres, AZF. Therapeutic projects in psychosocial care centers for children and adolescents (CAPS-i) in the city of São Paulo : mental health professional perspectives. [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

The aim of this study was to investigate therapeutic projects in psychosocial care centers for children and adolescents (CAPS-i) under the perspectives of mental health professionals. CAPS-i is one of the mental health facilities offered by the Brazilian public health system for children and adolescences with important mental disorders. These services are open to the community, and provide care by different clinicians. In order to investigate therapeutic projects in CAPS-i, a qualitative research was conducted consisting of 26 semi-directed interviews with undergraduate professionals from 5 different CAPS-i in the city of São Paulo. The theory adopted in this study was that of Michel Foucault, and the data were analyzed through the discourse analyses technique. The interviewees talked about the following points: work with children and adolescents in relation to public policies; construction of an identity for CAPS; themes and problems connected with the amplified wide attention concept; demands vs. necessities; the role played by the family concerning childhood; adolescence and severe pathologies; elaboration of therapeutic projects ; work teams; and support systems. In addition, the subjects described how they work, and how they are supposed to work, the clinical work plan, from the patient's arrival to his discharge, mentioning the activities offered, and the way the team works. To them, it is usually at the time of arrival, in the screening process, that therapeutic projects are planned. However, further discussions and plan reviews are rare. Other situations that have brought about obstacles to the implantation of therapeutic projects are: absence of partnership with different social sectors and institutions, although this varied according to the units; misunderstandings in the attributions of the staff team; poor support systems relating to human resources and professional development, especially in supervision activities. In the face of this analysis, it may be concluded that: 1) users of these services are deemed by the professionals as less developed children and adolescents are abandoned by living in vulnerable familiar and social conditions. 2) The socialization of children and adolescents proved to be a major point in care attention. Thus, group activities offered by the facilities prevailed as well as the use of adaptation criteria in the analyses of the cases. It was noticed that the interviewees were concerned about trying to adjust their discourses to the key points of the public policies related to mental health such as: citizenship, singularity, autonomy, socialization, social inclusion, interdisciplinarity, articulation with different social sectors, the broader attention concept, the integral human concept, among others. 3) The professionals showed difficulties related to their professional skills and, sometimes, used personal background to delimit their tasks in the job. Nevertheless, the challenge is to be able to think about building therapeutic projects related to a kind of assistance that can overcome socialization criteria, and include permanent attendance, thereby leading to another way of planning the provision of care.

Key words: therapeutic projects; mental health; childhood; adolescence; health services

INDICE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 09 |
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1. O CAMPO DA PSIQUIATRIA INFANTIL: A DISSEMINAÇÃO DO PODER PSQUIÁTRICO POR MEIO DA FAMÍLIA E DA INFÂNCIA..... | 15 |
| 1.2. UM BREVE HISTÓRICO DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE..... | 41 |
| 1.3. REFORMA PSQUIÁTRICA E CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UM CONTRAPODER?..... | 54 |
| 1.4. OS PARADOXOS DA CLÍNICA E O DISPOSITIVO DE PROJETO TERAPÊUTICO..... | 71 |
| 2. RECURSOS METODOLÓGICOS | 83 |
| 2.1. REFERENCIAL TEÓRICO E TÉCNICA DE TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES..... | 83 |
| 2.2. O USO DA ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO..... | 92 |
| 2.3. DESCRIÇÃO DA COLETA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 93 |
| 2.4. SOBRE OS CAPS: AS UNIDADES SELECIONADAS..... | 95 |
| 2.5. PERFIL DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS..... | 98 |
| 3. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS | 99 |
| 3.1. O TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÃO E PROBLEMÁTICA DOS CAPSi..... | 107 |
| 3.2. A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO: DA ENTRADA À SAÍDA DO PACIENTE..... | 140 |
| 3.3. O DESAFIO DO TRABALHO DE EQUIPE: RELACIONAMENTO, MULTIPROFISSIONALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE..... | 177 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.4. RETAGUARDA INTERNA E EXTERNA PARA A ELABORAÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS..... | 196 |
| 4. DISCUSSÃO | 228 |
| 4.1. A VISÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS E SEUS FAMILIARES..... | 228 |
| 4.2.SOBRE O CUIDADO: SOCIALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL COMO PRÁTICAS DISCURSIVAS..... | 230 |
| 4.3.REFERENCIAIS DISCURSIVOS PROFISSIONAIS E PESSOAIS NAS DELIMITAÇÕES DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS..... | 232 |
| 4.4.ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO E O PLANEJAMENTO DO CUIDADO OFERTADO..... | 234 |
| 5.CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 237 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 242 |
| ANEXOS..... | 248 |
| 1. Roteiro de entrevista..... | 249 |
| 2. Modelo de análise de uma entrevista..... | 250 |
| 3. Currículo do pesquisador..... | 253 |
| 4. Currículo do orientador..... | 254 |

APRESENTAÇÃO

Ao longo das últimas três décadas, testemunhamos uma série de mudanças e conquistas com o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, que culminou na implantação da lei no. 10.216 de 6 de abril de 2001, e decretou não somente a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais como também a reformulação da rede de atendimento oferecida às mesmas. O modelo de atendimento predominantemente asilar e hospitalocêntrico, considerado inapropriado, entre tantos outros motivos, devido aos efeitos iatrogênicos que provocavam danos muitas vezes irreversíveis aos pacientes em tratamento, foi substituído pelo modelo de saúde mental, que previu o desmantelamento da estrutura anterior. Houve uma série de mudanças no sistema já existente, como reformulações na estrutura dos hospitais psiquiátricos, nos ambulatórios e pronto-atendimentos e a implantação de novos dispositivos de cuidado como, por exemplo, os Hospitais-Dias (HD), os Centros de Convivência (CECCO), os NAPS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos principais equipamentos de referência em Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; 2002; 2004).

É de nosso interesse, nesse estudo, refletir sobre o desafio que é a articulação existente ou prevista, no campo da Saúde Mental, entre a gestão administrativa e a parte técnica, que visa o tratamento dos usuários. Esse aspecto compreende a reflexão de uma macro à uma micro-estrutura, onde num extremo estão os agentes dessa gestão e no outro encontram-se os trabalhadores das equipes, os responsáveis técnicos e formais do tratamento oferecido. Como são diferentes áreas, instâncias, equipes, agentes, saberes entre outros, as necessidades e possibilidades que orientam

a definição das diretrizes desses serviços dificilmente são coincidentes e somente uma intensa interlocução com distintos setores e atores torna-se capaz de estabelecer uma diretriz mais consensual, que leve em conta tal problemática.

Dentro das diretrizes em saúde mental, o projeto terapêutico é referido como uma estratégia de trabalho fundamental que deve adotar como princípios norteadores as principais referências teóricas e técnicas da reforma psiquiátrica. Ele é citado em portarias e demais diretrizes, incluídas as que regulamentam os CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; 2004) e de certa forma é um dos dispositivos que perpassam todos os aspectos acima referidos, dado que sua elaboração se estabelece em meio a uma articulação entre a política, representada pelas diretrizes e a gestão da atenção em saúde mental, e a técnica, relacionadas às especialidades e modalidades de cuidado, concretizada, sobretudo, pelos profissionais que integram as equipes. Ressaltam-se estas últimas, no caso do objeto do presente estudo, porque são as equipes que concebem e utilizam o projeto terapêutico de acordo com as exigências das diretrizes políticas e da própria instituição e em consonância às necessidades de cada usuário. Também são as equipes que respondem diretamente ao que foi prescrito enquanto cuidado.

Portanto, é possível que o conceito de projeto terapêutico, por conta da natureza desse funcionamento, seja regido por uma cadeia de múltiplas significações. Um bom exemplo é o modo como o mesmo é referido nos textos oficiais do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 2004): geralmente descrito como um plano de trabalho que depende de uma série de estratégias de intervenção e uma gama de recursos técnicos considerados terapêuticos, que são produtos de contribuições de distintas áreas de conhecimento associadas à luz da

interdisciplinaridade e efetivadas por ações que possam extrapolar as fronteiras e limitações institucionais pela via ampliada da intersetorialidade.

Nesses textos, o termo projeto terapêutico geralmente compreende dois níveis diferentes: um individual / singular e outro institucional. Entende-se por projeto terapêutico, no nível individual / singular, o que deve ser particularmente planejado em relação ao cuidado de cada usuário, ou seja, a elaboração de um projeto terapêutico personalizado, decidido preferencialmente em equipe e, quando possível, discutido com o próprio e/ou com a família. Para tanto, as equipes contam com uma estrutura institucional que oferece uma série de recursos, como por exemplo: os atendimentos em grupo, os individuais, para a família, as oficinas, entre outros, além dos espaços de discussão em equipe, as articulações com demais serviços e com a própria comunidade local.

A inscrição dita institucional refere-se à forma como a instituição se organiza no todo, para oferecer distintas abordagens e estratégias de cuidado. Segundo o Manual sobre os CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), os projetos terapêuticos institucionais não são unívocos, eles diferem de instituição para instituição, de acordo com suas histórias, as contribuições técnicas e pessoais das equipes que as compõem, com a interlocução de diferentes saberes, e também levam em consideração as necessidades dos usuários, da família dos mesmos, bem como as parcerias realizadas com a comunidade local e com outros serviços e setores.

Correlacionar o projeto terapêutico com o atendimento direcionado ao público infanto-juvenil tal como proposto na presente pesquisa, se dá, por um lado, pela necessidade de adaptá-lo às condições desse segmento em especial, o que significa levar em conta não somente a necessidade dessa população, mas os demais

problemas que cercam a realidade da infância e da adolescência, como, por exemplo, o âmbito escolar, familiar, dos direitos humanos, entre outros, e que afetam diretamente os ligados à saúde mental. Ou seja, trata-se de uma correlação de uma terapêutica que, no caso dos CAPSi, possivelmente é pensada de modo diferenciado. Por outro lado, ela se dá também em virtude da atual discussão e articulação envolvendo profissionais de distintas áreas em prol de uma atenção em saúde mental infanto-juvenil no Brasil, até então, pouco referida durante o movimento da reforma psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Um dos frutos gerados por essa articulação foi justamente a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi), cujos primeiros registros datados são do ano 2000, e sua formalização, pela Portaria nº336, é de 2002. E, como ainda são poucas as publicações na área, a presente pesquisa pretende contribuir para a ampliação das discussões nesse campo.

O problema deste estudo surgiu a partir da conjuntura acima descrita: em virtude desse complexo funcionamento, qual é a realidade dos projetos terapêuticos nos CAPSi? Como as equipes os formulam e os concretizam? Há alguma peculiaridade no planejamento e execução dos mesmos quando destinado a um segmento em particular, no caso, a população infanto-juvenil?

A hipótese do presente estudo está relacionada a esse complexo e emaranhado contexto, no qual parece haver um paradoxo: ao mesmo tempo em que uma série de saberes influenciou a história e a formação profissional de cada integrante da equipe, pode ser que cada qual procure se reportar a alguma significação num nível mais disciplinar, pela via da própria formação, como a psiquiatria, a psicologia, a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a assistência social, a enfermagem, entre

outras possibilidades. Na procura de um denominador comum pela perspectiva das inter, multi, pluri ou transdisciplinaridade, atualmente em voga nas relações profissionais e institucionais, às vezes somente é possível nomear o termo projeto terapêutico como “prática” comum. PORTOCARRERRO (1990, p. 196) aponta, por exemplo, que “A formulação de um projeto prático comum dissimula a profundidade das divergências dessas várias correntes, sob o pretexto da possibilidade de contribuição de forças e saberes heterogêneos para a solução dos problemas de saúde mental da população.”¹ Esta citação por si mesma já antecipa a complexidade em torno da articulação desse objeto nas equipes.

Além desta questão, supõe-se que também exista uma espécie de “atravessamento” de toda essa problemática que impacta, de maneira particular, cada integrante da equipe. Este, além de ser constantemente demandado a responder de forma eficiente e em concordância com as diretrizes propostas, ainda precisa dar conta dos efeitos suscitados em sua própria subjetividade em decorrência do tipo de trabalho que realiza. É um intenso processo de construção e de desconstrução, do nível interno ao externo, do modo individual ao coletivo, de projetos terapêuticos ora possíveis e ora impossíveis. Afinal, com a inserção do novo dispositivo de saúde mental, também surgiram novos modos de pensar o cuidado por uma ampliação conceitual da prática da clínica que inclui até mesmo a relação intersubjetiva entre os profissionais e os usuários / família como referência. A partir desse contexto, o projeto terapêutico, objeto deste estudo, provavelmente possui uma raiz com múltiplos sentidos e significações, que difere de acordo com a experiência profissional e pessoal de cada um em relação, inclusive, com o próprio ideário

¹ Opinião compartilhada de forma similar por GULJOR (2003).

técnico que cada instituição adota. E o desafio é justamente conciliar essas distintas experiências em prol de uma finalidade comum.

Sendo assim, a proposta é discutir como pode ser pensado, construído e articulado entre os pares, a noção de projeto terapêutico numa equipe de saúde mental que cuida em particular de crianças e adolescentes. Este trabalho pretende, em suma, investigar parte dessa problemática: como podem se constituir projetos terapêuticos no âmbito político-institucional (pelos CAPSi), de que forma é pensado pelos integrantes da equipe técnica, os responsáveis formais de seu planejamento e execução, e o que está em jogo ao incluir as necessidades que contemplam uma população específica, no caso, crianças e adolescentes. Por fim, pretende-se pesquisar o projeto terapêutico como conceito, em suas possibilidades de realização, num jogo articulado de poderes, saberes e práticas.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O CAMPO DA PSIQUIATRIA INFANTIL: A DISSEMINAÇÃO DO PODER PSIQUIÁTRICO POR MEIO DA FAMÍLIA E DA INFÂNCIA

(...) a novidade da situação psiquiátrica contemporânea se originou lentamente das trilhas deixadas pela antiga organização. As inovações mais imprevistas aparentemente, marcam igual número de tentativas de escapar às antigas contradições. É nesse sentido que a pré-história e a história da medicina mental são condições necessárias para a compreensão de sua modernidade. (...) É a partir dessa herança que ela deverá se constituir. Portanto, é preciso, pelo menos, indicar as principais linhas de decomposição e de recomposição que conduzem à organização atual da paisagem psiquiátrica. (CASTEL, 1978, p.249-250)

Articular o tema do projeto terapêutico com a população infanto-juvenil remete-nos à necessidade de buscar as origens históricas que cercam o cuidado destinado a esse segmento. Como tal história pode ser pensada por diferentes óticas, pareceu-nos oportuno, em virtude do modo como se pretende investigar tal tema, adotar o referencial genealógico proposto por FOUCAULT (2006). Este autor considera que num contexto histórico é possível sempre observar a ocorrência de diferentes saberes, de modo descontínuo e heterogêneo (podem ser até mesmo contraditórios entre si), mas que mantém uma base homogênea, porque se originam a partir de um mesmo *a priori* histórico, um princípio de ordenação histórico precipitado por meio de uma rede de necessidades.

FOUCAULT (1995a) concebe a idéia de saber, nesse processo, como uma positividade mais fundamental, elementar e anterior a uma ciência já instituída. É

uma condição de possibilidade para a ciência, quando é o caso, todavia estabelece uma existência própria e com critérios de ordenação independentes da mesma. Este saber, na perspectiva genealógica, é compreendido como ferramenta de um dispositivo de natureza política. Há uma relação mutuamente articulada entre saber e poder, do qual um se constitui pelo outro e ambos se asseguram entre si. Esse poder é exercido em vários níveis e localizado em pontos distintos da rede social. Há uma relativa autonomia frente ao poder estatal, além de não o contrapor, pois sua existência é paralela a este. Funciona, portanto, de modo microfísico, capilar, fluídico e disseminado, sem estar situado num lugar específico. Opera por meio de uma rede de dispositivos de controle, sem limites ou fronteiras e do qual, portanto, ninguém escapa e nada fica isento. O alvo desse poder, por excelência, é o próprio corpo, que deve ser subjugado por meio de procedimentos técnicos que realizam seu controle no nível das próprias manifestações (gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos, outros). Seu interesse recai não no sentido de machucar ou destruir tal corpo, mas na intenção de aperfeiçoá-lo, discipliná-lo e torná-lo dócil, o que acarreta numa utilidade econômica e diminui uma ameaça política. Essa intervenção política no nível dos corpos foi nomeada como *biopoder* (FOUCAULT, 2006; MACHADO, 1988).

Como Foucault propõe uma investigação a partir dos aspectos acima descritos e, sobretudo, por ser uma clássica referência que analisou criticamente a história da loucura por essa perspectiva, pareceu-nos pertinente adotar seu método para a delimitação teórica do problema da presente pesquisa, a partir do resgate histórico da psiquiatria infantil.

Para tanto utilizamos como principal referência a obra *O poder psiquiátrico* (2006), uma publicação há pouco tempo impressa no Brasil. É uma importante contribuição que promove um prosseguimento atualizado e crítico da consagrada obra *A história da loucura*. Também contém referências inéditas, até então raramente citadas em obras anteriores de Foucault, a respeito da infância e da família e sua articulação com o *saber / poder* psiquiátrico e o conseqüente nascimento da psiquiatria infantil. Estes são os motivos pela adoção de tal referencial, embora ainda seja uma obra mais desconhecida em comparação a outros clássicos de sua autoria.

Uma outra importante obra de referência, *A polícia das famílias* (2001) provém de um discípulo de Foucault, Jacques Donzelot, que utiliza seu método genealógico e aborda tais articulações, com ênfase no tema da tutela, e que de certa forma deu continuidade às idéias de Foucault sobre esse assunto em particular.

A obra clássica de ÀRIES (1978) aponta que, até a sociedade medieval, a infância e a adolescência não eram percebidas como fases de desenvolvimento que possuíam características próprias. Nesse período, para o autor, quando as crianças manifestavam seus primeiros passos de independência em relação ao adulto, o que significava começar a andar, falar e desempenhar demais atividades de modo pouco mais autônomo, ou seja, por volta de uns sete anos, elas eram naturalmente absorvidas ao mundo adulto. Desempenhavam funções complexas, como, por exemplo, atividades domésticas e de trabalho. A adolescência, tal como concebemos hoje, sequer existia. O autor também aponta que a idéia de infância, tal como a concebemos atualmente, tem sua origem no final do século XVIII, com a ascensão da

família burguesa durante o período do Iluminismo. Foi o momento em que a família começou a operar num modo mais nuclear e fechado (formado por pais e filhos), do qual seu sentido e manutenção dependiam essencialmente do cuidado e da educação de sua prole, que deu origem ao sentimento de família e de infância.

O Iluminismo foi um período histórico efervescente no qual floresceram inúmeros novos saberes em distintos campos, como na Filosofia, na Educação, na Medicina, entre outros. Num primeiro momento, o “homem da razão e do progresso”², portanto, o homem já formado e adulto, era um dos principais objetos de estudo desses saberes assim como os problemas que poderiam cercar sua realidade. Num segundo momento, mais tardio, os interesses também se voltaram para a infância, já que esse “homem da razão” dependia de suas origens. Para FOUCAULT (2006), A instituição do saber psiquiátrico segue trajetória similar: inicialmente, no fim do século XVII, quando o louco passou a ser objeto de estudo e controle, surgiu um tipo de *proto-psiquiatria*, que desencadeou o processo de *medicalização da loucura* e a instauração do saber e do poder psiquiátricos, ambos produtores de uma tecnologia própria para esse controle. Com isso, foram criados os conhecidos asilos, manicômios, hospícios ou hospitais psiquiátricos. Estes se constituíram como um espaço próprio de implantação da especialidade psiquiátrica, que dependia de certos pressupostos, como o controle do tempo e do espaço, um esquema de vigilância com uma *pirâmide de olhares* profissionais (formada de médicos, enfermeiros, serventes, entre outros) e a aplicação de uma estratégia terapêutica que, em última instância, visava a cura. Essa combinação técnica e estrutural foi concebida com uma finalidade própria: o isolamento como situação terapêutica fundamental e, com isso,

² Um dos lemas dessa época.

a necessária internação em uma instituição de tratamento apropriada. É também da prática exercida nesses equipamentos que foram extraídos os ensinamentos que aprimoraram o exercício terapêutico (FOUCAULT, 1995b, 2006).

O conjunto de procedimentos técnicos de controle que incide no nível dos corpos, como o citado acima, é denominado como *disciplina* por FOUCAULT (1997, 2006). Tal disciplina “(...) nem é um aparelho, nem uma instituição: ela funciona como uma rede que os atravessa sem se limitar a suas fronteiras; é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder.” (MACHADO, 1988, p. 194). Este poder disciplinar é discreto, repartido, com um funcionamento em rede e uma “pálida” visibilidade. De modo geral, uma disciplina possui determinadas funções, tais como: 1) de organização do espaço, com distribuição técnica e espacial dos indivíduos, que visa classificá-los, esquadrihá-los e hierarquizá-los; 2) do controle do tempo, para a produção de máxima eficácia, com interesse pelo desenvolvimento, pela articulação com objeto a ser manipulado; 3) de vigilância, porém como uma espécie de olhar invisível, baseada na idéia da *visão panóptica*³ “do ver sem ser visto”, que age de modo sutil, contínuo, permanente, ilimitado e impregnante; 4) de registro contínuo de conhecimentos para a produção de saberes, afinal, o olhar que observa também é o que anota, e descreve informações. O desenvolvimento dessa tecnologia disciplinar faz surgir o indivíduo como realidade histórica, elemento das forças de produção e das forças políticas, mas que ao mesmo tempo é um corpo assujeitado a num sistema de vigilância e subjugado a procedimentos de *normalização* (FOUCAULT, 2006).

³ Este termo é extraído de BENTHAM (1791) citado por FOUCAULT (2006) que propõe um tipo de distribuição do espaço de instituições disciplinares (como escolas, prisões, manicômios) com a finalidade de aprimorar a vigilância, o poder de controle e a disciplinarização dos internos.

Ao produzir essa técnica disciplinar, o saber psiquiátrico pôde se disseminar e se adaptar às necessidades específicas de distintas instituições vinculadas a outros saberes, poderes e disciplinas. Estas, como visavam algum tipo de normalização, estabeleceram-lhe associações constituindo sistemas disciplinares. Tais vínculos decorreram (e ainda hoje decorrem) dos problemas acarretados nos limites de ação normativa que cada *saber* encontra, quando esbarram naqueles que não se disciplinam, que escapam da vigilância, que não entram no esquema de distribuição espaço-temporal. Tem o efeito de algo residual, irreduzível, inclassificável ou inassimilável para esses *saberes*. Como, por exemplo, o surgimento do débil mental⁴, a inserção da disciplina escolar. O irreduzível dessa disciplina é aquele que não aprende a ler e a escrever, é o que aparece enquanto problema e limite. Assim como surge a figura do delinqüente com a disciplina policial. Já o doente mental, para FOUCAULT (2006), é “o resíduo de todos os resíduos”, o irreduzível e inassimilável de todas as disciplinas encontradas numa sociedade, e, portanto, a referência limite desses sistemas, tal como o saber psiquiátrico que o apropriou enquanto objeto de estudo. É justamente a existência de tais limites que vai sustentar uma cadeia retroalimentada que acarretará no aparecimento de sistemas disciplinares suplementares que procurarão dar conta desse limite para recuperar tal poder. Dessa forma, por exemplo, foram criadas as escolas especiais para os débeis mentais, os reformatórios para os delinqüentes, os

⁴ Apesar da terminologia, atualmente em desuso por ser considerada preconceituosa e estigmatizante, a autora optou por preservar a mesma adotada pelas referências clássicas e/ou históricas utilizadas. Termos como idiotia, retardo mental, imbecilidade, delinqüência, anormalidade, psicopatia, entre outros foram utilizados de modo formal em diferentes períodos da história da psiquiatria, a partir de uma classificação nosográfica própria de cada época.

manicômios para os doentes mentais, e a cada nova limitação e desafio, se procura um outro sistema disciplinar mais “atualizado”.

FOUCAULT (2006) aponta que uma das iniciativas que possibilitou a disseminação e fortalecimento da psiquiatria ocorreu pela inserção de alguns operadores no interior de seu *saber*, como a posição representativa da família e a infância. Quanto à família, no momento em que a psiquiatria realizou uma transposição de uma espécie de “qualidade” familiar como matriz para o que denominou *função-psi* e, no caso da infância, quando a psiquiatria passou a conceber que a criança poderia portar uma anormalidade, e conseqüentemente, que a origem da loucura estaria nesse momento da vida.

A família, considerada como a instância normativa e coercitiva que fixa permanentemente os indivíduos nos aparelhos disciplinares e o ponto de intercâmbio que garante a conexão e a passagem de um sistema disciplinar ao outro, como, por exemplo, da estrutura de aprendizagem escolar e para a estrutura de produção (trabalho), passou a ser cada vez mais essencial ao sistema disciplinar psiquiátrico. Ao adotar tal referência familiar como uma empreitada institucional disciplinar que possibilitaria a *refamiliarização* do indivíduo, a psiquiatria criou a *função-psi*, o conjunto dos discursos da psiquiatria, psicopatologia, psicossociologia, psicocriminologia, psicanálise, entre outros, que institui o *indivíduo psicológico*. Esta *função-psi* se especializou na tarefa de disciplinar os indisciplináveis. Sua explicação adveio da idéia do enfraquecimento familiar como o principal causador das insuficiências disciplinares do indivíduo. Com isso, passou a adotar tal perspectiva familiar, enquanto falta e demanda, como referencial constante no controle das instituições e dispositivos disciplinares. Como exemplos, podemos citar a criação da

psicopedagogia na educação, da psicologia do trabalho na atividade ocupacional, da psicopatologia na psiquiatria, entre outros (FOUCAULT, 2006).⁵

Quanto à questão da infância, FOUCAULT (2006) argumenta que com o surgimento da *psiquiatrização* da criança, esta também foi suporte da difusão do poder psiquiátrico. A criança tornou-se o alvo principal da psiquiatria, principalmente em dois aspectos: em primeiro lugar com a teorização da criança anormal e, em segundo lugar, com o questionamento da loucura do adulto advinda de sua própria infância.

O autor articula tal argumento por meio de um resgate histórico dessa *psiquiatrização* da infância. Num primeiro momento, esta ocorreu pela via da criança classificada como imbecil, idiota, retardada ou anormal, que desde os primórdios do séc. XIX foi distinguida do quadro da loucura propriamente teorizada na época. Inicialmente a imbecilidade era considerada a forma absoluta e máxima da loucura, impeditiva do desenvolvimento de todas as faculdades mentais. Até o quarto final do séc. XIX, essa concepção de doença mental pode ser apontada como a única referida para as crianças⁶ (FOUCAULT, 2006).

Foi a teoria de Esquirol (no ano de 1820), discípulo de Pinel, que introduziu uma primeira noção de desenvolvimento, usada como critério distintivo entre a loucura e a idiotia, por depender de uma ausência ou não de desenvolvimento. Como esse valor é fixo (ou se tem ou não se tem), a idiotia é adquirida e não evolui, embora Esquirol tenha distinguido diferentes graus de comprometimento desse quadro. Esse

⁵ Para FOUCAULT (2006), crítico também da psicanálise, da psicossociologia e de alguns movimentos da reforma psiquiátrica, refamiliarizar a instituição psiquiátrica e suas intervenções, criticar a prática, a disciplina, em nome de um “discurso de verdade” que tem sua origem também numa modalidade disciplinar. Não é exercer propriamente uma crítica, mas é desempenhar um disfarce, uma maquiagem, que retroalimenta os esquemas disciplinares com novas roupagens.

⁶ A epilepsia infantil também é estudada nessa época (BERCHERIE, 1992; ZUQUIM, 2002).

caráter estático inviabilizaria qualquer tratamento (BERCHERIE, 1992; FOUCAULT, 2006).⁷

Posteriormente, por volta de 1840, período em que se dão as iniciativas de institucionalização e psiquiatrização da infância, Séguin (1812-1880) forneceu as principais contribuições que inspirarão a psicologia e a psicopatologia do retardo mental nesse período. Este autor fez uma distinção entre crianças idiotas e crianças retardadas. No caso das primeiras, ocorria uma interrupção muito precoce no desenvolvimento fisiológico e psicológico e quanto as segundas, havia um atraso, uma lentidão do desenvolvimento, mas não o seu comprometimento global (FOUCAULT, 2006).

Portanto, havia duas linhas que se opunham quanto ao grau de irreversibilidade desse quadro: a oficial, de Pinel e Esquirol, no qual o comprometimento era global, definitivo e de prognóstico negativo e, portanto, sem necessidade de um tratamento; e o segundo, de Séguin (e seus discípulos Delasieuve, Itard, entre outros), que advogavam a idéia de que tal comprometimento era agravado por conta das limitações de um tratamento e de uma educação tradicionais, mas que poderia ser trabalhado por métodos especiais. Para estes, a deficiência pode ser gradual e/ou parcial e com possibilidade de reversão de parte do comprometimento pelo uso da técnica de educação especial⁸. (BERCHERIE, 1992; FOUCAULT, 2006).

Mesmo com tais diferenças, como esses quadros se localizavam no interior da própria infância e não chegavam sequer a atingir uma dada normalidade prevista, não

⁷ Anteriormente a Esquirol, Pinel cita o idiotismo congênito em crianças. Contudo, Esquirol realizou uma descrição mais detalhada do quadro. (BERCHERIE, 1992; FOUCAULT, 2006)

⁸ A linha de Séguin, Delasieuve e Itard deu origem ao movimento de educação especial, amplamente difundido na França e nos EUA (BERCHERIE, 1992; ZUQUIM, 2002; TELLES, 2006).

recebiam o estatuto de uma doença.⁹ FOUCAULT (2006) sinaliza que essas características contribuíram para um

(...) certo número de conseqüências, sendo a principal evidentemente esta: se é verdade que o idiota ou o retardado é alguém que está imerso até certo grau, não no interior do campo da doença, mas no interior da temporalidade da infância, então os cuidados a lhe dispensar não vão diferenciar em natureza dos cuidados que devem ser dados a qualquer criança, ou seja, a única maneira de curar um idiota, um retardado, é simplesmente lhes impor a própria educação, claro que eventualmente com certo número de variações, de especificações de método, mas não há nada a fazer além de impor o próprio esquema educacional. A terapêutica da idiotia será a própria pedagogia, uma pedagogia mais radical, que irá buscar mais longe, que remontará mais arcaicamente nisso tudo, mas afinal uma pedagogia. (p. 265).

Independente dessas diferenças de posicionamento quanto à patologia, tal concepção de comprometimento do desenvolvimento infantil, seja ele parcial ou global, insere um ponto de partida necessariamente cronológico de parâmetros de normalidade. A vida adulta é vista como o estágio final do desenvolvimento normal e é a infância que definirá a média de velocidade desse desenvolvimento. Daí decorre a idéia de anomalia: como há desvios nessas duas referências (a do adulto e a da criança), a criança idiota ou retardada não é uma criança doente, mas sim uma criança anormal. (FOUCAULT, 2006)

Inicialmente, antes da concepção da criança anormal, no fim da séc. XVIII, foram encontrados os primeiros registros de crianças de cerca de 10 anos de idade, classificadas como imbecis, que ficaram internadas em asilos de modo indistinto dos adultos. Com a reflexão, em termos médicos, dos problemas da infância anormal, as mesmas foram colocadas em separado, no interior desses mesmos asilos, bem como

⁹ BERCHERIE (1992) também ressalta essa característica. Para este autor, mesmo posteriormente, quando a psiquiatria infantil começa a ser nomeada, ela aparece muito mais como um complemento clínico das teorias psiquiátricas do adulto do que um campo novo de investigação.

paulatinamente instalaram-se instituições próprias para o cuidado infantil, com enfoque, inclusive, de cunho mais pedagógico e destinado principalmente aos quadros de retardo mental. (FOUCAULT, 2006)

Até a segunda metade do séc. XIX, as crianças idiotas permaneceram no interior desse espaço psiquiátrico, institucionalização que foi determinada e garantida por lei¹⁰. A entrada dessa população gerou um fenômeno de reintegração das categorias de idiotia e retardo mental com as demais doenças mentais, e o termo *alienação mental* passou a designar a cobertura geral desse reagrupamento, com o estabelecimento generalizado dessa assistência, ocorridos nos mesmos lugares e com estratégias de tratamento similares, embora numa vertente mais pedagógica no caso das crianças. Nesse período ocorreu uma gradativa *medicalização* (que não parou até os dias de hoje) da categoria de idiotia, também devido à estigmatização gerada pela inserção da idéia de periculosidade atrelada a tal quadro (FOUCAULT, 2006).

Para FOUCAULT (2006), a relação entre o adulto louco (com seu histórico infantil) e a criança anormal traz dois principais resultados ao exercício do poder psiquiátrico: o primeiro refere-se à ligação da psiquiatria com uma série de regimes disciplinares distintos, pois ao reivindicar para si o problema da anormalidade, todos os âmbitos em que surgem dificuldades da ordem dos desvios e das anomalias requerem sua intervenção, assim promovendo sua disseminação na sociedade; o segundo resultado é o nascimento da noção da *degenerescência*, que de certa forma implica a família como a fonte depositária da anomalia na criança que gerará a loucura no adulto e, conseqüentemente, também passa a ser objeto de intervenção.

¹⁰ A lei francesa de 1838 de proteção dos alienados foi estendida para a população de crianças com quadros de idiotia e retardo mental (FOUCAULT, 2006). BELLIS (2005) fez uma interessante leitura a alta nas leis de saúde mental e uma das que analisa é justamente essa lei francesa.

Além de servir como o substrato ideal para o surgimento e o desenvolvimento dos princípios da *Eugenia*¹¹, ambos influentes para o forte movimento de higiene mental do início do século XX, esse fator abriu espaço para inúmeras intervenções psicoprofiláticas provenientes das *funções-psi*, tão comuns nos dias atuais.

As fases críticas do desenvolvimento na infância e da adolescência que começaram a ser difundidas no final do século XIX, hoje muito valorizadas, também foram produtos desse processo: se ambas não são bem conduzidas por meio de métodos educacionais e moralizantes, tanto a criança quanto o adolescente podem representar um perigo social. A ameaça de uma patologia mais comum na adolescência ou mesmo na vida adulta, nomeada de *monomania* (conceito de Esquirol) ou *hebefrenia*, traz os reflexos dessa preocupação. Esta foi definida como uma afecção “silenciosa” que se precipita abruptamente e leva o jovem a agir por conta própria, impulsivamente, desprezando obstáculos e perigos, com o risco, inclusive, de provocar um assassinato. Sua etiologia reside numa falta de resposta a esses métodos por conta de uma má formação original (herdada / transmitida). Dessa forma, a idéia de *periculosidade* se atrela e fortalece o conceito de *degenerescência*, ambos argumentos sólidos para a detecção e intervenção da infância anormal e da conseqüente delinqüência juvenil, que deveriam ser duramente combatidas. (FOUCAULT, 2006)

DONZELOT (2001) retoma tais referências de Foucault (inclusive sobre o tema da tutela) e apresenta uma interessante leitura sobre esse tema da família e da

¹¹ Eugenia é uma disciplina que estuda fatores socialmente controláveis que elevam ou rebaixam qualidades raciais, físicas e morais das próximas gerações (COSTA, 1989). Em virtude da idéia de evolução genética e aprimoramento do ser humano, os eugenistas propuseram desde eliminações físicas de pessoas consideradas involuídas (com deficiências, entre outros) até esterilizações para conter a reprodução de indivíduos inferiores. (CIRINO, 2001)

delinqüência ao analisar o que nomeou como *complexo tutelar*. Este se principiou ainda no *Antigo Regime* e gradativamente se sofisticou até os dias atuais. Para o autor, tal complexo influencia historicamente as relações entre famílias¹², Estado e sociedade, por meio de um processo de moralização e normalização das mesmas.

O autor aponta que o princípio de mudança da imagem da infância se deu por uma “reorganização dos comportamentos educativos” familiares inicialmente por meio de dois pólos de intervenção *filantrópica*¹³: 1) a inserção de uma *medicina doméstica* (principalmente nas famílias ricas), que consistia num conjunto de conhecimentos e técnicas de intervenção no espaço familiar sobre higiene, educação, mudanças na estrutura habitacional entre outros. Estes eram transmitidos pela entrada do médico de família que se aliava à figura da mãe em prol de uma educação saudável dos filhos, e 2) A introdução de uma *economia social* (direcionada prioritariamente às famílias pobres) que pudesse assistir distintas carências com a criação de instituições de tutela, por exemplo, de recolhimento de crianças¹⁴ abandonadas e de benefícios sociais, como o salário-família e a habitação popular.

Portanto, até o século XIX existia um *pólo assistencial* (visando moralização) e um *pólo médico-higienista* (visando normalização) de intervenção nas famílias. DONZELOT (2001) afirma que na modernidade (fim do século XIX), a intervenção nas famílias ocorreu pela *acoplagem* dessas duas estratégias de *filantropia* que

¹² Para o autor, a família é “a menor organização política possível” (p.49)

¹³ A *filantropia* é “uma estratégia deliberadamente despolitizante face à instauração dos equipamentos coletivos, ocupando uma posição nevrálgica equidistante da iniciativa privada e do Estado. Se considerarmos os núcleos em torno dos quais se organizará a atividade filantrópica do século XIX constataremos que todos eles se caracterizam pela busca de uma distância calculada entre as funções do Estado liberal e a difusão de técnicas de bem-estar e de gestão da população.” (DONZELOT, 2001, p. 55-56). CASTEL (1978) comenta que foi a estratégia filantrópica que também viabilizou a *medicalização* da loucura: “Já que o louco, ao mesmo tempo perigoso e inocente, escapa às categorizações jurídicas de uma sociedade contratual, a filantropia irá encarregar-se dele.” (p.44)

¹⁴ DONZELOT (2001) parece as vezes usar o termo criança e menor como sinônimos e também nos leva a supor que quando usa as palavras criança e infância está incluído o adolescente.

possibilitou a associação de uma *moral econômica* com uma *norma sanitária*. O resultado desse funcionamento foi uma: *liberação protegida* das crianças das famílias abastadas que delimitou um *cordão sanitário* e pedagógico em torno do seu desenvolvimento; e de uma *liberdade vigiada* no caso das crianças abandonadas ou de famílias carentes, que dependiam de um modelo pedagógico de maior vigilância e cerceamento do excesso de liberdade que possuíam, com a inserção na escola (ou outra instituição de *tutela*) e pelas constantes avaliações de acompanhamento realizadas nas habitações populares das famílias (inquérito social em prol dos benefícios).

Desse modo, surgiu um terceiro pólo dessa filantropia, o da *tutela*, presente até os dias atuais. Este também foi resultante de um interesse na infância em particular: unir num mesmo alvo de intervenção preventiva, aquilo que a ameaça (uma infância em perigo porque não tivera da família os cuidados de criação e de educação esperados), com o que a torna ameaçadora (uma infância perigosa, devido à delinquência precipitada por essa ameaça). DONZELOT (2001) aponta que com esse duplo registro da infância ameaçada e ameaçadora:

(...) pode-se estabelecer o perfil padrão do futuro delinqüente: o pré-delinqüente, essa criança em perigo de se tornar perigosa. Sobre ele se instaurará uma infra-estrutura de prevenção, iniciando-se uma ação educativa que possa, oportunamente, retê-lo aquém do delito. Objeto de intervenção ele será, ao mesmo tempo, e por sua vez, objeto de saber. Estudar-se-á com refinamento o clima familiar, o contexto social que faz com que determinada criança se transforme numa criança de 'risco'. (p.92)

Para o autor, esta tutela relaciona-se a uma redução da autonomia familiar, por meio da introdução de “métodos de vigilância econômica e moral” aliados à “objetivos sanitários e educativos” (DONZELOT, 2001, p.85). Esse processo se deu

por uma associação entre a Assistência Pública, a Justiça (de menores), a Medicina, a Psiquiatria e a Pedagogia em prol de um discurso preventivo que visava ações educativas em detrimento às ações repressivas ou de caridade. O autor também aponta que:

Incrustada nessa dupla rede de tutores sociais e técnicos, a família aparece como colonizada. Não são mais duas instâncias que se confrontam: a família e o aparelho. Mas, em torno da criança há uma série de círculos concêntricos: o círculo familiar, o círculo dos técnicos, o círculo dos tutores sociais. Resultado paradoxal da liberalização da família, da emergência de um direito da criança, de um reequilíbrio da relação homem-mulher: quanto mais esses direitos são proclamados, mais se fecha em torno da família pobre a opressão de uma potência tutelar. O patriarcalismo familiar só é destruído em proveito de um patriarcado do Estado” (DONZELOT, 2001, p.97-98)

Uma forma visível do *complexo tutelar*, segundo DONZELOT (2001) aparece com a criação do *tribunal de menores*. Este ocupa uma posição intermediária, porém essencial, entre a justiça comum que sanciona penas e as instâncias disciplinares que disseminam normas por técnicas educativas, assistenciais e de tratamento de crianças em situação de risco (de sanção por algum ato de delito ou devido a uma situação que o sugira). Como seu objetivo é a prevenção, este tribunal opera uma diluição de penas. Por meio da mesma idéia de *liberdade vigiada*, acima citada, condena o menor às sutis ações de controle designando-lhe medidas educativas (como, por exemplo, a educação em meio aberto, colocação em centros de liberdade parcial, liberdade condicional, entre outros). Há uma dissolução entre a distância do assistencial e do penal, o que implica numa ampliação da instância judiciária. Esse abrandamento da pena também garante a continuidade da vigilância pelo acompanhamento dos casos por especialistas (principalmente psiquiatras) que devem examinar periodicamente todos menores tutelados pelo tribunal. Desse modo,

o judiciário transfere parte de sua responsabilidade sobre os menores à figura do médico / psiquiatra. Este se posiciona como um orientador autônomo da *profilaxia da delinqüência* já que se trata de “manifestação de uma insuficiência originária, de uma anomalia constitutiva, portanto, diagnosticável, previsível.” (DONZELOT, 2001, p.117), e se possível tratável¹⁵. DONZELOT (2001), tal como FOUCAULT (2006), ressalta que a generalização da perícia psiquiátrica na sociedade foi devido à “ampliação da sua vocação social” (p.117), decorrente de uma solicitação externa por parte dos dispositivos disciplinares presentes nessa conjuntura e de uma crítica interna que passou a considerar a doença mental como algo sempre latente, que requer diagnóstico precoce e intervenção profilática, principalmente nas causas que propiciam a *degenerescência*, muitas vezes provenientes do corpo social e, conseqüentemente, das próprias famílias. O psiquiatra, portanto, se transforma no grande representante da *regeneração social* pela execução ampliada de uma disciplinarização da vida humana. Tais aspectos levam DONZELOT (2001) a afirmar que o surgimento da psiquiatria infantil:

(...) não é ligada à descoberta de um objeto próprio, de uma patologia mental especificamente infantil. Seu aparecimento decorre das novas ambições da psiquiatria geral, da necessidade de encontrar um pedestal, um alvo onde se possa enraizar, sob a forma de uma pré-síntese, todas as anomalias e patologias do adulto, de designar um possível objeto de intervenção para uma prática que não pretende mais limitar-se a gerir reclusos, mas sim presidir à inclusão social. *O lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais.* (p.120-121, grifo do autor)

¹⁵ Existe também uma hierarquia nos serviços direcionados à *infância desadaptada* que responde a uma crescente ordem de gravidade e também exerce uma pressão às famílias. É uma associação entre a Assistência Social e a Psiquiatria. (DONZELOT, 2001)

Contudo, foi com a inserção da psicanálise¹⁶ que foi possível não somente fortalecer tais objetivos da psiquiatria infantil como do próprio funcionamento do *complexo tutelar*. Essa entrada aconteceu por uma confluência de condições e interesses¹⁷. Em primeiro lugar porque as relações eram tensas entre as diferentes instâncias e saberes acima citados¹⁸ e a inserção da psicanálise, principalmente entre a ordem judiciária e a psiquiátrica, possibilitou uma melhor regulação de suas diferenças pela inauguração de uma nova *tradutibilidade* entre esses sistemas por meio da relativização de suas oposições com a introdução de conceitos teóricos e práticos que respondiam a certas necessidades. Foi por influência da psicanálise que a psiquiatria e o próprio complexo tutelar passaram a adotar o termo *desadaptação infantil*, uma revisão conceitual que começa a considerar que a origem dos distúrbios psíquicos deriva principalmente de uma dinâmica familiar que pode ou não perturbar (em diferentes níveis e com distintos comprometimentos) a relação estabelecida com a criança. Inclusive, foi o uso desse termo que possibilitou unir num mesmo grupo as crianças que estavam submetidas à alçada do judiciário (delinquentes) e as pertencentes à assistência social (abandonados). Com a psicanálise também se incentivou um “reequilíbrio das atitudes (da família), em nome de seus efeitos sobre os outros membros.” (DONZELOT, 2001, p. 192) e promoveu “um afrouxamento

¹⁶ Cabe ressaltar que o presente estudo, apesar de considerar o papel fundamental da psicanálise, suas imprescindíveis contribuições não serão o foco desta pesquisa. Somente será resgatado o modo como o seu uso foi apropriado pelos diferentes dispositivos que fizeram ou fazem parte do funcionamento dos campos de saber-poder e das estruturas assistenciais ligadas ao cuidado da infância e da adolescência.

¹⁷ DONZELOT (2001) comenta que foi no período do pós-guerra que a psicanálise teve mais visibilidade e foi incorporada ao saber psiquiátrico. BERCHERIE (1992) apresenta uma opinião similar. Apesar dos clássicos confrontos estabelecidos com a psiquiatria, a psicanálise de alguma forma mantém uma tensa aliança com a mesma, principalmente com a infantil. Talvez porque ambas se originaram de um substrato comum.

¹⁸ Por exemplo, quando a psiquiatria propôs uma classificação das crianças institucionalizadas em educáveis ou ineducáveis precipitou certo confronto com os educadores quanto aos critérios adotados para definir essa distinção. (DONZELOT, 2001)

das nosografias psiquiátricas” (DONZELOT, 2001, p. 187), porque a principal causa psicopatológica ficou atrelada às relações intra-familiares. Em suma, segundo DONZELOT (2001):

Trata-se, portanto, de um esmaecimento das categorias jurídicas nas quais se circunscrevia a avaliação de uma moralidade familiar. (...) Na investigação médico-psicológica os exames médicos, as descrições da fâcies, os testes, perdem importância em proveito de interpretações corretivas dessas ‘aparências’, através de uma explicação familiar de suas manifestações. Junção entre os dois tipos de saberes, aparecimento de um crivo homogêneo que estabelece diferentes níveis de comunicação entre o comportamento dos pais, o valor educativo de uma família, as características morais das crianças, seus problemas pedagógicos. Nada de julgamento moral, de apreciação jurídica, de rotulação psiquiátrica, ou melhor, sim, mas como lembretes, religados por um contínuo interpretativo que nada incrimina em particular mas incrimina tudo em geral. Um crivo denso que estabelece um número considerável de vínculos entre elementos aparentemente de pouca importância, situando-os na entrada do circuito patogênico e deduzindo, na saída, a indicação de uma imaturidade ou de uma agressividade que justifica uma ou outra intervenção.” (p. 136)

Cabe lembrar, que para o autor, a Psicanálise não pode ser pensada sem levar em conta esta lógica: de que ela também é utilizada como um mecanismo disciplinar. Embora não seja o mais forte deles, também deixa sua marca por onde passa, impregna os demais. Portanto, ao contrário de muitos, DONZELOT (2001) fala de uma psicanálise que preserva uma posição além da clássica liberal, porque incide também no campo social. Torna-se pública por uma hibridização entre esses pólos, tal como a psiquiatria. DELEUZE (2001) comenta que a obra de Donzelot marca “um campo político e social da psicanálise em cujo seio se operam as rupturas e confrontações” (p.6).

A Psicanálise também foi uma das principais responsáveis pela constituição da psiquiatria infantil como campo de investigação de fato clínica. (BERCHERIE,

1992). Contudo, foi somente na virada do século XX que essa preocupação apareceu de modo mais evidente.

Inicialmente influenciada pelos conceitos da nosologia de Kraepelin, a psiquiatria infantil começou a ser pensada com o surgimento de tratados mais específicos, como de Emminghaus em 1887 (Alemanha), Moreau de Tours em 1888 (França), Ireland em 1898 (Inglaterra), Manheimer em 1899 (França), Strohmayer em 1910, de Sante de Sanctis em 1925 (Itália) e Homburger em 1926 (Alemanha). Contudo, foi o campo da deficiência mental que se desenvolveu de modo mais próspero, com destaque para os trabalhos, na França, de Bourneville e de Binet e Simon. (BERCHERIE, 1992; ASSUMPCÃO JR., 1994; CIRINO, 2001; TELLES, 2006).

Nesse período, uma nova patologia se destaca do campo da deficiência mental, devido às suas características peculiares: inicialmente denominada como “demência precocíssima” por Sante de Sanctis, foi descrita como um quadro muito precoce de instalação do estado de idiota, no entanto, persistia certa capacidade de focalização e atenção, e uma fisionomia aparentemente inteligente que diferia dos quadros de deficiência. Apesar desses esforços, esta psiquiatria infantil ainda adaptava às noções advindas da clínica psiquiátrica do adulto. (BERCHERIE, 1992)

Somente na década de 1930 que nasceu uma clínica *pedo-psiquiátrica*¹⁹. BERCHERIE (1992) ressalta a importância e a peculiaridade desta clínica que nasceu do confronto do saber médico com as ciências humanas: de uma psiquiatria organicista, baseada na sintomatologia do adulto, mas que também se aproximou da

¹⁹ Termo proposto por BERCHERIE (1992) por considerar a psiquiatria infantil indissociavelmente ligada à pediatria.

pediatria em confronto com os preceitos, não somente da psicologia do desenvolvimento, como principalmente da psicanálise, que traçam a história psíquica do sujeito a partir do que lhe é infantil. Ressalta que “a infância tem sua ordem própria de existência e de racionalidade, mas é sobretudo ela que esclarece, desde então, o devir do adulto.” (p. 35). Devido a essa peculiaridade, tal Psiquiatria pode guiar e se abrir para uma clínica menos dependente de modelos médicos (BERCHERIE, 1992; CIRINO, 2001). Além da psicanálise ser fundamental à sua consolidação, o tratado de Kanner e os pressupostos da Higiene Mental (mencionados na obra de Kanner), ambos de certa forma também influenciados pela psicanálise, também são citados como outras influências de peso a essa clínica (BERCHERIE, 1992; ASSUMPÇÃO, 1994; CIRINO, 2001; TELLES, 2006).²⁰

Em relação à Psicanálise, no início do século XX, irrompem suas primeiras publicações sobre a possibilidade de um trabalho clínico infantil. Foi Freud quem introduziu a idéia de estrutura psíquica infantil no célebre texto *Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade* e inaugurou a possibilidade de um tratamento psicanalítico à criança, pelo relato do caso do Pequeno Hans no texto *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. Freud apontava que a psicopatologia infantil é o resultado de um conflito psíquico ainda recente, mas que, se não cuidado, reverberaria posteriormente no adulto, que ficaria preso a essa história conflitiva infantil. Esse momento inaugura a sistematização de uma psicanálise infantil, desenvolvida posteriormente pelas obras de Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott,

²⁰ Segundo CIRINO (2001), Kanner e Ajuriaguerra e Marcelli são da mesma opinião. Contudo, estes últimos, também importantes teóricos da psiquiatria infantil, falam de uma clínica que se formou predominantemente pela prática e que sua compreensão teórica foi secundária, oriunda de duas principais fontes de natureza heterogênea: por uma linha da atuação mais pedagógica (contribuições da educação especial) e a outra, pelas contribuições da psiquiatria e psicopatologia do adulto.

Dolto e outros psicanalistas contemporâneos²¹ (BERCHERIE, 1992; CIRINO, 2001; SCHMID, 2004; TELLES, 2006). No início, os pressupostos da psicanálise tiveram significativa absorção na teoria clínica da psiquiatria infantil, porém, na atualidade, com o advento da tecnologia médica-farmacológica²², a psicanálise foi paulatinamente colocada em segundo plano, ou mesmo confrontada por um forte movimento de oposição precipitada em alguns segmentos desse campo.

Quanto à Kanner, este lançou um tratado sobre a clínica psiquiátrica da infância, em 1935, que ainda continua como importante referência nos dias atuais. Seu trabalho foi principalmente marcado pelo funcionalismo e pela psicobiologia, do qual concebe “a idéia de que o organismo é um todo espírito-corpo, e que esse todo está engajado numa tarefa permanente e vital de adaptação ao meio” (BERCHERIE, 1992, p.31) e que o psiquismo é uma função mediadora entre as necessidades do organismo com este meio. Foi este pensamento que possibilitou à Kanner integrar também noções da psicanálise²³ em seu tratado (BERCHERIE, 1992), apesar de um uso enviesado de seus conceitos (TELLES, 2006). KANNER (1972) propondo a ordenação dos quadros psicopatológicos da infância em três grandes grupos: 1) problemas de personalidade devido a enfermidades físicas; 2) problemas

²¹ Há diferenças significativas entre as escolas inglesa e francesa de psicanálise quanto à idéia de infância e infantil e do próprio manejo clínico à partir dos mesmos. (CIRINO, 2001; TELLES, 2006)

²² Por volta da década de 1940 surgiram as primeiras contribuições da farmacoterapia para as doenças mentais, com estudos sobre o efeito dos sais de lítio no tratamento dos transtornos bipolar e da clorpromazina e imipramina no tratamento da esquizofrenia e depressão. Em 10 anos surgem 3 grandes classes de fármacos: antimaníacos, antipsicóticos e antidepressivos. A partir das décadas de 60 e 70, os recursos farmacológicos, além do aporte terapêutico, também contribuíram para a possibilidade de desinstitucionalização dos doentes mentais, o que levou a psiquiatria a aderir à abordagem mais psicossocial. A célebre frase “camisa de força química” vem desse movimento. Em contrapartida, a aproximação entre a psiquiatria e a psicanálise se enfraquece, em decorrência da possibilidade do avanço farmacológico finalmente firmar a psiquiatria ao estatuto de especialidade médica. (TELLES, 2006)

²³ A estrutura de pensamento do funcionalismo possui a característica de assimilar com facilidade teorias de origem distintas, como, por exemplo, a psicanálise e a *gestalt*. (BERCHERIE, 1992)

psicossomáticos²⁴; 3) problemas de conduta. Porém, sua obra se consagrou principalmente pelos trabalhos sobre *autismo infantil precoce*, onde o autor sugeriu este quadro específico a partir da publicação de um estudo realizado com 11 crianças. Estas recebiam diagnóstico de debilidade mental severa ou deficiência auditiva, no entanto, o mesmo constatou que um transtorno básico encobria a capacidade cognitiva das mesmas, com uma tendência ao retraimento manifesto ainda no primeiro ano de vida. A principal característica desse quadro era uma impossibilidade de estabelecer conexões com pessoas e situações: há uma tendência ao isolamento, preferência pela relação com os objetos em detrimento das pessoas, e uma peculiar aquisição da fala, do qual a linguagem não servia como meio de comunicação devido à reprodução ecológica e a não formação espontânea de frases. Tal quadro apresentava uma preservação da inteligência e outros aspectos cognitivos e não havia evidências e explicações de base fisiológica ou danos cerebrais para a etiologia do quadro. (TELLES, 2006)

KANNER (1972) também apresentou uma trajetória histórica de quatro décadas da psiquiatria infantil que antecede sua consolidação como campo de conhecimento científico. A primeira década foi marcada por algumas tendências culturais, como a psicometria (com o estudo de métodos de avaliação e testes de inteligência), a psiquiatria dinâmica (que, influenciada pela psicanálise, valoriza o histórico particular do paciente, o que inclui sua infância), a constituição do tribunal de menores (cria um sistema jurídico próprio de acompanhamento da infância carente com regime e condutas diferenciadas, determinadas a partir da avaliação de

²⁴ A clínica psicopatológica infantil voltou-se predominantemente aos transtornos somáticos ou funcionais, o que levou a psicossomática a se difundir prosperamente na atual psiquiatria infantil. (BERCHERIE, 1992)

peritos) e o movimento de higiene mental (que se baseava na idéia de que a doença mental poderia ser prevenida com a adoção de medidas profiláticas). A segunda, com a criação de distintas instituições públicas direcionada especialmente à assistência aos delinquentes, abandonados ou retardados. Na década seguinte (terceira), pela instalação de “clínicas especializadas” como as de orientação infantil que possuíam equipes multiprofissionais (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais), Estas, incentivavam pais, escolas e outras instituições a encaminhar crianças que apresentavam alguma dificuldade para o serviço de orientação. Para KANNER (1972), tais clínicas contribuíram para o estudo dos problemas da infância e seu tratamento, embora sua ênfase estivesse voltada para a orientação dos pais e demais instituições envolvidas. É somente na década de 1930-1940, a quarta etapa, que se fortaleceu a inserção das psicoterapias infantis, em especial as ludoterapias, inspiradas na psicanálise inglesa (Anna Freud) e se estabeleceu um tratamento direto com as crianças. Embora KANNER (1972) tenha realizado uma leitura própria dessa história, ela apresenta uma identidade com o que foi abordado por DONZELOT (2001), inclusive na descrição das atividades de instituições similares às citadas acima como o Tribunal de Menores e os equipamentos de assistência vinculados ao mesmo, a Escola ou Associação de Pais e os Centros Médico-Psicopedagógicos (CMPP) e o próprio movimento de higiene mental que também influenciou fortemente tais instituições, apesar de suas diferenças.

A Higiene Mental surgiu no início do século XX²⁵, com o objetivo de fiscalizar hospitais, reformar a legislação assistencial e promover estudos sobre a prevenção da delinqüência. De início tímido, foi difundida em diversos países e

²⁵ Nos EUA, foi pela fundação, em 1909, do Comitê Nacional para Higiene Mental. (TELLES, 2006)

permaneceu atuante até a metade deste século. A infância é o ponto de partida de sua atuação como possibilidade de prevenção, visto que o germe do problema da degenerescência poderia eclodir a partir desse período. Para tanto eram estipuladas as medidas pedagógicas e psicoprofiláticas altamente voltadas para práticas disciplinares, normativas e moralistas. Como foi influenciada pela eugenia, instituiu-se como uma ideologia que pregava valores morais, da vida em sociedade e da conduta humana. A Higiene Mental atuou nas práticas de cuidados da infância e da adolescência, do seio familiar ao núcleo educacional e assistencial, propondo intervenções nestas relações estabelecidas no intuito de promover a boa formação do caráter e da conduta. Tal movimento adotou alguns dos pressupostos psicanalíticos de modo enviesado como argumento etiológico dos problemas detectados e promoveu a ampliação da função social da psiquiatria²⁶. Com a II Guerra Mundial, devido às intensas críticas recebidas, há uma modernização de seus conceitos e alguns termos foram banidos em função do aspecto estigmatizante adquirido, tal como o de Higiene que foi paulatinamente substituído pelo termo Saúde. O princípio da instituição do termo de Saúde Mental, tal como se conhece nos dias atuais, partiu desta revisão. (TELLES, 2006)

De modo geral, os primeiros movimentos da psiquiatria infantil foram fortemente influenciados por dois direcionamentos: de um lado, a associação do modelo médico tradicional com a higiene mental, e do outro, por diferentes áreas de conhecimento, boa parte oriundas das Ciências Humanas, como a Psicologia, a Pedagogia e a Psicanálise. O primeiro movimento, em princípio preponderante,

²⁶ TELLES (2006) pressupõe que a Higiene Mental aproximou-se da psiquiatria e da psicanálise, principalmente a escola americana e inglesa da psicanálise (psicologia do ego), porque do seu ponto de vista, esta linha possui uma característica mais pedagógica por conta da adoção de critérios de adaptação e de intervenções de fortalecimento egóico e dos mecanismos defensivos.

generalizava os problemas da infância e da juventude para a deficiência mental infantil e a delinquência juvenil, ambos tratados como uma degenerescência que precisava ser duramente repelida pelo tratamento moral e profilático asilar.

O segundo movimento, influenciado pelas correntes sociais e psicodinâmicas, era orientado pela visão mais ampla da doença psíquica que considerava fatores bio-psicossociais como causas. A criança ou adolescente com algum sofrimento psíquico deveria ser visto de modo singular, com particularidades que influenciavam no tipo de tratamento que seria adotado. Esse movimento procurava adotar estratégias de tratamento com modalidades terapêuticas mais abertas, que visavam o laço e a reintegração social. De início tímido, ampliou-se gradativamente seu espaço de atuação, principalmente ao ganhar força após as influências dos movimentos sociais e de direitos humanos ocorridos no pós-guerra. (COUTO, 2004; AMARANTE, 2001)

Hoje, há uma produção teórica intensa sobre os sofrimentos psíquicos infanto-juvenis e suas possibilidades de tratamento. Existe uma vertente mais organicista e classificatória que propõe uma série de diagnósticos e tratamentos predominantemente medicamentosos, associados à psicoterapia, quando necessário. E a vertente psicodinâmica e psicossocial ainda influenciadas pelas áreas e características acima referidas, que costumam adotar uma estratégia interdisciplinar, com a prática psicoterapêutica como principal ferramenta e com intervenção médica e uso de medicamento somente nos casos de extrema necessidade ou urgência (COUTO, 2004). CIRINO (2001) comenta que

(...) a extensão e multiplicidade desses referenciais teóricos – que vão desde as teorias genéticas, etológicas, sistêmicas e da comunicação, passando pela psicologia da aprendizagem e pela psicanálise até os novos conhecimentos neuro-fisiológicos – formam um ‘mosaico conceitual’ que aponta para a difícil questão da delimitação do objeto da psiquiatria infantil. (p.67)

O que nos leva a supor que, tal como previsto por FOUCAULT (2006), a disseminação do *poder psiquiátrico* e seu desdobramento nas *funções-psi* gera uma polissemia discursiva frente a esse objeto, por uma heterogeneidade de saberes que o cerca, uns mais reconhecidos e respeitados que outros, como a própria psiquiatria e a psicanálise, devido a certa tradição e embates históricos, mas que por vezes, para dar conta dessa heterogeneidade precisa esquadrinhá-lo, reparti-lo às diferentes especialidades que hoje se encontram a sua disposição.

1.2. UM BREVE HISTÓRICO DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL

Antigamente, as crianças idiotas asyladas no Hospício viviam, n'uma sala apenas aumentada, de rojo no chão, gritando e gargalhando, sem ensino, como animaes malfazejos ou repulsivos. Eram asyladas e alimentadas – e cifrava-se n'isso toda a assistencia que lhes dava o Estado. Aquillo era para ellas o limbo sem esperança. Uma vez entradas alli, como creaturas incuraveis, alli ficavam crescendo ao acaso, condemnadas ao idiotismo perpetuo, ou votadas em futuro proximo ou remoto á loucura furiosa, á demencia, á paralyssia geral, e a morte. Inuteis a si mesmas e inuteis a sociedade, os pequeninos idiotas assim ficavam, como rebutalho maldito da vida, flores gangrenadas logo ao nascer, sem problemas de melhor sorte... Hoje, ninguem lhes assegura a salvação completa, a completa e milagrosa cura, - porque a Sciencia, ai de nos! Ainda e para isso impotente e fallaz. Mas ja não ha alli um bando de animaes inuteis ou nocivos: d'aquella animalidade inconsciente e grosseira, a sciencia e o carinho procuram tirar uma humanidade incompleta e rudimentar, mas em todo caso, humanidade, com algum sentimento e algum pensamento. E, qum sabe? ... nunca se deve desesperar do resultado do trabalho intelligente e piedoso; d'alli sahirão, talvez, homens perfeitos e equilibrados, creados artificialmente n'aquella officina de rehabilitação humana. (BILAC, 1905/2000, p. 307)

Segundo COSTA (1983), a criança brasileira, no período colonial (antes do século XIX), era subestimada ou ignorada pela família. Ficava distante do lugar de importância sempre ocupado pelo pai e, somente *adultizada*, durante sua puberdade, que participava de modo pouco mais expressivo no ambiente familiar. Tal situação somente se inverteu quando a família passou a considerar a criança como a “matriz físico-emocional do adulto” (COSTA, 1983, p. 158) e finalmente esta pôde assumir um lugar de destaque. No Brasil, a mudança desta imagem da infância, em parte se principiou pela intervenção preventiva dos higienistas no combate da mortalidade infantil.

COSTA (1983) indica que paulatinamente foi introduzida uma educação higiênica da infância com a criação de hábitos que deveriam ser seguidos com naturalidade e em correspondência à norma médica dos higienistas. Sua finalidade era atingir cada núcleo familiar, transformando suas características físicas, morais e sociais²⁷. Esta mesma norma foi uma das principais responsáveis também pelo estudo dos problemas que cercava a realidade de crianças e adolescentes que falhavam no cumprimento da mesma, o que gerava um *desvio* ou *anormalidade*.

Para ZUQUIM (2002), a constituição do discurso sobre a infância anormal surgiu de um conglomerado de formações discursivas em Direito, Medicina, Criminologia e Psicologia, que no Brasil se fortaleceu no início da República. A autora aponta que:

O núcleo constituidor central estava na idéia de “infância moralmente abandonada”, da qual partia uma rede de tipos infantis que tentava apreender aquilo que chamavam “infância em perigo”. Diante de seu novo objeto de ciência – a infância anormal –, médicos e juristas recorreram a inventivas classificações para nomear aquilo que acreditavam ser o resultado fatal da degeneração (p. 132)

Na virada do século, esse conceito de criança anormal, por englobar um componente de periculosidade atrelado à sua loucura, propiciou um deslocamento que culminou na idéia do *menor criminoso / delinqüente*. Nesse período, os criminosos eram considerados portadores de uma condição anormal originada por fatores biológicos e ambientais. Os atos delituosos ou criminosos, portanto, pressupunham uma natureza patológica. Como tais fatores advinham da conjunção de uma herança biológica e das condições de vida desses criminosos (que provinham

²⁷ A educação higiênica se consolidou em sucessivas gerações até chegar à família típica atual (COSTA, 1983).

de famílias *degeneradas*), uma campanha de medidas profiláticas que deveriam ser tomadas o mais cedo possível, passou a ser incentivada por meio do mote de que a criança anormal de ontem será o adolescente delinqüente de hoje e o criminoso do amanhã. Para ZUQUIM (2002), no Brasil do início do século XX “a delinqüência pode ser entendida como a loucura moral da infância” (p. 133). Assim, o *menor*, era a criança pobre²⁸, carente e abandonada, portanto ameaçadora, por ser um indivíduo debilitado, portador de uma tendência criminosa.

O primeiro movimento de constituição jurídica da figura do *menor* no Código Penal de 1890 relaciona-se ao seu destino, antes colocado indistintamente em prisões com criminosos adultos, por não existir estabelecimentos agrícolas especiais para onde deveriam ser realmente levados. Nina Rodrigues (1862-1906), um dos fundadores da Medicina Legal no Brasil, advogava que quanto mais precoce a intervenção destinada a esses menores, maiores seriam as possibilidades de êxito e, para tanto, propunha a criação de medidas especiais. Esse Código passou então a proibir a reclusão de menores em prisões comuns e a indicar a necessidade de alguma intervenção que atenuasse os problemas da degeneração. Assim como o ocorrido em outros países, um corpo teórico-técnico propôs a implantação de instituições especializadas no cuidado desses menores delinqüentes, que funcionavam num sistema de reformatório, onde as crianças delinqüentes seriam treinadas para se tornarem cidadãos. (ZUQUIM, 2002).

Em São Paulo, no ano de 1900, o primeiro projeto de criação de um instituto correcional foi apresentado à Câmara dos Deputados. Em 1902 foi aprovado pelo

²⁸ Na história assistencial do menor, há uma distinção clara entre a criança rica e a pobre e, como consequência, os recursos, serviços e tratamentos também eram diferenciados (CIRINO, 2001; ZUQUIM, 2002).

Senado e convertido em lei. Com este aval, o Governo de São Paulo²⁹ fundou o Instituto Disciplinar. O tratamento proposto neste estabelecimento deveria considerar a hereditariedade psíquica determinante do caráter de cada um, ou em outras palavras, o grau de degenerescência que cada menor apresentava. Tal instituição era regida por uma nova técnica surgida: a *ortopedia moral* que adotava princípios oriundos da medicina e da pedagogia desta época.³⁰ Por este motivo, também era considerado mais apropriado que a direção do estabelecimento estivesse nas mãos de um médico e de um pedagogo (ZUQUIM, 2002).

ZUQUIM (2002) ressalta que em paralelo a esse processo também surgia o movimento de criação de tribunais especiais destinados às crianças. Em nome do argumento de que a criminalidade da infância aumentava porque as condições sociais estavam favorecendo o desmantelamento familiar (pelo excesso de trabalho no período da industrialização), o Estado deveria intervir de modo mais específico e contundente a esses problemas. Com a criação de um *tribunal para menores*, ficaria centralizada toda a “assistência à infância abandonada, criminosa ou em perigo moral” (p. 137) e este estaria apto no conhecimento da natureza e da constituição psíquica do menor comprometido, no intuito de aplicar o tratamento mais apropriado.

Desse modo, em 1924, no Estado de São Paulo, foi criada a função de juiz privativo de menores e um tribunal específico que contava com uma série de agentes para executar suas atribuições, como por exemplo: curador ou promotor, médico,

²⁹ No ano de 1906, segundo relatório da Secretaria da Justiça e Segurança Pública, na capital de São Paulo foram presas 1.500 crianças, sendo “119 por gatunagem, 182 por embriaguez, 199 por vagabundagem, 458 por desordens e 486 por outros motivos considerados de menor gravidade.” (Zuquim, 2002, p. 135)

³⁰ MACHADO (1978) comenta que os médicos do século XIX “importavam” teorias em larga escala, sem muita preocupação com as distintas definições de um mesmo teórico ou as diferenças entre demais pensadores. Eram cópias simplificadas e pouco rigorosas de um saber estrangeiro, onde um ou outro nome se destacava, como o de Esquirol.

escrivão, escrevente, comissário de vigilância, oficial de justiça, entre outros. Também foi criado um conselho de assistência e proteção aos menores e no ano de 1927 foi aprovado o primeiro *Código de Menores*. Com essas medidas, o Instituto Disciplinar ficou subordinado pela superintendência do juiz de menores e passou a contar com três seções distintas: a dos menores abandonados, dos pervertidos e dos delinquentes. Os internos também passaram a executar trabalhos em horticultura, avicultura e congêneres e os rendimentos obtidos eram divididos parte para os fundos do Estado e parte distribuído proporcionalmente entre os internos, mediante depósito na Caixa Econômica do Estado (ZUQUIM, 2002).

O período de criação deste aporte jurídico-institucional específico às crianças coincidiu com a estruturação de uma seção especial para menores anormais no Hospital do Juquery³¹. Este, inclusive, começou a estabelecer uma relação constante com o Instituto Disciplinar por meio de mútuas transferências de crianças de uma unidade a outra. A seção foi proposta por Franco da Rocha para separar os menores dos adultos, até então confinados indistintamente num mesmo pavilhão somente separado pelo gênero, tal como ocorria nas prisões. Em 1922, iniciou a construção de um pavilhão destinado para os menores do sexo masculino, que somente proporcionava a devida separação, visto que o tratamento ainda funcionava nos mesmos moldes do direcionado aos adultos. Antonio Carlos Pacheco e Silva, ao assumir a direção do Hospital, propôs a ampliação e reformulação do serviço de menores com a construção de um pavilhão-escola em 1929 e nomeou Vicente

³¹ Além da iniciativa de São Paulo, no Rio de Janeiro, um pavilhão-asilar para menores foi criado em 1903, funcionando anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, ativo até 1942, quando foi inaugurado o Hospital Neuropsiquiátrico Infantil no Engenho de Dentro. (ASSUMPCÃO, 1994)

Baptista, psicopediatra entusiasta da eugenia, como responsável pelo setor (ZUQUIM, 2002).

Com a criação do pavilhão-escola, as crianças foram divididas em dois grupos: os *educáveis*, que de modo geral eram os débeis mentais e anômalos com perturbações da moral e do caráter; e os *ineducáveis*, no caso os idiotas, imbecis, epilépticos em estado demencial e os pós-encefalíticos graves. Os *ineducáveis* permaneciam internados no pavilhão-asilo e continuaram a receber um tratamento similar ao dos adultos e os *educáveis* eram direcionados ao pavilhão-escola e recebiam um cuidado diferenciado, nomeado como *pedagogia corretiva*, baseado em atividades mais físicas e manuais do que em atividades educacionais formais e eruditas. Posteriormente estas crianças também foram inseridas nos programas de laborterapia do Hospital (ZUQUIM, 2002).

Para ASSUMPTÃO (1994), a psiquiatria infantil desse período: “(...) além de incipiente, portava em seu bojo todo o conteúdo ideológico representado pelas idéias de higiene mental associada aos preconceitos, estigmas e estruturas de segregação existente na época.”(p. 6). Em meados do séc. XIX, também não havia uma crença de que existia loucura na criança. No Brasil, esse efeito ainda se fazia sentir em 1928, quando Ernani Lopes, influenciado pelas idéias de Esquirol, publicou um trabalho do qual argumentava que a criança raramente apresentava um quadro de loucura ou psicose infantil. A criança poderia ou nascer com algum *vício de conformação* ou desenvolver uma imbecilidade ou idiotia provocada por convulsões precoces. Para esse autor, os casos de loucura infantil pura não eram internáveis, pois podiam ser isolados no próprio domicílio familiar, porque as crianças poderiam ser facilmente contidas (ZUQUIM, 2002).

ASSUMPCÃO (1994) aponta que em virtude dessa influência, houve uma intensa proximidade entre a psiquiatria infantil e a deficiência mental. No Brasil, com a inserção da noção de psicose infantil, duas linhas de intervenção diferentes passaram a circular nas instituições de tratamento existentes, muito embora talvez de modo mais concreto, pouca separação tenha ocorrido de fato. Em paralelo ao Instituto Disciplinar, os pavilhões-asilos e os pavilhões-escolas em manicômios, no Estado de Minas Gerais também deu início um forte movimento mobilizado por Helena Antipoff que, em 1935, culminou na criação da Sociedade Pestalozzi do qual seu objetivo era o tratamento de crianças com qualquer suspeita de quadros de deficiência, debilidade, retardamento ou perturbação mental.

Quanto à psiquiatria infantil brasileira, na década de 40 surgiram seus primeiros passos em direção à constituição de uma disciplina mais sólida. Em São Paulo, foi principalmente encabeçado por Stanislaw Krynski, médico ligado ao Hospital do Juquery e ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este se associou com Pedro de Alcântara para iniciar um serviço de Higiene Mental por volta de 1950, posteriormente assumido por Dulce Marcondes. Em 1965 funda a Associação Brasileira de Deficiência Mental (ABSM), e em 1967, a Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil (ABENEPI). Em parceria com Antonio Branco Lefèvre, iniciou a organização de um intenso intercâmbio de informações por meio da realização de congressos em diferentes cidades do país. Posteriormente, Krynski dirigiu-se mais para o estudo da deficiência mental e a criação das APAEs, enquanto Lefèvre difundiu nacionalmente a neuropediatria, constituindo-a como uma escola (ASSUMPCÃO, 1994).

Paulatinamente surgiram outros movimentos influenciados pelas ciências humanas e, em especial, pela Psicanálise, que promoveram importantes contribuições como as: de Haim Grünsaum, a de Osvaldo Di Loreto³² que fundou a Comunidade Terapêutica *Enfance* e as contribuições psicanalíticas de Amélia Vasconcelos. Na década de 60 foram criadas as Unidades Infantis do Hospital das Clínicas, em 1967 foi fundado o Centro de Estudos de Psiquiatria Infantil³³, e em 1974, o antigo serviço de Higiene Mental funda o Instituto da Criança. Este último serviço adotava como diretriz uma vertente mais psicodinâmica com equipes multidisciplinares.³⁴ Na década de 80 também surgiram as experiências da A Casinha e a Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida, esta vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Estas instituições citadas estavam vinculadas ou a entidades privadas, filantrópicas ou era algum serviço ligado à Universidade. Quanto ao serviço público de saúde, não foi possível resgatar muitos registros de instituições de tratamento direcionados exclusivamente ao público infanto-juvenil.³⁵ No caso do município de São Paulo, na década de 80 existiu um programa de saúde do escolar, vinculado à

³² Em 2004, Di Loreto (2004), publicou um interessantíssimo livro sobre sua teoria psicopatogenética das relações familiares. Tal obra, com tom bastante biográfico, também traz um relato vivo da história da psiquiatria infantil, principalmente em São Paulo.

³³ Em 1975 a psiquiatria infantil é reconhecida como disciplina, ministrada no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Todavia, para ASSUMPÇÃO (1994) a Psiquiatria Infantil continua comprimida entre duas áreas mais estruturadas do ponto de vista teórico e institucional, a seu ver: a psicanálise e a neuropediatria. Considera-a ainda incipiente, sem corpo teórico definido em língua portuguesa, com poucos programas de formação e sem identidade própria. Acredita que com a organização de profissionais comprometidos é possível traçar seu corpo teórico próprio, que reflete a experiência de pelo menos meio século que lhe cabe.

³⁴ Apesar dessas iniciativas, todas atreladas ao meio acadêmico, o trabalho dirigido às crianças institucionalizadas ainda nos antigos hospitais psiquiátricos e reformatórios recebiam um tratamento possivelmente pouco diferenciado do citado no início do século.

³⁵ Cabe apontar que são poucos, e de difícil acesso, os registros históricos de experiências direcionadas à atenção em saúde mental da população infanto-juvenil, principalmente em serviços públicos. O que dificulta um maior detalhamento das mesmas. Esta é uma limitação importante do presente trabalho, que pede a compreensão do leitor, caso alguma experiência importante não tenha sido citada ou resgatada.

Secretaria da Educação, destinado às crianças e adolescentes que apresentavam dificuldades de aprendizagem e, na Saúde, alguns dos ambulatórios de saúde mental tinham programas direcionados ao segmento infantil³⁶. Com a implantação do novo modelo de atendimento em saúde mental surgiram alguns Hospitais-Dia infantil, dos quais parte deles se transformou em CAPSi. Novas unidades CAPSi também começaram a funcionar a partir do de 2002.

Embora exista uma preocupação atual mais evidente para a criação de espaços de cuidado destinados especialmente às crianças e adolescentes, com prioridade para casos graves, COUTO (2004) cita uma pesquisa parcial sobre serviços de saúde mental no qual indicava que 70% dos municípios ainda usavam como principal recurso de atenção à população infanto-juvenil, a rede filantrópica disponível (principalmente as APAEs e as da Sociedade Pestalozzi). Esta situação acontecia sem o estabelecimento de um convênio ou parceria formal com os programas locais de saúde mental e, muito menos, com algum acompanhamento e supervisão por parte dos gestores. Quanto aos quadros de psicoses, que deveriam utilizar programas específicos de saúde mental disponíveis na rede ambulatorial³⁷, 60% desses municípios encaminhavam-nos também à rede filantrópica e/ou educacional (programas de educação especial). Em relação às equipes de saúde mental ambulatorial da maioria dos municípios (80%), verificou-se a predominância de atendimentos para casos diagnosticados como distúrbios de aprendizagem e/ou distúrbios de conduta, superlotando as unidades, em detrimento da cobertura de quadros mais graves. Somando-se a esses dados, há uma quantidade significativa de

³⁶ Existiu o Programa de Intensidade Máxima (PIM) e o PIMzinho para as crianças, projeto estadual que foi interrompido com o processo de municipalização. (CAMBRAIA, 1999)

³⁷ Na época dessa pesquisa, os CAPSi ainda não haviam sido implantados. Na rede pública, os ambulatórios que costumavam atender crianças e adolescentes.

crianças vivendo em abrigos para deficientes, que geralmente funcionam como asilos e permanecem à deriva do atual sistema de saúde mental. (COUTO, 2004).

Embora a pesquisa seja do ano de 2000 e diga respeito, especificamente, ao Estado do Rio de Janeiro, COUTO (2004) sugere que esse resultado seja uma espécie de retrato da situação de assistência à saúde mental infanto-juvenil brasileira. Segunda a autora, há uma tendência em “pedagogizar o transtorno psiquiátrico, psiquiatrizar / psicologizar o distúrbio de aprendizagem e asilar a deficiência. Tudo isso com o aval silencioso das políticas públicas dirigidas à criança e ao adolescente.” (p. 69).

Para COUTO (2004) tais fatores são decorrentes de alguns mal-entendidos, ocorridos na realidade brasileira de atenção infanto-juvenil. A autora comenta que o primeiro deles, o *mal-entendido pedagógico*³⁸, reduz a criança às escalas de desenvolvimento e adaptabilidade, que quando não correspondidas, principalmente no âmbito da aprendizagem, carecem de uma intervenção. Intervenção esta, de base muito mais corretiva e pedagógica do que propriamente clínica. Nas palavras da autora:

Conceber uma criança unicamente como ‘um ser em desenvolvimento’ parece engendrar essa tão corriqueira noção de ‘deficiência’ (fartamente utilizada como categoria diagnóstica), sempre que ela se desloca do curso ideal, ‘desadaptando-se’. (...) O mal-entendido pedagógico ilumina o desenvolvimento funcional e obscurece as possibilidades existenciais do sujeito. (COUTO, 2004, p. 64, grifo do autor)

O segundo mal-entendido mencionado por COUTO (2004) relaciona-se à Justiça. Além da complicada expansão dos *abrigos para deficientes*, toma-a como

³⁸ A autora adotou os dois primeiros mal-entendidos à partir de uma Prefácio escrito por Pedro Gabriel G. Delgado para o livro ALMEIDA, N; DELGADO, PGG. *De volta à cidadania*. Rio de Janeiro: IFB/Funlar, 2000.

exemplo para demonstrar o problema da tutela e da proteção, que atinge não somente essas estruturas, mas também, embora de forma mais sutil, grande parte dos tratamentos terapêuticos oferecidos às crianças e adolescentes. Sob o crivo da tutela – a responsabilidade e proteção determinada pelo Estado –, as crianças e os adolescentes muitas vezes são submetidos à institucionalização e/ou a tratamentos, requeridos por ‘tutores’ do Estado, ora juízes ou conselheiros representantes da justiça, como os tutelares, que a partir dos mesmos critérios adaptativos já citados, desenvolvidos por diversos especialistas, colocam crianças e adolescentes à disposição das intervenções técnicas de avaliação e tratamento destes mesmos especialistas.

O terceiro mal-entendido, COUTO (2004) provisoriamente nomeia de *mal-entendido da saúde mental*. Relacionado aos anteriores, refere-se à consideração da criança ser ou não ser portadora de uma loucura. No histórico, ainda recente, dos serviços assistenciais parece que sempre foi preferível considerar a criança como *deficiente e desadaptada*, mas não *louca*. Para a autora, um reflexo dos ideais da modernidade que, no intuito de diferenciar e valorizar a infância, concebe esse período de modo romanceado: inocente, puro, belo, feliz, um caminho de preparo ausente de problemas ou angústias. Considerar a loucura como uma das condições de existência da infância corresponde a uma espécie de desmantelamento desse ideário:

A “sua majestade, o bebê”, objeto de tantos investimentos narcísicos e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfeiar-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar e o carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar. Essa criança louca macula os ideais, subverte o imaginário cultural, mas nos convoca, a todos, ao desafio de delas cuidar, tratar e com elas coexistir. (COUTO, 2004, p. 66)

No entanto essa criança ainda é escondida. COUTO (2004) aponta que a história das ações públicas em saúde mental da criança e do adolescente perpetua uma lógica do “cresça e apareça”, afinal somente na maioridade essa loucura torna-se realmente visível, quando essa criança ou adolescente, já adulto, é finalmente institucionalizado, muitas vezes em locais onde a modalidade asilar ainda é uma prática. Para a autora, esse funcionamento acaba isentando o campo da saúde mental de se posicionar melhor frente ao cuidado dessa população. A partir dos aspectos supracitados, COUTO (2004) conclui que, para discutir sobre a saúde mental da criança e do adolescente, e sobre a rede de cuidados estruturada para recebê-los, é necessário observar que:

A noção clara ou implícita de deficiência que perpassa grande parte da assistência oferecida a crianças e adolescentes, determina a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos. Nesse sentido, toda crítica que os movimentos transformadores dirigiram ao modelo clínico-psiquiátrico – hegemônico na assistência aos pacientes mentais e determinante de modos sofisticados de exclusão – parecia não se aplicar ao segmento infanto-juvenil. (...) Supostamente a salvo do reducionismo médico, crianças e adolescentes ficaram, na verdade, excluídas das tentativas de construção de um dispositivo clínico / psicossocial, que desse sustentação a um novo modo de cuidar dirigido a sujeitos em sofrimento, e não aprendizes deficientes. (COUTO, 2004, p. 64)

Cabe ressaltar que, embora o Movimento da Reforma Psiquiátrica tenha promovido uma série de mudanças, a assistência em saúde mental direcionada à população infanto-juvenil foi pouco referida pelo mesmo. Somente nas duas últimas conferências de Saúde Mental tal tema foi abordado e finalmente ficou estabelecido como diretriz política, inicialmente com a instituição de serviços de saúde mental direcionados a essa população específica, como, por exemplo, os HDis e CAPSi e posteriormente com a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

(COUTO, 2004; BRASIL, 2005; VICENTIN, 2006). A instituição desse Fórum preconiza seu funcionamento como instrumento de gestão que deve fortalecer as redes de atenção e a intersetorialidade. Para o Governo, funciona como um espaço de discussão permanente e pólo propulsor de políticas públicas que incentiva trocas de experiências, parcerias, além de discussões sobre o tema para a melhoria nos equipamentos e serviços direcionados às crianças e adolescentes.³⁹ (BRASIL, 2005)

Apesar desses esforços, pode-se supor, até em função de todos os aspectos históricos acima citados, que ainda é preciso compreender tais mal-entendidos a partir não somente dessa ótica histórica, mas por meio do modo como se concebeu o novo modelo de saúde mental e sua relação com a realidade institucional da rede de atenção em saúde mental infanto-juvenil. Com a finalidade de melhor contextualizar tal situação consideramos importante abordarmos, no próximo capítulo, o atual campo da saúde mental e atenção psicossocial, bem como a concepção de projeto terapêutico na ótica da clínica ampliada, uma das principais ferramentas desse novo campo.

³⁹ A cidade de São Paulo possui um fórum de formato similar, porém para discutir questões locais.

1.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UM CONTRAPODER?

O movimento da Reforma⁴⁰ Psiquiátrica caracterizou-se por questionamentos quanto ao modelo psiquiátrico tradicional por conta dos limites e fracassos observados em sua prática, principalmente no modo como funcionava sua instituição de referência: o asilo, manicômio, hospício e também o hospital psiquiátrico. Conseqüentemente, desenvolveram-se novas linhas teóricas e técnicas ligadas à Psiquiatria que procuravam criar práticas cada vez mais distanciadas da idéia do isolamento terapêutico, a sustentação conceitual dessas instituições. Em muitos países, esse processo culminou numa intensa reestruturação dos serviços de saúde mental ofertados à população⁴¹. AMARANTE (2007) propõe dividir as principais linhas que influenciaram esse momento da Reforma Psiquiátrica⁴² em três grupos:

1) Reformulação da gestão do asilo / hospital psiquiátrico e suas técnicas de tratamento:

- *Comunidade Terapêutica*: seu maior representante, o inglês Maxwell Jones, procurou envolver ativamente os pacientes e demais participantes do processo de tratamento por meio da sistematização de grupos operativos e de discussões coletivas. Esta linha considerava que a função terapêutica englobava a todos, dos

⁴⁰ AMARANTE (2003) considera inadequado o termo reforma por dar a impressão de uma simples modernização de técnicas terapêuticas e/ou de uma reestruturação da assistência psiquiátrica, o que pode reduzir a importância de tal processo.

⁴¹ A Reforma Psiquiátrica foi em parte também influenciada pela própria reforma sanitária desencadeada no campo da Saúde Pública.

⁴² Serão apresentadas a seguir apenas algumas das características dessas linhas, de modo superficial. Cada qual possui uma interessante produção teórica disponível em diversas publicações, infelizmente nem todas publicadas no Brasil (AMARANTE, 2007). Para maiores detalhes sobre o movimento da reforma psiquiátrica consultar PORTOCARRERO (1990), COSTA-ROSA (2000), GULJOR (2003), DESVIAT (1999), AMARANTE (2001, 2007) entre outros.

funcionários ao paciente, sua família e a comunidade. A ênfase era dada na atuação da equipe e nas atividades de grupo. Havia um incentivo na democratização das relações e na horizontalidade dos papéis sociais de cada um (AMARANTE, 2007).

- *Psicoterapia Institucional*: de origem francesa, possuiu como principais referências François Tosquelles e posteriormente Jean Oury entre outros. Embora de inspiração predominantemente psicanalítica, também compartilhou da maioria das premissas da comunidade terapêutica. Introduziu o conceito de *escuta polifônica* que buscava uma conjunção de referenciais teóricos no intuito de não reduzir o trabalho a uma dada corrente conceitual. Também inseriu as noções: de *acolhimento*, ligada à importância da equipe e da instituição como suporte e referência dos pacientes internados; e de *autonomia*, que visava à promoção de uma postura ativa destes frente ao próprio tratamento (AMARANTE, 2007).

2) Desmontagem do modelo hospitalar com a criação de serviços substitutivos:

- *A Psiquiatria de Setor*: surgiu na França com seu principal representante, Lucien Bonnafé, que propôs a criação de novos serviços, os *centros de saúde mental*, e uma política de implantação que deveria ordená-los de modo estratégico. Para tanto, os centros foram distribuídos nos setores administrativos das regiões francesas com a finalidade de garantir uma continuidade de tratamento após a alta hospitalar e evitar reinternações e internações de casos novos. Também priorizou o trabalho em equipe multiprofissional para realizar intervenções mais amplas, além do modelo médico tradicional (AMARANTE, 2007).

- *Psiquiatria Preventiva* ou *Saúde Mental Comunitária*: foi desenvolvida nos Estados Unidos por Gerald Caplan, seu principal fundador. Esta pretendia reduzir ou

prevenir as doenças mentais por meio de uma reestruturação dos serviços envolvendo três níveis de prevenção: a primária (pretendia agir em possíveis condições de risco individuais e ambientais antecedentes à irrupção de uma doença mental), a secundária (visava à detecção e intervenção precoce da doença mental) e a terciária (procurava reabilitar e readaptar o paciente à vida social). Esta linha utilizava o conceito de crise, principal fator da desadaptação, como referência para implantação de trabalhos preventivos de base comunitária, do qual as equipes de saúde mental procuravam identificar e intervir em possíveis problemas na própria comunidade, seja no indivíduo, na família ou em algum outro grupo. Foi a linha que propiciou a diretriz política de *desinstitucionalização* ao promover a *desospitalização* dos ingressos em hospitais psiquiátricos, a redução do tempo de permanência hospitalar nas internações e a oferta de outros tipos de serviços estruturado estrategicamente em rede. (AMARANTE, 2007).

3) Crítica radical e ruptura ao funcionamento asilar / hospitalar e da reestruturação dos novos serviços propostos por considerar um novo projeto de medicalização e normalização da sociedade:

- *Antipsiquiatria*: surgiu na Inglaterra com os trabalhos de Ronald Laing e David Cooper. Para esta linha, a experiência patológica não partia de um corpo e mente adoecidos, mas das relações estabelecidas entre um indivíduo dito louco e a sociedade que o oprimia a responder a uma dada normatividade. Argumentavam, a partir disso, que a importação das ciências naturais para algo que diz respeito às ciências humanas era um grande equívoco metodológico. Portanto, os hospitais psiquiátricos e outras instituições desse campo incorriam a esse erro, ao reproduzir de modo mais intenso as estruturas opressoras e patogênicas da própria sociedade e

de sua representante nuclear, a família. Como opção terapêutica, sugeriram a *metanóia*, uma técnica de acompanhamento que oferecia somente uma companhia auxiliar na superação das experiências idiossincráticas da pessoa que passava por algum sofrimento mental. Esta companhia também procurava proteger e combater possíveis situações de violência oriundas da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

- *Psiquiatria Democrática Italiana*: seu maior representante foi Franco Basaglia que, em parte influenciado pelas linhas anteriores, propôs uma experiência radical de fechamento das instituições asilares e implantação de serviços substitutivos de base territorial. Estes deveriam assumir a integralidade das ações de cuidado no território para trabalhar as formas como o social lida com o sofrimento psíquico. Adotava como estratégia a inclusão social, que contava com a criação de cooperativas, residências para ex-internos e uma variedade de outras participações e produções sócio-culturais. Essa linha rompeu com a lógica da *desinstitucionalização* como sinônimo de *desospitalização* e influenciou fortemente a constituição da Lei de Saúde Mental que passou a vigorar na Itália exigindo, entre outras coisas, a extinção das instituições de caráter asilar. Para Rotelli, outra importante referência dessa linha, a idéia central era restabelecer a relação social do sujeito e seu sofrimento, por meio do que nomeou como *processo social complexo*, que busca mobilizar atores sociais e novas práticas e concepções sociais, em prol de um novo lugar social para a loucura (AMARANTE, 2007).

De acordo com AMARANTE (2007), a Reforma Psiquiátrica Brasileira incorporou todas as experiências acima citadas e, como aconteceu com a experiência italiana, refletiu com os erros e acertos dos anteriores. Segundo o autor: “o conjunto

das estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo, mesmo na Itália.” (p.103). Para AMARANTE (2001, 2007) e DESVIAT (1999), um dos diferenciais desse processo foram as intensas mobilizações sociais que fizeram parte do contexto brasileiro, que contou com a associação dos trabalhadores de saúde mental, os pacientes e seus familiares do qual culminou no movimento conhecido como Luta Antimanicomial.

Contudo, mesmo com a associação das melhores contribuições de cada uma das linhas percorridas e deste outro movimento, por mais inovadoras ou mesmo “transgressoras” que sejam à prática psiquiátrica tradicional, não significa que tenha ocorrido de fato uma ruptura com o saber e poder psiquiátrico. É mais plausível pensar em termos de um deslocamento, um novo posicionamento, que pode variar de uma *despsiquiatrização* a um *contrapoder*, tal como proposto por FOUCAULT (1996, 2006).

Segundo FOUCAULT (1996, 2006), as relações entre saberes, poderes e práticas possuem pontos de força, fragilidades, tensões, disputas e ataques, ou seja, são jogos que também acarretam movimentos de resistência e contrapoderes. As limitações das técnicas disciplinares (descrito no capítulo anterior, na página 21) não somente desencadeiam tais confrontos como produzem estratégias contínuas cada vez mais sofisticadas e especializadas na condução dessas limitações⁴³.

⁴³ No caso do *contrapoder* proveniente da loucura, o autor aponta que o foco mais resistente e militante encontra-se na própria figura do louco, pelo jogo que este estabelece em relação à onipotência de sua loucura, às suas artimanhas de simulação e pelas plasticidades próprias da ampla gama sintomatológica presente na doença mental. FOUCAULT (2006) usa o exemplo da histeria para exemplificar esse aspecto.

O autor ressalta que no interior do próprio saber e poder psiquiátricos ocorre seus pontos de resistência que podem promover, inclusive, mudanças nas práticas psiquiátricas. Na modernidade, um desses pontos de resistência deu origem a um movimento de *despsiquiatrização*. A hipótese de FOUCAULT (1996, 2006) é que ocorre um fenômeno de deslocamento do poder médico em favor de um saber mais avançado, exato e que forneceria novas medidas e pontos de aplicação. O autor cita duas principais tendências:

A primeira delas refere-se a uma espécie de *pasteurização* da prática psiquiátrica, no caso, a idéia de um tratamento asséptico que articula diagnóstico exato e terapêutica eficaz para a supressão rápida das manifestações sintomáticas. A psicocirurgia e a psiquiatria farmacológica são seus principais expoentes.

A segunda tendência relaciona-se a um mecanismo de exclusão dos efeitos do espaço asilar na prática psiquiátrica por meio da inserção de regras como a do livre contrato entre médico e paciente, o estabelecimento de uma relação terapêutica no nível discursivo, e pela possibilidade da liberdade discursiva proposta ao paciente. Todavia, este universo relacional e discursivo permanece verticalizado e submetido, mesmo que de forma reconstituída, ao poder daquele que detém um dado saber. A psicanálise é a representante mais conceituada dessa referência, berço que inspirou a maioria das demais modalidades psicoterápicas. FOUCAULT (2006) cita que:

(...) a psicanálise pode ser interpretada como o primeiro grande recuo da psiquiatria, o momento em que a questão da verdade do que se dizia nos sintomas ou, em todo o caso, o jogo da verdade e da mentira no sintoma foi imposto à força ao poder psiquiátrico; o problema era saber se, nessa primeira derrota, a psicanálise não respondeu estabelecendo uma primeira linha de defesa. (p. 170)⁴⁴.

⁴⁴ Ou seja, talvez a própria psicanálise, mesmo que a contragosto, fortaleça esse poder psiquiátrico.

Para o autor, ambas as tendências conservam o poder psiquiátrico. De acordo com FOUCAULT (1996, 2006) somente a Antipsiquiatria conseguiu se opor a este, por ser seu verdadeiro extremo, enquanto contrapoder. Foi este movimento que possibilitou o questionamento do valor de verdade contido na produção de conhecimentos da psiquiatria. Orientado pelo princípio da desmedicalização da loucura, transferiu para o doente o poder de produção de sua própria loucura e verdade. Este movimento promoveu uma luta “com, na e contra a instituição, porque nela está contido os mecanismos do poder psiquiátrico.” (FOUCAULT, 2006, p.450). No entanto, FOUCAULT (2006) também é crítico a essa referência, por considerar que:

(...) a crítica institucional – hesito dizer “antipsiquiátrica” -, enfim, certa forma de crítica que se desenvolveu a partir dos anos de 1930-1940 partiu, ao contrário, não de um discurso psiquiátrico que se supõe verdadeiro para dele deduzir a necessidade de uma instituição e de um poder médicos, mas sim do fato da instituição, do funcionamento da instituição, da crítica da instituição, para evidenciar, por um lado, a violência do poder médico que nela se exercia e, por outro lado, os efeitos de desconhecimento que perturbavam logo de saída a suposta verdade desse discurso médico. Portanto, podemos dizer que nessa forma de análise partia-se da instituição para denunciar o poder e analisar os efeitos de desconhecimento. (p.49-50).

Na concepção do autor, as disposições de poder, suas redes, correntes e intermediações, os pontos de apoio e diferentes potenciais de caracterização que constituem simultaneamente o indivíduo e a coletividade são mais essenciais e imprescindíveis do que as regularidades institucionais. Afinal, estas são posteriores às relações de poder. Para FOUCAULT (1996, 2006), embora a Antipsiquiatria ou mesmo as demais linhas se posicionem de modo crítico, elas também se constituem

em poderes, mesmo que configuradas enquanto contrapoderes, o que, portanto, produz seus próprios saberes e tecnologias disciplinares. O autor aponta que:

Todas as grandes reformas, não apenas da prática psiquiátrica, mas também do pensamento psiquiátrico, se situam em torno dessa relação de poder: são tentativas de deslocá-lo, mascará-lo, eliminá-lo, anulá-lo. O conjunto da psiquiatria moderna é atravessado no fundo pela antipsiquiatria, se entendermos por isso tudo o que questiona o papel do psiquiatra outrora encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar. (FOUCAULT, 2006, p.448)⁴⁵

É interessante como a *História da Loucura* torna-se, também, argumento para o movimento da Reforma. FOUCAULT (2003), todavia, manteve-se reticente:

Digamos antes isto: há um tempo escrevi um livro sobre a história da loucura. (...) Ainda recentemente, nas universidades, quando se falava desse livro aos estudantes, se fazia observar que ele não fora escrito por um médico e que, conseqüentemente, era preciso desconfiar dele como da peste. Ora, uma coisa me chocou: há alguns anos desenvolveu-se na Itália, em torno de Basaglia, e na Inglaterra um movimento que chamamos a antipsiquiatria. Essas pessoas, certamente, desenvolveram seu movimento à partir de suas próprias idéias e de suas próprias experiências como psiquiatras, mas viram no livro que eu escrevera uma espécie de justificativa histórica e, de algum modo, elas o reassumiram, reconsideraram e, até certo ponto, se encontraram, e eis que esse livro histórico está em via de ter uma espécie de resultado prático. Digamos então que estou um pouco ciumento, e que agora eu gostaria muito de fazer as coisas eu mesmo. (FOUCAULT, 2003, p. 35)

Para o autor, este uso funcionava como argumento para uma crítica ao saber-poder psiquiátrico e seu efeito normativo que, em sua opinião, não se extinguiu de fato, somente se deslocava, como uma reciclagem, para se sutilar e se tornar mais invisível:

⁴⁵ No artigo intitulado da obra *Microfísica do poder* há uma citação similar na página 124.

E quando, na França, propõe-se uma ‘psiquiatria de setor’ que funcionaria fora dos muros do asilo, que responderia às demandas mais do que às imposições, uma psiquiatria aberta, múltipla, facultativa que, em vez de deslocar e isolar os doentes, os deixaria em seu lugar e em seu ambiente, talvez, de fato, estejamos preparando um definhamento do asilo. Mas, estaremos nós em ruptura com a psiquiatria do século XIX e com o sonho que ela trazia desde sua origem? O ‘setor’ não seria um outro modo, mais maleável, de fazer funcionar a medicina mental como uma higiene pública, presente por toda parte e sempre pronta a intervir? (FOUCAULT, 2002, p. 327)⁴⁶

Sua obra não pretendia gerar propriamente uma militância, mas promover um questionamento, como forma de resistência / luta, em relação a uma condição de alguma maneira sempre dada:

Assim foi com a História da Loucura; aliás é bastante curioso que esse livro, que diz explicitamente: eu falarei do que aconteceu no que se refere à loucura e à doença mental do século XVII e o início do século XIX – não fui além de Pinel –, esse livro, todos os psiquiatras o leram como um livro de antipsiquiatria. Como se ele falasse da situação mental! Eles, ao mesmo tempo, tinham e não tinham razão. Não tinham razão porque isso não era verdade, eu não falava disso. Mas havia, contudo, alguma coisa de verdade na reação epidérmica e colérica por parte deles, pois na realidade, *ler a história dessa maneira significava, efetivamente, traçar nas realidades contemporâneas vias possíveis que se tornaram, em seguida, mediante as transformações indispensáveis, as vias realmente seguidas*. O efeito de verdade que procuro produzir reside nessa maneira de mostrar que o real é polêmico. (FOUCAULT, 2003, p. 278-279, grifo nosso)

De qualquer forma, a psiquiatria, influenciada pelas linhas acima descritas e por uma medicina mais comunitária e social, paulatinamente transformou seu projeto de prevenção das desordens mentais para o projeto de promoção da saúde mental. (AMARANTE, 2001). Segundo PORTOCARRERO (1990), ocorreu um tipo de *metamorfose paradigmática* com a Reforma Psiquiátrica, do qual o *dispositivo da*

⁴⁶ FOUCAULT (2002), comentava a obra de Robert Castel, que publicou uma crítica contundente sobre a psiquiatria de setor ocorrida na França. Embora seja específico desse movimento, supõe-se que esta também pode se relacionar com os demais movimentos.

alienação foi substituído pelo *dispositivo de saúde mental*. Tal fator é decorrente da inserção, no discurso psiquiátrico, desta pluralidade de teorias e estratégias propostas pelas as quais a autora denominou de *psiquiatrias alternativas*.

A autora, baseada na obra de Foucault, define dispositivo como a função que demarca um conjunto heterogêneo que inclui discursos, instituições, espaços arquitetônicos, decisões legais, pressupostos científicos, entre outros. O dispositivo possui natureza estratégica e funciona como uma rede de composição que pode desempenhar a função de responder a uma emergência num dado momento histórico. Para COSTA (1983), este dispositivo é formado por uma associação entre práticas discursivas, que são um conjunto de saberes disponíveis, num dado contexto histórico, fortalecedores de técnicas de controle e práticas não-discursivas, que agrupam mecanismos disciplinares como os de controle corporal, de espaço físico, do tempo, de regulamentos administrativos, entre outros. É esta combinação entre discursos teóricos e regras de ação prática que margeiam a lei em prol de uma normalização, que visa menos a repressão e mais prevenção, por meio da regulação e adaptação dos indivíduos “não apenas pela abolição das condutas inaceitáveis, mas, sobretudo, pela produção de novas características corporais, sentimentais e sociais.” (COSTA, 1983, p.50). Segundo FOUCAULT (2002):

Nossas sociedades e os poderes que nela se exercem são colocados sob o signo visível da lei. Porém, de fato, os mecanismos mais numerosos, os mais eficazes e os mais fechados atuam nos interstícios das leis, segundo modalidades heterogêneas ao direito, e em função de um objetivo que não é o respeito da legalidade, mas a regularidade e a ordem. Todo um regime de não-direito estabeleceu-se, com efeitos de desresponsabilização, de tutelado e de manutenção na menoridade: e aceitamo-lo ainda mais por ele poder justificar-se, de um lado, pelas funções de proteção e segurança, de outro, por um *status* científico ou técnico. (p.327-328)

PORTOCARRERO (1990) analisa a Saúde Mental como um dispositivo produtor de saber e poder, que engloba: a reunião de um conjunto teórico e tecnológico composto por múltiplas disciplinas; a instituição de novos equipamentos (como, por exemplo, os CAPS) e novos programas de intervenção (de cunho preventivo e terapêutico) destinados à população; e a nomeação de um novo grupo de técnicos responsáveis por tais empreendimentos e ações, no caso, os *trabalhadores de saúde mental*.

De acordo com a autora, essa nova equipe profissional, com ênfase na multidisciplinaridade, realiza uma prática mista que adota princípios de uma psiquiatria ainda clássica (por exemplo, pela adoção do uso de psicofármacos) com os das psiquiatrias alternativas. Essa característica mostra que tal dispositivo não chegou a constituir uma ruptura ou descontinuidade histórica entre as psiquiatrias alternativas e a clássica: há um “deslocamento em relação às justificativas científicas tradicionais, apesar de não escapar inteiramente de suas determinações”. (PORTOCARRERO, 1990, p. 12). Para a autora, esta mudança ocorreu num nível mais do saber teórico do que da prática⁴⁷. A própria estrutura disposta pelo Sistema Único de Saúde ainda exige uma eficácia assistencial nos moldes do poder médico, com pouco incentivo em novas iniciativas técnicas, como a instalação de novos equipamentos e a capacitação das equipes e, inclusive, ainda

⁴⁷Já COSTA-ROSA (2000) aponta que ocorreu o estabelecimento de um novo paradigma, decorrente das transformações produzidas pela reforma psiquiátrica, que denominou como *modo psicossocial*. Para justificar essa mudança utiliza quatro campos como referência: o teórico-conceitual, o técnico-assistencial, o jurídico-político e o sociocultural. Para o autor, os principais parâmetros que compõem esse paradigma e sustentam sua operacionalidade são: as concepções do seu objeto e meios de trabalho, as formas de organização do dispositivo institucional e político, as modalidades de relacionamento com a clientela e os efeitos de suas práticas inscritos em termos terapêuticos e éticos. Seriam estes norteadores que indicariam se a prática promovida tem um caráter psicossocial ou asilar.

aceita modalidades hospitalares e instituições de caráter asilar, muito embora tenha exigido uma espécie de reciclagem e diminuição do número de leitos (PORTOCARRERO, 1990).

Apesar de reconhecerem a importância da Reforma Psiquiátrica, BIRMAN e COSTA (1994) sinalizam que, do ponto vista teórico, tal movimento⁴⁸ também trouxe suas inconsistências:

Não estamos absolutamente diante de um sistema teórico seguro e consistente que pudéssemos colocar entre parênteses temporariamente, a fim de discutirmos a constituição de uma melhor rede assistencial. Estamos perante um problema que necessita ser tratado teoricamente, pois dele decorrem conseqüências de base sobre a organização de instituições voltadas para a assistência. (p. 41)

Ou seja, a simples implantação de novos serviços de saúde mental organizada de acordo com os princípios que nortearam o Movimento da Reforma Psiquiátrica não é garantia de que estejam funcionando de acordo com o que pretendiam superar. Autores como FERNANDES (1999), SCARCELLI (1999), MARQUES (2001), KINOSHITA (2001) entre outros também apresentam críticas relacionadas aos aspectos citados por BIRMAN e COSTA (1994). A maioria comenta sobre um momento de transição que ainda implica na desmontagem do dispositivo anterior e na possível aquisição de novos paradigmas, dos quais as incertezas e lacunas teóricas, técnicas e práticas geradas com essas mudanças ainda não asseguram os resultados de seus esforços e são os grandes desafios atuais. Já AMARANTE (2003)

⁴⁸ Suas críticas se concentraram principalmente na Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária.

indica como outro problema a redução de todas as contribuições que fizeram parte do processo da Reforma a uma simples reestruturação dos serviços de saúde mental⁴⁹.

Com opinião similar, KODA (2003) acrescenta que o discurso desinstitucionalizante, com toda a radicalidade do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial necessária na resistência contra a hegemonia da psiquiatria tradicional, precisa se precaver de uma homogeneização discursiva e uniformização de respostas que encobrem a diversidade de saberes e práticas essenciais à transformação do lugar social da loucura. Para a autora, a constituição desse novo lugar precisa considerar dimensões teóricas, científicas e institucionais, não somente pela perspectiva política e social, mas também pelo prisma da clínica. Segundo a autora:

É necessário que ao discurso político também se incorporem outros discursos (clínicos) de modo a compreender o sofrimento da pessoa a partir de um âmbito que não seja unicamente o social (a condição de pobreza, o não exercício da cidadania), mas que também possa resgatar a positividade do delírio, sua dimensão de verdade do sujeito, ajudando-o a construir respostas e sentidos para as estranhas coisas que vive. Em outras palavras, o sujeito de direitos não deve eclipsar o sujeito psíquico e vice-versa. (KODA, 2003, p.84)

Possivelmente um dos grandes problemas dessa conjuntura refere-se ao conceito de saúde mental e o modo como este se atrelou (ou não) à clínica. FERNANDES (1999) alerta que a saúde mental é “um campo problemático, constituído por múltiplos discursos normalizadores e adaptacionistas e povoado por

⁴⁹ AMARANTE (2003) critica a atual política nacional de Saúde Mental devido a uma tendência a reduzir todo o processo à uma implantação predominante de unidades de CAPS na rede, em detrimento a um amplo repertório de outros recursos. Para o autor está ocorrendo uma reorganização mais administrativa e tecnocrática dos serviços, com uma clínica modernizada e uma psiquiatria renovada, principalmente dentro dos CAPS. Dessa forma: “há um risco de um processo de *capsização* da reforma psiquiátrica”. (p. 63)

mitos a respeito da doença mental e cura. Entendê-la, hoje em dia, resulta numa tarefa arriscada e altamente ideologizada.”(p. 95). Para a autora, este campo possui múltiplas contradições, composta por heranças teóricas e técnicas oriundas de ideologias que sofreram adaptações pouco rigorosas, gerando práticas autônomas e saberes descomprometidos de suas referências. Tal estrutura também pode gerar *lugares de clausura* que mantêm mecanismos segregadores em novas roupagens. Esse processo depende de uma profunda discussão e redefinição dos objetos e objetivos das práticas de cuidado atuais e dos instrumentos necessários a tal finalidade para que essa mudança não seja somente uma *pseudotransformação* (FERNANDES, 1999).

De acordo com AMARANTE (2007), o termo Saúde Mental tem dois principais sentidos: 1) como um estado mental saudável. Pela amplidão e relatividade do que se considera saúde mental e seu oposto doença mental, é muito complexo defini-lo, principalmente pela referência do que é normal e/ou patológico. A OMS (2001) a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (p.2). O autor questiona se alguém de fato consegue chegar a este estado completo. Funciona mais como um ideal almejado, uma referência; 2) como um amplo e complexo campo ou área de conhecimento e de atuação técnica presentes no universo das políticas públicas de saúde. Ressalta que necessariamente exige uma transversalidade de saberes, pluralidades técnicas, ações integrais e intersetoriais para que possam melhor atender as complexidades inerentes ao seu objeto de estudo: o sofrimento mental. Estas características dificultam a delimitação de sua fronteira, muito embora sejam também sua maior riqueza por quebrar com o paradigma de uma vertente única e definitiva para esse campo. Em virtude disso, o autor conclui que:

(...) saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social. (AMARANTE, 2007, p.19)

CIRINO (2001) aponta que a saúde mental, como campo, não possui um significado único e consensual. Uns a situam como aquela que se opõe à hegemonia técnica da Psiquiatria tradicional que deve ser superada pela divisão de seus cuidados por diferentes categorias profissionais. Outros a consideram um complexo dispositivo capilarizado de sutil controle social. Também existem os que argumentam que ela é um conjunto de políticas, técnicas e práticas influenciados por dois saberes de base, a Psiquiatria e a Psicanálise, que procuram lidar com um dado problema do sujeito nas suas articulações com o social. E, por fim, os que a consideram como um campo que faz diferença às normas sociais. Segundo o autor, é um campo marcado pela diversidade teórica e de formas de atendimento que põe inclusive o modelo clínico em questão. Acrescenta que no caso da saúde mental infantil, há um território bem mais amplo e multirreferenciado composto por distintas disciplinas e instituições com diversos encargos sociais que acarretam objetos e objetivos divergentes. Neste conglomerado funcionam diferentes lógicas, como as sanitária, tutelar, educacional e jurídica.

Para BIRMAN e COSTA (1994), a idéia de criar um saber em torno do conceito de saúde mental e das suas condições de possibilidade propiciou uma transformação do discurso teórico psiquiátrico (e do “psi”, de modo mais amplo) e conseqüentemente das estruturas assistenciais. Este novo objeto, a Saúde Mental, surgiu “de modo turvo, forjando-se na obscuridade das práticas, não se cristalizando

nas formulações conceituais, mas que progressivamente ganha forma, tornando-se o objeto explícito da nova Psiquiatria” (BIRMAN e COSTA, 1994, p.45) e demais áreas do conhecimento que também passaram a se ocupar dela. Todavia, segundo os autores, essa mudança provocou uma crise principalmente na prática clínica, devido ao conflito que se estabelece entre a exigência de uma nova prática com a erigida anteriormente, do qual o resultado é uma “zona cinzenta” de estruturas lógico-conceituais e instrumentos de realização terapêutica nem sempre coerentes e homogêneos.

Do ponto de vista da clínica, como o objeto de intervenção nesta vertente não visa mais o tratamento da doença, mas sua prevenção e a promoção da saúde, culmina num terreno mais amplo e indefinido, que acaba por se isentar de uma definição técnica e circunscrita de sua terapêutica:

Se não é mais a doença o objeto das preocupações, mas a promoção da Saúde Mental, esta ação pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas. Terapêutica global, todos terapeutas, mas ninguém terapeuta de verdade, arrebatando-se os critérios de cura e de terapêutica do ponto de vista conceitual: tal é o saldo que esta mudança de objeto implícita vai articulando na nova estrutura. (BIRMAN e COSTA, 1994, p.51)

Dessa forma, o estatuto clínico do profissional se perde. Para os autores há uma “pulverização do sujeito da prática”, o chamado técnico ou trabalhador de saúde mental, que qualquer um pode ser. BIRMAN e COSTA (1994) alertam que “é preciso que nos interroguemos se atrás disto que se afirma – que qualquer um cura – não se camufla algo mais fundamental – que ninguém cura – ou cura-se quem não precisa ser curado” (p. 61).

Algumas questões suscitam a partir dessa nova lógica apresentada: Com o advento da Saúde Mental é possível pensar numa clínica? A partir de que pressupostos, de que referências? E como planejá-la? E se tudo se torna terapêutico, o que mais pode faltar? Será que não se torna um pensamento também totalizante e ideologizado, algo sempre combatido pela militância da reforma? Será que essa situação não favorece um abismo referencial, onde tudo ao mesmo tempo pode, mas que nada de fato serve? Como se pode observar toda essa conjuntura gerou uma situação paradoxal da clínica no campo da Saúde Mental. Parece que são muitas as divergências quanto a atual função da clínica, a ponto de colocar sua existência em questão.

1.4 OS PARADOXOS DA CLÍNICA E O DISPOSITIVO DE PROJETO TERAPÊUTICO

De um lado, autores como SARACENO (2001b), BERTOLOTE (2001), MARQUES (2001), AMARANTE (2003, 2007), entre outros optam por deixar a questão da clínica em aberto, “entre parênteses”⁵⁰, porque dão ênfase na experiência pela prática. Uma prática que ainda está em busca de uma teorização⁵¹. SARACENO (2001) sugere inclusive a substituição da palavra clínica por considerar sua origem conceitual muito próxima ao modelo médico tradicional (que valoriza uma relação entre o observador técnico e o indivíduo que porta uma doença) do qual a Reforma tanto procurou combater. Em virtude dessa crítica, surgiram termos como Reabilitação Psicossocial, Atenção Psicossocial, Clínica Psicossocial, Clínica Alargada e Clínica Ampliada, este último muito difundido na Saúde Coletiva, para em parte também responder a essa crítica.

BERTOLOTE (2001), por exemplo, comenta que a clínica é essencial e ao mesmo tempo periférica. Cada qual faz uma parte, um pedaço às vezes influenciado ideologicamente pelo o que já existiu do passado, de algo muito mais complexo e multifacetado no presente. Para o autor, quem não tem competência, não se estabelece, ou seja, só faz quem sabe fazer. Este seria, portanto, um primado pautado pela experiência prática. Acrescenta que o problema do poder que a própria condição

⁵⁰ Alusão à frase de Basaglia sobre deixar a doença “entre parênteses”. (AMARANTE, 2001, 2003, 2007)

⁵¹ Para SARACENO (2001) é preferível não ter pressa e priorizar tal construção teórica visto que a história traz exemplos dos problemas de uma construção teórica divorciada da prática, tal como aconteceu na própria clínica que utilizou fragmentos confusos de teorias e ideologias antigas. Sugere aos profissionais que sigam com suas práticas respeitando o tempo necessário à essa construção. Contudo também alerta que esta situação transitória deve ser vista com cautela, já que a ausência teórica pode ceder espaço a uma ideologia de referência.

da prática estabelece é a principal barreira a ser rompida, e acredita que a ‘cultura de avaliação’ deve estar presente para que a situação não se perca nessa questão como também em linguagens, saberes, práticas ou modelos que não faz bem àquilo a que se propõe. Já MARQUES (2001), aponta que a uma forma da ‘Clínica Alargada’ atingir seus objetivos e integrar suas ações terapêuticas seria intervir para além da instituição e do que é próprio de cada especialidade. Isto implicaria envolver os profissionais, inclusive os “psi”, com a “concretude” das coisas, expandir seu campo de atuação e transitar para algo que supere uma postura técnica e assistencialista tradicional.

AMARANTE (2003) sintetiza bem o posicionamento desse grupo ao comentar sobre a crítica feita à reforma psiquiátrica brasileira de não se preocupar adequadamente com a questão da clínica. Segundo o autor, como pelo referencial da reforma (principalmente pela influência basagliana), a própria doença é questionada, tal clínica também deve ser desconstruída e transformada numa relação com o sujeito da experiência. Argumenta que a criação de novas práticas depende dessa mudança de olhar, pois a vertente clínica reduz à representação da doença, mesmo que opere numa perspectiva mais ‘alternativa’. Pode, portanto, incorrer numa exclusão de novas potencialidades relacionais que promovam a cidadania e a autonomia do sujeito. O autor sugere uma ‘reinvenção’ da clínica, caso continue a ser nomeada desse modo, do qual não se reduza a uma única e exclusiva corrente teórica nas suas intervenções, mas que seja um processo de construção cotidiana pelas contribuições de diferentes atores que possuem inúmeras competências profissionais para lidar com o sofrimento psíquico. Estes contam com a conjunção de diferentes dispositivos, estratégias e serviços e procuram produzir novos conceitos e práticas sociais. Para o

autor, num serviço inovador (CAPS), tal como os propostos pela reforma psiquiátrica:

(...) se estão operando rupturas conceituais, ao mesmo tempo que técnicas, políticas, jurídicas e sociais. Ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (ao invés de seqüestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar)⁵² estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura. Ao não vislumbrar esta dimensão para além da clínica, essa transcendência, cai-se inevitavelmente, num outro tipo de totalitarismo. A clínica ampliada amplia-se a tal ponto que tudo se torna clínica. E isto representa o temor do técnico em perder a sua hegemonia, o seu mercado de fazer clínica ou de fazer supervisões clínicas (AMARANTE, 2003, p.62)

Por outro lado, autores como GOLDBERG (1994), BIRMAM e COSTA (1994), MACEDO e MARON (1997), BEZERRA JR. (2001), SILVA (2001), KODA (2003), PINTO (2005), TELLES (2006) entre outros advogam não somente a favor da clínica como na necessidade do resgate de seu papel com o advento da Saúde Mental. De acordo com MACEDO e MARON (1997), as mudanças provenientes da reforma psiquiátrica repercutiram principalmente no campo da clínica, com o desencadeamento de uma discussão polarizada entre uma nova clínica ou a sua extinção⁵³. Contudo, os autores consideram que é um conflito muito mais político do que técnico, pois nesses embates entre a existência ou não da clínica transparece uma confusão conceitual entre uma clínica mais estrita, voltada ao modelo médico e outra concepção diferenciada, que a considera de modo mais amplo.

⁵² Embora, para FOUCAULT (1996, 2006), esta disciplinarização, medicalização e normalização não sejam extintas.

⁵³ Das principais influências citadas da reforma psiquiátrica, os modelos mais díspares são os propostos de um lado pela Psicoterapia Institucional que manteve uma tradição clínica, embora diferente do paradigma médico e, de outro lado pela Psiquiatria Democrática que rejeitou e pretendeu romper totalmente com tal referência à clínica (MACEDO; MARON, 1997)

GOLDBERG (1994), um dos criadores do projeto CAPS também referência do campo da Saúde Mental, aponta que a clínica não pretende recusar seu saber acumulado, (não somente o médico, mas principalmente de outras contribuições, como da psicanálise e da psicologia) mas visa constantemente priorizar o que aparece de singular em cada paciente em relação a um dado saber científico universal. Este autor compreende a relação terapêutica como um espaço privilegiado de escuta que possibilita o resgate ou a construção de alguma linguagem possível. O resultado desse mecanismo é um deslocamento do eixo tratamento e cura para o do cuidado ampliado. Segundo MACEDO e MARON (1997):

Tal perspectiva terapêutica implica em cuidados mais abrangentes, produzindo uma noção de cuidado que integra múltiplas ações situadas em diferentes planos de intervenção. O tratamento vai se constituindo incluindo-se a participação do paciente na construção de projetos terapêuticos e da configuração de seu cotidiano. As respostas que se obtém com as intervenções se constituem o fio condutor para a avaliação do sentido terapêutico das ações empregadas. (p. 209)

BEZERRA JR. (2001) questiona o lugar da clínica nesse novo campo de intervenção, que ora aparece sub ou supervalorizado. Pela polarização, de um lado, com a intervenção “psi” que “tentam fazer da idéia de transformação, apenas a aplicação radical de uma proposta terapêutica psíquica” (p.138); e, de outro, com a ênfase na “importância em se pensar estruturas assistenciais que contemplem a relação do sujeito com a realidade social” (p.138). De acordo com o autor falta não somente um terreno comum dessas discussões, mas incluir uma relação mais direta dos próprios pacientes com esses espectros. Para o autor, qualquer transformação da assistência mantém algumas noções básicas, como por exemplo, os questionamentos sobre: o que é o sujeito, a interação humana, o sintoma e o sofrimento, o que é

terapêutico, o que é cura, além dos próprios jargões profissionais utilizados e da idéia de normal e patológico, que apesar das críticas, ainda se opera nas distinções e prioridades nos campos de intervenção, em diferentes níveis assistenciais, nas políticas de saúde, entre outros. O autor resgata a idéia psicanalítica de descentramento do sujeito (pela via do conceito de inconsciente) para argumentar que as críticas direcionada à clínica, como, por exemplo, o de reducionismo psicológico e de terapeutização de uma prática social está baseada numa concepção de clínica que adota um modelo normativo de sujeito e, de acordo com BEZERRA JR. (2001), a própria idéia freudiana de descentramento subverte tal condição já que remete a lidar com a rede subjetiva que envolve este sujeito, da sua interioridade à sua exterioridade, aberta à pluralidade das produções que a cultura oferece. A clínica, nessa perspectiva, é essencial para se pensar novas propostas assistenciais para daí discutir a importância das estruturas institucionais e de equipe. Daí decorre a:

(...) idéia precisa da importância da noção de clínica ampliada, teremos uma idéia precisa do quanto pensar na clínica é pensar em criar instrumentos, *settings*, modalidades de intervenção com objetos, com palavras, com silêncios, mas que produzam e provoquem reações que apontem para uma plurificação da capacidade daquele sujeito ordenar suas práticas psíquicas, suas práticas sociais, de modo mais criativo. (...) Se a discussão sobre clínica ampliada é realmente indispensável, é indispensável também que se possa fazer um recorte do que seja o campo específico da intervenção clínica. (...) Embora concorde com a idéia de clínica ampliada, eu não concordo com certa leitura que às vezes se faz de que tudo o que é feito neste campo de intervenção é clínica, que toda prática de intervenção (...) é clínica, e com isso, a gente dilui a especificidade de um tipo de discussão. (BEZERRA JR., 2001, p.142)

Curiosamente, apesar dessas discussões em torno da concepção da clínica, o conceito de Clínica Ampliada não somente floresceu no âmbito da Saúde Mental

como se disseminou no Campo da Saúde Coletiva, em termos de uma política de saúde promovida pelo Ministério da Saúde por meio do *Programa de Humanização do SUS*, conhecido como *HumanizaSUS* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Na cartilha oficial deste programa, a Clínica Ampliada aparece como: um compromisso radical profissional e ético com o sujeito doente, que é pensado de modo singular; aquela que assume a responsabilidade em relação aos usuários dos serviços de saúde; a que procura ajuda em outros setores (intersectorialidade); e a que reconhece os limites de conhecimentos e tecnologias dos profissionais de saúde, o que a leva a procurar por outras possibilidades em diferentes setores. Esta clínica exige dos profissionais de saúde um exame constante dos próprios valores e os da sociedade e adota como princípios uma escuta aberta e o estabelecimento de vínculos e afetos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O termo projeto terapêutico, embora por vezes apareça em outras contribuições teóricas do campo da clínica, está freqüentemente presente não somente nos textos que abordam o tema da Clínica Ampliada como nos relacionados às atuais políticas de saúde, principalmente por meio de leis, diretrizes e textos oficiais, produzidos pelo governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; 2002; 2004; 2005; 2007). De modo geral, quando o termo é referido, aparece como um instrumento norteador que auxilia na condução de um cuidado / tratamento. Alguns textos como os do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007), de CUNHA (2007), de SANDUVETE (2007) e de OLIVEIRA (2008) apresentaram uma preocupação em sistematizar o Projeto Terapêutico como um tipo de protocolo ideal de trabalho.

Na referência clínica, a expressão projeto terapêutico aparece principalmente no âmbito do manejo do trabalho. SANDUVETE (2007) comenta que a palavra

projeto, do latim *projicere*, pelo dicionário significa lançar para adiante, substantivada como plano, intento, desígnio. Associa a palavra à idéia de ação, de modelar uma ação. A palavra ‘terapêutico’ está diretamente ligada à clínica, como a ação e efeito de um tratamento.

Em termos estruturais pode-se pensar que todo projeto parte de uma problematização ou da formulação de um conjunto de problemas. Qualquer intenção de agir pede a elaboração de hipóteses que levam a um estudo direcionado do que pode estar associado a tal problemática. É a partir dessa elaboração que geralmente se realiza alguma ação sobre o mesmo visando efeito(s) / resposta(s) e, se possível, uma solução / conclusão. Ou seja, grosso modo, parte-se de algo para chegar a algum lugar. O que exige certo fundamento, preparo e planejamento. A origem da palavra projeto também remete a algo que não está fechado, pronto ou estanque, mas atrelado a uma proposta, a algo em aberto, e não finalizado, portanto, passível a revisões.

Foram encontrados poucos trabalhos acadêmicos que tratassem dessa temática em particular. Porém, em textos que discutem algum aspecto da clínica, principalmente relacionada aos serviços de saúde mental, eventualmente aparece alguma indicação. No campo da Saúde Coletiva, os trabalhos que tratam desse assunto indicam que a noção de Projeto Terapêutico (assim como de Clínica Ampliada) foi inspirada nas contribuições do campo da Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; OLIVEIRA, 2008).

Para GOLDBERG (2001), o tratamento dos pacientes de CAPS “requer um projeto individualizado que não perca de vista a noção de conjunto, devendo demonstrar-se atento ao tempo de cada um, com perspectivas de possibilitar ao longo do processo o aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha. Há muitas

maneiras de se abordar tal questão, e ela dependem do perfil dos profissionais que trabalham, das características físicas e institucionais do local, da cultura regional, da vontade política e principalmente deste dado incógnito, que é a resposta dos usuários.” (p. 39). O projeto deve se atentar às necessidades particulares do paciente, desde sua entrada, para acolhê-las e processá-las como elementos que compõe a individualidade do paciente. É isto que previne um comportamento estereotipado da instituição e possibilita o protagonismo do próprio paciente em seu tratamento. KINOSHITA (2001) acrescenta que a capacidade de se elaborar projetos numa instituição se mede pela associação de abordagens terapêuticas específicas contextualizadas às ações práticas que podem modificar as condições de vida do usuário, enriquecer sua subjetividade e fortalecer sua autonomia.

SANTOS (2006), que fez uma pesquisa sobre projeto terapêutico do ponto de vista dos usuários de um CAPS, afirma que o objetivo do projeto terapêutico é “(...)oferecer atendimento à população da área de abrangência do CAPS, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social do sujeito por meio do trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis, além de fortalecer os laços familiares e comunitários” (p. 35). Segundo o autor, cada usuário de CAPS deve possuir um conjunto de atendimento que respeite as suas singularidades, dentro e fora da unidade, e que incentive a inclusão social “desde que respeitados as possibilidades individuais e os princípios de cidadania de cada sujeito, visando diminuir o estigma da doença mental e estimular a sua vida diária.” (p. 37). Por isso é necessária uma *rede social organizada*, composta de promoção e prevenção da saúde, assistência, recuperação e reabilitação. Comenta que a reforma possibilitou que o cuidado tivesse um elo entre sujeito-serviço, sujeito-família, sujeito-comunidade e serviço-comunidade.

No Campo da Saúde Coletiva, encontramos MERHY (1998) que faz uma discussão do cuidado pelo prisma do Projeto Terapêutico Individual. Segundo este autor, ao adotar tal parâmetro, compartilhado pela equipe, o profissional de saúde pode ser operador e gestor deste cuidado, do qual seria possível explorar a cooperação de diferentes saberes por meio do estabelecimento de um espaço de decisão compartilhada. Dessa forma, se ampliaria as percepções das necessidades de saúde e a incorporação de novos “objetivos usuários-centrados” o que conseqüentemente transformaria o projeto terapêutico como um dispositivo reformulador da formação dos próprios profissionais de saúde. MERHY (1998) aponta que todos os trabalhadores de saúde de alguma forma fazem clínica, quando situados no campo onde funcionam as *tecnologias leves*. Estas tecnologias estão ligadas ao universo das relações e do vínculo e procuram atuar no não capturado e cristalizado pelas tecnologias mais estruturadas, o que possibilita que a clínica crie, por meio dos trabalhadores de saúde, “espaços de acolhimento”, “responsabilização” e “vínculo” coletivos. CAMPOS (2003) também é partidário desse princípio.

OLIVEIRA (2008) adota a mesma premissa comentada anteriormente de que “todos podem produzir ações terapêuticas”. Esta é essencial para o entendimento da clínica e a discussão dos projetos terapêuticos, pois funda a possibilidade da produção coletiva de uma equipe de saúde que se constitui por trabalhadores de formações e níveis de escolaridades variados. O autor justifica que é essencial superar a idéia de que clínica e terapêutica são atribuições somente de profissionais graduados. Enfatiza que os profissionais “não-graduados” são parte integrante desse processo e fundamentais na formulação, implantação e avaliação de projetos terapêuticos.

Este autor aponta que o Projeto Terapêutico Singular⁵⁴ funciona ora como dispositivo, ora como arranjo ou como estratégia na reorganização do processo de trabalho numa perspectiva singularizada, que varia conforme o caso e sua conjuntura. O autor propõe “o estudo do Projeto Terapêutico Singular, enquanto dispositivo de gestão capaz de provocar processos de reflexão / ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades de eles repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos.” (OLIVEIRA, 2008, p. 45). Segundo o autor, o projeto terapêutico pode também funcionar como uma ferramenta de integração e organização das equipes de saúde, principalmente as do campo da saúde mental como, por exemplo, os serviços de atenção psicossocial que não se limitam à situação de crise do paciente.

Outra ênfase dada ao Projeto Terapêutico é a importância da participação do próprio paciente. SANTOS (2006), CUNHA (2007), OLIVEIRA (2008), entre outros, ressaltam que tal participação junto à sua equipe de cuidado é fundamental, para que ele seja o principal protagonista do seu tratamento. Inserir-lo no processo de discussão do projeto terapêutico é incentivar sua autonomia e cidadania. É um reconhecimento de que a pessoa possui capacidade / condições de interferir na sua própria vida e na relação com seu sofrimento / doença⁵⁵. A diretriz do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) inclusive indica a necessidade da equipe incentivar esse

⁵⁴ A substituição do nome Projeto Terapêutico Individual para Projeto Terapêutico Singular refere-se à possibilidade de associar a ideia de Projeto Terapêutico não somente para indivíduos como também para coletivos e porque o termo também remete à diferença, não passível de reprodução, o que deixa menos suscetível à “processos de captura pelo planejamento normativo”. (OLIVEIRA, 2008, p.51).

⁵⁵ Esta ideia é nomeada de *Produção de Vida*, que consiste em saídas criativas que os sujeitos inventam para lidar com uma situação imposta por um limitante. Não deixam de sofrer, de ter o problema, mas buscam uma nova possibilidade de transformação da vida. A proposta é que o profissional possa ajudar nesse processo.

protagonismo por meio de uma “proposta terapêutica pactuada com o usuário” (p. 20).

Quanto à sua definição oficial, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) descreve o Projeto Terapêutico como “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.” (p. 40). Também adota, tal como OLIVEIRA (2008), uma organização do trabalho, sugerida por CUNHA (2007), para a elaboração de projetos terapêuticos.

CUNHA (2007) comenta que tal proposta é uma variação sofisticada da discussão de casos clínicos, preferivelmente realizada nas reuniões de equipe. Procura envolver quatro momentos distintos: 1º) do Diagnóstico “ampliado” do problema do sujeito e de toda a conjuntura que o cerca⁵⁶; 2º) da Definição de metas e propostas negociadas com o próprio sujeito; 3º) da Divisão de responsabilidades com clareza nas tarefas designadas a cada pessoa envolvida no processo; 4º) da Reavaliação ou revisão para discussão da evolução e/ou alguma correção verificada como necessária em relação à proposta original. (CUNHA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; OLIVEIRA, 2008)

Em virtude de toda essa conjuntura que cerca a idéia de Projeto Terapêutico, tal como citado, OLIVEIRA (2008) afirma que o mesmo é um dispositivo que opera

⁵⁶ É curioso notar que na cartilha citada há uma sugestão de que nos serviços de saúde em geral seja realizado uma *anamnese* mais dinâmica nos usuários. Esta poderia incluir a história clínica, mas também a história “psi”, aproveitando os recursos do campo da Saúde Mental, para compreensão mais ampla e essencial do que o sujeito apresenta. Comenta que uma boa pergunta que desencadeia tais informações é “por que você acha que adoeceu?”. Sugere também questionar sobre suas singularidades, como temperamento, medos, manias, sono e sonhos, entre outros e investigar se a pessoa nega a doença, se tem ganhos secundários e qual seria sua capacidade de autonomia. O profissional também deve ficar atento à sua contra-transferência, conhecer os projetos e desejos do paciente, as atividades que o paciente realiza e sua vida social, ou seja, se a condição permitir, realizar uma *história de vida* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 49-52). Parece que os preceitos da Clínica Ampliada sugerem também uma *psicologização* das necessidades dos usuários.

não somente no âmbito clínico como também no político⁵⁷. Na cartilha do Governo também existe uma referência similar ao justificar que para se pensar na humanização da atenção e gestão do SUS é necessário criar instrumentos em que a clínica e a gestão possam ser pensadas juntas. Considera que os dois principais dispositivos que possibilitam, nesta vertente, a Clínica Ampliada nos serviços de saúde são o trabalho em Equipe Interdisciplinares⁵⁸ e os Projetos Terapêuticos Singulares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Portanto, é a partir desses parâmetros e diretrizes acima citados que o presente estudo pretende investigar como é pensado os projetos terapêuticos pelos profissionais dos CAPSi. O que se produz dentro desta nova ordem discursiva da Promoção e Prevenção da Saúde Mental e da Clínica Ampliada e como isto influencia nas práticas desses profissionais.

⁵⁷ Embora OLIVEIRA (2008) afirma adotar um referencial foucaultiano em seu estudo, no trecho em que comenta sobre essa intersecção, afirma que se inspira na idéia de Basaglia. Estes referenciais parecem divergir quanto ao que entendem como uma ordem normativa do social.

⁵⁸ Na cartilha também existe menção ao transdisciplinar, que “indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe” (p. 28)

2. RECURSOS METODOLÓGICOS

2.1. REFERENCIAL TEÓRICO E TÉCNICA DE TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

FOUCAULT (1995a) denomina como *prática discursiva* “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa” (p.136). Cada prática discursiva possui sua lógica, estratégia e regularidade e funciona “como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências.” (2003, p.338).

É nessa prática discursiva que também se articula poder e saber, por meio de uma tática maleável, sempre presente, que se movimenta através de múltiplos segmentos discursivos descontínuos. FOUCAULT (1999) aponta que:

(...) não se deve imaginar um mundo do discurso dividido entre o discurso admitido e o discurso excluído, ou entre o discurso dominante e o dominado; mas, ao contrário, como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes. É essa distribuição que é preciso recompor, com o que admite em coisas ditas e ocultas, em enunciações exigidas e interditas; com o que supõe de variantes e de efeitos diferentes segundo quem fala, sua posição de poder, o contexto institucional em que se encontra; com o que comporta de deslocamentos e de reutilizações de fórmulas idênticas para objetivos opostos. (...) É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo. (...) Cumpre interrogá-los nos dois níveis, o de sua produtividade tática (que efeitos recíprocos de poder e saber proporcionam) e o de sua integração estratégica (que conjuntura e

que correlação de forças torna necessária sua utilização em tal ou qual episódio dos diversos confrontos produzidos). (p. 95-97)

Segundo o autor a decifração desses discursos por metáforas espaciais e estratégicas possibilita a apreensão dos pontos com os quais eles se transformam “em, através e a partir das relações de poder.” (FOUCAULT, 2003, p. 181). A análise dos *regimes de práticas discursivas* depende da compreensão de programações de conduta que produzem: efeitos de *prescrição* e *jurisdição* do qual indica o que se deve fazer; e efeitos de *codificação* e *veridicidade* quanto ao que se deve saber (FOUCAULT, 2003). Acrescenta que:

(...) essas programações induzem toda uma série de efeitos no real (...): elas se cristalizam nas instituições, informam o comportamento do indivíduo, servem de grade para a percepção e apreciação das coisas. (...) Essas programações de conduta, esses regimes de jurisdição/veredicto não são projetos de realidade que fracassam. São fragmentos de realidade que induzem esses efeitos de real tão específicos, que são aqueles da divisão do verdadeiro e do falso na maneira como os homens se ‘dirigem’, se ‘governam’, se ‘conduzem’ eles próprios e os outros. (FOUCAULT, 2003, p.345-346)

FOUCAULT (1996) supõe que esse efeito de real se estabelece porque “em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (p.9) Para o autor, nas produções discursivas existe uma *vontade de verdade* que se apóia por meio de um dado suporte e distribuição institucional que tende a exercer pressão sobre outros discursos. Funciona como um poder coercitivo do qual as produções discursivas obedecem às regras de uma “polícia” discursiva. É a disciplina, dentro dessa lógica, que produz esse princípio de

controle das produções discursivas. Ela fixa limites e reatualiza permanentemente tais regras em busca de uma identidade. Determina: “as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles. Rarefação, desta vez, dos sujeitos que falam; ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo.” (FOUCAULT, 1996, p. 37)

O autor acrescenta que a análise dessas produções discursivas, em virtude de tais características, ficam dispostas em dois conjunto:

De uma parte, o conjunto ‘crítico’, que põe em prática o princípio da inversão: procurar cercar as formas da exclusão, da limitação, da apropriação (...); mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que força exerceram efetivamente, em que medida foram contornadas. De outra parte, o conjunto ‘genealógico’ que põe em prática os três outros princípios: como se formaram, através, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discursos; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento, de variação. (FOUCAULT, 1996, p. 60-61)

Para FOUCAULT (1996), alguns princípios estão relacionados a essa análise (que não segue um método tradicional, de formalismo lingüístico), tais como: 1) de inversão: que demonstra o jogo entre recorte e rarefação discursiva; 2) de descontinuidade: os discursos são práticas descontínuas que se entrecruzam e podem se excluírem ou se ignorarem; 3) de especificidade: o discurso é uma prática imposta, portanto violenta, para uma suposta decifração de um dado objeto. Esta prática que assegura sua regularidade; 4) de exterioridade: é o que aparece, que fica dito (e não implícito). É o que dá lugar e fixa sua fronteira.

Apesar dessas considerações, FOUCAULT (2003) enfatiza que sua obra não objetivava a criação de um novo método validado e aplicável em distintas análises, mas procurava, sobretudo, a apreensão de um campo de objetos:

Não tenho um método que aplicaria, do mesmo modo, a domínios diferentes. Ao contrário, diria que é um mesmo campo de objetos, um domínio de objetos que procuro isolar, utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do método. (...) Não tenho teoria geral e tampouco tenho um instrumento certo. Eu tateio, fabrico, como posso, instrumentos que são destinados a fazer aparecer objetos. Os objetos são um pouquinho determinados pelos instrumentos, bons ou maus, fabricados por mim. (p.229)

FOUCAULT (2003) justifica que seu interesse está nas formações / práticas discursivas e não propriamente numa análise da sociedade:

Talvez porque meu problema não é construir algo novo ou validar o já feito. Talvez porque meu problema não é propor um princípio de análise global da sociedade. (...) Meu tema geral não é a sociedade, é o discurso verdadeiro / falso: quero dizer é a formação discursiva de domínios, de objetos e de discursos verificáveis e falsificáveis que lhe são aferentes; não é simplesmente essa formação que me interessa, mas os efeitos de realidade que lhe estão ligados. (p. 350)

São estas formações discursivas que promovem seus códigos e produz seus efeitos de verdade necessários para seu estabelecimento:

Se eu estudei 'práticas' como as do seqüestro de loucos, ou da medicina clínica, ou da organização das ciências empíricas, ou da punição legal, foi para estudar este jogo entre um 'código' que regula maneiras de fazer (que prescreve como selecionar pessoas, como educar os indivíduos etc.) e uma produção de discursos verdadeiros que servem de fundamento, de justificação, de razões de ser e de princípio de transformações a essas mesmas maneiras de fazer. (p.343)

Apesar da sua despreensão, sua obra foi amplamente difundida no meio acadêmico e usada como referencial teórico ou mesmo metodológico. Parte dela ficou tradicionalmente associada à técnica da Análise de Discurso da escola francesa. Contudo, o presente estudo, como precisa responder a uma formalidade acadêmica, optou pela vertente Análise de Conteúdo por algumas razões explicitadas a seguir:

A Análise de Discurso além de apresentar uma intensa disseminação do uso de seu termo com significativas variações, também há um embate entre distintas linhas, das que exigem um maior rigor e formalismo vinculado ao campo da lingüística até as que se associam com outras disciplinas vizinhas das ciências humanas. Outra questão relevante diz respeito ao tipo de material que tal técnica preferencialmente utiliza, no caso, textos ou arquivos mais formalizados: “Costuma-se recorrer a tipologias funcionais (discursos jurídicos, religioso, etc.) ou formais (discurso narrativo, didático, etc.), (...) pode também (...) realizar o movimento inverso a partir de uma ou várias formações discursivas (a imprensa socialista, os manifestos feministas, o discurso de determinada corrente da crítica literária, etc.)” (MAINGUENEAU, 1993, p.16), e não propriamente uma fala ou conversação comum como, por exemplo, o que uma entrevista produz⁵⁹. (MAINGUENEAU, 1993)

Já a Análise de Conteúdo se posiciona de modo intermediário a este aspecto porque opta por uma posição neutra que possibilita diferentes escolhas e adaptações da técnica do tratamento das informações a ser adotada. Também inclui a própria

⁵⁹ Na escola anglo-saxã da Análise de Discurso esse uso é mais comum, contudo distancia-se dos pressupostos de Foucault. (MAINGUENEAU, 1993)

Análise de Discurso como uma das vertentes de seu campo, embora tenha recebido muitas críticas, inclusive das escolas vinculadas à Análise de Discurso.

Outros três motivos que pesaram nesta opção são: o fato da Análise de Conteúdo melhor aceitar o uso da conversação comum (como entrevistas); por oferecer uma sistematização no tratamento das informações e uma modalidade mais simplificada, como a temática, que não fica na minúcia do discurso, o que inviabilizaria a pesquisa pela quantidade de material coletado, mas que seu uso também “possibilita a compreensão de seus elementos mais particulares e viabiliza o entendimento de sua dinâmica interna” (REIS, 1993, p. 17); e porque é uma das técnicas de tratamento de dados mais usual em pesquisas qualitativas, principalmente as brasileiras (MINAYO, 1999; TURATO, 2003).

Para BARDIN (1977), a Análise de Conteúdo não é propriamente um instrumento, mas uma espécie de leque de modelos e opções técnicas, marcado por uma significativa disparidade de formas analíticas e adaptáveis a campos de aplicação bastante distintos, mas todos relacionados com alguma forma de comunicação. Portanto, o analista possui a sua disposição, ou mesmo cria, um conjunto de técnicas parciais e complementares, que viabilize “um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver.”(BARDIN, 1977, p.42).

BARDIN (1977) ressalta que a intenção da Análise de Conteúdo é a *inferência*⁶⁰ (dedução de maneira lógica) de conhecimentos relativos às condições de produção de um determinado conteúdo. O recurso das inferências pode colaborar

⁶⁰ BARDIN (1977) define o termo inferência como uma “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceita como verdadeiras.” (p.39)

para dois tipos de problema: 1) o que conduz a um determinado enunciado, às causas ou antecedentes desse conteúdo e 2) e quais são as conseqüências que um dado enunciado pode provocar, ou seja, os possíveis efeitos de tal conteúdo. Para a autora, a *inferência* é a etapa intermediária do processo analítico, que permite a passagem da primeira etapa, considerada descritiva devido à categorização das características do conteúdo, sintetizadas após uma dada técnica, para a última etapa, a de *interpretação*, que promove a significação de tais características a partir dos objetivos da pesquisa e por meio do referencial teórico que a fundamenta. O produto dessa inferência reside da articulação entre a superfície dos textos⁶¹ descrita e analisada com os fatores, deduzidos logicamente, que determinam suas características. O que se traduz por “uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados.” (p.41).

MINAYO (1999) comenta que foram desenvolvidas várias técnicas de Análise de Conteúdo, também citados na obra de BARDIN (1977) como, por exemplo, a: Análise da Expressão, Análise das Relações, Análise de Avaliação, Análise da Enunciação e a Análise Categorial ou Temática. MINAYO (1999) acrescenta que geralmente nas pesquisas qualitativas são adotadas principalmente as duas últimas modalidades. Esta última, a temática, foi a opção para o presente estudo.

A Análise Categorial ou Temática consiste na descoberta de “núcleos de sentido” (temas) que surgem do material analisado e esta presença significa algo

⁶¹ “Textos” são entendidos por BARDIN (1977) como quaisquer comunicações transformadas em recurso textual para o procedimento de análise, por exemplo, uma entrevista transcrita.

relacionado ao objetivo analítico pensado para um estudo. Para BARDIN (1977) “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (p.105). Seu recurso, portanto, não é de ordem lingüística, mas estruturada como uma espécie de canalizador de relações de conteúdo e sua correspondência gráfica ocorre por meio de uma palavra, uma frase ou um argumento / resumo.

Embora essa modalidade seja utilizada numa vertente mais tradicional e positivista da Análise de Conteúdo (uso de inferências estatísticas por meio das frequências calculadas pelas unidades selecionadas), há variantes no tratamento dos dados que trabalham com o conceito de significados. (MINAYO, 1994). TURATO (2003) propõe dois principais critérios de categorização dos temas nesse tipo de variante: o de *relevância* e o de *repetição* de conteúdos da entrevista realizada. A relevância foge de certa ortodoxia da clássica Análise de Conteúdo, pois consiste em considerar em destaque um determinado ponto, embora o mesmo nem sempre se repita ao longo do material consultado. Este pode ser considerado um conteúdo rico, pela ótica do pesquisador, em refutar ou confirmar suas hipóteses iniciais, mas, no entanto, tal escolha precisa ser justificada a partir desses critérios e validada pela literatura consultada.

BARDIN (1977) propõe um método de análise dessas informações subdividido em três fases distintas: a) a pré-análise, que consiste num processo em que ocorrem: uma “leitura flutuante” do material para impregnação do pesquisador em relação aos seus conteúdos, a constituição do *Corpus* do material; a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os, se necessário, para adequá-los ao material coletado, e a definição dos conceitos teóricos e técnicos gerais

que orientarão a análise; b) a exploração do material, como a codificação dos dados brutos com a finalidade de atingir o núcleo de compreensão do conteúdo; c) o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, do qual, nas variantes menos tradicionais da Análise Temática, os temas são considerados como unidades de fala numa mesma atividade de interpretação. Nessa última etapa, o analista propõe inferências e realiza as interpretações de acordo com o referencial teórico adotado.

Devido ao caráter analítico intensivo, BARDIN (1977) considera suficiente trabalhar um material restrito, que contenha no máximo de 15 a 30 entrevistas.

2.2. O USO DA ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO

Na pesquisa qualitativa, uma das ferramentas mais utilizadas para apreender uma fala é a entrevista (TURATO, 2003; MINAYO, 1994). Para ambos os autores, a entrevista é considerada um encontro intersubjetivo preestabelecido que objetiva informações verbais ou escritas, para algum tipo de conhecimento, para assistência ou pesquisa.

Em virtude dos aspectos acima citados, o presente estudo optou pelo uso da entrevista, na modalidade semidirigida. Ela conta com um roteiro de questões abertas (Anexo 1) conectadas com o objeto de pesquisa e com as teorias e hipóteses que o sustentam. As entrevistas foram gravadas, transcritas e receberam uma análise particular, de cada caso, antes da categorização dos temas, conforme Anexo 2.

Cabe ressaltar que a própria situação da entrevista apresenta suas limitações na pesquisa. No caso, é uma produção simultaneamente espontânea e constrangida pela condição relacional em que há o locutor, seu objeto de discurso e o interlocutor que demanda a evocação de tal objeto. Como a pesquisadora foi um agente externo, sem vínculo com quaisquer das instituições pesquisadas, isso pôde facilitar a posição de neutralidade frente aos entrevistados, contudo, faltou-lhe a vivência da rotina do equipamento que apresentaria um outro tipo de conteúdo, mais aprofundado e com sutilezas dificilmente captados num breve momento de entrevista e contato institucional.

2.3. DESCRIÇÃO DA COLETA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A coleta de dados da pesquisa foi organizada da seguinte forma:

O trabalho de campo foi realizado nos CAPSi do município de São Paulo, excluídos os que eram especializados somente para crianças ou adolescentes (como os de Santo Amaro e Vila Prudente) e os que estavam em funcionamento há menos de um ano em 2006. Com a adoção desses critérios de inclusão, totalizaram-se cinco unidades, dos bairros Jabaquara, Itaquera, Mooca, Santana, Lapa.

Foram realizadas entrevistas semidirigidas com os integrantes de nível superior da equipe técnica de saúde de cada instituição. Preferencialmente cobriu o grupo mínimo descrito na Portaria nº 336, o que correspondeu de 5 a 6 profissionais por unidade, totalizando 26 sujeitos: 5 psiquiatras, 4 psicólogos, 5 enfermeiros, 5 assistentes sociais, 4 terapeutas ocupacionais e 3 fonoaudiólogos. Cabe sinalizar que uma das limitações da pesquisa foi não incluir os profissionais de nível secundário, principalmente os auxiliares de enfermagem, devido à necessidade de um recorte do número de sujeitos para a pesquisa. Reconhecemos tal problema, visto que estes profissionais desempenham funções importantes dentro das unidades, inclusive em atividades consideradas terapêuticas à clientela atendida.

Como a pesquisa envolve outras instituições e seres humanos, para a operacionalização deste estudo foram observadas e cumpridas as normas éticas dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Prefeitura Municipal de São Paulo, com a autorização do principal órgão gestor envolvido, no caso a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo. Também foi permitida pelos gerentes de cada unidade pesquisada.

Como envolve seres humanos, a entrevista somente foi realizada após a concordância por escrito do pesquisado aos itens dispostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso de recusa, em qualquer momento do convite ou durante a aplicação da entrevista, esta foi respeitada, independente dos seus motivos. Ressalta-se ainda, que o presente estudo garantiu o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas das instituições e dos entrevistados.

2.4. SOBRE OS CAPSs: AS UNIDADES SELECIONADAS

Os CAPSs foram oficialmente implantados após a publicação das Portarias nº 224/1992 e nº 336/2002. Atualmente são definidos como serviços comunitários de caráter territorial, especializados no cuidado de pessoas que sofrem com transtornos mentais, principalmente os mais graves e persistentes. Oferecem regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, definidos para cada paciente em particular, de acordo com um projeto terapêutico personalizado, proposto ao mesmo. Para tanto conta com vários recursos terapêuticos, tais como: atendimento individual, em grupo, para a família, domiciliar, tratamento medicamentoso, orientação, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, entre tantos outros. Além do acompanhamento clínico, o projeto terapêutico deve promover a inserção social por meio da mobilização da família, da comunidade e por ações intersetoriais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Também são orientados para incorporar o acolhimento de 100% da demanda do seu território de abrangência, responsabilizando-se inclusive pela organização, suporte e supervisão na rede básica de seu território (Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa Saúde da Família, entre outros). Portanto, os CAPS ficariam responsáveis pela regulação da porta de entrada da rede assistencial em saúde mental de sua região. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Com a portaria nº 336, ficou estipulado que os CAPS deveriam ser definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional (CAPS I, CAPS II ou CAPS III) e especialidades (CAPSi - para crianças e adolescente e CAPS ad - para dependentes de álcool e drogas). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Quanto aos CAPSi, hoje o país conta com cerca de 49 CAPSi credenciados pelo Ministério da Saúde, sendo que a maior parte deles estão situados na região sudeste (BRASIL, 2005). Segundo o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), além do que já foi especificado aos CAPS de modo geral, o CAPSi é:

(...) um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e *todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.* (p.23, grifo nosso)

Os CAPSi são destinados aos municípios com população acima de 200.000 mil habitantes, para o atendimento de parcela desta população, situada na faixa-etária dos 4 aos 18 anos. Costumam funcionar de segunda à sexta-feira das 8h às 18h, podendo incluir um terceiro turno, até às 21hs. Cada CAPSi deve ser composta por uma equipe multiprofissional de no mínimo: 1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior de qualquer das categorias de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou de outra formação; e cinco profissionais de nível médio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Quanto aos CAPSi selecionados para a pesquisa, todos estão situados no municípios de São Paulo e começaram a funcionar como CAPSi a partir da instituição da Portaria acima referida. Contudo, duas das unidades já funcionavam anteriormente como Hospital-Dia infantil e, nos demais equipamentos, boa parte das equipes se formou pelo deslocamento de alguns dos funcionários que trabalhavam em Ambulatórios de Saúde Mental para unidades de atendimento voltadas à

população infanto-juvenil. Inicialmente a maioria dos CAPSi atendia até os 12 anos, mas paulatinamente as unidades passaram a incluir adolescentes (de 13 a 18 anos), exceto uma das unidades que desde sua fundação já atendia até os 18 anos.

Todas as unidades variam muito em termos: 1) da estrutura física do imóvel: as instalações possuem diferentes formatos e quantidade variável de salas, o que influencia no número de funcionários presentes e na capacidade de atendimento. Ou seja, geralmente nas unidades menores há um número menor de funcionários. A maioria das unidades situa-se em ruas pouco movimentadas (uma delas fica dentro de um complexo de saúde), exceto uma das unidades que é um sobrado situado em frente a uma rua agitada. Apesar dessas diferenças, todos os CAPSi procuram suavizar o aspecto médico da unidade ao dar uma aparência mais “caseira” e “lúdica” ao local. 2) da equipe de trabalho: como o número de funcionários varia de equipamento para equipamento conseqüentemente a organização do trabalho e a oferta e variedade de modalidades de atendimento também se diferenciam. Esses aspectos parecem influir inclusive nas parcerias com outros serviços locais e demais setores. Em algumas unidades foram observadas também a ausência de profissionais que deveriam compor a equipe mínima, principalmente psiquiatras e psicólogos, devido a problemas de reposição / substituição diante de certa rotatividade profissional por conta de desligamentos, transferências ou situações de licença.

O estudo optou por não descrever cada unidade em especial, no intuito de preservar seu anonimato, visto que suas características particulares facilmente as identificariam.

2.5. PERFIL DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Devido à mesma precaução acima referida, optou-se por uma descrição geral dos sujeitos da pesquisa, baseada nas informações obtidas pelas entrevistas e no contato institucional:

Observou-se que a maioria dos profissionais são mulheres na faixa dos 40 aos 50 anos. Possuem entre 10 e 20 anos de formação e experiência na rede pública e alguns estão prestes a se aposentar. Boa parte também trabalha no CAPSi desde sua fundação, há seis anos. Muitos contam com cursos de atualização, aprimoramento, especialização e pós-graduação, mas não necessariamente direcionado ao campo da Saúde Mental (principalmente os funcionários que não são psiquiatras ou psicólogos). Alguns se especializaram no trabalho direcionado às crianças e/ou adolescentes por preferência ou por necessidade de aprimoramento para o trabalho.

3. A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para uma melhor visualização e organização das informações levantadas apresentamos abaixo as categorias que foram elaboradas a partir do tratamento discursivo das entrevistas realizadas, que foram transcritas e lidas exaustivamente para que esta seleção ocorresse. Essas categorias foram eleitas a partir dos temas recorrentes no discurso dos trabalhadores de saúde mental entrevistados. A análise do conteúdo será desenvolvida a partir dos itens dispostos nesta organização⁶²:

3.1 Sobre o trabalho com crianças e adolescentes na Saúde Mental

Categoria:

a) Gestão e políticas públicas

Sub-categorias:

a.1) Mudanças de gestão e programas

a.1.1) Experiência do PAS

a.1.2) Experiência das Organizações Sociais de Saúde (OSS)

a.2) Políticas de Saúde e Saúde Mental

a.2.1) Incentivo e organização dos serviços de Saúde Mental pela Saúde

a.2.2) Políticas de Saúde Mental infância e adolescência

Categoria:

b) CAPSi: construção da identidade

Sub-categorias:

b.1) Implantação / criação / diretrizes CAPS

⁶² Essa organização foi baseada no roteiro de entrevista adotado - Anexo-1.

- b.2) Transição do Hospital-Dia para o CAPSi
- b.3) Construção / identidade / função do CAPS
- b.4) Percepção das diferenças entre as unidades dos CAPSi

Categoria:

- c) Temas e problemas ligados ao cuidado / tratamento

Sub-categorias:

- c.1) O atendimento ampliado na infância e na adolescência
- c.2) Demandas x necessidades dos usuários
- c.3) O papel das famílias na patologia e no cuidado
 - c.3.1) As causas dos problemas familiares
 - c.3.2) A intervenção na família
- c.4) O atendimento de adolescentes
- c.5) O trabalho com patologias graves
 - c.5.1) Falta de conhecimento das patologias
 - c.5.2) A psicose
 - c.5.3) Intervenção precoce
- c.6) Os critérios de admissão da clientela
 - c.6.1) Adequação da clientela
 - c.6.2) diagnóstico

3.2 A elaboração do projeto terapêutico (individual / singular): da entrada à saída do paciente (questões 2, 3, 4 e 6)

3.2.1 Funções / Atividades desempenhadas (questão 2)

Categorias:

- a) Atividades relacionadas à recepção e entrada no serviço
 - a.1) Acolhimento (ou pré-acolhimento)
 - a.2) Triagem (avaliação ou acolhimento)
- b) Modalidades de cuidado
 - b.1) Atendimento grupal
 - b.2) Atendimento individual
 - b.3) Visita domiciliar
- c) Atividades de articulação intersetorial e/ou com a comunidade local
- d) Atividades gerais da estrutura institucional (rotinas técnicas e administrativas)

3.2.2 Decisão de entrada do usuário / paciente (questão 3)

Categorias:

- a) Como o paciente chega à unidade
 - a.1) Busca espontânea (da família ou responsável)
 - a.2) encaminhamento por meio de outros serviços (da Saúde, Educação, Judiciário)
 - a.2.1) Inadequação dos encaminhamentos
 - a.2.2) Estratégia / atuação da equipe para melhoria dos encaminhamentos
- b) Procedimento de recepção e entrada no serviço
 - b.1) Etapa do Acolhimento (ou pré-acolhimento)
 - b.2) Etapa da Triagem (avaliação ou acolhimento)
 - b.2.1) Discussão e decisão em equipe
 - b.2.2) dificuldade no estabelecimento de critérios para entrada no serviço
 - b.2.2.1) avaliação médica e não-médica: diagnóstico x dinâmica do usuário

b.2.2.2) O viés da subjetividade do(s) profissional(is)**3.2.3 Planejamento do cuidado / Projeto terapêutico (questão 4)***Categorias:*

- a) Dificuldades gerais no planejamento do tratamento / projeto terapêutico
- b) O papel da pessoa / dupla de referência
- c) Espaço de discussão dos projetos terapêuticos
- d) Objetivos / finalidade das atividades propostas nos projetos terapêuticos
 - d.1) Tipo de patologia / grau de sofrimento x modalidades de atendimento e intensividade
- e) Revisão dos projetos terapêuticos (presença x ausência)
- f) Instrumento de acompanhamento como estratégia de elaboração / revisão dos projetos terapêuticos
- g) Considerações finais e perspectivas sobre o projeto terapêutico

3.2.4 Conclusão / Término do cuidado (questão 6)

Alta em Saúde Mental não é cura, é melhora do quadro.

Categorias:

- a) Situação: as conclusões de caso / altas são raras
 - a.1) Devido à gravidade / cronicidade dos casos
 - a.1.1) detecção tardia
 - a.1.2) O problema da institucionalização / cronificação
 - a.2) Devido à família
 - a.2.1) por não-aderência ao tratamento proposto (falta / desistência)
 - a.2.2) por dificuldade de se desvincular da instituição
 - a.3) Devido às dificuldades da equipe ou parte de seus integrantes

a.3.1) Por falta de discussão / clareza quanto à duração do tratamento

a.3.2) Pela dificuldade em se desvincular do caso

a.4) Devido à dificuldade no encaminhamento para outros serviços

b) Critérios

b.1) Não são específicos / padronizados, depende das particularidades de cada caso.

b.2) Evolução positiva do caso

b.2.1) O usuário e/ou família expressa o momento de conclusão / saída

b.2.1) Reinserção social e inclusão escolar (melhoria do universo relacional / adaptação do usuário/paciente)

b.2.2) pela Idade

b.2.2.1) A intervenção precoce como saída mais rápida

b.2.2.2) O limite da idade para atendimento no CAPSi

b.2.2.2.1) Geralmente encaminhado para CAPS adulto

3.3 O trabalho de equipe: as dificuldades e facilidades na construção dos projetos terapêuticos (questão 1 e 8)

Categorias:

a) O trabalho em equipe é fundamental (facilidade)

a.1) A equipe possui profissionais capacitados / comprometidos (facilidade)

a.2) Problemas na formação do grupo / equipe (dificuldade)

b) Universo afetivo-relacional / espaço intersubjetivo da equipe

b.1) a equipe divide responsabilidades / angústias com o profissional (facilidade)

b.2) Problemas no relacionamento em equipe / grupo (dificuldades)

b.2.1) Mistura / confusão entre o pessoal e o profissional

b.2.2) A reprodução dos sintomas dos pacientes

b) Função técnica do integrante x equipe: especialidade profissional, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade

b.1) O trabalho é entrecortado e depende do outro (facilidade / dificuldade)

b.2) Diferenças / divergências técnicas entre os profissionais (facilidade / dificuldade)

b.2.1) Dificuldades para se expor à equipe

b.2.2) Presença de confrontos / conflitos / embates / rivalidades (dificuldade)

b.3) Modo de trabalhar do profissional

b.3.1) o(s) profissional(is) trabalha(m) predominantemente com atividades específicas de sua área de formação (não se mistura, separa sua função das demais)

b.3.2) o(s) profissional(is) trabalha(m) com outras atividades além de sua área de formação, em parceria ou não com outro(s) integrante(s) do grupo

b.3.2.1) procura discernir as especialidades profissionais envolvidas nas atividades realizadas (de si e do outro, embora difuso)

b.3.2.2) não separa / discerne as atividades realizadas de acordo com determinada especialidade / formação (por preferência ou não)

b.4) (Sobre a) multiprofissionalidade / multidisciplinaridade / interdisciplinaridade / transdisciplinaridade

b.4.1) elogio / importância (simples referência (foi mencionado / citado) e finalidade / justificativa)

b.4.2) crítica

b.4.3) modelo / saber comum de trabalho (expectativa e falta)

3.4 Retaguarda interna e externa para a elaboração dos projetos terapêuticos: situação, necessidades e articulação com outros equipamentos e setores (questões 5 e 9)⁶³

Categoria:

a) Situação da retaguarda interna (presente) x externa (ausente)

3.4.1) Necessidades internas

Categorias:

a) formação (falta)

a.1) Cursos e outras iniciativas (palestras, seminários, capacitações)

a.1.1) Por categoria / segmento profissional

a.1.2) Seminários / palestras organizadas pela própria equipe

a.2) Supervisão (falta)

a.2.1) ausência de formalização / garantia de supervisão por parte da gestão

a.2.2) experiência de supervisão

a.2.2.1) Equipe faz ou já fez supervisão por conta própria

a.2.2.2) Equipe nunca fez supervisão, porém expressa interesse

b) recursos (falta)

b.1) materiais

b.2) humanos

b.2.1) equipe pequena / desfalcada

b.2.2) profissional específico (principalmente psiquiatra)

⁶³ As respostas da pergunta sobre a articulação com outros serviços foram deslocadas para um dos itens de retaguarda / necessidades externas, porque os próprios entrevistados associaram um conteúdo ao outro.

3.4.2) Necessidades externas*Categorias:***a) A posição da instância gestora da Saúde****a.1) falta de incentivo / ausência de política de relação intersetorial / intersecretarial****a.2) queixas de pressões / exigências / cobranças feitas à unidade (ao invés de retaguarda)****a.3) O papel da coordenação municipal de Saúde Mental****3.4.3) Articulação / comunicação com outros equipamentos***Categorias:***a) a importância da inclusão social e escolar****b) Problemas****b.1) Equipe está isolada / voltada para a estrutura interna****b.2) O CAPS é pouco conhecido por outros serviços****c) Existe (com dificuldade) uma articulação / retaguarda****c) Parcerias estabelecidas por setor****c.1) Saúde****c.1.1) A comunicação / articulação / retaguarda ainda é difícil****c.1.2) Comunicação varia de equipamento para equipamento****c.2) Educação****c.2.1) Comunicação varia de equipamento para equipamento e de acordo com a percepção de cada profissional.****c.2.2) Problemas relacionados à inclusão****c.3) Judiciário (Fórum, Vara da Infância, Conselhos Tutelares)****c.3.1) Existe alguma comunicação / parceria / retaguarda, por vezes truncada****c.4) Outras entidades (terceiro setor, filantrópicas)**

3.1 O TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÃO E PROBLEMÁTICA DO CAPSi

As entrevistas foram iniciadas com a introdução do tema do trabalho em saúde mental direcionado às crianças e adolescentes e da experiência do CAPSi. Os entrevistados apresentaram discussões sobre: gestão e políticas públicas em saúde e saúde mental, a construção do CAPSi e o cuidado oferecido aos usuários dos CAPSi e seus familiares, tal como dispostos a seguir:

a) A gestão e as políticas públicas em Saúde Mental

Nos anos antecedentes à implantação dos CAPSis, boa parte dos profissionais dos CAPSi já trabalhavam em equipamentos de saúde mental pertencentes à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo⁶⁴. Este momento foi marcado por uma gestão pública no município que implantou um programa de saúde distinto do SUS, o denominado Plano de Atendimento à Saúde – o PAS⁶⁵. Alguns dos trabalhadores que vivenciaram esse período trouxeram de suas lembranças a

⁶⁴ Alguns dos entrevistados trabalhavam para o Governo do Estado, porque a Saúde ainda não estava municipalizada nesse período.

⁶⁵ O PAS foi a implantação de um modelo de gestão dos serviços de saúde alternativo ao SUS proposto durante os governos municipais de Paulo Maluf e Celso Pitta na cidade de São Paulo. De inspiração neoliberal por meio do conceito de Estado-mínimo, consistia numa parceria público-privado, do qual a esfera pública cedia bens móveis e imóveis e financiamento para entidades privadas que ofereciam recursos humanos e gerenciamento dos serviços. As relações de trabalho foram flexibilizadas por meio de cooperativas e o financiamento ocorria nos moldes de captação de acordo com a área de cobertura do serviço por número de habitantes (ELIAS, 1999). Trata-se de uma reformulação da “relação público/privado na qual ao ente público reserva-se o papel de agente financiador (dada a sua *natureza incompetente* na produção de serviços) enquanto que a produção de serviços é consagrada ao ente privado (pela sua *natureza competente* como agente da produção)” (ELIAS, 1999, p. 129). Além de preconizar a falência do Estado na gestão de seus recursos e serviços, o PAS não apresentava mecanismos de controle e regulação satisfatórios e foi considerado inconsistente em relação aos preceitos neoliberais (ELIAS, 1999). Posteriormente foi julgado como inconstitucional, um dos motivos pelo qual se extinguiu.

experiência de remoção forçada para outra unidade por conta da não-aderência ao PAS. Falaram de suas insatisfações desse período e do sofrimento vivido:

“E acho que a gente saiu de um PAS (...) e que acho que detonou muito as equipes. Detonou muito essa existência. E eu sinto uma dificuldade imensa disso ser retomado. Desde que eu voltei do PAS, eu acho que as pessoas parecem que reorganizaram de outra forma as suas vidas e tem uma coisa assim com o público, uma relação com o público que é muito ruim. Que acho que dificulta muito a formação de equipe. (...) As vivências que eu tenho anteriores, de equipe, é de outro momento.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Foi um rompimento abrupto. Eu não queria ter saído daqui, mas eu também não queria aderir ao PAS. Então, eu não tive muita escolha. Foi um momento bastante sofrido. Demorou bastante para digerir. Foi difícil. E assim que houve a possibilidade de retorno, eu quis voltar.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“Tive 5 anos de afastamento por conta do PAS. Daí, eles fizeram de novo uma remoção forçada, de alguns profissionais. E eu fui incluída nessas, fui obrigada. Então, eu fiquei numa UBS durante um ano até voltar para cá. Mas a minha intenção sempre foi voltar para cá. Nunca de ir para outro campo não. Eu gosto daqui.” (enfermeiro, sujeito 7)

Atualmente, um novo *fantasma* apareceu, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) que muitas vezes lembra o velho PAS⁶⁶:

⁶⁶ De acordo com ELIAS (1999) o PAS antecipou os arranjos institucionais do Plano Diretor da Reforma do Estado produzido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) do Governo FHC que criou uma propriedade pública não-estatal denominada de Organizações Sociais (OS). Na época do PAS já existiam parcerias por OS no Governo Estadual de São Paulo. Estas geralmente administravam unidades hospitalares enquanto a administração direta geria a atenção básica. (ELIAS, 1999). Para IBÁÑEZ et al. (2001) uma OS “é caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, e surgiria pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, podendo, ainda, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica, pela extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio.” (p. 392). Embora parte dos sanitaristas a considere contrária ao modelo do SUS, esta parceria tem respaldo e garantias legais. Para os autores, as OS nascem (atualmente com significativa força em São Paulo) num contexto em que coexiste uma descoordenação entre a esfera estadual e municipal, uma descontinuidade de políticas e uma forte carência de serviços (falta de ofertas e equidade). Para SOARES (2005) as OSSs são produto de uma privatização do caráter público e ferem princípios básicos da Saúde de modo geral e do SUS em particular, como os da universalidade, do direito do cidadão e do dever do Estado e apresentam problemas similares aos citados em relação ao PAS.

“Aí eu fui exilada (com o PAS). Foi um exílio. Na verdade a gente se sentiu meio insultado. Então quando a gente ouve falar da entrada de OS, volta o fantasma. Porque eu não sei se não vai ser de novo um outro trabalho que a gente vai ter que fazer com a gente de ver qual é a proposta dessas OSSs. Porque a gente sabe, a gente foi construindo uma proposta de trabalho em CAPS durante anos. A gente foi atrás de estudar, foi atrás de discutir, a gente fazia reuniões com outros CAPS para pensar na proposta. Quer dizer, foi uma construção. E, de repente, de novo passar por um desmonte ou uma mudança, mexe muito com a cabeça da gente. Será que vai manter a proposta?” (fonoaudiólogo(a), sujeito 23)

“Está todo mundo dizendo (...) que não vai passar pelo o que passou com o PAS. Que o PAS foi uma experiência muito traumática para a gente. (...) Então, o que eles falam é que a OS vai chamar, vai propor, quem quer que fique. Então a pessoa fala: “Ah, eu fico”. Fica como funcionário da Prefeitura, recebendo pela Prefeitura, mas gerenciado pela OS. Aí, se não corresponder é colocado à disposição da Coordenadoria. (...) Porque eu acho que eles (Coordenadoria de SM) nem sabem (sobre as OSSs). Porque a coisa vem do gabinete. Então fica tudo muito... (...) Das OSSs, tem que esperar chegar para ver o que acontece.” (enfermeiro(a), sujeito 25)

Esse tema rondou as falas desses profissionais⁶⁷, principalmente depois que se confirmou que a gerência do CAPS-Itapeva, a principal referência histórica da criação do “modelo CAPS”, foi repassada para uma OSS⁶⁸. Devido à tradição por trás dessa instituição, alguns profissionais ficaram preocupados com a possibilidade de revivenciar uma situação similar à ocorrida durante o PAS⁶⁹.

Alguns dos entrevistados abordaram inicialmente essas questões para então ceder espaço ao tema pesquisado. A estratégia do PAS e das OSS talvez sejam exemplos das constantes idas e vindas, lutas e perdas, criação e extinção de políticas

⁶⁷Três unidades vivenciaram mais de perto a experiência do PAS.

⁶⁸ O CAPS-Itapeva e o NAPS de Santos foram projetos-modelos de serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos. Alguns dos principais nomes ligados ao movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial estiveram envolvidos nesses projetos e foram parte ativa dessa história. As OSSs, por ser um órgão mais gerencial e administrativo (embora na concorrência a experiência técnica também seja avaliada), em geral é possível que não haja a necessidade da presença desse histórico prévio porque não são OSSs especializadas somente em saúde mental.

⁶⁹ Esse recurso, como está incentivado por uma gestão estadual e municipal atualmente aliadas, apresenta uma série de facilidades para a sua inserção.

e programas, o que gera uma sensação permanente de algo que não se sedimenta, fica provisório. Como se a saúde mental ficasse à *mercê* das mudanças de gestão. Dois dos profissionais comentaram:

“Têm, então, essas mudanças de secretários e de prefeitos, então eu acho que a gente fica muito a mercê disso. Esse vai e vem, essas pessoas que entra e sai o tempo inteiro.” (psiquiatra, sujeito 20)

“Que eu sinto. É uma questão política. Muda muito de um governo para o outro. Então aquilo que eu acho que está funcionando, não deve ser quebrado. Eu acho que pode ver o que está funcionando bem, o que não está. O que mais pode melhorar?” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

Outro tema ligado à gestão, que apareceu nas entrevistas, diz respeito às políticas públicas da saúde e às destinadas à saúde mental. As falas seguintes ilustram que o desconhecimento da gestão e dos serviços em saúde sobre o campo da Saúde Mental dificulta investimentos nos serviços:

“E o que eu acho que a gente sente falta, (...) é chamar o pessoal da Supervisão de Saúde, chamar mesmo os outros: “Olha, vem ver o nosso trabalho. Se você não oferecer isso para a gente, a gente não...”. É importante. Eu acho que também falta um conhecimento, falta essa troca. (...) Aproximar: “Venham ver então o quanto precisa disso. Olha o que está acontecendo.”. Porque o que a gente vê, quando a gente vai nessas reuniões, a Saúde Mental fica mesmo muitas vezes à margem.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Eu acho que é uma administração que está focando o trabalho em UBSs. E tem a sua importância no jeito de administrar. A gente até entende isso. Mas a área de Saúde Mental está muito de lado. Estão colocando o trabalho muito em outros atendimentos.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“(...) Acho que os governos investem muito pouco na Saúde Mental. Isso é a verdade. Porque eles não entendem a Saúde Mental, eles não entendem. É como se fosse algo desvinculado da Saúde. (...) Eles investem mais na UBS e pouco nas instituições que trabalham com Saúde Mental. (...) Se eles investissem tão bem nas UBSs no sentido preventivo, de evitar que o cara chegasse

nesse ponto aqui de CAPS, até que seria interessante. Mas não é bem isso, é porque tem uma visão um pouco distorcida da Saúde Mental.” (assistente social, sujeito 14)

“Entender que o trabalho na Saúde Mental, isso eu acho que é uma dificuldade, porque também eles (gestores públicos) colocam pessoas que nem sempre entendem muito da Saúde Mental. Muitas vezes você tem que ter um horário para conversar na escola. E que é um horário de atendimento. Você tem que ter um horário para discutir com alguém da comunidade, porque está dando problema. Então, é todo um entorno. Isso é difícil para as pessoas entenderem. Que com a criança e o adolescente não é um trabalho pontual dentro do CAPS, é todo um entorno. Então, é escola, é família, é PSF, se tem PSF aonde a pessoa reside, tem todo um entorno que é muito complexo. (...) Então eu acho que isso, as vezes, para eles é difícil de entender.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

Outros exemplos de depoimentos focaram o problema na organização dos serviços de saúde. Um deles indicou como causa a falta de unidades intermediárias que pudessem atender o maior contingente populacional que busca por tratamento. Na hierarquia do SUS, estas ficariam situadas entre a atenção básica e as unidades de emergência, os hospitais e serviços destinados a condições de maior gravidade como o CAPS:

“Mas a própria rede está muito... Principalmente a Saúde Mental. É complicado. Se a Saúde em si não é tão boa, mas a Mental, eu acho que é muito mais prejudicado.” (assistente social, sujeito 8)

“Atualmente, essa administração não tem uma diretriz, não tem uma política clara de saúde. Não tem. Então, não tem clareza de diretrizes, não acompanha, não há um projeto político, institucional e clínico para os CAPS.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“E os casos que precisam de um atendimento psicoterápico, pelo menos por um tempo? Não são pacientes crônicos necessariamente, mas precisam de um atendimento. Estão num momento de crise, sofreram um stress, sofreram um trauma, enfim... A rigor, não deveria ser o CAPS. Não tem esse espaço. (...) Que se você for ver, é o problema da Saúde. E a Saúde Mental talvez fique mais agudo porque você lida num certo ponto... Não é só mecânico. É da Saúde. (...) Você não tem aquele serviço que vai dar conta de 70% dos problemas que são mais

corriqueiros, que são mais triviais ou são mais agudos. Então, precisam de uma intervenção mais rápida. Não dá para ficar esperando a fila do CAPS andar. Tem que ter uma intervenção mais rápida. E a Saúde está passando por isso. É uma crise meio da Saúde, que ficam os hospitais superlotados, as emergências com gente saindo pelo ladrão e com caras que não deveriam estar ali.” (psiquiatra, sujeito 20)

Ao se referirem à atenção em Saúde Mental direcionada às crianças e adolescentes, alguns comentaram sobre a falta de políticas públicas a esse segmento e a conseqüente dificuldade de implantação de serviços específicos:

“E aí é só adultos. Não tem criança. Criança não existe. É interessante, porque assim, implantar a Saúde Mental se pensa só como adulto. Depois que ele cresce que aí você vê que ele tem algum problema, enquanto isso, ele não tem atendimento para criança.” (assistente social, sujeito 14, grifo nosso)

“Eu acho que você fica um pouco preso à determinada política. Quer dizer, não que é uma determinada política porque eu acho que não tem uma política para criança e adolescente em saúde mental ainda. (...) Quer dizer, não tem uma definição enquanto política pública.” (psiquiatra, sujeito 20)

Portanto, de acordo com a análise dessas falas, a construção de políticas públicas em saúde mental para a população infanto-juvenil e a implantação de serviços próprios a este segmento ficam contidas nessa complicada conjuntura: de mudanças de governos, de pouco investimento na saúde mental em função até da falta de um maior conhecimento desse campo pela própria gestão da saúde, além dos problemas já existentes na estrutura de serviços do SUS.

b) CAPSi: a construção de uma identidade

Com a oficialização da implantação da rede substitutiva de saúde mental por meio de leis, diretrizes (BRASIL, 2001a; 2001b; 2002) e por portarias específicas

direcionadas à implantação dos CAPS (BRASIL, 2001a; 2002; 2004), um dos profissionais fez menção à importância de tais referências na consolidação do serviço:

“Eu acho que é porque no CAPS eu sabia que eu ia só lidar com isso, com saúde mental, com psiquiatria, e os outros serviços você fica um pouco a mercê, sabe, do chefe, porque para os CAPS existe uma política do Ministério da Saúde, bem clara, bem definida nas portarias. Quer dizer, (...) melhor definida do que outras coisas. (...) E é uma coisa mais organizada, mais estruturada, então eu prefiro.” (psiquiatra, sujeito 20, grifo nosso)

Contudo, dois dos trabalhadores comentaram que esse momento de implantação também foi sentido como um período de transição para parte das equipes de saúde mental, em função da transformação de alguns Hospitais-Dias (HD) em CAPS (ou por tomá-los inicialmente como referência):

“(...) Teve um momento de muita confusão nessa passagem de Hospital-Dia a CAPS. Antes, primeiro falaram: “Ah! É só uma mudança de nome!”. Não é só uma mudança de nome. É uma mudança de projeto. É uma mudança de concepção da clínica. Da instituição. E acho que essa passagem, na Prefeitura, ela não foi feita de uma forma cuidadosa. E começou a ter uma certa sobreposição entre o Hospital-Dia e o atendimento ambulatorial, num esforço de virar CAPS. E acho que demorou para cair a ficha de que não era mais um Hospital-Dia. E que a gente não elaborou o luto. (...)” (psicólogo(a), sujeito 6)

“No caso, o CAPS. Era Hospital-Dia, depois parece, no município virou CAPS. Então aí vai mudando um pouco o enfoque. Não é um lugar que a criança vai ficar o dia inteiro e depois ela vai para casa. Ela até pode ficar o dia inteiro, mas já não é a proposta mais.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

Tal transição possivelmente levou os trabalhadores a se questionarem sobre as diferenças entre os CAPS e os demais serviços de Saúde Mental existentes nesse período. Alguns entrevistados, por exemplo, comentaram que o CAPS estabeleceu

um programa de diferentes intensidades para sua clientela e uma ênfase maior no aspecto psicossocial que, entre outros, consistia na participação ativa da família, da comunidade e no estabelecimento de parcerias com outras instituições, no intuito de incentivar a inclusão social. O CAPS, nesse aspecto, passou a ser visto como um serviço situado entre o ambulatório e o HD:

“No CAPS se entra mais com o psicossocial. Mas nós já fazíamos também. (...) Mas assim, não tinha a questão das intensidades. Do não-intensivo, do semi-intensivo e intensivo. Naquela época, nós tínhamos, o que tinha de mais parecido era o intensivo e o semi-intensivo. Mas a forma de pensar os parceiros, a família, na sua construção, tinha mais a ver com o CAPS.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“A proposta do CAPS na verdade é essa: a intensividade e a intersetorialidade.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9, grifo nosso)

“Então, eu acho que assim, a gente começou aqui com um perfil ainda de ambulatório. Atendendo casos que não tem tanta gravidade. E que aos poucos a gente está deixando esse perfil para ficar um CAPS mais ligado aos casos graves mesmo. Que é diferente dos CAPS que eram HD e que passaram a ser CAPS. Que em HD a criança ficava o dia inteiro. Então a gente não está virando HD, mas acho que está concluindo com uma coisa mais... Eles virando um pouco mais ambulatório e nós virando um pouco mais CAPS” (psicólogo(a), sujeito 19)

Talvez fruto desse contexto de implantação das unidades CAPS e das mudanças vivenciadas pelas equipes, um dos temas mais frequentes nos discursos dos profissionais entrevistados diz respeito ao significado do CAPS. São questionamentos como: o que é um CAPS? Qual a sua identidade, a sua finalidade, o seu lugar? E qual seria o papel da equipe dentro dessa estrutura? Chama a atenção o modo como foi utilizada a palavra *desafio* nesse momento, muitas vezes também associada às palavras *dificuldade* e *formação* (enquanto necessidade). Também falaram no gerúndio, como algo que continua a acontecer, está presente e em

movimento, com relação ao aprendizado e compreensão do funcionamento do CAPS. Tal como um processo de formação de identidade, ainda em construção, o que muitas vezes acarreta para equipe um mesmo movimento de construção de uma identidade grupal e conseqüentemente da identidade profissional de cada um em particular:

“Foi um desafio porque o trabalho é bem diferente. (...) Era um trabalho de formação de um CAPS. (...) ainda está nesse trabalho, a gente está construindo o que é este CAPS, o que faz um CAPS, qual é o papel de cada profissional dentro de um CAPS.” (psicólogo(a), sujeito 1, grifo nosso)

“Então a experiência para mim assim aqui, tem sido muito rica, tem sido um desafio grande. (...) Você vai descobrindo coisas, você vai lendo, você vai atrás. Mas, me sinto engatinhando.” (assistente social, sujeito 3, grifo nosso)

“(...) porque eu acho que para estar aqui, precisa minimamente, ter uma (...) idéia de qual é a tarefa de um CAPS. Qual é o projeto maior, o projeto clínico aqui do CAPS, destinado à infância.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9, grifo nosso)

“(...) Para mim, quando eu entrei aqui, eu falava: “Gente, mas o que a gente vai fazer num CAPS infantil?” (...) E como era um projeto novo, ninguém... A gente foi aprendendo. Estamos aprendendo ainda. Estamos adequando o trabalho.” (enfermeiro(a), sujeito 12, grifo nosso)

“E novamente um desafio, porque é um lugar novo. Que lugar é esse? Qual vai ser essa demanda? (...) Começamos a pensar como seria o trabalho aqui, e aí nasceram algumas fórmulas. Algumas alternativas de se atender aqui. (...) E hoje continua sendo um desafio para mim. Porque a cada dia a gente tem casos diferentes. Situações diversas. (...) É sempre um desafio a cada dia. Eu gosto.” (psicólogo(a), sujeito 15, grifo nosso)

Nesse processo de construção da identidade profissional à identidade do CAPS, é possível a ocorrência de algum exercício comparativo da própria unidade onde trabalha com as demais, para não somente marcar suas diferenças, mas também firmar a trajetória histórica que marcou sua constituição singular, tal como expressa com grande satisfação os seguintes trabalhadores:

“E eu gosto muito da proposta desse CAPS. (...) Eu acho que aqui (...) tem um trabalho mais sólido. Tem muita história. (...) Estou fazendo um curso agora e eu encontro pessoas de outros CAPS. Então, nesse curso, (...) eu escutei a experiência de 2 outros CAPS. Aí você vê. Nossa! Como a gente faz coisas bacanas lá. Como aqui a inclusão funciona, o atendimento familiar. Tem diferenças, tem. Mas é muito bom trabalhar com crianças nesse CAPS. Não sei se eu estaria tão feliz em outro. (...) Uma boa parte da equipe, apesar das diferenças, caminha uma proposta inclusiva, de atendimento à família, de lidar com as diferenças muitas vezes muito precocemente. (...) Eu acho que a gente consegue ter propostas para essas diferenças desde muito cedo. Coisa que eu não escuto muito rolando por aí. Então, eu gosto muito.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Eu estou satisfeita no local do meu trabalho, gosto da equipe, gosto do que eu faço, gosto do atendimento, de prestar essa ajuda, essa atenção. É uma atenção social, psicológico e social, da família. E eu gosto, me sinto útil, me sinto realizada também. Embora eu esteja, como eu te falei, ainda aprendendo. (...) E pretendo continuar aqui enquanto for possível. Enquanto me quiserem, me deixarem ficar, eu prefiro continuar.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

Contudo, como os CAPSi pertencem a uma rede pública de serviços (SUS), tal singularidade institucional também é colocada em questão no âmbito das diretrizes políticas que os regem ou deveriam reger. Alguns profissionais comentaram que o indicado nestas diretrizes se mostra insuficiente para garantir uma maior coesão e homogeneidade entre as unidades, condição necessária já que se trata de um mesmo tipo de serviço. Para estes trabalhadores, existem somente alguns critérios descritivos do que se precisa fazer como, por exemplo, limite de idade, perfil da clientela, horário de funcionamento do que propriamente uma política. Assim, as equipes ficam perdidas e desgastadas tentando, cada qual a seu modo, aprender e constituir o funcionamento de sua unidade. Segue abaixo exemplos dessa categoria discursiva:

“CAPS vai ser um nome diferente para lugares muito diferentes, mesmo dentro de São Paulo, em realidades diferentes.”
(psicólogo(a), sujeito 6)

“(...) Se a gente pudesse ter realmente um projeto clínico estabelecido. Porque não é a equipe que tem que dizer: “Olha, nós vamos isso. Queremos trabalhar com isso, não queremos trabalhar.” Acho que tem que ter uma política de saúde. A gente não tem. Cada CAPS faz o seu pedaço, mais ou menos no jeito que quer. Por isso que é: “Agora você vai atender até os 18 anos.”; “Você vai atender isso.”; “Vai atender drogado.”; “Não vai atender...”. E aí... Isso não é uma política. Então, cada um tem que fazer, as equipes fazer o seu projeto. Eu acho que isso é terrível. (...) Precisa ter uma direção forte, em termos de saúde pública. Para que as coisas não fiquem tão perdidas. Mesmo que seja para a equipe brigar e discordar. Mas tem que ter alguma coisa. Mas a gente não tem. (...) A gente fica muito assim abandonado. E acho que muito do conflito interno da equipe vem por conta desse abandono. Ninguém sabe, (...) não tem um técnico realmente que saiba o que está fazendo. (...) Por causa de falta de diretriz mesmo. Deveria ter uma política de Saúde, a gente não tem uma política. Tem um: “Os CAPSs devem fazer isso. Os CAPSs devem pegar a criança, alimentar, trocar, levar para a escola...” Não é verdade? Assumir a função. Sabe, o que está escrito? Tem isso escrito. Mas assim, olha, uma política, eu não vejo.” (psiquiatra, sujeito 11)

“Você vê a portaria, ela está lá. Mas é muito, são linhas gerais. É, tem que envolver a comunidade, que é na verdade, acho que é o menos, que é o que menos se faz. Tratamento dentro do ambiente, não retirada, não no isolamento e tal, mas isso é muito geral. Nesse “geralção”, enfim, quase tudo pode. Precisa ser alguma coisa um pouco mais específica. E é engraçado porque mesmo quando a gente vai a reuniões com os outros CAPS, você sente isso também. Eu acho que nem dentro dos CAPS de adultos ou todos os infantis, (...) a impressão que dá é que cada lugar faz de um jeito. E é muito esquisito isso. Tudo bem, eu acho que tem que ter um respeito às formações, à equipe multidisciplinar que tenta comportar as diferenças e tal. Mas o que eu acho que falta às vezes é uma definição de certas diretrizes mesmo, um plano de trabalho. Aí, cada equipe meio que vai formando o seu jeito. Mas que também não poderia ser tão diferente se você está numa rede pública, né? É numa rede pública, o atendimento de uma determinada população, com o mesmo tipo de paciente, então como que as coisas são tão diferentes assim?” (psiquiatra, sujeito 20)

Pelo conteúdo presente, parece que os CAPSs se localizam numa zona intermediária: ao mesmo tempo em que precisam responder às diretrizes políticas

(mesmo que não suficientemente definidas), suas equipes técnicas também possuem certa liberdade na organização das atividades. Talvez o *desafio* consista justamente na constituição de uma identidade institucional, que já nasce numa imbricada intersecção de poderes e saberes.

c) Sobre o cuidado: principais temas e problemas referidos

c.1) O atendimento ampliado na infância e na adolescência

Ao introduzir o tema do cuidado, muitos dos trabalhadores enfatizaram que a própria condição da infância e da adolescência exige uma atenção ampliada por envolver uma necessária articulação com diferentes atores e setores, como a família, a comunidade, a escola, outros segmentos da saúde e demais setores da gestão, diversas entidades, além do necessário estabelecimento de parcerias, entre outros. Esse funcionamento promove um efeito paradoxal: embora seja mais *trabalhoso* e *desgastante* tal cuidado, por outro lado pode ser mais *alentador* e *compensador*, pela promessa de que, o período de desenvolvimento em que as crianças e adolescentes se encontram somado a essa possibilidade ampliada de cuidado, propicie melhores resultados e prognósticos, tal como aparece nos seguintes depoimentos:

“(...) Eu gosto mais trabalhar com a formação (...) apesar que a gente fala (...) que não vai ter tratamento efetivo (...) é mais gratificante do que adulto. A perspectiva de ter uma resolução, trabalhando em equipe. (...) A perspectiva é bem melhor de evolução, prognóstico. Em alguns casos.” (psiquiatra, sujeito 02)

“Apesar de em alguns sentidos acho que é mais trabalhoso com criança, porque você tem que dar conta da criança, da escola, da família, da fono, do médico, você tem que estar em contato com várias instâncias. Mas criança é um ser em mudança, acho que também isso é mais alentador. (...) Tem mais possibilidades de coisas acontecerem.” (psicólogo(a), sujeito 19)

“Com a infância e a adolescência, o seu paciente é a família, a escola, o clube, a associação de bairro, é todo um entorno. (...) É um trabalho que é muito gratificante. É cansativo? Às vezes a gente sai daqui muito cansado. Sai. Mas é um trabalho que tende à transformação o tempo todo assim como a criança e o adolescente. Aquela mudança. Mudança, o tempo todo. (...) Então é difícil. Você tem que estar sempre se modernizando. O tempo todo. Eu acho que isso que é o mais gostoso. Acho que é isso que eu me encantei. Não tem uma rotina. Nenhum dia é igual ao outro.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“Eu acho que você acaba se envolvendo mais com a vida da criança do que quando você atende adulto. Porque você se envolve mais com a família, muito mais com a família. E a criança nunca vem espontaneamente, mas é trazida. Mesmo adolescente, raros são os que vêm espontaneamente. Você vai para a escola, tem o professor. Você se envolve mais com o fórum, de toda essa parte legal, eu acho que isso muito mais do que com adulto. Então, por um lado é mais interessante por outro lado é mais desgastante. (...) Por ser CAPS e por ser de mais intensidade (...) é um trabalho que exige muito. Acho que exige que você se envolva muito. Também te desgasta mais. Mas de alguma forma para mim é compensador, porque eu continuo aqui, continuo achando que vale a pena.” (psiquiatra, sujeito 20)

“E os casos aqui são mais longos. (...) Aqui no CAPS ficam anos. Tem paciente que eu estou participando do atendimento desde que eu entrei até agora. E têm alguns que acabam desistindo. Não vem mais. São algumas diferenças que eu estou aprendendo a lidar, que é uma coisa mais demorada, mais ampla. Envolve família, envolve a parte social, envolve escola. Uma visão mais ampla que eu tenho que ter aqui, na atenção com as crianças. (...) Aqui tem a família, tem a escola, tem o matricial. É um bairro carente. Com uma população carente (...). Eu não estava habituada. Não fazia parte das minhas funções.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“(...) Com a criança é tudo muito lento. É tudo muito devagar. Você tem outros trabalhos, você tem que trabalhar família, Apesar de você falar muito em reabilitação, com a criança esse termo não é adequado. Na verdade, com criança você fala em habilitação. (...) São crianças que tem dificuldades, não tem fala. São crianças que tem dificuldade de aprendizado. Está muito junto deficiência mental com autismo. É muito mais habilitação mesmo. Então, é um trabalho muito mais lento.” (psiquiatra, sujeito 24)

Como já apareceu em parte dessas falas, esta conjuntura também remete ao questionamento dos temas e problemas ligados à atenção estabelecida como: o

dilema necessidade x demanda dos usuários expressado pela relação entre sofrimento psíquico e problema social; na família enquanto causa e solução para o sofrimento psíquico; no atendimento direcionado aos adolescentes e às patologias graves que dizem respeito a esse universo do cuidado. A recorrência desses temas nas entrevistas levou à seleção dessas importantes sub-categorias, desenvolvidas a seguir:

c.2) O dilema necessidade x demanda dos usuários: do sofrimento psíquico aos problemas sociais

Na análise das entrevistas também se observou a presença freqüente da palavra *demanda*, o que pode representar o dilema necessidade x demanda da instituição. Tal termo apareceu como um além, nunca tangível (que inclusive é próprio do significado da palavra), combinado com a idéia de que o sofrimento psíquico que acomete uma criança ou adolescente (que seria a própria necessidade) está atrelado a outros problemas de ordem social (o que está além da necessidade do trabalho clínico oferecido). Este aspecto vincula-se quase sempre à idéia de que as crianças, os adolescentes e suas famílias, que freqüentam o CAPSi, encontram-se numa situação vulnerável de pobreza:

“(...) na rede a gente acaba atendendo uma população que traz uma demanda (...) que vai além da questão emocional.”
(Psicólogo(a), sujeito 1)

“Tem crianças que tem uma outra demanda que é além da demanda terapêutica, do tratamento terapêutico, (...) pela própria dinâmica da família, pela própria dinâmica da criança.”
(assistente social, sujeito 3)

“(...) Mas o que eu vejo aqui muito é (...) uma população muito pobre, que vive em condições (...) marginais. Marginal da sociedade. Não são marginais de bandidos. (...) A criança quando chega aqui é muita questão envolvendo a saúde mental, (...) comportamental, mas por questão social. Muito, muito, muito, muito.” (psiquiatra, sujeito 2)

“Eu acho que tem uma mistura muito grande. Uma tendência a se psicologizar muito situações que não são da Saúde Mental. Como a gente está numa área que é muito carente, (...) essa coisa do social, a questão da carência, se mistura muito. Então, é uma criança que vive uma privação muito intensa. Se ela agita numa escola, se ela reage a uma situação de violência em casa ou se ela reage a situações que seriam pertinentes até a idade dela, essa coisa se mistura muito com a Saúde Mental. Tudo vira caso de Saúde Mental.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“(...) muitas crianças (...) demandam outras coisas. Mas, tem casos que demandam mais de outra, de várias instâncias por uma questão social também. É complicado.” (assistente social, sujeito 18)

“Que a gente acaba aqui lidando também com criança de nível social, cultural, de renda mais baixa. (...) Também se fosse assim um outro grupo seria diferente. Não teria tanto esse peso, esse lado social, legal, além da clínica. Quer dizer, a gente já tem as questões da saúde mental e somado a todos esses outros. Porque a gente está lidando com pessoas de baixa renda mesmo.” (psiquiatra, sujeito 20)

Esse contexto, reforçado pela pobreza, possivelmente propicie um direcionamento do olhar dos trabalhadores para as famílias dos usuários dos CAPSi, conforme demonstraremos no próximo item:

c.3) A família como causa e solução do sofrimento psíquico: vigilância ou cuidado?

Quando são feitas referências em relação ao cuidado, um dos principais temas que surge é a família. Termos como “famílias carentes”, “famílias pobres”, “famílias desestruturadas”, “famílias comprometidas”, “famílias ausentes”, “famílias não-

aderentes”, “famílias que boicotam”, aparecem em parte das entrevistas. Há uma escala gradual de causas (uma possível “culpabilização”?) que oscila entre uma vertente associada a uma privação ou falta de caráter mais sócio-econômico e para um comprometimento emocional da família, como uma patologia familiar que pode ser a base do problema que a criança ou o adolescente apresenta. Como exemplos, segue os comentários seguintes:

“E não é por dizer que nessa sociedade, porque onde mora tem bandido, tem droga. Não. É a própria família que tem uma estrutura ruim, desagregada. (...) Vem por um comprometimento sócio-cultural, uma pobreza sócio-cultural. Então eles, comprometem esse desenvolvimento. (...) Aparece muito isso agora. O nosso pobre público-alvo que eu vejo, são os transtornos mentais comportamentais, os de conduta que é o grande... É mais por essa coisa, familiar, cultural. Sócio-cultural pobre. Muito pobre.” (psiquiatra, sujeito 2)

“E aí fica (...) uma relação sua e da criança, com toda a vida dela. Parece que os pais terceirizam isso com a gente. (...) Eles passam o problema para mim, para a instituição. É a gente que tem que dar conta da melhora dessas crianças, da instrução dela e dando a solução de toda a problemática. E somem. (...) É um tratamento aqui. É uma unidade que trata da saúde mental e a criança vem, fica por conta e eu acho que em muitos casos, isso afeta mesmo. As vezes é o perfil já do próprio caso. Eles abandonam a criança aqui, o tratamento dela, o atendimento, como abandonam na escola, como abandonam em vários aspectos. A criança, ela fica por si. Mas, eu não perco a idéia de que eu posso ajudar aquela criança. Eu acho que deve ser possível o tratamento. (...) Não é o ideal, mas eu procuro trabalhar a criança, dar uma ajuda, procuro um apoio para ela. (...) Porque se eu for atrelar o atendimento da criança a partir da participação dos pais, é complicado. Seria o ideal, mas não é o real.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“A família também mais comprometida, então a gente tenta fazer com que a criança aprenda a se cuidar sozinha.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Se a família traz é porque alguma coisa nesse contexto familiar está acontecendo. Independente da criança ter o real objeto, tem uma questão familiar mesmo que precisa ser abordado.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“A Assistência Social (campo) que atravessa muito também o nosso atendimento. E as vezes fica difícil você dar conta, porque a gente não tem serviços as vezes que possam dar um suporte para a família também nas questões sociais.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“É que os casos, eles chegam com tantos, tantos aspectos interligados de família...” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“Muitas vezes, além da dificuldade de ter esse filho com problema mental, problema financeiro, aí elas abordam tudo. É o problema financeiro, o problema relacional, problema da família, as dificuldades enfrentadas, porque a clientela maior é de uma classe social mais simples. Então, soma ao problema de saúde, o problema social também.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

“(...) as vezes numa crise familiar muito intensa, muito aguda, as vezes o diagnóstico não é tão importante mas a situação familiar é muito importante pela repercussão, por dinâmica da família.” (psiquiatra, sujeito 20)

As soluções apresentadas para tais questões estão relacionadas desde as ações de cunho sociais, por meio de trabalhos promovidos pelo campo da Assistência Social (pela via da assistente social do CAPSi) ou por parcerias intersetoriais (mais raros), até a oferta de atendimentos em paralelo ao cuidado da criança ou adolescente, como trabalhos de orientação aos pais e atendimentos terapêuticos grupais ou individuais destinados aos mesmos (a modalidade varia de acordo com a “necessidade” do caso. Geralmente em caso mais grave é indicada uma intervenção mais individualizada). São comuns falas que enfatizam a importância da intervenção da família para um cuidado mais efetivo:

“A gente tem muitos casos aqui, uma boa parte deles, que a dinâmica familiar está bastante comprometida. Então, na medida das possibilidades, dentro do projeto terapêutico, a gente inclui o trabalho com a família. Ou é orientação familiar, ou é o atendimento mesmo.” (assistente social, sujeito 3)

“Com a família, o trabalho é interessante. A gente mudou bastante. A gente ampliou bastante o trabalho com a família, depois que virou CAPS. (...) Houve uma mudança no foco do projeto terapêutico. Houve uma inclusão da família no projeto

terapêutico de uma forma bastante significativa. Acho que essa foi uma grande mudança de foco. É como incluir a família no processo. Entendendo que também faz parte do projeto terapêutico. Não como anexo. Porque antes a gente atendia, mas como um anexo. Em algumas situações é condição sine qua non para poder fazer algum trabalho.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“(...) demorou para a gente chegar às famílias. Hoje são raras as crianças que não tem esse projeto, de familiar, de trabalhar com eles. Quase todos têm esse acompanhamento. Então, eu faço em parceria com os colegas e nós temos famílias muito interessantes. A gente vai vendo uma melhora mesmo. Você vai enxergando mais determinadas coisas que você só coloca mesmo na criança, você vai conseguindo enxergar o que está acontecendo. Está sendo muito importante para mim, para a minha formação.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“A gente sempre trabalhou com 2 enfoques: os pais e a criança. A gente entende que não dá para você trabalhar só com a criança sem você trabalhar com a família. E na grande maioria das vezes a gente tem que focar muito mais a família do que a criança.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“(...) no grupo de pais, como eles tem um tempo comigo, eles expõem muito, então as vezes perguntam muito. (...) Elaboram muito. E aí eles têm condições de perceber algumas coisas que, antes dessa atividade, eles não entendiam, porque eles ficavam lá em cima, sentadinhos, aguardando a criança sair da atividade. Eles não sabiam o que estava sendo feito com as crianças e não entendiam o que era sair para uma salinha, ficar um tempo e depois ser devolvido para eles levarem para casa. Então, fez muita diferença, e até porque eles trazem muitos elementos que ajudam tanto nas oficinas quanto o terapeuta que atende, e o psiquiatra também.” (assistente social, sujeito 14)

“A gente faz grupo com a família, faz atendimento individual com a família, e aí analisavam os casos. Quem precisa do atendimento mais individualizado da família, quem precisa de um grupo, ou o grupo e mais a família, mais atendimento individual na família, mais um trabalho de orientação específico com o casal, individual. Tudo isso.” (assistente social, sujeito 18)

“E os casos que ficam no meio (...) desses extremos aí. Que são essas crianças que estão em famílias muito desestruturadas, super-complicadas, e que aí é feito todo um trabalho que a gente sabe que vai demorar um tempo enorme. Que as vezes você pode tentar focar mais naquela crise, mas você sabe que aquele funcionamento vai continuar.” (psiquiatra, sujeito 20)

Por vezes a família aparece ora como a que coopera com o trabalho ora como a que boicota. Para os profissionais, uma evolução bem sucedida dos casos das crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi está necessariamente vinculada à família, de acordo com o seu grau de envolvimento e aderência ao trabalho proposto.⁷⁰ Em alguns casos, essa preocupação de um cuidado atrelado à intervenção familiar institui medidas mais relacionadas a um monitoramento, controle e vigilância dessas famílias. Como exemplos podem-se citar as visitas domiciliares e os casos que se questionam alguma intervenção por meio de instituição vinculada ao sistema judiciário (Conselhos Tutelares, Varas da Infância, entre outros), conforme os relatos a seguir:

“(...) casos novos que entram, (...) na medida do possível, nós vamos realizar a visita domiciliar. (...) A visita domiciliar é realizada quando a criança também toma medicação, e não altera, não muda nada. E os pais trazem sempre alguma queixa a alguma coisa que a gente sente que pode ser o próprio domicílio que não está ajudando muito. (...) Eu faço a visita no objetivo de conhecer a realidade em que essa criança vive, qual é o contexto de vida que ela tem dentro do domicílio. Porque na realidade o tempo que ela fica aqui e a relação que a gente vê com esses pais é muito pequena. Não dá para você avaliar como é que essa criança está sendo trabalhada ou aceita e tal. E, lá no campo dela, (...) lá de dentro da família, no espaço dela, o espaço jurídico, o espaço social, é lá que ela é ela mesma. Tanto a criança como a família. (...) Quando as pessoas vem para cá, elas vem já com (...) uma “capa”: você já arruma a cara, saiu do seu portãozinho, você já adquire um outro papel. E você começa a trabalhar aquelas questões de uma forma muito mascarada mesmo. Quando a gente chega na casa da pessoa, ela é exatamente: desnuda o que ela é, o que ela sempre foi. E aí você consegue tirar alguns elementos a mais.” (assistente social, sujeito 14)

“A questão do Fórum da Infância, as vezes eu acho que a gente precisa desse respaldo legal, jurídico, sei lá, autoritário. Você tentou, tentou, tentou de tudo, e chama para conversar, chama para conversar, chama para conversar, propõe, propõe, propõe de

⁷⁰ Nos casos de crianças abrigadas (órfãos, separadas judicialmente da família, detida por lei), a falta essencial de suas famílias é pensada como uma vulnerabilidade maior que pode ser um dos fatores determinantes que afetariam o andamento do caso.

acordo com a necessidade da mãe, para tentar fazer com que ela traga, para tentar ter esse filho na escola. Você tenta fazer arranjos. Você tem que fazer os arranjos para que a pessoa consiga vir. (...) A gente fala, fala, fala, chama, chama, chama as mães e continua do mesmo jeito. Faltas, tem muitas faltas. E eu acho que também muda um pouco a atitude do profissional. A gente não aciona com o Conselho Tutelar. Chamar o Conselho, conversar com o Conselho, é a última instância, entendeu? Assim, Conselho Tutelar, Vara da Infância, mas a gente precisa ter o respaldo deles. Eu acho, entendeu? É ruim isso. A gente mexer com a lei. As famílias podem se sentir ameaçadas, mas você falou tudo, propôs tudo, e a mãe continua fazendo. E aí você faz de conta que está tratando? Vai deixando como é? A criança vai crescendo, não sei se seria a melhor alternativa. Mas, na frente, seria uma possibilidade. Pelo menos de garantir que ela leve a criança. A gente tem uma certa resistência nesse procedimento. E as vezes eu acho que falta um respaldo da Vara da Infância nesse sentido. Nem é da Vara, acho que é da lei mesmo. São garantias que para mim a gente não pode privar a criança de liberdade. (...) Eu acho que trabalhar com criança, eu tenho essa dificuldade. (...) A criança, (...) você depende muito da família.” (assistente social, sujeito 18)

Do mesmo modo que a intervenção na família pode pender para o controle e a vigilância, o atendimento direcionado principalmente aos pais ou responsáveis também pode adquirir uma tônica mais adaptativa, em que a família precisa aceitar e se adequar a realidade crônica do problema do filho(a), que deverá receber cuidados permanentes. Parte do sucesso terapêutico relaciona-se ao modo como essa família tem condições de responder sobre esse aspecto. Esta realidade pode ser traduzida por parte dos trabalhadores como um fardo a ser carregado e aceito:

“(...) Então, eu trabalho ajudando o cuidador a suportar e a melhor cuidar daquela criança. (...) Eu acho que dá para a gente fazer um bom trabalho com a família, porque se a gente não compreender, se o terapeuta não tiver um pouco a dimensão de como está essa família, o trabalho dele também não caminha muito. Não tem muito sucesso. Porque ele ajusta a criança e ela volta para aquele reduto lá. (...) Nós temos casos aqui, por exemplo, de triagens que a gente percebe que o cuidador precisa muito mais urgente de um atendimento psiquiátrico do que a criança.” (assistente social, sujeito 14)

“(...) porque essa pessoa que vai chegar aqui, ela não vai sair no dia seguinte daqui. Ela será uma pessoa inserida num trabalho muito prolongado, as vezes. E o desenvolvimento desse trabalho é uma coisa muito delicada. Muito sutil. Não é uma coisa que vai acontecer um milagre. Porque as vezes os pais tem essa fantasia: “Quando que meu filho sai daqui bom?”. Um autista sai falando. Indo procurar um trabalho. (...) É um trabalho muito delicado.” (assistente social, sujeito 14)

*“Muitas vezes a gente tem que ser uma conselheira. Dar bastante apoio psicológico, ser positiva, ser otimista. (...) É tão difícil ter um filho, uma criança com problema mental. E isso vai ser para o resto da vida, mas a gente estando aqui para dar uma força, ou ouvi-la, ter um tempo para que ela possa contar tudo e a gente tenha um tempo para ouvir os problemas que ela passa, enfrenta em casa, eu acho que isso é muito importante. (...) Enfim, que eu possa estar ajudando essa pessoa a tirar um pouquinho aquele peso das costas. E o tempo que ela vem aqui, também ela pode estar deixando a criança com a gente, ela descansa um pouquinho, a criança vai estar sendo cuidada (...). Dentro das 24hs que é a mãe que está com essa criança, aquele período que ela passar aqui, principalmente quem está no intensivo, (...), eu acho que a mãe, assim, descansa um tempinho, podendo até fazer outras atividades.”*⁷¹ (enfermeiro(a), sujeito 17)

Muitos profissionais comentam sobre a importância da participação das famílias das crianças e adolescentes atendidos no CAPSi, contudo parece que essa presença se refere mais à adesão aos atendimentos oferecidos à elas e não necessariamente a uma participação além desse âmbito mais clínico / terapêutico, como por exemplo nos próprios espaços de discussões e decisões técnicas e administrativas tal como aparece em algumas das principais referências dos modelos de atenção preconizados pela reforma psiquiátrica (principalmente pela psicoterapia institucional e a psiquiatria democrática), ou mesmo em outros espaços de cunho mais político (em movimentos, associações, conselhos, entre outros). Foram poucos

⁷¹ Contudo, esse(a) mesmo(a) entrevistado(a) afirma que a maioria das mães preferem esperar pelos filhos na unidade.

os profissionais que fizeram referência sobre essas possibilidades e, de modo geral, foi para exemplificar a falta de interesse e participação por parte das famílias.⁷²

c.4) O cuidado dos adolescentes nas unidades: um espaço em aberto

Outro tema freqüente em parte das entrevistas está ligado ao cuidado dos adolescentes. Esta presença possivelmente tem uma origem histórica: algumas das unidades que já funcionavam como HD ou outro equipamento, antes da implantação dos CAPS e atendiam somente a população infantil (até 12 anos). Contudo, com a implantação dos CAPS, foi exigida a entrada dos adolescentes aos CAPSi, prevista inclusive nas diretrizes e portarias (BRASIL, 2001a; 2001b; 2002, 2004). Segue abaixo uma fala que contextualiza esse histórico:

“Adolescente é muito pouco. Adolescente a gente trabalha bem pouco. Na verdade (...) era praticamente infantil. (...) O que tinha de adolescentes eram as crianças que tinham crescido e viraram adolescentes. Mas nunca entravam adolescentes. O que tivesse essa característica de crianças com patologias que começasse na adolescência. Não tinha isso. Adolescência foi uma coisa que foi muito mais recente. Mas eu adoro! Eu acho muito gostoso trabalhar com criança.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“(...) porque os adolescentes estão começando agora a ter um lugar aqui no CAPS.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

Com isso, observou-se uma polaridade entre os profissionais adeptos ao atendimento dos mesmos nos próprios CAPSi (principalmente nas unidades sem esse histórico prévio), que inclusive preferem direcionar o trabalho para essa população em particular; e os que se colocam contrários a essa possibilidade, sob diferentes

⁷² Não foi feita nenhuma questão específica sobre a participação da família. Sugiro consulta da pesquisa de Caroline Dombi, mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, que atualmente investiga este tema nos CAPSi do município de São Paulo.

argumentos: ou pela falta de identificação no atendimento aos adolescentes, embora o execute; ou porque consideram necessário uma formação e experiência específica à essa população e que não possuem; ou até porque deveria existir um CAPS específico ou outra unidade similar especializada em adolescentes, por julgarem difícil juntar crianças e adolescentes graves num mesmo serviço.⁷³ Os discursos abaixo são bons exemplos dessa polarização:

“Embora eu ache que os adolescentes, como se comunicam, como se falam, eu prefiro.” (assistente social, sujeito 18)

“Eu fui ficando com uma demanda de adolescentes muito grande. E eu fui gostando, gostando, gostando e gostando. Extremamente apaixonada pelos adolescentes.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“E além de atender crianças, também atendemos adolescentes. Que também é um outro desafio, porque eu sempre fui da clínica de criança. (...) No consultório, (...) adolescentes, eu encaminho. (...) Aqui eu estou fazendo agora isso.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“A adolescência eu já acho meio complicada trabalhar. Mas eu já trabalhei muito com adolescente. Já atendi alguns adolescentes. Até atendo. (...) É uma questão muito complicada de você desmembrar: então vou atender adolescente, vou atender criança. Você está num local que a demanda é grande. Então fica muito difícil você dar a assistência de qualidade se você pega dois segmentos. (...) Porque a criança, você tem que trabalhar com os pais, você tem que trabalhar com escola, você tem que falar com outros profissionais, então, não é só a criança e a família. Tem os outros profissionais que a gente conversa também, que tem do caso. Então eu acho que fica muito difícil você querer colocar os pés em dois barcos.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“A adolescência (...) é uma coisa que a gente está digerindo, porque adolescência não... Acho que todo mundo aqui teve que na verdade engolir para a goela abaixo. Porque estava fora, é outra especificidade. (...) Porque assim, ninguém queria os adolescentes, no de crianças e nem no de adultos. (...) Hoje eu estou fazendo grupo de adolescentes. (...) Mas, quando eu vim

⁷³ Numa das unidades, a maioria dos adolescentes possui apenas atendimento ambulatorial com a psiquiatria porque a entrada de adolescentes no serviço é recente. A triagem desse segmento é feita diretamente pela psiquiatria.

para cá eu nem sonhava. Também acho que é uma clínica que eu precisava estudar um pouco mais; mas enfim, a gente acabou engolindo. Então, eu acabo me referindo mais a... para mim aqui ainda é um CAPS infantil.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

Esta situação talvez sinalize, tal como ocorreu com a própria infância num passado recente, que a inserção dos adolescentes nos serviços de saúde também requer a conquista de um espaço próprio, já que os adolescentes podem as vezes se dividir entre os serviços que atendem as crianças e os que atendem os adultos. Independente das razões de cada lado, o surgimento dessa discussão, já é um sinal de que esse jogo entre os serviços está mais transparente e que a adolescência finalmente começa a aparecer também nesses espaços, inclusive na saúde mental.⁷⁴

O trabalho com as patologias graves: a psicose como o desafio emblemático dos CAPSi

Alguns entrevistados comentaram sobre o quanto era desconhecido não somente o modo como funcionava o CAPSi quanto o campo da saúde mental infanto-juvenil, quando entraram na unidade. Focaram na falta de formação que tiveram na área, o que dificultava a compreensão dos diagnósticos, principalmente os mais complexos como o autismo em particular e as psicoses em geral (ou os Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD, como alguns nomeiam), o que gerava, e talvez ainda hoje gere, dúvidas e angústias frente aos casos atendidos, tal como os relatos sugerem:

“E eu pensava assim: “Psiquiatria infantil?” Para mim, psiquiatria infantil tinha a ver com a deficiência mental mesmo,

⁷⁴ Não foi realizada nenhuma questão específica sobre o atendimento direcionado aos adolescentes. Sugiro consulta à pesquisa de Natália Areias, mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, que atualmente investiga a entrada dos adolescentes nos serviços de saúde mental.

porque era a única forma de reconhecer. (...) E autismo, para mim, fazia parte da deficiência mental. (...) Não eram transtornos globais do desenvolvimento. Não era um transtorno psiquiátrico. (...) Isso para mim foi surpresa, quando eu descobri que tinha criança psicótica esquizofrênica. (...) Acho que eu aprendi na faculdade que esquizofrenia surgia no final da adolescência. Só depois dos 15, 16 anos. (...) Então, a gente não tinha mesmo essa formação lá.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“(...) vivenciar isso, o sofrimento das famílias em relação ao deficiente... Eu não sabia absolutamente nada de autismo. Então, aqui eu tive que aprender um pouquinho, ver, eu só sabia... A minha visão do autista era aquela do menininho que ficava balançando o tempo inteiro. Agora a gente se surpreende com um monte de outras coisas. Um perfil completamente diferente de autista. No começo eu fiquei um pouquinho chocada. (...) De ver as crianças, o sofrimento intenso, não sei, não sabia muito lidar com isso (...).” (assistente social, sujeito 14)

*“Fui logo imaginando: “Nossa, vai ser uma demanda bem diferente.”. A gravidade, eu já imaginei, assim de **trabalhar com crianças surtando diariamente, foi a idéia que eu fiz.** (...) E aí a gente veio assim, meio assustada, mas a gente acabou vindo, começando a estruturar o CAPSi.” (psicólogo(a), sujeito 15)*

*“(...) no começo, eu **fiquei meio perdida.** (...) Eram crianças que não falavam. Então eu tive que **adaptar a minha formação para a realidade que eu trabalhava.** Então, eu comecei a fazer, trabalhar com atividades de vida diária. Então, cuidados de higiene, trabalhar com auto-imagem, com a noção de corpo, percepção. E tudo no concreto. Então, o banho, a refeição. Participei também de grupos terapêuticos, de grupo de pais, de grupo de orientação à família. E aí eu tive que aprender. Aprender no sentido de que a criança tem um outro olhar, principalmente autista. Eu já tinha visto lá no ambulatório, atendia, mas não era uma coisa do acompanhamento direto. E aí eu **tentei adaptar.**” (enfermeiro(a), sujeito 22)*

*“(...) a minha experiência aqui foi, está sendo muito boa, porque eu digo sempre que eu continuo aprendendo, continuo tendo bastante conhecimento assim dessa área, que para mim era desconhecida. E desde o início eu já fui achando interessante. (...) E aqui no dia-a-dia, com colegas da equipe, os técnicos, as reuniões, que nós fazemos (...), discussões de casos... Eu estou sempre aprendendo. Eu acho que é uma experiência muito válida. (...) **Eu nunca tinha atuado na área de saúde mental. (...) Eu não tinha experiência. Mas eu achei assim interessante, porque você se depara numas patologias diferentes, situações diferentes, e eu achei que eu posso estar ajudando muito no grupo. No grupo da equipe de pessoal e os pacientes. Eu acho que eu me dei, estou me dando bem. Eu gosto. Eu acho que é bom para mim porque eu me***

sinto importante. Me sinto útil em poder ajudar, conversar com a mãe, com as crianças.” (enfermeira, sujeito 17)

Muitos dos trabalhadores usaram o termo autismo como o ícone do que consideram mais complicado e desafiador em termos de suas práticas. São pacientes difíceis no manejo terapêutico e que o tempo todo reporta aos limites e possibilidades de uma clínica em constante construção. Enquanto alguns dos profissionais os atendem por preferência, outros preferem não atender esses casos, muito embora os CAPSi sejam as instituições públicas de referência ao cuidado desse tipo de quadro⁷⁵ entre outros. São exemplos, as falas seguintes:

“Dentro da minha prática clínica, eu atendi crianças psicóticas, atendi crianças autistas. Mas, eu fui definindo que não era a minha praia atender crianças autistas. Crianças psicóticas eu ainda consigo ter um atendimento e consigo me ver, assim, fazer uma identificação com o trabalho. Mas com crianças autistas, não. (...) Eu faço triagem e aí que eu tenho contato com essa demanda. De trabalho, de projeto terapêutico eu não tenho. (...) Eu tenho feito um atendimento de pais de crianças autistas, aqui.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“Eu adoro trabalhar com crianças. (...) Mesmo as crianças que não falam, que não brincam, para mim é um grande desafio trabalhar com crianças autistas. Muitas pessoas não gostam porque sempre sentem um tédio do lado. Eu não sinto, eu acho que eu consigo sempre enxergar alguma coisa em cada criança. Tem sempre um jeito próprio de cada uma ser. Tem momentos mais difíceis, mas eu também acho que eu consigo me dar bem e divertir bastante nesse trabalho. Divertir no bom sentido, assim de poder criar um espaço potencial e estar ali. E claro, muitas vezes o dia-a-dia é desgastante. Mas, eu gosto bastante do trabalho com as crianças, com a família.” (psicólogo(a), sujeito 06)

“E como a gente tem uma parcela grande de autismo, acaba sendo a nossa maior dificuldade. Por conta da complexidade mesmo do tratamento.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

⁷⁵ Também existe um circuito de entidades filantrópicas como, por exemplo, as AMAs que atendem especialmente pacientes autistas. Contudo, são instituições com outro histórico e que atualmente recebem críticas frente a realização de um tipo de cuidado de caráter mais asilar / cronificante. (BRASIL, 2005; RIZINNI).

“(...) era um trabalho que eu sentia um pouco de dificuldade com as crianças, pela questão de ser criança. O autismo, algumas crianças não falavam, não falam, e com o adulto você tem a comunicação que, pelo menos no caso da minha formação, eu acho mais fácil estar conversando, estar interagindo.” (assistente social, sujeito 18)

“(...) Eu tenho atendido autista. Em grupo, em co-terapia e tenho atendido, agora, individual. (...) Não é um acesso fácil, tranquilo. É difícil. (...) O mais difícil para mim aqui, acho que é esse trabalho com os autistas. Ao mesmo tempo, muito interessante.” (assistente social, sujeito 3)

“Eu, particularmente, gosto de atender os casos mais graves, vamos dizer assim, transtorno global, episódios autísticos, etc...” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

Segundo os trabalhadores, uma das medidas para enfrentar as dificuldades pertinentes a esses casos e mesmo dos demais é a possibilidade de realizar detecções e intervenções (mais) precoces. Argumentaram que as respostas frente ao projeto terapêutico são boas e costumam apresentar um melhor prognóstico. Em algumas unidades, que já existem projetos de atendimento com crianças menores (à partir de 2 anos) apontaram, inclusive, que essas crianças estão recebendo altas mais rápidas do serviço:

“(...) Quanto mais cedo a criança entra, apesar dela ficar mais tempo, (...) a gente está percebendo que é mais fácil fazer esse trabalho da alta. Quanto maior, mais comprometimento, mais difícil trabalhar com isso, e aí é mais complicado. A criança que tem entrado com 10 anos, com 9 anos. Elas têm alta praticamente por idade, porque não tem muito que fazer com elas.” (enfermeiro, sujeito 7)

“Esses que chegaram com 2 anos já vão ter alta. Já peguei um pequeno esse ano. Nós já estamos dando alta para ele. (...) Já estão indo, já estão na escola, estão “muito bem, obrigado”.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“O que a gente acha mais legal, a prioridade é de ser bem pequeno. Quanto menorzinho ele chegar aqui é melhor. Porque as vezes eles chegam aqui já tão... que você fica meio que “fazer o

quê?”. Atende, acolhe e tal, mas assim, já é mais complicado.” (assistente social, sujeito 8, grifo nosso)

“Meu foco mesmo são crianças, e quanto menores eu acho mais interessantes. Quanto mais cedo você consegue trabalhar com elas, o alcance é muito melhor. Eu acho que a resposta é melhor quanto mais cedo você fizer uma intervenção. Nas dificuldades, nos transtornos que a gente pode apontar na criança, eu acho que é melhor. Acho que a evolução realmente é bem melhor, quando você consegue fazer isso.” (psicólogo(a), sujeito 15)

c.6) Os critérios de admissão da clientela definidos a priori nas diretrizes do CAPSi: adequação e questionamentos

Outra questão que aparece de modo recorrente é o tipo de população que deve ser atendida no CAPSi. Muitos comentaram que as unidades procuram cada vez mais segmentar seu público ao que está preconizado nas portarias e diretrizes (BRASIL, 2001a; 2001b; 2002, 2004), no caso, crianças e adolescentes portadores de graves problemas de saúde mental:

“E como era um projeto novo, ninguém... A gente foi aprendendo. Estamos aprendendo ainda. Estamos adequando o trabalho. No começo a gente atendia a demanda espontânea. (...) 80% dos nossos pacientes quase era tudo baixo rendimento escolar. Não era voltado para o público que a gente tinha, em vista, dentro da portaria do que rege um CAPS. Hoje, já não. Hoje a gente já tem a nossa maioria de crianças com as neuroses e as psicoses graves realmente.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“(...) Inicialmente, no CAPS aqui, a demanda era diversificada, porque vinha todo tipo de caso, porque como abriu, as pessoas tinham a informação, (...) todo mundo ficava com aquela fantasia. (...) Então, todo o tipo de caso vinha parar aqui. Desde os casos, das queixas de aprendizagem até os mais graves. E a gente foi atendendo toda a demanda. E no início era mais focado no atendimento psicológico. (...) Mais para frente foi se pensando na entrevista de enfermagem. (...) E depois futuramente já teve as oficinas com os casos mais graves.” (psicólogo(a), sujeito 15, grifo nosso)

Contudo, alguns profissionais também criticaram os critérios de admissão dispostos nestas diretrizes visto que nem sempre estes são condizentes com a realidade local. Para eles, os casos deveriam ser avaliados por sua gravidade e não propriamente estar vinculada à uma classificação diagnóstica de uma grave patologia. Estes acrescentaram que optam pelo critério da gravidade (sem classificação prévia) na entrada de pacientes em que se têm dúvidas quanto ao diagnóstico ou é verificada uma situação de grave risco, independente do seu diagnóstico. Assim como em alguns casos, a equipe também delibera a favor da entrada no CAPSi, mesmo que não possuam tal perfil diagnóstico, devido à falta de absorção dos mesmos por outros serviços e espaços. O próprio projeto terapêutico pode ser previamente planejado sem um diagnóstico fechado. Abaixo foram selecionadas falas que dimensionam essa questão:

“Então, com crianças com quadros mais graves, que precisam de atendimento mais intensivo, não necessariamente são classificados com autismo, com psicose, mas as gravidades são bem de risco. Crianças que tem quadros que fica pondo ela em risco pela agressividade, por ela fugir, ficar na rua, mas não é simplesmente uma criança que fica na rua. É que, assim, que tenham um ambiente que seja muito desfavorável, mas a criança que também esteja num quadro assim de agitação. Alguma coisa que remeta uma atenção que a UBS não consegue dar. Crianças que a gente tenta fazer uma inclusão e que não necessariamente é porque ela esteja deficiente, mas pela dificuldade dela ter vínculos e tudo isso.” (psicólogo(a), sujeito 19)

“Porque tem aquelas crianças que vem e as vezes parece que não é caso de CAPS, mas também não pode deixar de atender, sabe assim? Nós temos alguns casos. Tivemos até um caso recente que a psicóloga ficou com o psiquiatra tentando ver qual é o quadro de Saúde Mental. (...) Então assim, tem alguns casos que fica aqui porque a gente entende que não pode também deixar solto. Mas assim, eu, como te falei, pelo meu pouco tempo de CAPS, eu não entendo muito a dinâmica.” (assistente social, sujeito 14)

“Porque tem lá a portaria do Ministério da Saúde alguns critérios e tudo e a gente volta e meia fica se debatendo com isso.”

Porque deveria ter a ver com gravidade e com necessidade de uma intensidade maior de atendimento, por exemplo, que é um dos critérios. Tem alguns diagnósticos, mas não se pauta só pelos diagnósticos. Os casos, por exemplo, de crianças psicóticas, autistas, isso é quase automático. Elas entrariam aqui mesmo. Seria o serviço. Não seria uma criança para um ambulatório. Agora em relação aos outros diagnósticos isso... então tem que ser muito discutido porque podem estar ou podem não estar, dependendo dessa necessidade. Mas sempre tem uma discussão, e muitas vezes dúvidas também: “Ah, mas será que esse caso podia mesmo? Será que o ambulatório não seria suficiente?” E aí, a gente entra em como a rede funciona. Porque as vezes você fala: “Bom, esse caso poderia ser atendido em ambulatório, mas será que esse ambulatório vai dar conta? Será que as pessoas vão fazer? Você tem certeza que elas fazem?”. E aí a gente acaba absorvendo um caso que talvez nem precisasse ficar num CAPS, mas acaba ficando.” (psiquiatra, sujeito 20)

“Porque as vezes chegam casos muitos complexos que na avaliação você não consegue determinar diagnóstico. Quando ela é encaminhada para o grupo, a gente fala para o colega, a gente discute com o colega: “Olha, a gente não consegue definir esse diagnóstico para esse caso. Vamos observar no grupo para ver como é que fica? Ou vamos observar individualmente para ver que contato que ele estabelece com você?”. E a partir disso fica mais claro o diagnóstico. A gente não fica tão preso ao diagnóstico. Eu particularmente não fico porque as vezes você restringe muito o teu trabalho se você fica fechado. Já tive casos, de atender casos aqui... De um menino aqui que já não está mais com a gente. (...) Ele tinha hidrocefalia, um prognóstico, segundo o médico, péssimo: “Ah, ele não vai fazer nada...” e não sei o quê. “Não vai sair do lugar.”. Esse menino saiu daqui sabendo ler e escrever. Com contato super-bom. Ele vai nos lugares aonde ele quer, ele circula, vai na padaria, vai, conversa com um, com outro, vai no shopping. (...) Foi um caso que deu super-certo. (...) E agora ele não está mais com a gente porque ele já completou a idade, e já está num outro momento também, de fazer coisas mais externas.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“Muitas vezes tem casos que não tem um diagnóstico fechado, e eles ficam um tempo. (...) E aí daqui um tempo a gente vai rediscutir.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

Por fim, uma das situações mais paradoxais aparece na questão da deficiência, já que em muitos casos de psicose ou autismo, pode ser comum uma criança apresentar um significativo déficit cognitivo. Inclusive, se utiliza muito a terminologia “patologia associada” para esses quadros. As perguntas que os

profissionais se fazem são: se essa criança tem como patologia de base uma psicose ou uma deficiência? Se for deficiência, por que ela não pode ser atendida no CAPSi, salvo se estiver com uma crise ou algum sintoma psíquico grave associado? E como se processa um encaminhamento? Para que lugar? Muitos profissionais não compreendem o porquê dessa segmentação, pois acreditam que ambos, tanto os quadros de psicose como os de deficiência, poderiam se beneficiar com o cuidado oferecido no CAPSi⁷⁶:

“E a gente não tem uma deficiência mental. Eu até achava que aqui caberia. Mas é uma outra polêmica. Mas acho que é tudo relação, autoridade. (...) E então, não é todo mundo as vezes que compartilha a mesma idéia. As vezes é difícil você também defender um ponto de vista. Sabe, existem as forças. Não tem como, não é? Então, de um tempo para cá até tem diminuído a entrada dessas crianças.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“A gente, ainda nas discussões de equipe, tem hora que (...) se vê frente a alguns casos, que (...) nós mesmos acabamos nos confundindo. Porque as vezes você pega uma criança que tem um diagnóstico de autismo e ela tem um diagnóstico de uma deficiência mental associada. Aí você fala assim: “O que está associado ao quê? É a deficiência mental que está associada ao autismo? É o autismo que está associado ao deficiente mental?” É uma das maiores dúvidas que a gente tem aqui. (...) Como é que a gente pode tratar essa criança? Você trata o quê? E aí fica aquela coisa, como ela tem deficiência mental e autismo, o pessoal que trabalha com a deficiência mental fala que não trata autista e a gente que trata autista não trata deficiente mental. Então, esse ser vai ser tratado aonde? (...) Porque a gente acaba ficando limitado, porque na questão da deficiência mental você precisa ter alguns trabalhos de estimulação que a gente não tem aparato aqui para isso. (...) É uma das lacunas que você encontra no projeto. Aí fica muito assim, de acordo com o que a equipe acha. (...) Não existe uma coisa rotineira regulamentada.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“As vezes tem crianças nossas que acabam indo para a AACD mesmo, porque a gente, nesse período, observa que o problema

⁷⁶ Embora em alguns casos de deficiência também fosse preciso um suporte maior para esse cuidado, como, por exemplo, ter equipamentos e profissionais para um trabalho específico de estimulação em casos mais graves.

maior acaba sendo a deficiência mental e não o transtorno. E aí, ela acaba indo, nesse sentido.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“(...) se essas crianças não estão na Saúde Mental, eu não sei o que é trabalhar em Saúde Mental.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“A rede ter um programa com pacientes com retardo mental. Então, que não tem um serviço. Deveria ter um serviço específico. Mas não tem. Não tem ainda, pelo menos. Então são pacientes que as vezes precisam de vários atendimentos, tem uma questão de reabilitação, classe pedagógica, tem uma série de coisas. Mas que não são só da Saúde Mental. Eles são da Saúde Mental por algum motivo as vezes específico, mas por um retardo só, simplesmente, eles não seriam da Saúde Mental. Agora, eles são de quem? Então acaba caindo na Saúde Mental. E as vezes no CAPS. A rigor não seria um paciente para CAPS. (...) E a gente está achando muito difícil inseri-los na rede de saúde. Os pacientes com retardo. Muito difícil. (...) Quando precisa de alguma reabilitação não tem praticamente. (...) Tem as entidades filantrópicas, mas que nem sempre dão conta. Porque aí é o oposto, essas entidades as vezes só querem paciente com retardo, querem com nenhuma alteração de comportamento. Se o menino gritou, falou mais alto, deu um chute na cadeira: “Ah! Não pode. O menino tem problema, não dá para ficar aqui na nossa instituição.”. E aí vem para a Saúde Mental. Mas não seria um caso para CAPS. E muitas vezes acabam sendo porque o CAPS acaba sendo uma referência daquela região, em Saúde Mental.” (psiquiatria, sujeito 20)

“Uma coisa que é complicada em relação à deficiência mental, que teoricamente o CAPS não atende, e aí o que se faz com essas crianças? (...) Agora nem bate mais na porta. Antigamente batia, e aí? O que você faz?” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

Pode-se observar que os entrevistados de acordo com esses temas gerais que apareceram não somente no início das entrevistas como no decorrer delas, se questionam sobre: O que é um CAPS? O que deve ser ofertado pela unidade? Qual é o limite do trabalho a ser realizado no CAPS? A quem se destina? E, se devem adotar critérios prévios para a inclusão de usuários, seriam baseados em quais fundamentos? Tal como eles responderam, essas questões parecem ser o ponto de partida para a elaboração dos projetos terapêuticos, entendidos como o planejamento do trabalho a

ser realizado com um usuário, desde a sua entrada na unidade até sua saída, conforme apresentaremos em seguida.

3.2 A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO: DA ENTRADA À SAÍDA DO PACIENTE

3.2.1 Principais atividades realizadas pelos profissionais

Ao serem questionados especificamente sobre as atividades que realizam, os trabalhadores as elencaram com breves explicações sobre seu funcionamento:

a) Atividades relacionadas à recepção e entrada no serviço:

a.1) Pré-Acolhimento / Acolhimento: Funciona como um tipo de plantão para a recepção da família (ou responsável(is)) e do usuário/paciente no primeiro contato com a unidade. Geralmente é feita por um integrante ou dupla da equipe técnica. Contudo em 3 unidades, essa recepção é feita pelos auxiliares de enfermagem. E em uma delas o processo de Acolhimento é um plantão para buscas espontâneas e encaminhamentos com mais urgência de entrada no serviço.⁷⁷

a.2) Triagem / Avaliação: processo de avaliação (família ou responsável + criança ou adolescente) para entrada no CAPSi ou encaminhamento para outro serviço. Geralmente realizada por um técnico ou dupla. É freqüente o uso de mais de um horário nesta etapa (média de 3 a 4 sessões). Em uma das unidades existe uma mini-equipe de avaliação, composta por três profissionais (atual formação: psicólogo(a), psiquiatra e gerente da unidade).

b) Modalidades de cuidado:

⁷⁷ Alguns dos serviços possuem lista de espera. Contudo os casos de urgência / maior prioridade são atendidos o mais rápido possível. Essa decisão é discutida em equipe.

b.1) Atendimento grupal: distinguidas como atividades em grupo; grupos terapêuticos e oficinas. A maioria dessas atividades é conduzida por dupla de profissionais, trio ou mini-equipe.

As atividades em grupo são mais livres e estão relacionadas a quaisquer das atividades distintas dos grupos terapêuticos e das oficinas, como por exemplo, as atividades externas, organização de confraternizações junto à comunidade, entre outros. Os grupos terapêuticos, como o próprio nome já sinaliza, mantêm uma finalidade terapêutica e de modo geral são realizados em dupla e geralmente com ao menos um profissional que possui formação específica (psicólogos ou outro profissional com especialização nessa área). As oficinas estão relacionadas às atividades de reabilitação e/ou de socialização (em uma das unidades, são os auxiliares de enfermagem que realizam essas oficinas).

Os atendimentos em grupo podem ser segmentados de acordo com: idade / faixa-etária (grupo de crianças de 2 a 6 anos, de crianças de 7 a 10 anos, de pré-adolescentes de 11 a 14 anos, de adolescentes de 15 a 18 anos); gênero (grupo de meninas ou de meninos); por gravidade / intensidade ou classe diagnóstica (grupo do semi-intensivo, grupo do intensivo, grupo dos transtornos globais de desenvolvimento, grupo de neuroses graves, etc.); por atividade específica (grupo de música, de estórias, de ginástica / atividade física, leitura e escrita, orientação familiar, orientação alimentar, higiene, entre outros).

Numa das unidades existe uma interessante oficina denominada como aberta, que não possui segmentação ou critérios prévios: as atividades são propostas a partir do que o grupo formado no dia (misto de crianças e adolescentes) decide realizar.

Essa atividade também pode incluir as crianças e os adolescentes que estão no processo de triagem ou das que suscitaram dúvidas no fechamento do diagnóstico.

b.2) Atendimento individual: Destinado à criança, adolescente ou família (ou responsável). De modo geral está relacionado à atividade específica de cada formação profissional, por exemplo: consulta psiquiátrica (avaliação, prescrição medicamentosa, acompanhamento da evolução do caso, eventual retaguarda ambulatorial), psicoterapia, atendimento fonoaudiológico, consulta de enfermagem (avaliação do estado físico) entre outros. Também é indicado para o usuário em crise ou com um quadro de maior gravidade que requer um atendimento mais focado, personalizado.

b.3) Visita domiciliar: visita no domicílio da criança ou adolescente usuário do serviço para acompanhamento do caso ou averiguação de algum problema na condição de habitação e/ou do convívio familiar, realizado durante o processo de cuidado. Por exemplo, problemas com a aderência ao tratamento, suspeita de maus-tratos, queixas, denúncias, condições impróprias de habitação, entre outros. Geralmente realizado por assistentes sociais e/ou equipe de enfermagem.

c) Trabalho de articulação intersetorial e/ou com a comunidade local: realização de reuniões sistemáticas com: profissionais da saúde, principalmente da atenção básica, para apoio matricial; profissionais da educação, para trabalho de inclusão escolar; eventuais recursos de outras entidades (terceiro setor ou filantrópicas) e/ou da própria comunidade.

d) Atividades gerais da estrutura institucional (rotinas técnicas e administrativas): reuniões de equipe e funções técnico-administrativas, como

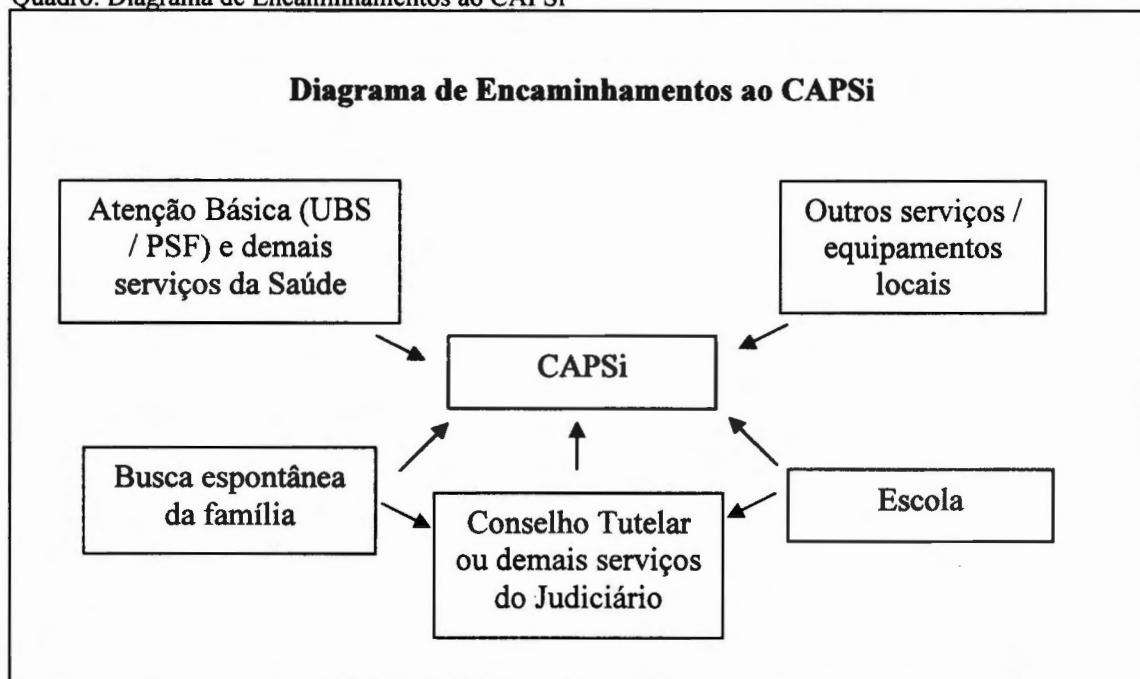
atualização de prontuários, relatórios, agendamentos, brinquedoteca, farmácia, refeições, outros.

Praticamente todos os trabalhadores participam das atividades gerais da estrutura e os atendimentos em grupo (exceto os funcionários com funções somente administrativas). Nas demais atividades mencionadas, os mesmos possuem certa liberdade para optar por parte delas, de acordo com suas preferências, especializações ou mesmo designações da própria instituição.

3.2.2 A decisão de entrada

De acordo com os entrevistados, de modo geral os usuários/pacientes chegam ao CAPSi encaminhados principalmente por outros serviços, tal como demonstra o diagrama à seguir⁷⁸:

Quadro. Diagrama de Encaminhamentos ao CAPSi



⁷⁸ Esse esquema foi desenhado à partir do conteúdo das entrevistas.

Para os entrevistados, quanto à busca espontânea, embora ela ocorra, não é o recurso mais usual, porque o CAPSi é um serviço de saúde considerado de maior complexidade (“*não é porta de entrada*”), o que teoricamente implicaria em encaminhamentos realizados principalmente por serviços de saúde de menor complexidade, como os da atenção básica, no caso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Programa / Estratégia Saúde da Família (PSF / ESF). Esses encaminhamentos se dão quando a UBS / PSF não possuem ou se esgotaram os recursos de cuidado necessários para uma criança ou adolescente que apresenta um problema de saúde mental mais complexo. Apesar dessa referência, os CAPSi acolhem tanto os encaminhamentos realizados por outras instituições ou pela procura espontânea de uma família (ou responsável), seja por orientação informal de outra instituição ou não. Em uma das entrevistas, foi apontado que uma das causas desse fenômeno está relacionada à falta de organização do sistema de Saúde, em particular nos níveis intermediários:

“O CAPS não é para ser porta de entrada. Ele é para ser um recurso que vai chegando nele na medida em que outros não foram suficientes. Mas como as vezes é a única coisa que tem estruturada, ele acaba sendo uma referência e uma porta de entrada, que é um desvio de como deveria ser o atendimento. Eu acho que é como o sistema está organizado, porque se organizou a ponta de um sistema, mas não se organizou os níveis intermediários.” (psiquiatra, sujeito 20)

Das outras instituições, freqüentemente escolas e órgãos como o Conselho Tutelar também realizam tais encaminhamentos, além de outras entidades locais, como creches, abrigos, ONG's, instituições filantrópicas entre outros, que eventualmente encaminham ao CAPSi. Alguns profissionais reclamaram que muitos

desses encaminhamentos, incluídos os dos serviços de saúde, são realizados de forma inadequada, o que por vezes acarreta uma relação mais tensa com tais instituições.

Os problemas de encaminhamento estão relacionados principalmente aos pedidos de avaliação de casos que a equipe julga que poderiam ser absorvidos pela própria atenção básica ou algum outro serviço. Também são realizados encaminhamentos emergenciais por parte dos serviços de alta complexidade (Pronto-Socorros e Hospitais) ou entidades do Judiciário (Conselhos Tutelares, Vara da Infância, Fórum) que solicitam, e por vezes determinam (no caso do Judiciário), avaliações e tratamentos urgentes⁷⁹. Segue abaixo alguns exemplos de fala que ilustram essas situações:

“Porque (...) o pessoal aprende isso na rede: “Ah! Manda para o CAPS.”; “Ah! Se você não colocar que é autismo, eles não vão nem atender.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“A criança veio com um encaminhamento do hospital e as vezes você percebe: a pessoa vai lá e pede, e eles: “Ah! Vai lá no CAPS, entendeu?”. Ela nem tinha um encaminhamento mesmo. E uma criança que estava com um diagnóstico de deficiência mental leve e a outra de hiperatividade. E 2 minutos que você fala com a mãe e a criança sentadinha, bonitinha, assim olhando para a parede, olhando para o teto. (...) E você começa a perceber que tem todo um contexto social também. A criança que tinha deficiência mental, ela já ia entrar com um pedido de passe, com pedido de aposentadoria (...) E aí eles vão muitas vezes tentando esses caminhos pelo outro.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Apesar de que tem um receio, parece que quando a criança tem uma agitação psicomotora um pouco mais estranha, é difícil da equipe da Unidade Básica tentar entender o que está acontecendo com aquela criança e já acha que é um quadro psiquiátrico. E as vezes é uma inadequação da criança com a escola, com os coleguinhas, ou uma situação de violência, por exemplo, na família e que a criança não está conseguindo lidar.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

⁷⁹ Em outra pergunta realizada durante a entrevista, sobre retaguarda, os trabalhadores também comentaram que faltam recursos humanos, principalmente psiquiatras, especializados em Saúde Mental Infanto-Juvenil. Em virtude disso, os CAPSi acabam funcionando como principal referência da região de cobertura, tanto para avaliação diagnóstica quanto para um atendimento em formato mais ambulatorial para alguns casos.

“A escola, hoje, é um fator complicadíssimo aqui na região, que nós temos. Assim, a escola parece que perdeu a mão dos limites dela. Então, toda a Educação, eles encaminham para a psicologia. Encaminham para a Saúde Mental. E a escola não revê isso. Então, a gente tem muita dificuldade nesse sentido.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“A gente percebe que tem bastante encaminhamento que vem através do conselho tutelar. Porque as famílias buscam o conselho tutelar como uma última saída de que vão ter um atendimento rápido, garantia de que eles vão ser atendidos. (...) Então, tem chegado encaminhamentos assim muito inadequados para cá. As escolas também as vezes usam esse caminho. Aciona o conselho tutelar para que essa criança tenha um atendimento.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“O Conselho Tutelar tem um encaminhamento muito complicado. Então, nem todos do Conselho acabam ficando, porque realmente a situação é outra do que eles avaliam. E a população está aprendendo com o Conselho Tutelar a procurar o Conselho para conseguir “furar a fila”. (...) É muito grave.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5).

“(...) mas agora tem crianças vindo com esses diagnósticos, que as vezes eu até questiono (...), tipo bipolar, hiperatividade. Sabe, são crianças que estão chegando aqui, 3ª ou 4ª série. Quando você vai ver, eles não estão alfabetizados. São colocados 4 a 5 horas de frente para o quadro, numa lousa, um quadro negro, que para ele aquilo... Então, é óbvio que ficam achando, que começam... (...) Porque a gente percebia, o fato de não estar aprendendo, de não conseguir ser alfabetizado, enfim, até daquela política de educação que... vem outros sintomas. E a gente tem mesmo relatos de crianças que quando começam a melhorar na aprendizagem é obvio que até a sintomatologia desaparece. Porque vem muitas vezes encaminhados das escolas.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

Um dos efeitos dessa inadequação dos encaminhamentos é uma excessiva e desnecessária circulação dos usuários/pacientes e suas famílias em diferentes serviços, em busca de um cuidado. Alguns entrevistados referem-se a isso como um *empurrômetro* ou um *pipocar*:

“Até porque o acesso muitas vezes dessas famílias nesses lugares é muito ruim e nem sempre tem um institucional lá, então você vai criar uma dificuldade para ele chegar aqui. Sabendo que ela precisa daqui. (enfermeiro(a), sujeito 7)”

“(...) Porque muita gente chega aqui (...), tem tanta coisa que vem aqui, que eu sinto jogado. Empurrômetro mesmo. Tem muito isso.” (assistente social, sujeito 8)

“Porque senão ele fica pipocando: Ah, vai para cá. Vem para cá, fez a avaliação, e não é, devolve. Então, passa por esse processo porque as vezes ele não precisa chegar no CAPS. Não é caso para o CAPS.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

Algumas das equipes adotaram medidas para a melhoria desses encaminhamentos, tais como:

- *Desburocratização* da chegada do paciente, com a independência de um encaminhamento mais específico;
- Sistemática de encontros com profissionais de saúde (principalmente da atenção básica) para discussão e acompanhamento de casos, nomeado como *matriciamento* ou *apoio matricial*;
- Trabalho de orientação com profissionais da Educação, principalmente de escolas, também para discussão e acompanhamento de casos. Estas duas últimas ações, inclusive auxiliaram na comunicação e no estabelecimento de parcerias, por vezes com a criação de redes locais e um melhor sistema de referência e contra-referência.

Citamos como exemplos dessas ações, os comentários seguintes:

“A gente tem um fluxo. A gente recebe paciente sempre encaminhado de alguma unidade, não necessariamente de saúde e não precisa ser também de uma fonte pública. A gente tentou desburocratizar o máximo isso, porque algumas unidades elas são bem: “Tem que ser de um posto”; “Tem que ser de uma UBS”; “Tem que ser de uma equipe de saúde mental.” Algumas diretrizes também dizem que tem que ser assim, mas a gente aboliu. (...) Teve vários modelos que a gente foi testando e (...) chegou num modelo que eu acho que agora está funcionando até bem. Por enquanto está funcionando. (...) O que precisa é que seja encaminhado por alguém. Alguém viu, que não a mãe ou o pai, que essa criança

tem algum problema. Não é demanda espontânea.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

*“A gente agora está fazendo uma coisa que se chama **matriciamento**. Os profissionais da nossa equipe estão indo aos programas de saúde da família, (...) **tem feito encontros sistemáticos**(...). E com as escolas também. A gente tem encontros sistemáticos mensais, **para tentar organizar um pouco esses encaminhamentos**. Para que chegue para a gente, pacientes que tenham a necessidade de um atendimento (...) mais complexo, (...) que a UBS não dá conta.”* (psicólogo(a), sujeito 1)

*“Uma coisa que está ajudando a gente a encontrar essa linha é o **matriciamento**. É uma atividade que a gente faz com os PSFs da região, que tem ajudado a gente a pensar bastante nessa questão do que é a doença mental e do que são outras questões que vem antes. Da questão da privação, da questão do social, a escola. (...)Hoje a gente consegue ter muito mais clareza, para a gente fazer esse trabalho com a escola e com os postos de saúde. Mas eu acho que é uma mistura muito grande.”* (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“(...) Normalmente vem encaminhado de algum serviço de saúde de perto, ou de alguma escola que a gente já faz algum trabalho, então eles já sabem mais ou menos como são as crianças que nós atendemos aqui. Uma vez por mês tem uma reunião com a educação, a gente reúne os professores, a coordenação pedagógica e direção, eles discutem uma dificuldade para saber se tem ou não a ver encaminhar aqui para o CAPS.” (psicólogo(a), sujeito 6)

De acordo com os entrevistados, todas as unidades enfrentam, em certa medida, tais problemas nos encaminhamentos. Contudo a qualidade dos mesmos varia de unidade para unidade, a partir da adoção de alguma dessas estratégias (ou não) e pelas parcerias já consolidadas com as instituições acima referidas.

a) Procedimento de recepção e entrada no serviço:

Conforme referido no item das atividades desempenhadas pelos trabalhadores, a entrada no CAPSi depende de duas etapas: Acolhimento e Triagem.

Sobre o acolhimento, os trabalhadores apontaram que consiste num momento de primeira escuta e acolhida, com a finalidade de entender o motivo da procura pelo serviço, a queixa, o problema, o histórico do tratamento (locais que já passou, se fez ou faz algum tratamento), o percurso realizado para chegar até o CAPSi e o que conhecem deste serviço. Também é verificado se o paciente reside na região de cobertura porque o serviço é regionalizado. A partir desses dados, o profissional ou dupla pode tomar as seguintes condutas: se não for da região a dupla ou o terapeuta, orienta a pessoa, entra em contato com o equipamento mais próximo do local da residência e encaminha para o mesmo; se o caso é avaliado como de menor complexidade e que pode ser tratado em outro lugar, também faz a orientação e o contato pra encaminhamento a uma UBS ou uma instituição da região que ofereça algum projeto social; se o caso apresenta-se mais complexo ou ficou alguma dúvida é encaminhado para uma avaliação na própria unidade. Somente a título de ilustração, segue abaixo uma fala sobre a situação do Acolhimento:

“Esse acolhimento, a gente dá uma primeira escuta. Uma acolhida mesmo. Recebe a mãe ou alguém da família que venha, que traga o porquê está aqui, o que está acontecendo.” (assistente social, sujeito 3)

Na Etapa de Triagem, o técnico, dupla ou mini-equipe levanta um histórico mais aprofundado da criança ou do adolescente, de sua família e do problema que apresenta, para uma avaliação situacional e/ou diagnóstica. Esse processo não tem um prazo rígido: varia de acordo com o modo de trabalhar de cada profissional e com o nível de complexidade do caso. Nesta etapa novamente se decide se o usuário/paciente requer um atendimento específico, não somente pelo diagnóstico dado, mas pela complexidade da intervenção necessária. Em alguns casos pode ser

utilizado algum recurso extra, como: o agendamento de uma avaliação específica com algum outro profissional, caso haja dúvida relacionada a uma dada especialidade; e a participação da criança ou adolescente em atividades grupais com outras crianças já em atendimento, para esclarecimento do caso. Segue dois exemplos de falas sobre essa etapa:

“A avaliação é diferente do acolhimento. O acolhimento é o primeiro contato. Então, o básico, qual que é a queixa principal. A avaliação é um detalhamento do que está acontecendo, dessa queixa principal. É tentar entender o que é isso, qual o momento, levantar o histórico todo da criança.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“E aí é de acordo com a característica de cada profissional. Tem profissional que faz isso numa vez, tem de três vezes. Aí, depende. Depende do caso também. Têm casos que é bem mais complicado você tirar a história, têm outros que é muito fácil. É muito claro o que precisa. Outros a gente fica em dúvida se a criança é realmente para cá ou não, se poderia estar numa UBS.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

Com frequência aparece nos discursos, tanto no momento do Acolhimento quanto da Triagem, a importância da discussão dos casos pelo menos entre a dupla e preferencialmente com a equipe toda. Talvez esse recurso seja adotado para que se evite parte da interferência de, por exemplo, dois problemas observados, que podem aparecer nessas etapas e que possivelmente dificultem no estabelecimento de critérios para a entrada dos usuários/pacientes no serviço:

- O dilema da avaliação médica e da não-médica, as vezes expressa numa avaliação mais pautada pela: necessidade do diagnóstico do problema de saúde mental apresentado pelo usuário/paciente (avaliação diagnóstica) x análise da situação, da dinâmica que envolve toda a problemática do usuário/paciente

(avaliação situacional) ou num híbrido dessas duas referências. Como os exemplos abaixo⁸⁰:

“(...) passa por essa avaliação, com 2 profissionais: médico e não-médico.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“Como psiquiatra, você vai fazer muito do muito pouco. (...) São sintomáticos muitas vezes que eu vejo mais na criança, não são resolutivo. Como é uma fase de desenvolvimento, as questões são muito mais dinâmicas, não envolve tanto uma parte orgânica.” (psiquiatra, sujeito 02)

“(...) o que eu entendo o que é uma triagem de CAPS. Que é uma primeira escuta, que é uma escuta não necessariamente médica, que é uma escuta em termos de que se põe mesmo para ver o que está acontecendo com aquela família, com aquela criança, se tem um problema na escola, para além de fazer um diagnóstico, entrar com uma medicação. (...) A gente brigou muito para que fosse como se configurou. Que todo mundo pudesse participar, para que não fosse feito um diagnóstico inicial impensado. Demanda que se preparasse primeiro um projeto que pode ser revisto no decorrer. (...) Foi bastante difícil. Tinha uma pressão externa, porque dava muitas crianças, que atendessem rápido. E tinha uma pressão interna também de modelos diferentes, de como poderia funcionar.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“As vezes também tem algumas divergências, porque algumas crianças acabam passando primeiro pelo(a) psiquiatria e nunca tiveram com ninguém em dupla. Isso é um problema aqui, sério. Por exemplo, eu faço uma triagem, um acolhimento. Quando eu levo para a discussão, ou quando eu peço para o(a) psiquiatria ver, eu peço no mínimo como um apoio deles, esperando que ele(a) veja e que a gente converse (...). Normalmente quando a gente pede aqui para o(a) psiquiatria ver, medica. Já faz o diagnóstico, tratam, destinam, dão uma medicação e é um fato. Então, tem um problema aqui, na hora da triagem, de pensar o projeto clínico. Porque eu acho que a medicação poderia entrar depois: “Ah! Por que, se eu vi?” Está bom, mas eu também vi e agora vamos discutir com todo mundo. Não é assim que as coisas funcionam quando a psiquiatria entra no meio. (...) Eles(as) participam, mas não com o mesmo entendimento que a gente tem. Normalmente quando passa pela psiquiatria, eles acham, já sabem, já acontecem na hora (...) As vezes é verdade, a medicação pode atuar. Não é nem uma questão de ter ou não ter (o diagnóstico). Só que a criança ficou 3 meses esperando ser chamada. (...) Um dia a mais que ela esperasse para ver se é isso mesmo. (...) Essas coisas que são importantes antes de tomar grandes condutas, dar

⁸⁰ Essa característica ficou mais presente em uma das unidades dos CAPSi.

diagnósticos. Tem esse nó na hora das triagens ainda. Então, aqui tem muitas coisas boas, mas tem uma diferença fundamental também numa parte da equipe.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Eu estou pensando aqui também, que tem a parte da psiquiatria, tem alguns casos, assim, vem com uma certa urgência. A gente queria que todos passassem pelo acolhimento, mas não ocorre. As vezes vem com uma determinada urgência e vai direto para a psiquiatria. Eu particularmente acho que aí ele vem modificado. (...) Não sei se é particular da nossa psiquiatria que a gente tem aqui, mas aí vêm as vezes só com esse olhar. Olha, um pouco. Embora também, quando os(as) psiquiatras trazem os casos, as vezes eles(as) já vem com uma assim: “Olha, precisaria aumentar o projeto.”. Mas alguns casos, por exemplo, só fica com o medicamentoso. Não chegam à equipe. Também tem isso. Se fosse para decidir, por ele(as), alguns ficam só com o medicamentoso sim e outros, algumas vezes, vai pedindo então para um colega.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

- A influência do viés (pela subjetividade) de cada profissional triador em relação ao caso que avalia: num mesmo caso poderia haver divergência entre dois profissionais diferentes quanto a necessidade de atendimento no CAPSi, contudo, se o triador é favorável à entrada do usuário/paciente e consegue construir um boa cadeia argumentativa durante a reunião de equipe, pode convencer os integrantes pela a entrada do mesmo na unidade:

“Como que é decidida? Boa pergunta. Parece que é em reunião de equipe. Mas eu não tenho muita certeza. (...) É o jeito oficial de fazer. (...) Claro que sempre passa pela reunião da equipe, mas assim, eu acho que passa também por afinidade de quem pega o caso, de querer que ele entre. (...) Você leva de um jeito que já passa pelo teu filtro. Acho que é isso que acontece. (...) Tem criança, por exemplo, que um profissional não acharia que é para cá e não levaria para a reunião colocando dessa forma, quanto outro acharia e levaria para a reunião colocando de uma outra forma. (...) Essa característica pessoal do profissional que atende, influencia a criança que está aqui dentro com a gente.” (psiquiatra, sujeito 11)

“(...) como é que você vai mensurar isso? Você pode ver como está o desenvolvimento? Eu acho que tem um pessoal na área de linguagem que vem tentando fazer isso. Sistematizar mais. Agora aqui, você imagina, como é que faz isso com uma equipe de saúde

mental que cada um tem uma formação diferente, além de uma posição diferente? Então, eu não sei no caso de protocolo e tal. Alguma coisa a gente segue, a enfermagem ela tem (...) uma padronizada assim. De entrevista, de ver os dados que se traz. Mas no caso assim de avaliação, não sei se o CAPS tem ou não.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

3.2.2 O planejamento do cuidado (projeto terapêutico)

Embora muitos dos entrevistados espontaneamente já abordassem sobre o tema do planejamento antes da realização de uma questão específica, com a inserção desta, surgiram uma série de sub-temas e problemas frente a esse momento do trabalho, dos gerais aos específicos, como: a estrutura desse momento do planejamento, no caso, como a equipe se organiza para a elaboração dos projetos terapêuticos, a discussão dos objetivos e das atividades propostas nesses projetos, e a revisão dos mesmos. Inicialmente, alguns dos entrevistados já problematizaram esse tema do planejamento⁸¹:

“Para mim é quase como se não tivesse. Porque a gente, com formação médica, a gente tem essa coisa do critério, do planejamento, do cronograma muito mais definido. Muito diferente da equipe com formação “psi”, porque eu acho que fica uma coisa muito solta.⁸² (...) A gente efetivamente quando chega nesse ponto da discussão, desanda. (...) Para quem tem uma formação mais médica, isso é muito angustiante. (...) E eu acho que se perde, porque as vezes sai do foco. Você acaba mudando o foco. (...) E talvez a gente, por ser médico, tem também uma pressão de demanda muito maior. E de coisas mais pontuais para serem resolvidas. (...) Crianças que estão há muitos anos aqui, trabalhando uma família, (...) eu acho que já trabalhou o que deu

⁸¹ Este efeito de descrição das atividades, ao se referirem aos projetos terapêuticos realizados aos usuários possivelmente ocorreu também por uma limitação da situação de entrevista. A condução desta acabou por remeter à ideia de planejamento, um referente discursivo muito próximo da estrutura administrativa e burocrática. Também não foi possível abarcar as sutilezas e singularidades previstas no desenho de cada projeto terapêutico em particular. Foi realizada uma pergunta que se deteve mais sobre isso, contudo, as respostas foram tão diversas que não foi possível realizar uma categorização temática das mesmas. Esse material foi reservado para uma futura pesquisa. Esta foi uma limitação importante da pesquisa que gerou certo viés nas respostas.

⁸² Nesse trecho novamente aparece a divergência de uma posição médica x não-médica (“psi”).

para trabalhar. Aqui isso emperra. Tem escolhas, a pessoa pode não querer ser mais mexida. E eu acho que, para a gente que é médico, essa eminência é muito mais clara. Então, é muito angustiante essa coisa do planejamento.” (psiquiatra, sujeito 11)

“(...) Não vejo uma coisa muito bem planejada. Eu acho até que poderia ser mais. Um pouco mais elaborado. (...) A gente conversa casos pontuais. (...) Não é uma coisa assim que nós sentamos. (...) Os casos, quem leva é quem está sentindo a necessidade de falar (...). Não é uma coisa assim que tem um planejamento que nós vamos discutir tais e tais casos. Quem sentir mais necessidade de falar sobre algum caso, é dele que nós falamos na reunião. Não sei se isso é bom ou se é ruim.” (assistente social, sujeito 14)

“Olha, na verdade isso eu acho que é assim mais um ideal do que um real. Acho que se tem como um ideal, uma meta, fazer o planejamento. Eu acho que algumas pessoas daqui se preocupam mais com isso do que outras. Acho que (...) muito alguém do que eu gostaria que fosse.” (psiquiatra, sujeito 20)

Pelo o conteúdo da entrevistas, parece que uma das tentativas de dar conta dessa lacuna está relacionada à organização dessa etapa do trabalho, por meio de dois principais recursos: a nomeação de um ente responsável para cada caso individual, a *pessoa* ou *dupla de referência*, e a formalização de um espaço de discussão dos projetos terapêuticos, com a sistematização das reuniões técnicas da equipe.

Quanto à função da *pessoa* ou *dupla de referência*, é a designação de um trabalhador ou dupla que deve ficar responsável pelo gerenciamento do projeto terapêutico e pelo contato com a família e / ou outros serviços de um determinado caso. É quem faz o elo da unidade com o entorno do usuário/paciente. Embora essa designação seja discutida e decidida em equipe, talvez para simplificar essa sistemática, geralmente quem faz a triagem fica como a referência do caso. Inclusive, por esse fator, não necessariamente a referência atende diretamente o caso. Segue abaixo comentários a respeito dessa função:

“A gente vai avaliando os processos de cada um. Temos as referências (...). Cada dupla de terapeutas acaba sendo a referência de cada criança. Então, fizemos a triagem daquela criança. (...) Somos a referência. (...) Se há alguma questão, que ela está faltando, ela tem apresentado algumas coisas que está chamando a atenção dos terapeutas (outros, não referência), os terapeutas vem conversar com a gente (referência) e aí somos nós que chamamos a família.” (assistente social, sujeito 3)

“(...) Sempre tem um profissional de referência. Não necessariamente vai ser quem vai atender, mas é quem vai gerenciar esse projeto terapêutico, quem vai entrar em contato com a família quando precisar conversar alguma questão clínica ou institucional.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“Toda criança tem um profissional de referência. Então, esse profissional que vai estar entrando em contato com a escola, vai estar conversando com a família, vai estar mais ou menos amarrando essa história. Mesmo que não seja ele que vai atender. Porque as vezes você é a referência de uma criança que você não atende diretamente. Você tem contato, mas você não atende a família, você não atende individualmente, mas é você que vai fazer a amarração desse projeto. (...) Fazer a ligação aqui do CAPS com os lugares de fora.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“(...) Sempre também, um profissional, ele é a referência da criança. E isso é para tudo. (...) Tem casos que você até gostaria de ser referência daquele caso, só pela discussão. (...) Essa referência ela que vai ser um elo com a mãe, ou com quem for responsável pela criança, ela que vai estar vendo todos os contatos com a escola, tudo.” (assistente social, sujeito 8)

“É alguém que dá um fio condutor. Que acolheu essa família e depois pode dar algum fechamento, algum norte, uma referência. Um jeito de funcionar.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Porque a gente tenta definir uma referência para o caso, quem vai ser referência para o caso, que vai cuidar mais de perto daquele caso, mesmo para os não-intensivos. Tem uma referência de algumas crianças. Uma lista para cada técnico. E aí, essa pessoa tem, toma esse cuidado de estar mais perto e até contando: está legal, não está legal, para estar discutindo com a equipe. Como a pessoa frequenta todos os dias, dá para a pessoa estar mais perto, conhecendo, vendo a melhora, e aí é levado para a equipe: “Olha, a pessoa já está melhor. Já dá para diminuir o intensivo. (...) Dá para participar de outras atividades.”” (assistente social, sujeito 18)

“Tem uma programação (...) que já está pronta. Os grupos normalmente são fixos. Todo dia tem. Então a gente vai pensando naquele caso especificamente, o que seria importante. O que seria

mais adequado para ela, com o que ela se beneficiaria. (...) O que a gente acha interessante. A gente vai montando toda uma programação para aquela criança. Sujeito à mudanças.” (terapeuta ocupacional, sujeito 25)

Alguns dos entrevistados também comentaram que a pessoa ou dupla de referência (principalmente os que foram os *triadores*) pode ser o proponente inicial e preferencial do plano terapêutico. A posição deste técnico tem mais peso, pois geralmente é quem teve mais contato com o usuário/paciente e tem condições para apresentar o histórico do caso, a hipótese diagnóstica e algumas indicações de trabalho. Dessa forma, ele pode levar uma proposta, um pré-projeto, e suas dúvidas, que será discutido e decidido em equipe:

“Os triadores são os mentores desse projeto. (...) Eles levam para a reunião de equipe, se tem dúvidas, de que espaço a criança poderia estar participando. Aí na reunião, as vezes a gente tenta fechar esse projeto. Para fazer um trabalho com a criança num espaço mais específico ou mais aberto. Pelo o que o triador traz de história. Aí o projeto dela (...) inclui orientação familiar, orientação da escola, o projeto sócio-educativo, mais o atendimento específico dela aqui dentro.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Essa pessoa ou essa dupla vai tirar essa história, vai fazer esse levantamento e vai levar para uma discussão no grupo, na equipe. Normalmente, ela já leva uma hipótese, não de diagnóstico, mas de tratamento. (...) Se ela está em dúvida ela também leva para a discussão, o que ficou em dúvida. Daí, em outro, ela pode fazer uma avaliação. Isso acontece bastante. Você chama o profissional para fazer uma avaliação de alguma coisa que você ficou em dúvida. E é assim que é feito.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Aí, o projeto terapêutico, essa dupla também já faz a pesquisa, formula idéias e eu acho que aí a gente solidifica na equipe maior.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

Como já observado e presenciado nas falas citadas, existe uma preocupação predominante das equipes para que se estabeleçam espaços de discussão e decisão

coletiva dos projetos terapêuticos. A reunião técnica de equipe ocupa o lugar privilegiado e formal desse espaço, tal como observado nos comentários abaixo⁸³:

“(...) Dentro da discussão de equipe, é a equipe que decide. (...) Você tem que ter o aval da equipe até porque depois fica complicado. Nessa discussão, então vai ser tirado esse projeto, que dia ela virá, qual é o horário, o que ela vai fazer e quem é o profissional de referência dela.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“A gente tem as reuniões de equipe, e nessas reuniões são discutidos os casos, a evolução, os episódios que ocorreram na oficina, os que são informados pelos pais e aí a gente tem uma conversa, tem uma troca, uma interação, da situação do paciente.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“E aí a gente tinha que pensar numa proposta, se ia ficar aqui ou não, se fosse ficar aqui a gente já pensava em alguma coisa, numa proposta de atendimento aqui. E aí a gente tem uma reunião semanal, toda a sexta, que a gente leva os casos para a gente discutir nessa reunião. (...) A gente leva o que a gente pensou, se dá para agrupar ou não, se é um atendimento individual e aí discute isso na equipe. E daí faz o projeto. A gente usa o mesmo termo projeto terapêutico. Para aquela criança, para aquele adolescente.” (assistente social, sujeito 18)

“Eu preferia que o espaço que a gente talvez devesse mais ocupar com isso é na reunião clínica. (...) É um momento com a equipe toda, então é para discutir casos. (...) A gente tem mais chance de fazer esse tipo de discussão. Também a gente faz no dia-a-dia, mas acho que essa reunião dá para você discutir melhor.” (psiquiatra, sujeito 20)

Todavia, numa porção significativa de discursos foram presenciadas queixas sobre como funcionam essas discussões, como por exemplo, a falta de objetividade e a concentração das discussões principalmente nos casos de triagem (as vezes também questões administrativas), em detrimento das discussões sobre o acompanhamento dos tratamentos já em andamento. Estas somente ocorrem em caso de dúvida ou

⁸³ Numa das unidades, se criou uma interessante sistemática de reuniões: A equipe faz 2 reuniões gerais com o grupo todo e reuniões de período diárias, com parte do grupo que trabalha no período. Nessas reuniões são brevemente discutidos os casos atendidos no período, com ênfase nas possíveis intercorrências acontecidas. O que não se resolve nesse espaço, é levado para a reunião geral.

quando surge alguma situação complicada. Alguns também mencionaram que as vezes acontece um “estranhamento” entre os integrantes da equipe e que reuniões com grupos menores são mais fáceis de administrar. Segue abaixo alguns exemplos:

“Por que as nossas discussões clínicas, (...) são muito em cima das triagens e pouco a respeito do tratamento. (...) A gente fica atendendo, atendendo. (...) Porque a gente consegue discutir muito bem as triagens só que a gente não consegue discutir os tratamentos. Eles transcorrem segundo critérios de cada profissional e agora a gente ainda precisa socializar muito isso, tornar isso uma coisa do CAPSi.” (psicólogo, sujeito 1)

“Quando é um caso mais complicado, que ficou uma dúvida, a gente até procura discutir mais lá nas reuniões mesmo de equipe. Nem sempre a gente consegue fazer isso. Eu percebo que a gente acaba fazendo mais isso, quando os casos são mais complicados.” (assistente social, sujeito 3)

“As vezes não tem tempo nem de discutir o caso. Faz o atendimento, entra num outro.” (assistente social, sujeito 3)

“Por isso tantas reuniões. (...) Mas mesmo assim a gente acaba vendo que muita coisa a gente não conversa, não vê, até porque as vezes está todo mundo cansado. A maior parte das vezes não, você está lá, senta, conversa. (...) Com menos profissionais é mais fácil de lidar do que a geral que vai todo mundo.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“No começo a gente detestava: “Ai, lá vamos nós para a reunião!”. A gente achava uma coisa. Inclusive, porque é: “Ai, lá vamos nós discutir e não chegar a contexto nenhum.”. Até que você percebe que a coisa não é assim. E o quanto a gente decide na reunião, o quanto as coisas saem porque foi decidido na reunião. Ora a gente acha ótimo, ora a gente não gosta muito. As vezes a gente se estranha um pouco.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Muitas das vezes, pelo menos no ano passado, quando nos reuníamos (...), ocorria da gente ficar a reunião inteira discutindo coisas administrativas. O que era péssimo.” (psiquiatra, sujeito 13).

“Mas a gente tenta se acertar, tenta trazer isso, conversa na reunião, para a gente estar tentando se organizar. Na verdade, nós estamos mais organizados nas reuniões. Houve uma época que tinha reunião e ficava uma reunião esvaziada. Menos objetiva. E a gente está tentando fazer isso. A gente tem uma lista de pontos, qual que vai ser discutido? Assuntos extras. A gente está sabendo

dessa falha e tentando se organizar para ser mais objetivo. Para tentar dar mais certo o CAPS.” (assistente social, sujeito 18)

“Assim, eu acho que quando a gente consegue fazer essas mini-equipes, discutir as coisas, eu acho que funciona bem. Muito mais que a reunião com todo mundo. Porque as vezes a gente coloca na pauta para discussão só que a gente não consegue. (...) As vezes a gente fica horas, que é outra questão que eu tenho. Acho que isso é complicado. Um complicador. Horas discutindo um único caso e aí tem todos os outros casos. Aí fica para outra semana e as vezes na outra semana não consegue discutir.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

Pode-se supor que um dos efeitos desse problema citado está relacionado à presença ou à dificuldade da discussão da finalidade das atividades propostas nos projetos terapêuticos e do costume ou não da realização de revisões periódicas dos mesmos.

Quanto aos objetivos das atividades propostas, alguns profissionais enfatizaram a necessidade dessa discussão em particular, para se evitar o risco de simplesmente encaixar os usuários/pacientes nas atividades existentes ou nas que possuíssem alguma disponibilidade de vaga. O que não promoveria uma reflexão sobre o projeto terapêutico, somente sanaria a necessidade de absorção do usuário/paciente pela unidade. Em certa medida, de um lado a própria instituição possui de fato as suas limitações físicas, de recursos humanos e de tipos de modalidades de atendimento assim como de outro lado o usuário/paciente e sua família também tem determinadas disponibilidades de horários devido a outros compromissos como trabalho (família) e escola (quando a criança ou adolescente já a frequenta). E tais condições dadas também são levadas em consideração:

“Vai para a reunião e nós fazemos um projeto terapêutico (...) As atividades vão ser propostas. Com objetivo. (...) Não adianta planejar as atividades sem o pra quê: para que quadro, para que

grupos. Se vai ser individual. Se for em grupo, que outras crianças ou adolescentes têm inscritas, que podem se adequar ou não. (...) Isso tudo é discutido na reunião. A dupla de triagem já discute o caso mais ou menos. Tem os programas aqui dentro e planeja. (...) A gente conta com as possibilidades: faz a individual, as atividades de grupo, de grupoterapia, fono. (...) Vê se enquadra. (...) Se são adequados para estarem entrando nesse momento. Se tem espaço, é lógico. Se tentar o individual, em qual. (...) É só tentar inserir, se dá para inserir, vontade a gente tem.” (psiquiatra, sujeito 2)

“Vai ser avaliado que atividades, vai ser feito um projeto terapêutico inicial, que pode ou não se manter depois de alguns meses. (...) É avaliado quais são as atividades que podem atender pela necessidade daquela criança e da família. Pensado nos profissionais que conduzem grupos, nas crianças, no tipo de atividade que é oferecida. (psicólogo(a), sujeito 6)

“Que horário que vai, então vai depender que horário que a criança estuda, disponibilidade dos pais de trazer, porque as vezes um pai trabalha, só tem tal horário para trazer. (...) Tem que levantar tudo isso para ver o que tem que ela se encaixaria melhor. Dentro dos grupos que já existe, onde ela poderia estar e se tem vaga naquele lugar. Que as vezes, eu acho legal a criança estar num grupo terapêutico, mas “Agora não dá, está muito cheio!”. Então (...) vai para um outro até esperar, até conhecer melhor. É bem desincronizado, mas é a equipe que decide.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“(...) a gente discute então na equipe qual seria o projeto inicial para essa criança. Como eu trabalho aqui no projeto clínico e essa é uma questão que eu tenho aqui, que as vezes a gente trabalha com a emergência de um encaminhamento, com uma colocação. Isso para mim ainda não é projeto clínico. (...) Quando eu levo o caso, eu costumo apertar um pouco no sentido de pensar o projeto: “Mas por quê? Individual por quê? Grupo por quê?” Para que não tenha o: “Ah! Bom, é caso para cá porque está agitado.”, ou porque, sei lá, “Parece que é uma estrutura psicótica, então é caso para cá.”. Ou onde tem vaga: “Estuda de manhã. Que grupo tem vaga à tarde?”. O que chamo de “colocagem”, não de projeto clínico. E a gente as vezes faz assim, se perde um pouco com isso. (...) Não acho que tem tudo que ser tão claro, mas eu acho que o que se tem, tem que ter um mínimo de fundamentação, do por quê, mesmo que for: “Bom, nesse grupo aqui tem vaga. Mas o que está acontecendo nesse grupo, que pelo o que você escutou, essa criança vai conseguir entrar? O que vai poder ser trabalhado com essa criança (...), no lugar que tem vaga.” Então tem alguma diferença nesse sentido assim, do jeito que a criança entra.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Vamos supor: uma criança de 8 anos, autista, tem algum grupo funcionando? Ou então, uma criança que está com transtorno de conduta, um pré-adolescente, o que está sendo mais necessário? Não é tão simples assim: “Ah, não, beleza. Esse aqui já está encaixado.”. Então as vezes você leva várias discussões para ver o que está mais adequado. Mas sempre é discutido em equipe.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“(...) Então é discutido o caso primeiro, e depois vê em qual dos grupos que dá para estar encaixando. De acordo com a faixa-etária, (...) se há vaga naquele grupo, porque não dá para ter grupo muito grande. Então, quando tem vaga é encaixada essa criança.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

“Mas eu acho assim que a gente ainda peca muito, acho que os pacientes as vezes entram (...) em determinado grupo, começa a ser atendido por determinado profissional e a gente não objetiva muito assim o plano: (...) a gente quer trabalhar isso, isso e isso, por tanto tempo. Daí com o tempo a gente vai ver o que funcionou ou o que não funcionou, como está ou como não está... tem uma certa tendência dos pacientes irem ficando. (...) Eu acho que a gente as vezes teria que intervir mais, discutir mais, enfim, ter um pouco mais claro (...) o que você está querendo. Quando você coloca uma criança aqui, o que exatamente você quer trabalhar com ela, o que está propondo com a família, que expectativa essa família pode ter, enfim... Mas a gente tem tentado.” (psiquiatra, sujeito 20)

Outra característica que parece ser considerada no momento do planejamento é a associação da gravidade da patologia ou o grau de sofrimento dos usuários/pacientes com os tipos de atividades (individual, grupal, entre outros) e a intensidade do tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) a serem designados. Geralmente uma situação de mais gravidade exige maior frequência e participação nas atividades oferecidas pela unidade (intensividade). Alguns entrevistados também comentaram sobre associações entre tipo de patologia e possibilidades (ou não) de formação de grupos terapêuticos e/ou oficinas. Destes, parte comentou das dificuldades em organizar grupos com patologias de maior

gravidade, mas do quanto o trabalho se enriquece quando essa situação é possível.

Essas observações estão exemplificadas à seguir:

*“E a partir do momento que vê que é um caso para CAPS, vai ser feito uma **programação** para essa criança. **Depende da necessidade dela**. Se é uma necessidade para **terapia individual**, então vai tentar agendar com as psicoterapeutas. Se não, ela vai **fazer parte de algum grupo com outras crianças que tem mais ou menos a mesma faixa etária**. A patologia pode ser diferente, mas que dê para elas **permanecerem no mesmo ambiente, com contato com outras crianças**. E aí tem as oficinas, nós temos as oficinas já articuladas, nos dias da semana, com cada técnico, para atender essas crianças nas oficinas. Isso (...) quando já se concluiu a avaliação e já tem um diagnóstico formado.”* (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

*E aí vai referenciar o caso, da gravidade, tem casos que chegam em surto. Isso já é mais com adolescente. Aí é o caso de **atendimento intensivo** que são todos os dias à tarde, e aí fica nesse tempo intensivo. As crianças, quando são autistas, eu percebo que ficam mais no **semi-intensivo**, vindo 2x por semana. (...) Por exemplo, os adolescentes que estão em surto, quando vai permitindo, vai diminuindo a intensidade da frequência no CAPS. E aí é pensado no que ele vai ficar e em que tipo de atendimento, ou vai para TO, ou para psicólogo, ou para algum grupo que já está constituído e que dê, se encaixa com aqueles pacientes e mais alguma coisa. Com as **crianças neuróticas**, (...) eles já participam, **já não é o caso de surto (não-intensivo)**. O autismo já fica numa questão mais, eu vejo já não tem algo imediato, uma crise, pelo menos as crianças que a gente, eu tenho acompanhado de manhã. Então eles vêm toda a semana, duas vezes por semana. A gente considera **semi-intensivo**. (...) **A maioria das crianças não faz, não ficam o período integral**. Porque a gente pensa, não quer institucionalizar.”* (assistente social, sujeito 18)

“Ou mesmo, você na hora da discussão, você vê a criança na triagem, duas ou três vezes você vê uma criança, dentro de um momento que era junto com a família. Daí você acha, pela característica da criança e pela idade que ela tem, que ela poderia frequentar um grupo, mas aí não dá certo naquele grupo. Porque as crianças mudam muito, porque tumultua demais o grupo, ou não funciona, ela não está adequada. Então, você refaz esse projeto.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Grupo de autistas a gente já tentou mesmo e, sem a parceria, é muito complicado. Porque fica muito atravessado o trabalho. A gente acaba nem focado na criança, nem na outra, porque acaba não acontecendo uma interação de grupo. (...) Você tem 2, 3 crianças e cada uma entrou lá no seu mundo. Então acaba não

acontecendo mesmo o trabalho, a dinâmica no grupo. Então a gente... eu acabo atendendo tudo individual. Autistas, alguns psicóticos eu atendo individual. (...) Muitos casos aqui o atendimento é individual e o grupo acaba sendo a oficina. Porque a oficina vai trabalhar a socialização, vai trabalhar a estimulação, é um trabalho que pode ser dirigido, aqui fica muito complicado a gente começar a trabalhar questões do desenvolvimento da criança, é uma coisa mais psicoterapêutica mesmo.” (Psicólogo(a), sujeito 15)

“Alguns que podem ficar juntos, a gente põe. É que as vezes tem casos muito diferentes: de idade, ou de as vezes um muito deficiente, ou está muito psicótico demais, e outros não, mas tem outras questões, então não dá as vezes para misturar. Mas quando possível a gente põe junto sim, porque é bastante interessante estar junto. (...) Tem casos que vão para a individual, outros que ficam nesses grupos, mas normalmente as crianças que vão para a individual não são esses casos de psicose, autismo. São casos em que a criança tem uma possibilidade maior de intervenção, de insight. E tem os que estão, por exemplo, crianças com Síndrome de Asperger, geralmente entra para o grupo, o autista também. Geralmente são crianças que não estão na escola, que estão precisando dessa convivência também. E algumas delas, além do grupo, com o tempo começam o trabalho individualizado também, que é importante.” (psicólogo(a), sujeito 19).

“Como isso vai fazendo a diferença, circular na mão de vários, nas estereotípias. Ficava lá um pedacinho de cada um. Como você ia compondo esses fragmentos e vai formando uma grupalização que é difícil, mas acontece. É bem interessante. (...) Seria um espaço potencial, esse momento.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Geralmente são autistas, mas nem todos, têm crianças que tem um atraso, mas também tem um comportamento assim mais agitado, ou coisas assim, que está muito difícil estar na escola, então são grupos, que não são grupos assim homogêneos. Porque eu também não acredito nisso, só autista, só psicótico. Precisa ter uma certa heterogeneidade. (...) Porque uma criança que não é autista, ela traz um simbólico que o autista não tem. Ou então tem assim muito pouco, mas que ajuda a entrar nesse faz-de-conta que é bastante interessante.” (psicólogo(a), sujeito 19).

Em relação à realização de revisões periódicas do projeto, para que elas ocorram é necessário, como já observado, um espaço de discussão prévio não somente do plano terapêutico como de seus objetivos. Quando esta situação não está

estabelecida, as revisões ocorrem de modo menos sistemático e em virtude de algum problema surgido num determinado caso:

“Eu acho que a gente até deveria discutir mais, mas a gente não consegue tempo para isso. E as vezes tem projeto que a gente “Ah! Eu quero discutir tal criança.” E vai deixando. Porque tem outras urgências, outras coisas que vão acontecendo. Porque apesar da gente ter 2 reuniões por semana, não dá conta.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“E esse movimento de rever, de ver se aquilo que você propôs realmente está surtindo algum efeito ou não, tem que ser visto. Fica muito assim, quando surge algum problema, quando a família traz, a escola traz. (...) Não sei se todo mundo pensa como eu aqui, eu sei que algumas pessoas sim. Eu acho que a gente tinha que ser mais ágil com isso. (...) A gente é que tinha que tomar a dianteira, não esperar que a família viesse reclamar ou a escola, ou enfim, as coisas se agudizarem.” (psiquiatra, sujeito 20)

Em princípio, as revisões dos projetos terapêuticos dependem de um planejamento que seja flexível e passível a mudanças. Essas revisões podem partir da avaliação da equipe ou da pessoa / dupla de referência. De modo geral, elas podem ocorrer quando a criança ou adolescente não está respondendo ou parou de responder às atividades propostas, quando se verificar a necessidade de aumentar o número de atividades (as vezes da intensidade) devido à uma piora do quadro ou para uma diminuição destas mediante uma melhora do quadro. Segue abaixo alguns comentários mais genéricos sobre esse processo de revisão:

“A gente vai trabalhando um pouco assim: tem algumas atividades mais já estabelecidas e outras que (...) de algum jeito a gente vai criando. (...) A gente discute um pouco sobre isso e aí a gente acaba meio que encontrando uma alternativa que é sempre avaliado. Eu acho que esse cuidado a gente tem, de poder avaliar o que é mais terapêutico mesmo, para aquela criança. O que está sendo mais efetivo para aquela criança.” (assistente social, sujeito 3)

“(...) A gente leva sempre os casos, discute sempre na reunião técnica. (...) Porque você trabalha também com a questão da saída.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“A gente vai o tempo inteiro buscando essa avaliação. Vai pensando. Vai trocando isso com os colegas. Se tem questões como “Olha, emperrou aqui alguma coisa. O que eu posso fazer? O que dá para fazer? Como é que a gente toca isso? Será que dá para mudar? Muda grupo? Não muda?”” (assistente social, sujeito 14)

“No final, todos, mesmo quando é um caso para CAPS mesmo, a gente acaba as vezes rediscutindo.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

Alguns profissionais inclusive comentaram sobre a importância da adoção de instrumentos de acompanhamento dos projetos terapêuticos, para melhor sistematizar essas revisões. Alguns já existem e ficam anexados aos prontuários, todavia não são utilizados de forma constante⁸⁴:

“E que muitas vezes a nossa prática, esse fazer, muitas vezes não faz você ir e voltar. Porque eu acho que o projeto terapêutico é isso, você vai, tanto que numa folha de frequência das crianças tem a atualização do projeto terapêutico. Observa se alguém pôs algo. Tem. E muitas vezes, só que assim, alguns dos casos a gente faz isso. (...) Mas eu acho que deveria ter uma prática constante, ser registrada. Isso é uma das coisas que eu falo, tem pouco registro. Tem esse defeito.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Tem uma ficha de avaliação do autista, e de outros casos, de neuroses e de psicoses também. Em que as oficinas (feita pelos auxiliares de enfermagem) serão feitas com base naquele documento, que aí já fornece para a gente fazer essa avaliação. Quanto que ele desenvolveu, quanto que ele regrediu, porque ele regrediu, porque que... E aí fazer essa síntese ou essa avaliação, junto com os pais, para ver no que... E aí serve para todo mundo porque se ele for ficar, em que direção, quais mudanças serão feitas a partir daí, do trabalho.” (assistente social, sujeito 14)

Por fim, alguns dos entrevistados ao finalizar os comentários sobre o tema do projeto terapêutico, problematiza-o, ao apontar: para o risco de posturas mais acomodadas dos profissionais frente ao trabalho realizado, numa função mais de

⁸⁴ O Laboratório de Saúde Mental Coletiva está desenvolvendo um pesquisa, com apoio da Fapesp, que levanta informações dos registros em prontuários para realizar uma caracterização dos CAPSi e que possivelmente detalhará informações sobre essa sistemática de registro.

execução do que de reflexão; da dificuldade de comunicação devido às diferenças do saber de cada profissional (e de um conseqüente jogo de poder); dos possíveis vieses que cada projeto terapêutico carrega, entre outros. Acrescentaram que o recurso do Projeto Terapêutico pode funcionar como um *norteador* que resgata a comunicação e a proximidade entre os integrantes da equipe, as funções de cada profissional minimizando as possíveis divergências e o planejamento de um trabalho terapêutico do começo ao fim, que justifique seus objetivos e percursos:

“Eu sempre me cobro muito essa questão do projeto clínico, porque eu acho que (...) a gente vai caducando um pouco. Eu tenho muito medo. (...) De acabar criando “pacotes”, de ser pouco criativo, pouco crítico. (...) Eu me cobro muito de onde chegar com o projeto clínico. Sempre penso: será que não ficou alguma coisa? (...) Será que não tem nenhum outro dispositivo? Será que a gente não se tornou repetitivo? (...) Será que é isso? Será que tem outras coisas? Começamos, mas a gente tem que olhar e ver se não está na hora de mudar. O dinamismo que requer o cuidar do projeto clínico. A gente tem que estabelecer e depois se acomodar com o estabelecido. E aí faltou algo. (...) No decorrer, as mudanças, tudo que vai ter que ser repensado.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Porque quando se tem projeto terapêutico tem várias concepções da equipe que vem à tona na hora de tentar. (...) Eu acho que a existência do projeto terapêutico também muitas vezes ajuda a equipe ficar na tarefa (...) e avaliar a partir de um projeto terapêutico e não a partir de divergências, não em implicações ou brigas na equipe. Eu acho que o projeto terapêutico é uma ferramenta importante. (...) É ele que tem que ser norteador, o fio de aliar o trabalho de equipe, porque na equipe de saúde mental, com suas divergências pessoais, teóricas, técnicas, muitas vezes fica muito nessa tarefa (...) daquilo que se acha, daquilo que se pensa, daquilo que se quer. É claro que também o projeto terapêutico é muito enviesado por isso, mas em algumas situações difíceis a gente procura focar no projeto terapêutico. (...) Já aconteceu várias situações tanto de brigas ou a resistência de pensar, e tentar resgatar pelo projeto terapêutico foi muito bom.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“Eu acho que a gente precisa começar a pensar mais. (...) Está nas entrelinhas, mas não é uma coisa que a gente faz assim: “eu vou discutir o projeto terapêutico do fulaninho”. Volta e meia nas reuniões isso aparece. (...) Mas não é uma coisa que se detenha. E é (...) meio fundamental. A gente tem que começar. A gente

falou de pegar os casos um por um, de rever a questão do que eles estão fazendo, como estão fazendo, se vão continuar, se vai mudar, é meio acho que um norteador mesmo desse trabalho. Ou, pelo menos, devia ser. Então, eu acho que deveria ser uma coisa (...) que tivesse mais presente mesmo. Mas eu acho que é um norte, uma coisa que a gente pode, por meio de tantos profissionais diferentes, tantas formações diferentes, então talvez isso seja uma coisa que possa ser uma linha, um fio para você conduzir algumas coisas. Porque as vezes é difícil você também aglutinar as pessoas. Em torno do quê exatamente? Cada um se atém a alguma parte, cada um faz um pedaço, as vezes como é que você também junta tudo? Um vai atender a família, o outro vai atender o paciente, mas e aí? Aí tem o cara lá na unidade, o que ele vai fazer? E as vezes demoram anos você juntar tudo isso e pensar que a gente tem agora uma idéia do que está acontecendo. Pode ser uma forma até de se aglutinar as pessoas que trabalham numa equipe.” (psiquiatra, sujeito 20)

“Porque eu acho que o projeto terapêutico é isso. É o desde o chegar à alta. (...) Que por muitas vezes, nós, não tínhamos esse olhar, essa escuta. (...) Marca também esse cuidado. Ao se pensar em quais espaços a criança vai passar. Com que objetivo? Com que foco? E nisso se justificar (...) a alta. (...) A gente deveria compreender frontalmente essas coisas. Porque não dá para dar alta sem se pensar mesmo. (...) Sempre rompeu as diferenças de pensar, de saber. Complicado. Tem um lado bom, trabalhar em equipe, mas também tem esse lado. Compor não é fácil. (...) Eu acho que falta muito a gente sentar e discutir o projeto. O que é o Projeto Terapêutico num CAPS. (...) Porque a nossa clínica, se você bobear, facilmente você cai também na rotina, no eterno. Vai levando. Com essas crianças tem que mesmo se contentar muitas vezes com o pouco, mas que esse pouco realmente é muito. (...) Para a criança, para a família. Então, as vezes eu acho que facilmente não se quer pensar, é só fazer, fazer, fazer. E não tem tempo as vezes para pensar. A gente tem esse defeito. (...) Fica muito voltado só para o fazer aqui, embora tenham coisas muito ricas, falta a troca e se pensar mesmo as vezes no projeto do nosso CAPS. (...) Tem uma vontade, mas as vezes faltam algumas coisas. (...) Para mim, o projeto terapêutico, quando você fala a palavra, é o que se resume mesmo das funções de CAPS. Me lembra a palavra cuidado, me lembra a palavra encontro e desencontro, mas que busca, eu acho, é a meta. O projeto se dispõe do cuidado do entrar ao sair. (...) Eu acho que é um ir e vir, é um compartilhar idéias, enfim, eu acho que é o ponto mesmo que conduz essa criança e adolescente no caminho, no percurso pelo CAPS. Resume tudo, não é?” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

3.2.3 Término / conclusão / encerramento do cuidado no CAPSi

Em primeiro lugar, cabe lembrar que a idéia de alta, na Saúde Mental, está mais relacionada à um desligamento do serviço do que propriamente à noção de cura, muito embora alguns dos entrevistados tenham feito referências sobre isso (principalmente os profissionais com formações não “psi”). Contudo, este tema não deixa de ser mobilizador e polêmico devido a uma complexa conjuntura que o envolve.

Os depoimentos foram unânimes quanto à raridade da situação de alta ou conclusão do trabalho no CAPSi. E diversos foram os motivos elencados pelos mesmos. Um dos mais comentados foi a própria condição de gravidade e cronicidade dos casos que são atendidos nas unidades, como os exemplos abaixo:

“Eu ainda não tenho muita experiência aqui de crianças que tiveram alta. As nossas crianças daqui, não têm. Eu acho que a gente tem casos aqui mais sérios, mais graves mesmo (...) São poucos os casos. Pelo menos para mim, pela minha experiência, até o momento não são muitos não.” (assistente social, sujeito 3)

“Por exemplo, no caso do autismo, é crônico. Não vai deixar de ser autista, Então, eu acho que permanece, vai permanecendo. Aqui fica até os 18 anos. E nós temos casos até que ficam mais um tempo.” (fonoaudiólogo, sujeito 16)

“(...) Porque em geral os casos de CAPS, são casos que vão ficar aqui muito, muito tempo.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

“(...) Isso é muito variado, é muito diferente dependendo (...) do diagnóstico, da gravidade. Por exemplo, se você estiver falando de autismo e psicose, é como eu estava falando, são problemas crônicos. Eles vão ter alta? Quando eles vão ter alta? (...) Um autismo não vai ter alta nunca. Talvez nunca recebam, porque (...) de algum tipo de atenção eles vão ter que continuar recebendo. Pode ser que não seja até num CAPS, pode ser que

seja num ambulatório, pode ser que seja num CECCO, mas eles são pessoas que precisam de alguma, teriam que ter alguma tutela, vamos dizer assim. Não vão ter uma independência total. (...) É a questão da alta em Saúde Mental. É uma questão de lidar com cronicidade.” (psiquiatra, sujeito 20)

Essa condição de cronicidade associada à permanência no CAPSi, desperta a preocupação de alguns dos profissionais com a excessiva condição de institucionalização que as crianças e adolescentes acabam vivenciando, embora exista todo um incentivo pela inclusão social. Apesar da proposta substitutiva do CAPSi parece que em certa medida algo da manicomialização / institucionalização ainda se repete, mesmo com a vontade dessas equipes, de melhorar os desfechos dos atendimentos nas unidades.

“Porque senão também eles ficam, acaba ficando: você não tem o manicômio que você tinha antes, 24hs por dia, não tem um Hospital-Dia que fique o dia inteiro, mas acaba cronificando do mesmo jeito. Então, acaba repetindo o mesmo tipo de tratamento. E é uma coisa que a gente não tem por objetivo. A gente gostaria que não fosse assim.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Que as crianças, como são casos graves, elas, a gente sabe que não vai ser a alta que se imaginava. Então, depende de cada caso. (...) Porque a tendência é ficar muito cronificante porque são crianças de casos graves e acabam vindo anos e anos. E eu acho que a gente precisa ter mais claro até quando que e como ser o momento de passar para outros espaços. (...) Que a gente tende a ficar até 18 anos aqui. E simplesmente passar para o CAPS adulto é complicado. Que vai ser um outro jeito de atender, completamente, e me preocupa. Por isso assim, estar inserido, incluído em outras coisas, diante disso, é mais importante.” (psicólogo(a), sujeito 19)

“Agora por outro lado também um boa parcela dos nossos pacientes, são pacientes com quadros crônicos. (...) Vão demandar atenção a vida inteira. Como no caso de um autista. Ou mesmo no caso de uma psicose infantil. Uma parcela muito pequena conseguiu ser independente, então eu acho que quando você também lida com esse tipo de paciente (...) é como se o tempo ficasse elástico. Então, você trabalha com um outro ritmo. E talvez isso se choque com uma característica minha que é de tentar ser mais objetiva, de tentar talvez ver o que eu acho que tem

que ficar, o que não é. Tentar ver resultados. (...) Então quando você vai trabalhar com autismo e psicose eu acho que existe um outro tempo mesmo para lidar com essas questões. Mas eu acho que, mesmo assim, eu acho que as vezes a gente se perde um pouco nesse tempo.” (psiquiatra, sujeito 20)

“E é uma clientela que as pessoas parecem que não... parece que é sempre criança. Não vai crescer, não vai ser adulto. Então, pode ficar no CAPS infinitamente. Não é essa a proposta do CAPS. Não é de depósito.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

Outro problema indicado é a posição da família, seja pela não-aderência ao tratamento proposto, seja pela dificuldade em se desligar da instituição que atende o filho:

“Muito paciente abandona. (...) Eu acho que aqui tem muito paciente que abandona, tem paciente que tem alta. Mas sempre tem essas coisas de abandonar ou que fica irregular, aparece e desaparece. Mas aqui essa coisa do abandonar e do ficar aparecendo e desaparecendo, ou querer só passar no psiquiatra, só tomar o remédio, a gente tem uma proposta de outros projetos, é discutido nas reuniões de equipe.” (psiquiatra, sujeito 2)

“(...) Tem a falta, muitas vezes eles não cumprem, a família não cumpre aquele combinado. (...) Acho que isso também vai travando. A gente tem que estar sempre recombinação, recontratando.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“As vezes o que acontece é que a família é que vai se incomodando (com o desligamento do CAPSi).” (assistente social, sujeito 3)

“Porque a gente também esbarra nessa questão de famílias com muita dificuldade na hora da alta.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

Um fator significativo citado em parte das falas são as dificuldades da equipe em: ter clareza quanto à duração do tratamento, de criar um espaço específico de discussão das altas, de criar um trabalho de passagem para outras instituições e, principalmente, pela própria dificuldade de se desvincular dos casos que atendem:

“A gente assim praticamente não discute a alta. Mas eu acho que é uma coisa que a gente precisa discutir porque a gente não pode ter essa idéia de que o CAPS é um lugar para uma permanência indefinida. (...) Eu acho que tem um grupo, uma parte da equipe que se preocupa mais com isso, que se incomoda, que acha que as vezes ficam com os casos muito tempo, sem definir essas coisas e tem uma parte que, sabe, vai levando. Eu acho que isso na verdade, estava pensando isso agora, está diretamente ligado à questão do plano terapêutico mesmo. Se você não tem clareza no seu plano terapêutico, você não tem claro a questão da alta. Porque se você as vezes define, tem que ter claro os objetivos: “eu acho que aqueles objetivos a gente cumpriu, eu acho que a gente atingiu, acho que daqui para a frente não é mais aqui, é usar algum outro recurso”, acho que se você tem isso, você consegue definir alta. Agora, como isso não é muito claro você fica meio perdido. “Ah, fica mais um pouco.”. “Fica mais um pouco, por quê?”. “Ah, não sei. Acho que ele não está bem.”. “E quanto ele vai melhorar mais? Qual é a sua expectativa? (...) Então eu acho que as vezes a gente patina muito nisso.” (psiquiatra, sujeito 20)

“É complicado. (...) Ainda está faltando (...), por falta de gente mesmo, da gente ter perna para isso. Montar um trabalho de fazer uma passagem desses pacientes (...) que já tem condições, (...) está mais socializado. (...) Isso ainda está pendente. É muito difícil a gente dar alta aos pacientes ou de encerrar um projeto.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“Eu acho que também o fato de trabalhar em equipe é um facilitador, porque a gente vai tendo uma certa dificuldade... porque é uma clínica de resultados que são lentos, tem que ter... Então, parece sempre que tem um pouquinho a mais. A gente tem um pouquinho a mais. E muitas vezes já está no limite. (...) Eu particularmente tenho uma certa dificuldade. A alta. Há um tempo atrás, eu sempre, quando era referência: “Ah, mas! Está incluído agora na escola. Mas eu vou ter que acompanhar mais um pouco.”. Sabe? É uma questão minha mesmo. Porque podia trabalhar fora mesmo. Mas eu tinha essa coisa de querer. Ou muitas vezes você entra um pouco nessa onipotência: “Será que eu ainda vou conseguir dar conta desse pedacinho?”. E aí eu acho que, para mim, estar num CAPS com equipe, tem esse facilitador. Quantas vezes já me veio assim colegas: “O fulaninho já está bem. Já deu.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Aí, vai muito, por exemplo, do terapeuta de fato. No caso mesmo. A alta médica é uma coisa muito criteriosa. Não está mais precisando de remédio, está de alta. Ou não quer mais tomar o remédio. Também é um critério: “não quero mais tomar a medicação.”. No atendimento psicológico, de TO (...) aí isso vai muito do profissional. Do jeito que o profissional trabalha. Do jeito que ele acha que ainda tem chão para queimar, então é muito assim.” (psiquiatra, sujeito 11)

“Porque isso fica muito solto. E é muito difícil. A nossa equipe (...), a coisa da maternagem aqui é forte. A gente sente uma dificuldade imensa. (...) Eu acho que falta (...) a gente elaborar uma coisa que seja mais pontual. Porque senão a gente acaba se perdendo. (...) Então tinham casos que já deveriam não estar mais com a gente e que iam ficando, ficando, ficando. (...) Até uns 5 meses atrás a gente ainda estava com bastante paciente que já tinha passado da idade, e que a gente não conseguia fazer esse desmame. E agora a gente está, foi um pontapé mesmo para que isso acontecesse.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

Outra importante dificuldade citada está relacionada à dificuldade no encaminhamento para outros serviços de menor complexidade, para uma continuidade do tratamento:

“A alta realmente... A alta é poder contar com algum outro serviço que possa também dar uma atenção integral. Uma atenção intensiva.” (psiquiatra, sujeito 2)

“É claro que as vezes ficam 3, ficam 4, ficam 5 anos ou sei lá quantos anos. As vezes porque precisa e as vezes porque a gente não consegue encaminhar para outro recurso. (...) Ela poderia ir muito bem para uma Unidade Básica. A gente encaminha e pronto. Só que as vezes chega lá e o profissional de lá não atende.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“E tem outros assim, em compensação, entrou e as vezes dá alta porque não tem mais, esgotou o que podia, o que o CAPS poderia oferecer, ofereceu. Ai é difícil de você conseguir aonde que ele vai.” (assistente social, sujeito 8)

“Estou pensando aqui num paciente que está aqui e está fazendo 19 ou 20 anos. (...) E ele vai ser encaminhado daqui para um outro serviço. Na verdade ele está sendo encaminhado bem tardiamente porque não era para ele estar aqui até essa idade. Então se você for ver por aí, talvez a gente tenha a tendência a ficar retendo os pacientes daqui por um tempo mais prolongado. (...) Então, eles não (...) deveriam estar aqui. Eles ficam porque não tem outros lugares. (...) Talvez uma parcela dos pacientes poderiam não estar aqui e estão porque a gente não vê aonde eles poderiam dar continuidade. A gente acha que vai mandar para a rede e eles vão perder, não vão conseguir manter o atendimento que precisaria.” (psiquiatra, sujeito 20)

Quanto à existência de critérios como indicadores para o processo de alta, alguns dos trabalhadores comentaram que eles não são específicos ou padronizados, pois dependem das particularidades de cada caso:

“Cada um tem a sua forma, o seu critério, não necessariamente diferente do outro, mas ainda não temos isso explicitado, colocado no papel.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“Isso eu acho que a gente não tem uma unanimidade. Acho que não tem uma regra única para a saída da criança. Uma coisa que eu acho que é, é a superação daquela queixa que ela trouxe. (...) As vezes são crianças que trazem uma queixa naquele momento, são incluídas, e elas melhoram naquele aspecto. Mas, na medida em que ela consegue superar aquela dificuldade e estar bem nos outros campos da vida dela, a gente libera.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Os critérios também são muito subjetivos. É como a Saúde Mental, não tem muito parâmetro. As vezes a gente tem criança que está tendo alta em condições de alguma que está entrando. Porque às vezes a criança entrou tão grave, que aquilo que ela adquiriu para ela poder ter alta é o mesmo de uma condição de uma outra criança que está chegando. Que não é tão grave. (...) Está (...) praticamente com o mesmo, só que esta já andou muito, não tem mais o que fazer com ela. (...) Dentro daquilo que a gente pode oferecer. Realmente (...) é bem individual mesmo. E tem vastas discussões.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

Um critério genérico citado é o de uma evolução positiva do caso. Esta é baseada: pelo o que o próprio usuário/paciente e/ou sua família expressa sobre o momento de saída; a reinserção social e a inclusão escolar, ambos indicativos de uma melhora no universo relacional e na adaptação do usuário/paciente; e a própria idade, seja pela intervenção precoce que propicia um melhor prognóstico e, portanto, uma saída mais abreviada, seja pelo limite de idade para o atendimento no CAPSi, o que geralmente acarreta num encaminhamento automático ao CAPS adulto:

“Conforme a criança vai apresentando melhora e a gente vai tomando essa prova com os pais, com a família e a família vai trazendo que realmente a criança melhorou. Seja lá em qual aspecto que ela procurou ajuda aqui e você começa a fazer um planejamento da alta desse paciente, eles acabam... Não vem mais. Eles acabam se dando alta mesmo, mediante essa melhora, e acabam não vindo. A maioria das altas que a gente planejou, que eu planejei dar, acabaram assim. Eles acabam sentindo uma melhora e acabam não vindo mais.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“A gente espera que o tratamento possa progredir de tal maneira que a criança e a família possam caminhar bem com suas dificuldades. Porque eles vêm muito com uma fantasia de que o problema será resolvido, e resolvido do ponto de vista deles é deixar de ter as implicações e as dificuldades. E durante o tratamento isso é bastante trabalhado. Quando avalia-se que dentro do contexto daquela criança e da família, o CAPS ofereceu aquilo que efetivamente ajudou a caminhar, então se discute a questão da alta.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“As vezes a criança dá mostras disso. Tem um olhar da criança. Que vai se esgotando mesmo. Não tem a mesma, não com a performance dela, o que tinha como objetivo já atendeu, ela já vai com carinho de quem não quer entrar. Ela vai dando mostras. E muitas vezes você insiste um pouco.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Critérios que eu posso te dizer que a gente por enquanto está indo é a qualidade das relações mesmo. Que estabeleceram tanto na família como na escola.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“É a melhora da criança mesmo. Na relação dela com os pais. Ela estar na escola. Ele estar no mundo aí fora de alguma maneira.” (assistente social, sujeito 26)

“A gente vai vendo as melhoras, as aquisições, e vai tentando dar o máximo de autonomia, até para a família. Trabalhar a família, trabalhar com isso.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“(...) Você vai ver como a criança está progredindo dentro do grupo, como está a questão da idade também, porque chega um momento que você não tem muito o que fazer. Chegou uma certa idade, ela tem que ir para um outro lugar, quando tem para onde caminhar. Ou porque melhorou mesmo. As vezes a própria criança pede para não vir mais. Porque crianças que tem mais autonomia, elas falam: “Quando que eu vou ter alta? Eu não agüento vir mais para cá!” E a gente percebe que ela está podendo circular melhor em outros lugares. Porque desde que a gente entra, tem uma parte dentro do projeto, que desde quando a criança entra, a gente já começa a preparar a saída dela. (...) A

idéia é fazer inclusão social e escolar, o máximo possível, para que ela circule em novos espaços.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Eu acho que ele estaria concluído quando ele tivesse um pouco mais adaptado socialmente.” (assistente social, sujeito 18)

“Como a gente não tem uma malha, uma rede que funciona, eu acho também isso é falta de projeto. O paciente que fica aqui, fica até os 18 anos, aí ele sai para um CAPS de adulto. É a visão dada. (...) É a única forma quase que a gente encontra de poder sair daqui e ir para algum lugar, ao fazer os 18 anos. E não existe mesmo.” (psiquiatra, sujeito 11)

“E muitas vezes eles vão, isso é muito comum acontecer num CAPS infantil, muitas vezes eles vão pela idade. Eles não tem alta, eles são transferidos. De um CAPS infantil para um CAPS de adulto. A gente já teve alguns casos que nesses 5 anos, teve criança que entrou com uns 14 anos e já estão em idade adulta. A gente fica com eles em tratamento aqui até os 18 anos. Passou dos 18, eles vão para o CAPS adulto. Essa também é uma forma de alta.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Você só medicalizar o paciente e esperar que ele faça 18 anos para ter que reencaminhá-lo. Tem sido bem maçante nesse aspecto.” (psiquiatra, sujeito 13)

“Para a alta, a questão da inclusão também é importante. Ter outros lugares. Inclusão social e escolar também são um referencial. E tem também esse cuidado de na alta saber, (...) tem que ter uma continuidade de tratamento. Mas é mais uma questão da inclusão mesmo. Como é que essa família agora está lidando com as melhoras e com aquilo que faltou mesmo. (...) As crianças também pequenas, que estão chegando. Quanto mais cedo, você vê que a intervenção tem caráter até preventivo. (...) Nossa opinião de trabalhar o mais cedo possível, e trabalhar com as escolas e com as creches. (...) E quanto a isso também a evolução é mais rápida e está podendo rever. (...) Eu acho que vai em cima mesmo dos objetivos, do que a criança vem também desempenhando” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“O que a gente observou de evolução: como essa criança chegou? Como ela está hoje, o que está acontecendo? Como ela está, como está a vida dela? Está conseguindo ir para escola? Está conseguindo se relacionar? Está conseguindo se desenvolver? A família está mais tranqüila em relação àquela criança? Então, a gente considera mais esses aspectos. Para pensar numa alta. A gente conversa com a família, a gente vê, confirma. As vezes a família: “Ah, está melhor mesmo.” A família já começa a falar da alta. A família começa a dar toques para a gente dar alta.” (psicólogo(a), sujeito 15)

Alguns dos entrevistados comentaram que quando a alta acontece existem certos procedimentos, como, por exemplo, a importância da posição da pessoa ou dupla de referência sobre o caso e da decisão em grupo (embora em uma das instituições pareça que tal decisão fica a cargo da psiquiatria e/ou da psicologia); e a necessidade de que algum encaminhamento externo esteja mais consolidado, principalmente um acompanhamento na Atenção Básica (via UBS) e a inserção escolar:

“Como a questão da alta vai muito pelo olhar da referência com os outros colegas, circular com todos que estão em grupo, isso tem. (...) Então, eu acho que sempre tem que ter um cuidado. De discutir, de elencar todos os espaços e aí se vem com um consenso, eu acho que também a alta é mais tranquila.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Acaba sendo discutido em reuniões também (...) para uma determinada saída, quando a equipe está atendendo, que sempre tem o profissional de referência, sente que aquilo precisa ser mudado, ou precisa ser concluído, ou não vai mais participar, ou está em outro momento. É bem concluído, porque também é discutido em reunião.” (psiquiatra, sujeito 2)

“(...) Alta mesmo quem dá é a psiquiatria ou a psicologia. A psicologia até dentro da avaliação técnica: a psicologia fala como que a criança está, a gente fala como que está na oficina, e aí é utilizado essa sistemática para ver o que vai ser feito. Se a criança já vai de alta, (...) ou se ela realmente vai encaminhada para uma UBS. Porque já está numa fase de manutenção. E aí, não tem mais essa necessidade de um tratamento mais intensivo.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Dentro dessas revisões do projeto, (...) seria o principal, ver o projeto já para ter alta. Ter uma redução, encaminhamento para outro lugar, ou aumento do período escolar, porque as vezes a criança começa com horário reduzido na escola ou umas vezes por semana. Então a gente já começa a discutir para que ela aumente esse período. Diminui aqui e aumenta lá. Quando a gente percebe a criança está com um vínculo fora e está pronta para ter alta. E é assim que se vai tentando.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

3.3 O DESAFIO DO TRABALHO DE EQUIPE: RELACIONAMENTO, MULTIPROFISSIONALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE

A construção dos projetos terapêuticos necessariamente fica atrelada ao trabalho de equipe. Os trabalhadores do CAPSi, ao serem questionados sobre seu funcionamento (em termos de facilidades e dificuldades), apontam a tensa e rica intersecção entre o trabalho individual e coletivo: ambos constantemente entrecortados pelos laços afetivos e profissionais estabelecidos e, portanto, por uma dada afinidade (ou não) com as diferenças tanto pessoais quanto técnicas e teóricas de cada um de seus integrantes (o modo de se relacionar e de trabalhar de cada um) vinculados a uma proposta geral de funcionamento da equipe. As equipes procuram arranjos a partir dessas referências, o que gera uma interessante, porém nem sempre pacífica, circulação de discursos.

Nas entrevistas, tais características apareceram de modo polarizado, ora comentado pelo prisma do universo afetivo-relacional, o espaço intersubjetivo que os mantém ligados uns aos outros, e ora pela vertente técnica, nas possibilidades de associação de distintas ou similares funções e especialidades, em busca de um denominador comum, muitas vezes nomeado como interdisciplinaridade.

Inicialmente, alguns entrevistados ressaltaram (como uma das facilidades) a própria importância atribuída ao trabalho em equipe:

“Eu acho que é “o” jeito de você trabalhar. Eu acho que formações diferentes, (...) esse é o jeito de trabalhar mesmo. (...) É isso que dá o tom da criação, da questão do tratamento, o sustentamento, de poderem se juntar, em função de alguma coisa, (...) isso é o grande jeito de trabalhar hoje. (...) Para mim, o trabalho tem que ser de equipe. (...) E a Saúde Mental, (...) ela é muito dinâmica. (...) Não tem outro jeito.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“O que tem de facilidade é que um trabalho como esse só funciona se tem um trabalho de equipe muito conversado e falado. Um trabalho como CAPS que você tem um trabalho, que cada um decide na sua sala, eu acho que não funciona. (...) Tem CAPS que pode até querer funcionar desse jeito, mas o trabalho não rende.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Eu acho que aqui só funciona por conta de que o trabalho é feito em equipe. Se não tivesse essa noção de equipe, o nosso trabalho não sairia. (...) Mesmo essa questão nossa, para nós não tem trabalho se a gente não tem a reunião técnica. Não tem. Não tem como” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“É um trabalho multidisciplinar mesmo. Porque em psiquiatria infantil você não faz absolutamente nada se não for em equipe multidisciplinar. Você não consegue fazer o trabalho.” (psiquiatra, sujeito 24)

Como desdobramento dessa importância, alguns dos profissionais também comentaram as qualidades da equipe quanto à sua competência, maturidade e comprometimento frente ao trabalho:

“Eu acho que tem coisas possíveis, acho que é um grupo capacitado ou que vai se capacitando. (...) São profissionais competentes. Não vejo que tenha nenhum profissional aqui com menos competência. Acho que são profissionais que são comprometidos.” (assistente social, sujeito 3)

“E o relacionamento aqui é muito bom.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Olha, eu diria que até é uma equipe que tem maturidade aqui. É uma equipe que consegue conversar, existe até de certa forma um respeito pelo trabalho do outro. É assim, o trabalho também funciona, acontece.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“O relacionamento, eu acho que tem sido bom. É um grupo bom. (...) São pessoas legais, que dá para você contar. Acho que levam o trabalho a sério. Tem conhecimento. Tem seriedade no que está fazendo.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

Contudo, parte dos entrevistados sinaliza o quanto é difícil o estabelecimento do sentimento de grupo na equipe. Um processo que está em contínua formação, que

sofre constantes oscilações e ambigüidades. Em uma das unidades (exemplo da última fala), inclusive, ficou a impressão de que os profissionais trabalham de forma mais individualizada, característica que se repete em outras respostas:

“Então, eu acho que a gente vai tentando equalizar. Não é fácil. Eu acho que a gente está num processo de tentar ver como é que a gente desenrosca algumas coisas (...) Acho que a gente está tentando formar um grupo. Isso é a minha percepção. Eu ainda quero apostar que a gente consiga. Acho que tem questões que a gente consegue discutir, numa boa, mas tem outras questões que são mais delicadas. (...) Não sei se a gente vai conseguir falar delas, se tem que falar delas. (...) E acho que apesar disso, a gente ainda consegue trabalhar, tendo essa percepção. (...) Mas acho que tem questões aí. Não sei se a gente vai conseguir equalizar. (...) Se a gente consegue acho que facilita muito o trabalho. Olha, a gente, apesar das nossas loucuras, que não são poucas, eu acho que a gente tem feito um esforço bastante grande (...) para não deixar interferir. (...) Quando a gente percebe alguma coisa a gente tenta sinalizar. Como tem um comprometimento, e acho que isso é o interessante.” (assistente social, sujeito 3)

“As vezes da aceitação de que são várias pessoas que estão juntas trabalhando, mas que não tem, não circulam as coisas. As vezes a gente tem esse sentimento. Não há grupamento ainda. Não é grupo de trabalho. Em outros momentos, eu acho que nós somos um grupo de trabalho. Até porque eu acho que não dá para ter o tempo todo essas coisas circulando. Mas a gente vai batalhar até conseguir chegar nisso. Eu tenho vontade agora de ir atrás disso. Acho que esse grupo chegou exatamente nessa discussão. Vamos enfrentar isso, vamos falar disso. Agora, quando a gente vai falar do nosso trabalho para fora a gente tem o sentimento de que a gente tem essa equipe.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“Então, eu não me sinto muito assim em equipe.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Penoso. Olha, assim, eu pouco posso contar com a psicologia. Eu acho que eles(as) se fecham muito entre eles(as) e talvez eu ajude-os(as) mais do que seja ajudado. Então, eu me sinto muito só. Um trabalho muito solitário. (...) Com a entrada do(a) assistente social, eu acho que melhorou bastante. Tem ajudado com a família, visita familiar. (...) A enfermagem, bom, nem tanto assim.” (psiquiatra, sujeito 13)

Em relação ao âmbito afetivo-relacional, muitos dos entrevistados citaram como facilidade a característica acolhedora da equipe, que procura dividir as

angústias e responsabilidades de seus integrantes frente aos atendimentos realizados, principalmente os mais complexos:

“Como psiquiatra infantil é horrível, porque a sociedade tem uma tendência de achar que a medicação vai curar tudo. E não vai curar mesmo. E tendo a equipe dilui essa tal obrigação. O próprio paciente joga em cima de mim, do que eu teria que... (...) Como te falei, tem o projeto, a gente sabe que a coisa tem que funcionar articulada mesmo. Isso facilita muito o trabalho. Não daria para só ficar sozinho. Eu acho que psiquiatria infantil não dá para ficar sozinho. Não dá. Se não for articulado, esquece. (...) Então, se eu tenho uma TO, uma assistente social, psicóloga, uma equipe minimamente que trabalha, que vai fazer individual, oficina, grupo... Senão não dá para trabalhar.” (psiquiatra, sujeito 2)

“Eu me sinto na condição de poder dizer “Olha, eu não me sinto muito, não estou segura para atender sozinha tal caso.” Sinto que eu tenho essa possibilidade que o grupo dá. A gente abre isso, (...) é bem legal. (...) Mas, nesse sentido do trabalho do profissional eu sinto que tem uma disponibilidade interessante.” (assistente social, sujeito 3)

“Mas de certo modo também te ajuda, também te dá coisas, o fato de você não estar sozinho ali, porque tem caso que são, (...) a maior parte, muito pesados. Você ouve uma história da família que passa, que é muito pesado ficar só com você. (...) Você divide: “Ah! Hoje eu vou falar!”. Você fala: “Hoje eu atendi a família, aconteceu isso, aconteceu aquilo, está muito grave.”. E a pessoa te ajuda. “Mas será que você não está exagerando”, “Será que não te pegou muito por causa disso”. Então é muito legal. Então essa troca também é bem importante. E todo mundo é responsável pelo CAPS, não fica só na sua mão. As vezes os casos são muito graves. A gente fica mobilizado e todo mundo se envolve com isso. (...) As vezes é pesado. Então, o outro que está atendendo, as vezes alguém que atende a família junto com você. Divide um pouco essa responsabilidade. Essa experiência. (...) Também traz uns alívios. É importante.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Você tem muita abertura, com a chefia, com os colegas. Você está com alguma dívida, com alguma coisa. Ou até as vezes, assim, alguma coisa que você não gostou, colocar. (...) Eu acho legal. Porque pode trocar, pode também se posicionar. Não é aquela coisa de robô, só para cumprir tarefas.” (assistente social, sujeito 18)

“(...) tem uma equipe que eu posso falar: “Olha, gente, esse acolhimento para mim, não dá, alguém vai ter que dar uma continuidade nesse momento.”. (...) Então tem também essas possibilidades aqui. Acho que isso que é uma vantagem de estar

num CAPS, de estar numa equipe de saúde mental, de você poder contar com as pessoas pelo o que causa na relação, porque você não sabe e aí poder contar com um outro saber, só que na hora de juntar nem sempre é tão fácil.” (Terapeuta ocupacional, 9)

“Aqui a gente conta com uma equipe que você pode estar junto (...). A gente trabalha no CAPS com casos tão densos, tão árduos. Eu adoro o que eu faço, particularmente, mas a gente sabe que é um trabalho difícil. Se não tiver com quem estar compartilhando, dividindo, trocando, refazendo, então eu costumo dizer que eu acho que é um privilégio estar trabalhando numa equipe de Saúde Mental que requer isso. Você está fazendo um projeto com outros profissionais juntos, tem essa parceria em equipe.” (fonoaudióloga, sujeito 10, grifo nosso)

“Eu acho que tem que ter um diálogo sempre. Uma comunicação. Uma comunicação entre toda a equipe. Porque assim, com a comunicação, o trabalho acho que flui melhor. Então, eu acho que geralmente dá para fluir bem, tem essa comunicação, porque uma sempre pede ajuda para outra, uma passa as suas dúvidas, as suas necessidades para a outra colega técnica. Para estar tendo essa cooperação, estar fluindo melhor. (...) Eu acho que com essa colaboração e comunicação dá para desenvolver um trabalho sério, um trabalho bom.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

Quanto às dificuldades citadas, nesse âmbito em particular, alguns dos trabalhadores mencionaram que pode ocorrer alguma mistura ou confusão entre características pessoais / particulares com a questão profissional:

“Porque as vezes tem muito de querer separar o profissional do pessoal. As vezes se mistura muito.” (assistente social, sujeito 3)

“Se mistura também, algumas pessoas são amigos e aí, outros laços vão complicando algumas situações.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“Porque as vezes aqui falta, (...) fica mais no pessoal. Muitas vezes. Do que propriamente (...) na clínica. Você se esbarra nisso.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Sinceramente, eu acho que não consigo (criticar). Eu sou muito apaixonada pela equipe, muito apaixonada por aqui.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“Eu não consigo ver um trabalho onde você não tem essa equipe do jeito que funciona aqui. Com um grau de intimidade que também traz muita dificuldade. (...) As brigas são muito grandes.”

Você tem muitas discussões em todos os sentidos. Discussões boas, de discutir o assunto, e as discussões que são chamadas de brigas mesmo.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“A gente tem as nossas diferenças. (...) Tem conflitos, como em todo lugar.” (assistente social, sujeito 3)

“Eu acho que aqui a maioria tem uma visão clínica até muito parecida, mas aí cada um entra com a sua visão específica. E com a visão também pessoal, de vida. Daquilo que você acredita. Um complementa o outro. Um está sempre ajudando o outro.” (terapeuta ocupacional, sujeito 25)

Também apontam que a equipe, dada a natureza de seu trabalho, no caso o cuidado de casos graves, muitas vezes reproduz os sintomas dos próprios usuários/pacientes.

“Porque muitas vezes a gente reproduz, a gente atua muito os sintomas dos nossos pacientes.” (assistente social, sujeito 3)

“Como a gente trabalha também com um tipo de patologia muito difícil, as vezes a própria equipe vive sem perceber todas as ressonâncias, todas as reverberações desse tipo de trabalho.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“Mas, na reunião propriamente dita, eu acho que ainda tem uma coisa muito dos sentimentos da pessoa com relação aos seus papéis. (...) Um incômodo mesmo. Eu acho que o que pega muito, assim, é o que o paciente mobiliza na equipe. Isso as vezes é difícil de elaborar, é o que se espera e deveria. As vezes o impacto que o paciente causa é muito grande. Fica uma coisa muito de como (...) estão lidando com a questão mesmo da doença mental. Que é um outro trabalho.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“E a gente lida com esses sintomas o tempo todo. É a família misturada com a criança, é a criança que é o porta-voz e as vezes aparece isso no grupo também.” (assistente social, sujeito 3)

Tais características nos levam a supor que a constituição da equipe não depende somente da vontade, da competência e da divisão de responsabilidades de cada um dos integrantes, mas de algo que está atrelado a uma capacidade de absorver

suas diferenças, angústias e loucuras (que o modo de trabalhar suscita). Como se a idéia de equipe estivesse condicionada à criação de um espaço intersubjetivo que possa acolher seus integrantes. Contudo, também é possível que exista certa “psicologização” do próprio grupo.

Quando os entrevistados comentaram sobre a articulação da função técnica do profissional em particular com o trabalho associado (ou não) aos demais integrantes da equipe, apareceu certa tensão entre o que consideravam especialidade profissional, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. Um dos comentários iniciais surgido foi a necessidade e o problema e de se realizar um trabalho que de alguma forma é entrecortado e depende de “um outro” (que, de fato, são outros). Este outro representa as vezes aquele que “puxa” o próprio sujeito, que o mantém em dia e atento ao trabalho (embora em alguns momentos a vontade seja outra) ou dá o limite de sua atuação. Mas também pode representar aquele que atravessa ou invade o espaço de trabalho deste sujeito:

“E as vezes não é fácil mesmo. (...) A gente trabalha muito junto. O trabalho de um perpassa o tempo todo o trabalho do outro.” (assistente social, sujeito 3)

“Eu acho que o trabalho de equipe, ele é sempre cansativo. Ele é uma coisa que te exaure. Porque tudo se passa por todo mundo. (...) Mas acho que quando caminha bem também ajuda. A andar mais rápido.” (psiquiatra, sujeito 20)

“A gente trabalha em grupo, o tempo todo junto com o outro. Não é um ambulatório, onde cada um entra na sua salinha, fecha, faz o seu trabalho e pronto. Os atendimentos individuais aqui são muito poucos. A maior parte é atendimento grupal. Está sempre trabalhando com o outro. É fundamental que isso funcione, da maneira como nós nos estruturamos aqui, esse trabalho da equipe, ele precisa acontecer. (...) Agora, o lado ruim é que tudo tem que ser discutido. Então, tem hora que você tem vontade de fazer só, e não tem como, você tem que falar isso, tem que discutir, então te puxa também. Porque não tem como. Se você é responsável por um caso, não tem como você ficar enrolando. O outro vai te

puxar. (...) Porque ela está fazendo um trabalho que ela precisa daquilo. Então, sabe, tem esse lado que vai te puxando. Mas tem hora que cansa também.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Eu aprendi muito sobre a própria castração que é escolher esse trabalho. Eu achava que não. Eu achava que era a abertura absoluta. Não é. (...) Eu acho que é um grande paradoxo estar aqui. Porque tem sempre o outro para ir recortando aquilo que não é teu campo.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

Eu acho que aqui cada um quer dar um pouco, sabe, essa coisa “Eu quero falar disso”, “Eu estou falando é disso.”. Eu acho que esse é um grande problema dessa equipe sim. As vezes eu me incluo também.(...) E esbarra no outro. (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Agora, (...) também por outro lado, na medida em que as coisas até vai ficando maior, a gente também passa a respeitar o limite do outro. Então, sabe, que tem certos pontos que não adianta discutir, que não adianta. Então, a gente não fala. E vai tocando o trabalho.” (psiquiatra, sujeito 11)

“E as vezes eu tenho uns questionamentos que eu faço. Mas você não vai invadir o espaço do outro (...) pode parecer que você está querendo intrometer. (...) Então assim, eu fico mais na minha, e faço o meu trabalho.” (assistente social, sujeito 14)

“Eu acho que as dificuldades é as vezes a gente perceber que aquele limite é do outro. Aquela limite profissional. Porque aqui todo mundo sabe fazer um monte de coisa. (...) Ai todo mundo acaba fazendo e eu acho que isso dilui um pouco... isso, se você não tiver muito claro na sua cabeça, as vezes dá bagunça. Eu acho que isso acaba dando uma bagunçada.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

Esse conteúdo já sinaliza que o problema em questão é lidar com as diferenças do modo de trabalhar de cada profissional, algo também citado por parte dos entrevistados, ora com uma qualidade e facilidade, mas também como um desafio e dificuldade:

“Tem o comprometimento do grupo. E cada um da sua maneira. Porque as pessoas são diferentes. (...) Então, esse cuidado, a gente vai tendo muito. Talvez a gente se desgaste mais por conta disso.” (assistente social, sujeito 3)

“Eu acho que trocar, não ter só um olhar, (...) acho que tem um lado muito bom. Porque é muito interessante esse trabalho. Agora, tem esse lado mais difícil de tentar compor, aceitar as diferenças... (...) Tem um lado bom. (...) Você tem que argumentar até o fim. Então, tem que estar aguçado, estudado, para você poder argumentar clinicamente. (...) Vai defender a sua posição, mas tem também que ir atrás, estudar.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Claro que como um trabalho de equipe que envolve todas as relações humanas, claro que você tem, é até saudável que você tenha as diferenças. As vezes a psicologia acha uma coisa e a gente não consegue enxergar. (...) Então a gente vai, dentro das próprias diferenças, a gente vai se acertando.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Eu acho bastante interessante, porque apesar das dificuldades de se trabalhar com jeito de pensar e funcionar diferente, mas é interessante porque isso não é seu, porque tem uma troca, não é só o teu olhar. Tem o olhar das pessoas. E para o paciente também, ele tem contato com outros jeitos de lidar, outros estímulos, outras coisas. (...) A capacidade de também pensar junto um caso. Claro que não são todos os casos que são vistos por várias pessoas, que são trabalhados por várias pessoas. Mas a maioria, mesmo que seja atendido por uma pessoa só, é pensado pela equipe desde o momento que entra. Então eu acho que isso é muito interessante.” (psicólogo(a), sujeito 19)

As diferenças entre profissionais citadas como dificuldades nas entrevistas estão relacionadas desde as pessoais, por exemplo, no problema em expor o trabalho que realiza até as divergências entre categorias profissionais e linhas de trabalho, principalmente o clássico embate Psiquiatria x Psicanálise ou Psiquiatria x Antipsiquiatria (Reforma), embora ao longo das entrevistas algumas divergências de outras áreas de formação também tenham aparecido. Um dos entrevistados inclusive comentou que o nível alto de tensão dessas relações poderia tornar impossível um “eixo-comum” de trabalho, provocado por uma grande dicotomia resultante das distintas concepções no modo de trabalhar e de clinicar (no sentido amplo do termo):

“Não é mil maravilhas. A gente negocia. (...) É tranquilo conversar, mas tem momentos que as vezes a equipe se choca. Acho que é em todo lugar, não sei. Alguns casos mais graves, a gente está falando disso na equipe. Há uma questão aí, tecnicamente para falar. A gente está lá e ninguém abre a boca. Não fala nada. Que é isso? Porque ninguém está falando no grupo? (...) As vezes você fala, falei para ela, e a pessoa falou, bateu, insistiu tanto e a pessoa traz o caso, leva o caso como se nada fosse discutido. Então assim, aí você opta por não falar mais. Ou então, você fala no momento que você está mais a fim de debater e momento que você fala menos, que você não está a fim de debater, ou já é colocado outras condições, as vezes não falam porque não sabe o que falar, ou está pensando ainda, precisa de um tempo para elaborar, para poder falar sobre aquele caso. Então aí vai de cada um, de cada caso. (...) Tem que tomar um cuidado. Sabe, de ir agendando as coisas, amarrar, passar o outro, amarrar. Até isso estava sendo difícil no grupo. E aí tem choques, enfim. (...) Então, tem isso também. (...)” (assistente social, sujeito 18)

“Olha, eu acho que o trabalho de equipe é fundamental e eu gosto, mas tem a dificuldade. (...) Muitas vezes as pessoas discordam, mas não falam no momento de discussão. Tem aqueles que se colocam com mais facilidade e têm aqueles que não. As vezes a gente se coloca e tem medo de falar demais, de se expor demais. Eu acho que é um trabalho difícil, (...) as vezes flui muito bem, as vezes não. Mas eu acho que ajuda muito quando você chega para o outro e fala: “Ai, eu não sei o que eu vou fazer hoje. Me ajuda? O que você está pensando? (...) Então, eu acho legal isso no sentido assim de você ter a humildade talvez, não sei se é a palavra certa, de falar para o outro: “O que a gente pode fazer?”. Não dá para se pensar que você sabe sempre.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“É uma equipe com (...) diferentes pessoas, profissionais. Com perfis diferentes, formações. Então, acontece muito assim, pontos de vista que não se batem. São caminhos diferentes, são visões diferentes. E acaba tendo uma certa polêmica.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“Eu acho que existe isso de equipe, que você tem um grupo que você trabalha melhor, que você fala uma língua mais parecida. Eu acho que tem outros grupos que tentam, são meio naquela linha da antipsiquiatria. Então, tudo que você fala, não serve. (...) E fica uma briga de poder, aquela coisa. Uma perda de tempo. Eu fico até meio assim. Tem hora que eu até estou meio desgostosa. Não é tranquilo. Eu acho que assim: a Medicina em termos do emocional avançou demais, com muito conhecimento, eu estou numa área de pesquisa de ponta, então eu estou sempre sabendo: “Olha, tem isso, tem isso, tem...”. E eu acho que as vezes tem uma negação das pessoas de saber que você também conhece

Psicanálise, que você conhece uma série de coisas, mas que você também está apresentando uma outra coisa que também é interessante, que também é novo, que também ajuda as pessoas. Então, eu acho que fica uma briga aí (...). As pessoas aqui não sabem ou não se lembram que eu tenho formação psicanalítica, por exemplo. E também porque não é uma coisa, um instrumento que eu vou usar aqui. É um instrumento que eu uso para entender algumas coisas, mas não é um instrumento que eu uso para trabalhar aqui. É uma disputa desnecessária e inútil.” (psiquiatra, sujeito 11)

“Parece que eu estou falando mal, mas não é. Aqui o CAPS tem uma cisão (...) Apesar de eu gostar daqui, de eu achar que todo lugar tem, que não teria um lugar melhor do que aqui, eu também tenho clareza de que tem uma parte da equipe que trabalha num modelo mais multi(profissional) e uma parte que trabalha num modelo mais inter(disciplinar). Então, uma equipe que trabalha num modelo mais multi, ela vai olhar e vai ver só o sintoma da criança e que aquele sintoma, sofrimento tem que ser eliminado. Numa equipe que trabalha num modelo mais inter, normalmente vai pensar a serviço do que está aquele sintoma. Mas de qualquer forma essa diferença acaba aparecendo na hora de pensar o projeto.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Eu acho que hoje, enquanto equipe, a gente não conseguiu tirar um eixo comum. O que é o eixo psicossocial e clínico que o trabalho procura. (...) Há pontos de divergências muito grandes na equipe. Há umas concepções mais clínicas stricto-sensu de tratamento. Então tudo isso, para nossos agentes procurar juntar, nem sempre é possível. Acho que a convivência na equipe está melhor, mas enquanto a questão clínica está em aberto. (...) Aqui tem muitas divergências não só de categorias. (...) Eu não consigo entender a clínica na forma strictu-sensu, numa determinada perspectiva. Principalmente para esse tipo de clientela. E na equipe tem vários jeitos de trabalhar. Tem momentos muito férteis da equipe discutir, da equipe trocar, e tem momentos muito difíceis. Então, fica muito mais numa implicância do que numa possibilidade de troca. E acho que a equipe está num momento um pouco melhor. Pelo menos a gente tenta se respeitar e se escutar. Mas, atropelos, desrespeito acontece. (...) Eu acho que talvez algumas divergências, algumas diferenças de uma equipe, de fato dificultam em muito o trabalho. (...) São posições que as vezes vão em direções muito opostas de tratamento.” (psicólogo(a), sujeito 6)

Como uma possível expressão da dicotomia acima citada, observou-se que alguns profissionais mantêm-se mais direcionados à sua função em específico e menos interativos com outras propostas ou trabalhos associativos, que conta com a

parceria de demais profissionais. Essa maneira de se colocar é mais freqüente nas categorias profissionais voltadas ao modelo biomédico tradicional, como parte dos psiquiatras e enfermeiros⁸⁵:

“(...) trabalho com psiquiatria clínica. Psiquiatria infantil e clínica. (...) Vejo a parte sintomatológica, avaliações dos critérios para ver, caracterizar se tem algo mais dos transtornos, dos distúrbios mentais. (...) minha parte é bem clínica (...). Dinâmica é fundamental. Mas eu gosto dessa parte clínica.” (psiquiatra, sujeito 2, grifo nosso)

“Eu só vejo trabalho em equipe. Para mim é uma coisa fundamental, básica. Eu acredito nesse tipo de coisa. Nesse tipo de trabalho. Eu só trabalhei com equipe. Para mim, principalmente na minha área específica de terapia ocupacional, eu vejo só o trabalho em equipe. Não consigo ver uma coisa isolada.” (terapeuta ocupacional, sujeito 25)

“Eu acho assim que tem uma expectativa muito grande da equipe em relação ao psicólogo. Sempre o psicólogo é o alvo. Sempre psicólogo tem que dar resposta. (...) A gente tem que falar que o trabalho é validado. Que às vezes fica muito na expectativa do psicólogo dizer se está certo ou se não está certo. É isso mesmo, não é isso mesmo. Então eu acho que tem isso aqui. Fica difícil as vezes administrar essa coisa do psicólogo tem que dar resposta para tudo. Eu acho que esse é um ponto mais difícil com relação ao meu papel na equipe. A minha posição na equipe. Agora melhorou isso, mas no início eu era muito atacado(a). Sabe, eram ataques, ataques, ataques assim: “Ah, porque já sabe como fazer isso.”; “E por que não fez e dá uma resposta para a gente?”; “Porque eles não falam como é que a gente tem que fazer.”. Porque na verdade eu dava uns toques, você não pode virar e falar: “Olha, você tem que fazer assim...”. Como uma receita. Não tem como você fazer isso. A gente dá uns toques e a pessoa vai pensar naquilo que a gente falou e ver como é que ela vai administrar lá no trabalho dela.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“Só eu que decido. Quer dizer, a parte terapêutica e medicamentosa.” (psiquiatra, sujeito 13)

“(...) Porque como assistente social, a minha formação, eu posso trabalhar em qualquer lugar. (...) Saúde Mental cabe muito bem porque eu acho que o olhar que a gente tem, complementa muito o que o psiquiatra e a psicóloga tem, (...) o terapeuta ocupacional

⁸⁵ Observou-se que numa das unidades em particular o trabalho de equipe é menos associativo e os profissionais se mantêm mais em funções estritamente ligadas à sua área de formação.

(...).Eu acho que quando a gente conversa junto, (...) isso faz muita diferença. Porque você tem um olhar um pouco mais amplo, de território, de contexto de vida das pessoas. Não dá para trazer essa pessoa doente sem ver qual é a comunidade que ela vive, quais relações que ela se mantém. Não é? Então, eu acho que o trabalho do assistente social é muito importante.” (assistente social, sujeito 14, grifo nosso)

“O que eu faço aqui é, em atuação de enfermagem, um pouco diferente de lá. Mas não foge assim do que eu já aprendi. Chega um paciente, a gente faz uma consulta de enfermagem, converso também bastante com a mãe e a criança. Nós temos um instrumento que nós aplicamos nessa consulta de enfermagem que é para levantar dados da criança, desde a infância até os dias atuais. Tanto da parte psicológica, mental como da parte física, do desenvolvimento físico da criança. E na consulta de enfermagem nós fazemos um exame físico, não muito detalhado, mas é feito um exame físico. (...) A gente vê o estado corporal geral. (...) Com a entrevista da mãe, nós colhemos os demais dados.” (enfermeiro(a), sujeito 17, grifo nosso)

Em contrapartida, outros profissionais, apesar das dificuldades, procuram trabalhar nessa vertente mais associativa e existem outros que indicam inclusive uma clara preferência desse modelo de trabalho. A aproximação com outras especialidades chega nos limites e fronteiras de cada uma das profissões que por vezes ficam difusas. Parece que em função disso, alguns apresentaram uma preocupação em relacionar sua categoria / formação profissional com as funções que desempenham e as atividades que realizam, em parte como algo que se soma e não necessariamente se perde, mas também como algo que se mistura, um esvanecimento dos papéis / lugares próprios de cada profissional:

“Estou aprendendo muito com o pessoal daqui, com a experiência deles. E esse aspecto de trabalhar com a equipe multidisciplinar, de uma forma diferente, é uma outra visão. (...) Eu estou aprendendo ainda (...). Porque é uma área muito ampla, (...) muito subjetiva, essa área da Saúde Mental. E eu venho de uma vivência, de uma formação que são coisas muito específicas, muito objetivas. São doses, medicações, são horários. São padrões muito rígidos. Então, eu estou tentando trabalhar essa subjetividade, olhar com esse olho mais amplo (...).” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“Acho difícil (...) Tenho atendimento (...) em co-terapia com TO, já tive com enfermeira, (...) com assistente social e acho muito complicado. Não é pelas pessoas, (...) é uma equipe que tem uma possibilidade bacana de trabalho em conjunto. (...) É difícil você perceber, por exemplo, uma TO fazendo um grupo de terapia e você conhecer qual é a especificidade. As vezes eu vejo ela fazendo intervenções e eu gostaria que ela fizessem também intervenções com uma leitura, com uma escuta que fosse igual a minha e daí não é. (...) As vezes eu aprendo vendo com ela como é que é, que olhar ela tem, o filtro que ela faz.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“Porque grupo terapêutico, como eu não tenho a formação “psi”, (...) eu não faço grupo terapêutico junto com outro profissional que não tenha essa formação. Não é uma exigência da equipe, mas é uma questão minha. Eu acho que se é grupo terapêutico, se vai ter uma questão interpretativa, eu acho que você tem que ter uma formação para isso. Você vai trabalhar com questões que é bem mais complicada do que uma oficina, que você não tem essa idéia. (...) Surgem essas falas, surge esse material nas oficinas, mas você não trabalha especificamente com aquilo. (...) Grupo terapêutico (...) é mais fechado, (...) é menor e (...) é para isso. Ele (...) até tem um meio. Um grupo terapêutico que a gente brinque, (...) pinte, você vai ter alguma coisa para fazer, mas a idéia é do verbal, é fazer esse caminho. Trabalhar esse conteúdo que aparece. Então, eu trabalho sempre com alguém. (...) E é eminentemente verbal.” (enfermeiro(a), sujeito 7)

“Na verdade aqui, eu acho que a gente faz, não é só eu, a gente aqui é misturado. É um pouco misturado. Não sei se você vai ver isso em outros CAPS, mas o psicólogo também faz esses contatos, vai na escola. A assistente social, a fono, a gente faz um trabalho em conjunto. Faz contato com as Unidades Básicas, discute caso. (...) Eu faço alguns encaminhamentos mais específicos (...). Uma coisa mais para a minha área. Mas todo mundo daqui acaba fazendo. Não sou a única que faz isso. Então, assim, eu sou voltada, estou tentando me voltar mais, facilitando todo esse lado de ir para o institucional, quero até me programar mais para o ano que vem. (...) Eu me senti, estava falando para a direção, (...) que esse ano eu estava um pouco presa por causa dos grupos. No ano que vem, eu quero estar um pouco mais solta para fazer mais visita institucional, mais visita hospitalar, para esses pacientes que ficam internados. Menos, mas ficam. Tem alguns surtos que não dá para controlar dentro do CAPS e acabam indo.” (assistente social, sujeito 18)

“(...) Na verdade a coisa fica meio misturada. E eu acho que não me vejo muito só como assistente social. (...) Para mim é importante a minha formação primeira, eu não deixo de ser assistente social, mas não estou presa a isso. (...) A minha

formação de assistente social se junta à formação que eu tive em psicanálise, que é uma área que me interessa muito, que me fascina muito. E por isso que eu também busquei a Saúde Mental (...).” (assistente social, sujeito 3)

“Fui procurar (...) formação para dar mais consistência aí à abordagem da infância. (...) Da Terapia Ocupacional, ela está embutida, porque na verdade, ninguém trabalha sem atividade com crianças. O que eu trago da minha formação, em análise da atividade, em utilização da atividade para a reabilitação está embutido no que a gente faz. (...) Não está assim: agora eu vou fazer isso porque é bem específico. Mas eu também carrego isso. Na trajetória, o que a gente tem a gente não perde.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Porque com a Fonoaudiologia, ela entra em alguns momentos na sua especificidade, mas a linguagem, ela permeia todos os espaços, não tem como. Existe aqui mesmo, essa coisa da multidisciplinaridade, a gente vê a linguagem, não tem como. É rico, é dar sentido. (...) Então acabam as vezes me chamando para compor alguns grupos onde a linguagem talvez seja (...) o fio condutor(...). Acho que dividindo as experiências e as pessoas vão se apropriando daquele saber e também com o que elas estão fazendo.(...) Tem várias colegas fazendo um trabalho que antes parecia que era da fono, mas não.” (fonoaudióloga, sujeito 10)

“Então aqui, alguns pacientes, algumas crianças e adolescentes, o trabalho que eu faço é mais focado no parte fonoaudiológica, então que eles têm distúrbio de linguagem associado, de comunicação, distúrbios de fala. Mas, em outros casos, eu acabei tendo contato com outros transtornos. Por exemplo, de conduta, que é aquele mais assim pré-adolescente e adolescente, que não precisa de uma intervenção fonoaudiológica mais específica, mas a gente acaba se envolvendo nos trabalhos em grupo, então também isso é uma experiência nova para mim. (...) Eu acabo sempre trazendo a minha experiência como fono, então você acaba vendo as questões de linguagem, eu acabo enfocando essa parte de comunicação, interação. Interação sempre entra.” (fonoaudiólogo, sujeito 16)

“(...) O recurso terapêutico da terapia ocupacional é a atividade. É o fazer. (...) Só que o meu olhar para o fazer é diferente. Isso é claro. Isso eu não perco. Eu não vou perder a minha identidade porque aquele fulano está fazendo uma atividade semelhante. O meu olhar é diferente. O meu enfoque é diferente. O meu objetivo é diferente. Eu sei exatamente o que eu quero pegar com ele, trabalhar com ele. O que ele vai apresentar com aquela atividade que eu vou puxar para a realidade dele? Enquanto a fono vai fazer, usar a atividade para um elo de comunicação verbal, vamos supor. Só estou dando um exemplo. Ou a psico vai trabalhar a mesma atividade, mas na questão do sentimento. Eu vou trabalhar

essas coisas também, mas: Olha, espera aí! O que você está sentindo? Mas o que você está fazendo? Olha como você está fazendo. Você está observando? Como é isso na sua vida? Na sua vida diária? Na vida prática? O que você faz? O que você não faz?” Mesmo o conversar, não é um conversar solto. É um conversar para você mostrar para ele: “Olha, você não faz isso.” ou “Você faz isso...”, “Interessante que naquela atividade você fez exatamente isso.”. Sempre puxando, fazendo esse elo de comunicação.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“(...) Tem uma abertura, (...) pela própria necessidade do trabalho, (...) a gente prioriza ou acaba sobressaindo uma função terapêutica mais global. (...) Eu particularmente sinto que aqui é muito tranquilo essa questão da gente poder circular. Com responsabilidade. (...) Aqui, parece que rola mais tranquilo essa questão de que: “Eu não estou pegando a sua área. Não é porque você é psicóloga e eu sou assistente social e eu estou atendendo, fazendo uma terapia com uma criança, individual ou em grupo, que eu estou tomando o seu lugar”. (...) Eu não sinto essa preocupação e eu não sinto que se tenha essa questão.” (assistente social, sujeito 3)

“Agora, é uma equipe que, de uma maneira geral se trabalha bem. Quem olha não sabe quem é enfermeira, quem é assistente social, quem é o psicólogo, nos atendimentos. Acho que tem um pouco desse despojamento. (...) É uma socialização dos saberes. Uma outra prática da clínica.” (psicólogo(a), sujeito 6)

Todos esses aspectos acima citados são reflexos que tangenciam o tema que fica mais presente na questão feita sobre o trabalho de equipe: o problema da multiprofissionalidade x interdisciplinaridade⁸⁶. Alguns dos entrevistados falam de sua dificuldade em trabalhar a partir dessa perspectiva, outros criticaram o modo como o tema da interdisciplinaridade pode ser interpretado pela equipe e tiveram os que, apesar das dificuldades, enfatizaram sobre a importância e a necessidade de se trabalhar a partir desse referencial interdisciplinar:

⁸⁶ Alguns dos sujeitos da pesquisa mencionam a multi e a transdisciplinaridade, contudo dão um sentido similar ao significado. Como não foi realizado uma pergunta específica sobre a diferenciação dessa terminologia, não foi possível analisar como os profissionais entrevistados conceituam tais termos.

Foi um paradoxo trabalhar numa equipe dessa. (...) Acho que eu tinha muita expectativa. De um paradigma, de um modelo. Não que eu não ache que uma instituição precise disso. Mas eu não acho que eu precise mais dar meu estômago e minha alma para isso, entende? Na verdade, eu sonhava que aqui seria igual um Lugar de Vida, lá da USP, sabe? Que tem um modelo, uma linha, e eu vi que no serviço público é muito difícil isso. A gente não escolheu, entre aspas, algumas pessoas. (...) Então funciona uma parte nesse modelo mais multi e uma parte no modelo mais inter (...). O grupo que funciona mais no modelo multi ele tem uma visão mais biológica, bioquímica da saúde mental. Dá problema? Dá. Dá problema. Mas, por enquanto, tem sido possível suportar aí as formas que acabam se surgindo por conta dessas diferenças. Enfim, funciona mais ou menos nesse risco. Tem essa possibilidade de poder contar com um saber que você não tem, de compor, de pessoas que também te acolhem, também não só num saber conceitual, mas no que a clínica desperta. Isso é legal. Tem gente muito bacana aqui. E a gente vai aceitando, e vai compondo, e vai formando guetos. (...) Tem gueto? Tem, claro que tem. Grupos fazem isso. Tem. Não tem como. Eu achei que com o trabalho institucional a gente ficaria melhor, mas não deu. O que deu foi isso. Cada um lidar um pouco com o seu pedaço. O seu recorte, e suportar.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Eu acho que passa por uma época de todo mundo tentar converter o outro à sua crença. E se passou isso. Nem convencer, muito menos converter. Então, a gente vai convivendo e vai mostrando o trabalho. Eu acho que nós estamos nesse ponto e está indo legal. Está indo melhor. Eu acho que as pessoas estão entendendo melhor que as formações específicas são muito importantes: (...) precisa de TO, precisa de psiquiatra, precisa de fono. Eu acho que teve uma época que com essa coisa de interdisciplinar (...) as pessoas acabaram abandonando até seus conhecimentos específicos. Foi muito ruim. Era quase que proibido saber, falar que você sabe alguma coisa que o outro não sabe. Para todas as profissões. Então, eu acho que todo mundo tinha que saber tudo igual, falar a mesma língua. Não era uma equipe multiprofissional. Era outra coisa. Eu acho que hoje em dia as pessoas começam a perceber que essa formação específica é muito importante. As pessoas estão procurando resgatar. Legal, as pessoas não jogaram a faculdade fora. Sabe, de repente o faxineiro tem tanto poder de decisão sobre o caso, não é lógico. Não é. Eu acho que teve uma época que ficou muito confuso. Mas eu acho que agora está resgatando.” (psiquiatra, sujeito 11)

“(...) Se o trabalho com criança e adolescente não for articulado, se não tiver as outras disciplinas, não dá para trabalhar, não dá.” (psiquiatra, sujeito 02)

“Porque aqui não é como ambulatório, então a necessidade é maior, precisa de uma equipe multidisciplinar.” (psiquiatra, 20, grifo nosso)

“Hoje em dia, aqui, ainda tem esse apoio do serviço social. Mas assim, a grande coisa, hoje, é essa coisa interdisciplinar. Então assim, muita oficina e muito trabalho direto com as crianças. Vários. (...) É o grupo todo.” (assistente social, sujeito 8)

Acho que a coisa mais difícil, talvez me tome em alguns momentos, e de positivo é isso, de poder discutir com várias especialidades. Sobre os assuntos. E você vê que um percebe, que um consegue abordar aquilo. (...) Então, eu acho que é essa vantagem de poder ter essa troca o tempo todo.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“E tem as questões assim. Eu acho que tem as questões específicas que a equipe tem que respeitar, entendeu? O que é da fono, o que a fono pode contribuir, a psicóloga, a enfermagem. E o que, quando a gente está junto, como que fica essa questão acho que interdisciplinar mesmo, que está tendo. Que tem aquela história do transdisciplinar, eu acho que a gente está no interdisciplinar. E as vezes talvez até consiga um pouco o transdisciplinar. Que eu acho que acaba sendo um pouco isso mesmo. Porque (...) o paciente, acho que ele tem que ter uma confiança de que ele vai estar tão bem comigo, no sentido assim, na mão de uma pessoa que possa passar alguma segurança. (...) Ou com o auxiliar de enfermagem, ou com a psicóloga. Independente de eu ser fono ou não, entende? Acho que aqui acaba rolando muito isso. Porque não é aquele caso que vem, 45 minutos, e vai embora. Ele as vezes fica a tarde toda aqui. Circula pelo CAPS.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“Mas, existe ignorância também. Da gente não saber, não ignorância... Acho que é um campo, tem muito campo desconhecido em relação a essa clínica. Então, o trabalho em equipe ainda não está, no sentido de estar podendo ter uma clínica integrada que efetivamente possa ser interdisciplinar e transdisciplinar. Em alguns momentos é, em outros não. Em outros momentos ainda tem uma tendência de sobreposição de saber, (...) como se cada um tem uma verdade e cada um acha que sua verdade é mais verdadeira do que a do outro. E isso muitas vezes no dia-a-dia da equipe dificulta o próprio andamento da equipe.” (psicólogo(a), sujeito 6)

De modo geral, é possível indicar que os profissionais, ao falar de suas práticas particulares, parte trouxe uma preocupação sobre o quanto estas poderiam se coadunar em relação à especificidade profissional de seu trabalho (o que seria

próprio da sua formação) e as demais atividades realizadas numa perspectiva interdisciplinar, muito embora o uso desse termo pareça sugerir que apesar de muito utilizado e estar em voga, é um conceito polissêmico e de difícil definição e manejo na prática.

De qualquer forma, parece que as equipes se preocupam em não normatizar *a priori* funções divididas e/ou específicas para cada integrante, exceto alguma atividade de uma dada formação profissional (exemplo: ludoterapia feita pelo psicólogo; avaliação e acompanhamento psiquiátrico, consulta de enfermagem, entre outros). Esse funcionamento não somente procura seguir as premissas do que está preconizado como referência na reestruturação prevista com a reforma psiquiátrica, como também abre espaço para uma maior autonomia do profissional quanto às suas opções particulares no trabalho que pretende realizar. As equipes acolhem, estimulam e decidem conjuntamente as escolhas de cada profissional, que se configuram não propriamente numa posição especializada por meio de sua formação original, mas sim, pelas atividades que decide realizar na instituição⁸⁷. Inclusive, pode ser que essa característica aliada ao modo como a equipe acolhe cada integrante, se confunda com o que consideram como interdisciplinar.

⁸⁷ As preferências por determinadas atividades são segmentadas por tipo de população, idade, diagnóstico ou outros: têm profissionais que preferem direcionar seu trabalho para o atendimento da família, outros atendem somente crianças ou somente adolescentes, alguns preferem os autistas ou as crianças com TGD, uns optam pelas articulações intersetoriais, entre outros. Destes, alguns parecem se inclinar para uma prática mais da clínica particular na rede pública, outros argumentam que cada um desses grupos tem a sua especificidade e depende de formação específica para um trabalho melhor, e têm os que comentam que tais escolhas é uma forma de dividir o trabalho já que o volume é acentuado.

3.4 RETAGUARDA INTERNA E EXTERNA PARA A ELABORAÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS: SITUAÇÃO, NECESSIDADES E ARTICULAÇÃO COM OUTROS EQUIPAMENTOS E SETORES

Em primeiro lugar é preciso ressaltar que, pelas respostas dadas, retaguarda interna e externa estão intrinsecamente ligadas. O questionamento referente a esse tema também abriu espaço para que os entrevistados falassem a respeito de suas necessidades, em nome da equipe, para a melhoria da situação do trabalho que realizam. Sobre essa articulação da retaguarda interna x externa, a maioria comentou que existe uma retaguarda oriunda da própria equipe, que procura contornar uma série de problemas presentes pela falta de uma retaguarda externa:

“Eu acho que a retaguarda internamente, (...) ela é bem resolvida.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“Dentro do CAPS existe essa retaguarda até por conta das reuniões técnicas, que a gente vai discutindo, que a gente tem sempre orientação, existe essa troca. (...) Eu acho que a retaguarda externa é mais difícil. Eu acho bem mais difícil.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“O grupo dá essa retaguarda, mas de fora assim é muito difícil.” (assistente social, sujeito 8)

“A retaguarda que a gente já teve, que a gente tem é por nossa própria conta. (...) E somos nós mesmos dando suporte, porque de fora, nada. Nada. Nada. Nada. Nem curso, nem nada.” (enfermeiro, sujeito 7)

“(...) A retaguarda internamente tem essa colaboração, o pessoal da equipe técnica, quando uma não está podendo pede para a outra, então, tem a colaboração.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

“(...) Eu acho que a gente luta muito como equipe para fazer o trabalho. Eu sinto isso. Meu sentimento é que a gente luta muito para manter uma identidade profissional, para manter um trabalho que a gente acredita. A gente une as forças da equipe, as vezes tem um que está mais desanimado, o outro: “Não, vamos

caminhar mais um pouco. Vamos fazer, vamos acreditar.” (...) Mas sinceramente eu sinto que a gente recebe muito pouca retaguarda. (...) Externamente eu sinto que não existe retaguarda. A equipe funciona aqui, aqui. Porque as pessoas acreditam no trabalho, vão à luta, arregaçam as mangas, e vão fazendo. (...) A minha resposta sincera é essa.” (psicólogo(a), sujeito 15)

Tal retaguarda externa ficou predominantemente concentrada na administração local (Prefeitura), como esperado, já que esta instância é a responsável oficial pelos serviços públicos de saúde (via Secretaria Municipal de Saúde) e a contratante de todos os funcionários dos mesmos, portanto, dos trabalhadores dos CAPSi. O que nos leva a supor que a presença predominante de queixas refere-se também a esta clássica e tensa relação entre a instância que governa e aquela que executa.

Em termos de retaguarda interna, o assunto predominante foi a formação técnica-profissional como uma necessidade constante e fundamental para os profissionais do CAPSi. Contudo, apareceu como uma das principais queixas em relação à retaguarda externa, mais especificadamente à falta de incentivo e investimento por parte da gestão. Esta formação se dividiu em dois eixos: o primeiro estava vinculado à promoção de cursos, aprimoramentos, capacitações, seminários e/ou palestras. Uns citaram alguma iniciativa por parte da gestão (que depende da vontade política de cada gestor), porém nem sempre disponibilizada a todos os funcionários (separam por categoria profissional). Acrescentaram que uma boa saída seria a Prefeitura estabelecer parcerias com universidades, para que estas pudessem viabilizar tais possibilidades. Também comentaram que consideravam muito oneroso investir nessas atividades por conta própria, com o salário que recebiam. E dois dos

entrevistados mencionaram que o aprendizado ocorria mais pelo trabalho prático.

Segue abaixo alguns dos exemplos:

“Então, tem assim, acho que para mim faltou, falta aí a questão de um conhecimento maior.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“A gente começou a ver que a gente precisava (...) de um conhecimento de desenvolvimento (...). Assim, o que acontece? Porque cada um tem uma idéia disso, dentro das suas formações. Então, o que é problema, o que não é. Sabe? Não é muito claro isso.” (enfermeiro, sujeito 7)

“De vez em quando tem alguém para dar um curso, uma palestra, e na medida do possível, quando é avisado com muita antecedência, eu consigo me programar e ir.” (psiquiatra, sujeito 13)

“E, desde que eu entrei na Prefeitura, mesmo esse lado do serviço público oferecer, você poder se aprimorar, fazer alguma coisa, quando eu entrei era bem... Se tinha muito mais possibilidades. (...) Você tinha muito mais assim cursos, encontros. Hoje não. Hoje é bem mais difícil. É bem mais complicado. Ultimamente é que parece que eles estão fazendo. (...) Já fizeram com as Fonos. Agora estão fazendo um curso com os psicólogos. Mas assim, esse final de ano. Dessa metade do ano para cá. Porque tem sido bem difícil oferecer alguma coisa.” (assistente social, sujeito 8)

“Cursos, um ou outro com parceria das universidades. E mesmo assim, uma grande burocracia para aprovar. Então, eu acho que está muito ineficaz. (...)Então, eu acho que fica muito a desejar. Não existe essa retaguarda da parte mesmo de formação.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Ter aqui uma formação, que eu acho que é um negócio sempre presente, quer dizer, como as pessoas continuam a sua formação, como elas se atualizam. Acho que isso tende, repercute no trabalho de equipe também. E as vezes não só pela atualização, não. Sabe, as vezes eu acho que as formações diferentes também para você sincronizar e tudo, é difícil as vezes.(...) Acho que a atualização, se a gente pudesse contar mais com as universidades. (...) Talvez essa ligação com as universidades também, se tivesse um canal mais oficial, também ajudasse.” (psiquiatra, sujeito 20)

“(...) Eu sinto falta, por exemplo, eu acho que você trabalha num CAPS, o mínimo que a Prefeitura deveria fazer é dar um curso. (...) E as vezes são cursos que não custariam muito pela Prefeitura subsidiar nas universidades, fazer essas parcerias com as universidades. (...) E deixar a gente se aperfeiçoar um pouco.

Eu sinto falta de cursos, eu acho que é penoso, com meu salário pequeno, ir pagar um curso. De vez em quando eu recebo folhetos em casa, além de ser muito longe, à noite. (...) Eu acho um dispêndio para o meu salário.” (assistente social, sujeito 14)

“A questão da infância para mim foi muito gratificante, porque a gente foi aprendendo, se instrumentalizando com a prática mesmo. E aí vai, lê uma coisa, lê outra. Porque infelizmente no serviço público a gente não tem, por questão financeira, é difícil ter acesso (...). Se você não vai atrás, fica muito difícil. O curso é muito caro. E o quanto a gente ganha é baixo. Então fica muito complicado.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“Porque como a gente foi aprendendo junto com o projeto, tem coisa que vem pela experiência mesmo. Fugir um pouco da coisa do conhecimento técnico-científico, e acabou ficando na experiência. Na experiência de cada um mesmo, de trabalho. E sem um trabalho de equipe isso ia ser impossível. E assim é possível.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

Os trabalhadores também citaram a ausência dessas capacitações para segmentos profissionais mais específicos, em especial para os auxiliares de enfermagem. Comentaram que estes não receberam nenhuma formação específica em saúde mental, apesar de lidar constantemente com os usuários e famílias, inclusive desempenhando atividades terapêuticas:

“Você realmente não tem capacitação para o auxiliar de enfermagem. Para o pessoal de nível médio, você não tem essa capacitação. Eu acho que é uma coisa que tem falhado muito nas administrações. Passadas e atuais. E eu acho isso uma retaguarda importante, a capacitação.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“As auxiliares de enfermagem, eu acho que (...) é a questão de um pouco mais de treinamento. Treinamento para elas saberem um pouco mais sobre a doença e o convívio daqueles pais. Porque eu percebo que as vezes, nas conversas e nas discussões de equipe, elas precisam um pouco mais entender aquela família, (...) para não fazer tanto julgamento (...). Se você conhece um pouco mais o contexto, você trabalha melhor na tua oficina, na tua atuação. (...) Mas faltam algumas coisas. Eu, por não saber muito de saúde mental, eu acho que a gente deveria ter um pouco de reunião sobre (...) casos. Como que é. As meninas (auxiliares de enfermagem) também sentem muita falta disso. Elas falam muito disso. As auxiliares, uma das críticas delas, é essa. Elas querem entender

um pouco mais. Não é rotular. Autismo, psicóticos, neuróticos e tal. Mas o fato de você não ser da área, se você tivesse assim informações mais precisas sobre aquela situação, para você. Porque as vezes a auxiliar, ela está fazendo uma crítica àquele paciente, por ela não entender a dinâmica do comportamento da doença. Ela faz uma crítica porque nenhuma dessas pessoas, pelo menos até onde eu sei, não tiveram treinamentos monitorados. Entraram no serviço e foram aprendendo com a atuação. (assistente social, sujeito 14)

Para tentar suprir parte dessas lacunas, algumas equipes tiveram a iniciativa de promover grupos de discussões e palestras com profissionais externos (possivelmente oriundos de universidades ou porque possuíam reconhecida experiência clínica). A maioria foi convidada para uma participação voluntária, mas em alguns casos a equipe também rateou os custos dos honorários pedidos por alguns destes profissionais:

“Então, a gente começou a chamar profissionais de fora que entendiam de alguns assuntos, para estar falando com a gente. Sobre a inclusão, a gente chamou uma pessoa que trabalhava com inclusão. Que já tinha um trabalho mais longo. Específico, desses não de instituição. Mas, ela tinha um trabalho. (...) Porque a gente faz, mas a gente não faz um trabalho de inclusão, assim, teórico. A gente faz lá o dia-a-dia da inclusão. Mas a gente não pensa muito em cima disso.” (enfermeiro, sujeito 7)

“No ano passado a gente conseguiu várias pessoas ligadas à universidade, (...) tem visitado, e conhecem o trabalho e acho que até gostam e tal. Vieram gratuitamente durante o ano. (...) A equipe estava num momento muito difícil. (...) Tem gente que não sabe o bem que foi vir gente de fora. Precisava que viessem. Vieram. A gente estava numa construção teórica e só o fato de estar vindo gente de fora fez um bem para a equipe enorme. (...) Esse ano a gente já voltou a pagar aula, pago supervisão por fora, grupo de estudo.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

O segundo eixo ligado à formação é a supervisão, atividade relacionada ao acompanhamento dos casos clínicos, realizada com profissional externo, este geralmente com larga experiência em clínica e/ou em análise institucional. Para os entrevistados,

a supervisão é uma atividade essencial tanto para o acompanhamento e aprimoramento das atividades terapêuticas realizadas na instituição como para a melhora no relacionamento e trabalho em equipe. Apesar dessa importância, como tal função não é prevista como um custo formal da Saúde (via SUS), alguns dos entrevistados se queixaram da falta de uma postura mais oficializada por parte da gestão:

“Por exemplo, a supervisão é por conta própria. Só não foi por conta própria na época da Erundina, e a Prefeitura investiu. Enquanto uma necessidade do trabalho. (...) Mas, nos últimos anos não teve mais, em termos de investimento. Porque a gente compreende que para a gente poder cuidar de crianças e adolescentes tão graves, a gente precisa se cuidar. Mas há uma dificuldade as vezes da parte da Administração compreender isso.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“Então, teve uma fase que eles (Secretaria de Saúde / Coordenação de Saúde Mental) queriam fazer supervisões. Que chamavam pessoas. Mas acho que fica superficial. Não dá para aprofundar muito. Você ter uma hora de supervisão / mês com vários equipamentos, trazendo os casos, eu acho que é insuficiente para a gente aqui. Então, isso fica a desejar. Aí, eu acho que também depende da pessoa que está lá coordenando a saúde mental como um todo. A visão que a pessoa tem. Acho que é isso.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“Uma coisa que eu acho básica (...) é essa supervisão. Eu não entendo como isso não conste do programa dos CAPS. (...) Como que isso não está no orçamento do negócio, no financiamento. Porque é muito complicado. Já que a proposta é lidar com pacientes mais graves e na Saúde Mental é uma prática comum fazer supervisão, porque isso já não está previsto? Então fica esse encargo meio a cargo de cada equipe resolver como vai fazer, dar um jeito. Essa coisa do jeitinho. Mas eu acho que isso é fundamental. Acho que isso é o básico.” (psiquiatra, sujeito 20)

Tal aspecto dificulta um funcionamento mais homogêneo nesse quesito, visto que depende da vontade de cada equipe do CAPSi em negociar entre seus integrantes e se organizar para incluir a supervisão como uma função regular da unidade. Principalmente porque isto implica contar com um custo, no geral mensal, dividido

entre os próprios integrantes. Das unidades pesquisadas, pôde-se verificar que metade das equipes já tivera uma supervisão regular, contudo atualmente a atividade estava suspensa⁸⁸:

“Tudo que a gente faz aqui é... Por exemplo, a supervisão é paga.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Agora, na questão técnica, a supervisão, assim, a gente paga (...) se a gente precisa de uma supervisão. (...) É difícil nessa gestão.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Um dado momento aqui, foi feito uma supervisão, e a gente ficou o grupo bancando. Porque a gente sentiu essa necessidade. Foi contratado um supervisor com recursos próprios. Complicado. É bem complicado.” (assistente social, sujeito 8)

“(...) Em relação a essa parte de aprimoramento, de supervisão, que eu acho que seria fundamental, nós não temos. Por um tempo teve, do nosso esforço, do nosso bolso. (...) Supervisão, eu acho que deveria fazer parte, isso sempre foi uma briga. Temos que ter supervisão institucional, supervisão clínica, enfim, nós não temos.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Até pouco tempo, nós fazíamos (...) uma supervisão clínica, e era muito interessante. (...) Mas é um investimento nosso. É um investimento que a gente bancava. A parte financeira da supervisão. Nós tentamos, via prefeitura, mas não foi possível. E devido a necessidade, achamos que a melhor forma de suprir essa necessidade era por conta-própria. Mas é muito ruim isso. Essa parte do serviço público. Você quer melhorar... Sempre tem uns entraves burocráticos.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“Para a gente ter supervisão, paga do nosso bolso. Nós terminamos faz pouco tempo. (...) Os casos são bastante sério e tem a questão da equipe, trabalhar em equipe. E pago do próprio bolso. A gente, cada um contribuía com uma parte. Cada profissional, (...) a gente fez uma escala de valores, e cada faixa pagava um valor. E todo mundo participava. (...) A gente resolveu encerrar para retomar em algum outro momento. O encerramento

⁸⁸ Recentemente foi realizada uma seleção nacional, por edital do Ministério da Saúde, para o financiamento da atividade de supervisão em 150 CAPS. Esta seleção exigia a elaboração de um projeto e os critérios de aprovação, exceto o que destinava prioridade para projetos da região norte, nordeste e centro-oeste, paradoxalmente privilegiava as unidades mais organizadas, inclusive neste quesito supervisão. No resultado do edital foram contemplados 22 projetos de CAPSi, sendo 9 da região nordeste, 1 da região centro-oeste, 8 da região sudeste (somente 3 em São Paulo, e 1 no município, em um CAPSi que trabalha somente com adolescentes) e 4 da região sul. Para maiores informações acessar: <http://www.inverso.org.br/blob/185.pdf> e <http://www.inverso.org.br/blob/189.pdf>.

foi esse ano. Mas, até agora a gente não retomou.” (enfermeiro, sujeito 7)

“A gente teve agora uma supervisão (...) que pôde dar uma ajuda para a gente super-legal, mas na (...) parte clínica. (...) Mas aí foi se resvalando com coisas que tinham a ver com as relações da equipe. Como é que a equipe está se colocando diante das demandas. E aí a gente percebeu que a gente estava precisando dessa supervisão mais institucional. (...) E estamos atrás aí de uma supervisão institucional para ajudar a gente nessa construção de um Caps.” (psicólogo(a), sujeito 1)

E a outra metade das equipes, apesar de reconhecer tal necessidade e importância, ainda não conseguiu negociar ou se organizar para tal experiência. Um dos motivos dessa dificuldade parece que é esse problema do custeio por recursos próprios. Segue abaixo os exemplos de fala desse grupo que nunca realizou supervisão:

“A gente não tem supervisão aqui, com os funcionários. A gente questiona muito isso.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“Eu gostaria muito de fazer supervisão aqui no CAPS.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“E a gente agora está pensando em ter um supervisor assim mais freqüente.” (psicóloga, sujeito 19)

“Houve momentos que eu pensei, por exemplo, em pagar uma supervisão. Aí depois eu falei: “Não. Acho que é demais. Eu ganho muito pouco no CAPS para que eu tenha que desembolsar”.” (psiquiatra, sujeito 13)

“A gente diretamente não tem (...) supervisão. Na verdade, eu pago a supervisão do meu bolso. Eu é que vou fora, com uma profissional, levo as sessões do atendimento na instituição. Mas a gente não recebe isso, pelo menos até o momento ainda não recebemos do próprio serviço público, não.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“Eu acho que (...) a gente precisa de uma supervisão. É um trabalho maçante, cansativo. (...) É bom, mas, se você for ver, desanima. Porque alguns casos, a melhora para eles é muito devagar. E muitos não vão ter aquela melhora que a gente espera. Cada um tem as suas expectativas de cura e de melhora. E, se a

gente não tomar cuidado, fica um trabalho muito pesado. Saúde mental, eu acho um trabalho complicado, pesado. Então, eu acho que a gente tem que ter um respaldo da prefeitura, nesse sentido de ter uma supervisão paga, custeada por eles. (...) Não que a gente seja totalmente contra pagar do nosso bolso. Tem as questões que pegam no grupo, financeiramente falando, claro, para a gente (...) nesse aspecto, fica pesado. Mas a gente está tentando optar em pagar porque tem esse entendimento nas equipes.” (assistente social, sujeito 18)

“Eu acho que é uma equipe que (...) tem uma certa disposição para trabalhar em equipe, mas eu acho que a gente precisa evoluir muito ainda para a gente acertar umas coisas. (...) A gente precisa de uma supervisão e isso não anda. Agora, pelo menos se chegou a um consenso de que seria bom ter uma supervisão. (...) Na época esbarrou na questão do dinheiro: “Mas nós que vamos pagar? Porque a Prefeitura não paga?”. (...) Mas, não tem jeito, ou você faz isso para melhorar um pouco a sua própria condição de trabalho ou então você não melhora nunca. Aí ficou um certo consenso. (...) A gente também precisa ir para frente com isso. De tentar achar alguém mesmo (supervisor), concretizar. Eu acho que é uma das coisas fundamentais. Eu acho que alguém que viria com a visão mais externa, que pudesse fazer a gente decolar.” (psiquiatra, sujeito 20)

Outro tema presente, em termos de retaguarda interna, foi a falta de recursos materiais e humanos. Os entrevistados se queixaram principalmente da dificuldade para repor brinquedos e outros materiais utilizados nas atividades terapêuticas. Muitas vezes, para suprir tal falta, cada integrante da equipe procurar contribuir com algum valor ou com algo que traz. Também comentaram sobre problemas na estrutura física da unidade e de transporte para atividades externas previstas ou exigidas. Segue abaixo alguns dos comentários sobre esses aspectos:

“Faltam muitos brinquedos, material mesmo, papelaria. São gastos que nem sempre são repostos com certa periodicidade. E os brinquedos um pouco velhos, estragados. Eu gostaria de ter um número maior de brinquedos, coisas mais, objetos mais bonitos, com um maior número no estoque, porque isso é uma coisa importante para a gente. Tanto que a gente usa mão de recursos nossos, para estar mesmo suprindo essa falta. Um traz um rádio, o outro traz um cd, o outro traz um jogo, e a gente tenta ir

repondo, suprindo essa escassez que tem aqui, da melhor forma possível.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“Instrumentos, por exemplo, a brinquedoteca. A manutenção da brinquedoteca. A gente... nunca tem dinheiro. Então assim, vai desde essas coisas básicas, nessa questão dos instrumentos, das coisas que a gente precisa para trabalhar até nessa outras questões mais técnicas mesmo.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Agora, a externa, financeiramente, é bem precária. Eu acho também a unidade bem precária: pequeno, o espaço físico é insuficiente. Nosso quintal, nossa área externa é insuficiente. Poderia ter playground, de brinquedos, que eu sei também que é difícil para a manutenção, mas poderíamos ter. Mas nós não temos essa área externa e a área interna também está insuficiente. Tem dias que não tem sala suficiente para atendimento, mas a gente tenta atender em todos os ambientes possíveis. E financeiramente também a verba vem insuficiente. Então precisa comprar material: “Ah, mas não dá. Não tem dinheiro. Não tem verba.”. Então a gente vai improvisando, vai tentando usar o que já conseguiu, o que tem ainda aí de trocadinho, para poder ir tocando.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

“Aconteceu isso hoje. Eu teria que estar indo numa escola e eu não dirijo. Então, eu dependo de condução. Nós não temos... Não oferecem para a gente carro. Diferente para a Educação, que você tem ou mesmo a SMADS. (...) Na Saúde você não tem. Tem que ligar. Acabou. A partir de uns 6 meses aí, tinha um carro e agora nós não temos. Quer dizer, se você quer fazer uma visita domiciliar que faz parte do projeto também. Uma visita domiciliar. Você quer fazer uma visita à escola. Acho que faz parte do projeto. Você não tem recursos físicos porque se eu for de ônibus eu vou demorar não sei quanto. Aí eu deixo aqui em aberto, o grupo, desfalco, entendeu? Então, nós não temos. (...) E também, essa parte de recursos materiais, quantas vezes você tem que ir lá atrás, fazer a caixinha, sabe? Você vai fazer um passeio com as crianças, faz parte também. Deveria ter um recurso que viesse assim para você fazer. Mas tudo, você tem que botar do bolso, sabe? Então, não tem retaguarda.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“A gente já teve casos de crianças que surtaram aqui e aí você tem que ligar para a ambulância: “Ah! A ambulância saiu.”; “Ah! Não tem ambulância.”. E você fica desesperado com uma criança surtando aqui dentro.” (enfermeiro(a), sujeito 12)

“(...) Recursos a gente não tem. As vezes a gente vai fazer visita, a gente vai com o dinheiro da gente.” (assistente social, sujeito 18)

“Assim, com essa gestão a coisa é bem difícil. Carro, por exemplo, para fazer uma visita domiciliar, é o dia que eles podem dispor. (...) Tem, por exemplo, a imposição do matriciamento. (...)

Eu até eu acho que (...) é um trabalho que tem sido importante para nós, (...) mas nós não temos infra-estrutura. Ou vai com carro próprio... Hoje, eles mandam um cartão de bilhete único, então (...) eles pagam a condução. Mas, quando não, é o carro (particular) da gente. (...) Você não tem carro (da Saúde) para fazer isso. E é uma coisa que tem que fazer. (...) Então, falta suporte.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

Em relação aos recursos humanos, os profissionais mencionaram que consideravam as equipes pequenas e/ou desfalcadas, fato muitas vezes observado durante as situações de agendamento das entrevistas, com os comentários sobre saídas de profissionais por opção ou aposentadoria, licenças médicas prolongadas e até mesmo férias. Os serviços eventualmente ficavam um significativo período de tempo descobertos por uma dada categoria profissional em virtude desses motivos. Os comentários abaixo ilustram tal queixa:

“O trabalho fica muito puxado. A gente aqui e uma equipe muito pequena.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“A gente tem uma equipe pequena, num trabalho difícil, numa conjuntura difícil. (...) A gente está num processo de tentar olhar para o trabalho com toda essa estrutura que está dada aí e com a dinâmica.” (assistente social, sujeito 3)

“E tem que ter equipe, não é? E não tem. Então, a gente fica solto. É complicado.” (psiquiatra, sujeito 11)

“E muitas das vezes infelizmente o paciente fica solto pela ausência de profissionais que a gente tem.” (psiquiatra, sujeito 13, grifo nosso)

“(...) eu acho gratificante o trabalho que a gente desenvolve junto, mas ele poderia ser um pouco mais... se tivesse assim, uma equipe toda completa. (...) A gente acaba trabalhando em cima das limitações que a instituição nos coloca. Não tem muito o que fazer nesse sentido.” (assistente social, sujeito 14, grifo nosso)

“Eu acho, embora falte a questão da prefeitura, eu acho que falta recursos humanos também. (...) A gente ainda é um CAPS que tem bastante profissional.” (assistente social, sujeito 18)

Sobre esse problema, alguns dos trabalhadores, principalmente psiquiatras, deram ênfase na falta de psiquiatras infantis não somente nas unidades dos CAPSi, como na própria região de cobertura. Isto acarretou uma sobrecarga de trabalho dos psiquiatras do CAPSi que realizam até mesmo atendimentos de caráter ambulatorial para demais usuários não absorvidos pelas UBSs de sua região, que justificam suas recusas pela ausência dessa especialidade na rede:

“E na maioria das vezes os pacientes vêm com encaminhamento para avaliação da psiquiatria. As vezes, o que ocorre, mesmo com o acolhimento, não passa pela psicologia. Vem direto para mim. Depois que é feito esse acolhimento, geralmente pelo auxiliar de enfermagem, vem direto para mim. Aí por isso que a minha agenda vive sobrecarregada. Aí, as vezes quando eu converso com o familiar e vejo o paciente, não é caso para cá, enfim, pode ser acompanhado em UBS, então eu reencaminho.” (psiquiatra, sujeito 13)

“Os postos dessa região, (...) os psicólogos também me mandam (...) avaliar aquela criança, para poder medicar. Porque o médico de posto e o psiquiatra de adulto não gostam de medicar criança. (...) Eu não entendo porque os colegas vêem tanta dificuldade. (...) Eu acho que eles não gostam porque que é uma situação de mais responsabilidade. Medo de que uma dose pode causar uma reação (...). Mas é um risco pequeno. (...) É o mesmo risco que você tem com adulto.” (psiquiatra, sujeito 2)

Na região, ele(a) é o(a) único(a) médico(a) para atender crianças. Eles estão pensando em fazer contrato de emergência, e ninguém preencheu a vaga aqui ainda. Isso acaba sobrecarregando. (...) Se eles têm alguma dúvida, como psiquiatria infantil é só aqui, na região toda só aqui atende (...), eles: “Ah! Preciso de uma avaliação psiquiátrica.”. (...) A gente também dá uma olhada, vê o caso e se a gente achar que dá para ser acompanhado na unidade básica, (...) a gente faz essa devolução, conversa com a equipe de lá e manda de volta.” (assistente social, sujeito 18)

“Mas como eu sou referência para essa região toda, eu acabo fazendo, para alguns casos, retaguarda ambulatorial. Porque se for um caso que precisa de uma medicação, como tem uma questão medicamentosa, sou eu que tenho que fazer. Então, a criança pode estar sendo atendida por outros profissionais e eu estou aí. Então acaba nesse sentido sendo um ambulatório. Então tem uma parte

que eu trabalho que é ambulatório. Não deveria ser e acaba sendo.” (psiquiatra, sujeito 20)

Quanto à retaguarda externa, em princípio, os entrevistados comentaram sobre a ausência de apoio por parte da gestão (Prefeitura e Secretaria da Saúde), principalmente no que se refere a uma política de incentivo de relações intersetoriais e intersecretariais mais oficializada e concreta. Um dos entrevistados também comentou sobre um excesso de burocracia administrativa que cerceava inclusive as iniciativas que partiam da própria unidade:

“Pela gestão está abandonado. Não tem. (...) É um abandono.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Eu acho que com a gestão é muito difícil. Eu acho que a gente não tem essa retaguarda de fora. É difícil ter quem você acessa para resolver situações administrativas, situações técnicas. Tudo é muito difícil. (...) Então, eu acho que a gente está com muito pouco suporte da gestão.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Da parte intersetorial já teve mais. Durante a outra gestão, eles tinham essa idéia de fazer alguma coisa.” (enfermeiro, sujeito 7)

“Nessa administração (...) não promove articulação dos equipamentos. (...) Porque essa possibilidade de você ter um trabalho articulado com outras unidades fica super travada. Não tem reuniões, não tem discussões, não tem política que dá uma diretriz.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“Acho que não ter uma política também... (...) Há pouco tempo eu fui chamada para um curso. (...) Nós (fonoaudiólogas da Saúde) fomos chamadas em geral. Foi tão bom. Assim, a gente começou a ver: “Como que a gente não tem mais esses encontros aqui se tem a ver um pouco com a política adotada atual?” Sabe, também tem isso. (...) Nunca tem reunião. Não tem algo da Saúde Mental. Muitos anos a gente não tem um encontro em que promove reuniões.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Temos problemas aqui. Já tem alguns anos, mais recentemente, a gente não tem uma rede que a gente conversa. Na Administração passada, tinham problemas, mas tinha uma coordenadoria (regional) em Saúde Mental que só tinham reuniões entre os equipamentos aqui da região. Não era o ideal, mas pelo menos se podia conversar, se organizar, discutir fluxo. E nós estamos muito

ilhados. Uma das funções do CAPS é gerenciar o território, mas nós efetivamente não fazemos isso por cerceamento mesmo. A nossa autonomia ficou em cerceada. É, mas eu acho que tem a ver mais com o momento, o estilo da Administração. Centralizadora e tudo mais. Antes a gente fazia reunião. A gente não precisava pedir autorização para fazer reunião, ou com outra unidade de saúde. Hoje em dia, qualquer reunião que se faça a gente tem que pedir autorização. E antes a gente tinha total autonomia em relação a isso.” (psicólogo(a), sujeito 6)

Alguns dos entrevistados também mencionaram as cobranças, exigências e pressões que receberam por parte da gestão, principalmente em termos de produtividade, a partir da solicitação de dados quantificáveis, como número de pacientes, duração do tratamento, tempo de cada atendimento, entre outros. Parece que a equipe procura manter uma posição de resistência, em relação a essas pressões, priorizando a necessidade do usuário e o compromisso ético da equipe:

“Daí é só a administração que poderia ajudar a gente. Que está muito falho. Que está muito focada em estatística.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“É um pouco do salve-se quem puder e do cresça e produza. Há um acompanhamento de cobrança, não há um acompanhamento de oferecer alguma coisa.” (psicólogo(a), sujeito 6)

“Da gestão é difícil. Bem difícil. É uma gestão que cobra números, quantidades, por cabeça. (...) É uma gestão que não olha para o trabalho, para o que se faz. Que precisa de números, que a fragilidade, o sofrimento psíquico não conta.” (assistente social, sujeito 18)

“Eu acredito no trabalho, mas assim, porque a gente luta muito para realmente manter um trabalho, como eu te falei, de qualidade. Sem aquelas invasões externas que vêm da política. (...) Teve um momento que a gente tinha aqui uma cobrança assim da nossa coordenação, de dar números. E a gente se justificando: como é que vai dar número em CAPS? É muito complicado porque a gente atende casos muito graves, não existe isso, de você dar uma previsão: “Olha, daqui a 6 meses, o paciente vai ter alta, vai ter uma evolução.” Não existe isso. É um trabalho muito sério. A gente chegou a ter um momento de pressão, de números, e números e números... Agora parou. Deu uma parada. (...)” (psicólogo(a), sujeito 15)

“(...) existe um lado da exigência (...) de tempo de atendimento, que não é visto oficialmente, mas é claro que existe. (...) Só que ninguém assina isso no papel e nem escreve embaixo. Mas existe essa pressão. Agora, como é que você vai cobrar isso na saúde mental? A briga é que o médico vá atender em meia hora na saúde mental. (...) Se você começar a atender nesse esquema (...) e a toque de caixa, é natural que as pessoas vão embora. (...) Se você tiver um mínimo de exigência de qualidade, então não dá para fazer isso. (...) Que não é possível um atendimento desses. (...) Você começa a falar não. Porque não é profissional.” (psiquiatra, sujeito 20, grifo nosso)

“A gente conversa isso na equipe, nas reuniões. Acho que nem tudo que se pede a gente tem que responder. Acho que quem sabe do trabalho da gente somos nós que estamos trabalhando. O nosso compromisso, ele é importante. Acho que é o que norteia. Com quem a gente trabalha, com quem a gente atende, a relação que se estabelece. (...) Você tem o compromisso. Agora, dentro dos limites também. Não vamos carregar, fazer tudo, pagar para trabalhar. Agora, não dá para perder de vista qual é essa Administração. Quanto menos ela nos contamina, melhor. Mas não dá para você não olhar para essa realidade. (...) Agora, se a gente também fica nesse lugar, também não faz nada. Não sai. Corre o risco de paralisar. (...) Não dá para você perder a referência da realidade que você tem da instituição que você trabalha. Porque essa localização, eu entendo que ela é fundamental. Mas não dá também para você ficar submetido. Então, que estratégias você pode criar, estabelecer para você efetivamente fazer o seu trabalho. Também se respeitando, porque eu acho que é isso. Se não nos respeita, nós nos respeitamos e respeitamos à quem trabalhamos. Agora, não dá para dizer: “Deixa eles falando e a gente vai fazendo o tempo todo”. Acho que tem momentos que você tem que recuar, tem momentos que você tem que ser mais cuidadoso. Mas, estar sempre priorizando (...) o sujeito com quem você trabalha. (...) Não dá para dizer que é tudo também da instituição, porque você também está nela. A gente também é sujeito. Se não você vira objeto do outro lá, do prefeito ou sei lá de quem coordena, de quem está acima.” (assistente social, sujeito 3)

“Eu estou percebendo uma mudança de proposta. Não está no nosso poder. Não está na nossa lógica. Tem uma demanda que a gente tem que... “Tem que”. Então, esse “tem que”, de onde vem? Acho que é o porta-voz desse novo outro poder. Não sei. Então, eu vejo assim, eu vejo que a gente está num momento de transição. (...) A equipe está respondendo (...) a uma ordem. Não está mais... Eu não sei se dá para dizer... mas a equipe não é mais protagonista. Não dá para se apropriar do trabalho. (...) E tudo bem. Vamos fazer, está funcionando. Agora, a gente endossa. Como é que é isso? A gente já não sabe mais dizer como é que

funciona. Se está bom. Está funcionando assim. (...) Você já não está inteiro no negócio. Você está inteiro porque você é obrigado, porque você é profissional. (...) Vamos executar o trabalho da melhor maneira que se pode fazer. Mas, não somos mais os pensantes da coisa. Muda muito.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 23)

Apesar dessas críticas, quando a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (área técnica da Secretaria, responsável pelos serviços de saúde mental) era referida, os entrevistados faziam uma comparação diferenciada que valorizava as iniciativas e incentivos por parte desse setor, frente à articulação com outros setores e pela prioridade na saúde mental infanto-juvenil:

“Eu acho que, no caso o CODDEPS (Depto. que a Coordenação de SM está vinculado) ele vai se articulando com outras Secretarias e outros serviços, mas as vezes a gente não sabe.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“A prefeitura, eu acho que essa coordenação, supervisão, sei lá, esses nomes todos aí, (...) eu acho que eles estão mais ligados. (...) Na questão da infância e da adolescência. (...) que ficou um tempão esquecida. Na época do ambulatório não tinha, eu não trabalhava com crianças. Mas o pessoal não tinha com quem encaminhar, não tinha rede. Agora a gente tem uma certa rede. (...) Então, teve um ganho (...) e a gente sente um certo respaldo da prefeitura, nesse sentido. (...) Não estamos tão abandonados, vamos dizer assim, a infância e a adolescência. Eles estão vendo mais essa questão.” (assistente social, sujeito 18)

“Eu acho que a Prefeitura tenta fazer isso. (...) Lá dentro da Secretaria existem duas coisas: uma é a administração da saúde, e outra é uma equipe que tem lá de técnicos, de eixos temáticos. (...) E tem o da Saúde Mental Infantil que tem uma pessoa que ela até está tentando montar um trabalho de... ela chama de fórum. Então tem esse trabalho, que eu acho super importante (...). Então, agora esse é o momento em que eu acho que está começando a surgir uma consistência maior, uma possibilidade de retorno. Porque antes ela organizava esses fóruns, chamava as pessoas para discutir temas, para tentar organizar mesmo. Mas agora, eu acho que as pessoas podem se colocar mais. De discutir mesmo a prática. Mas ainda é insuficiente porque não dá conta da nossa demanda do dia-a-dia.” (psicólogo(a), sujeito 1)

Quanto aos demais setores e serviços, os trabalhadores comentaram inicialmente sobre a importância em contar com tais parceiras e articulações para a promoção da inclusão social e escolar. Nas falas abaixo é possível verificar o destaque dado para a inclusão escolar, possivelmente porque boa parte da clientela são crianças que estão em idade escolar ou próxima dela:

“Mas a gente dá muita importância para estar incluído em escola. Então, não faz sentido ela ficar aqui o dia inteiro. E a escola propicia outras ligações, outros estímulos, e aqui é diferente. (...) É uma abordagem mais na clínica. É diferente de escola. Porque o objetivo é incluir em outros espaços.” (psicólogo(a), sujeito 19)

“Eu acho que hoje boa parte da equipe trabalha assim, já procurando, deslumbrando essa luta com outros setores. Pensando a inclusão, não só como a inclusão escolar na infância, a inclusão (...) em outras instâncias aí. Acho que uma boa parte da equipe. (...) Tem uma parte que não faz isso. Eu diria que é uns vinte por cento. É pouco.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Porque assim na minha cabeça, eu acho que a inclusão escolar é incluir a criança na escola. Que eu acho que uma questão com as escolas, na questão do autismo, que tem uma necessidade maior. E a inclusão social é o que a gente faz de ações sociais mesmo, de ONG's, de clube. Sai para a vida, de encontro na sociedade. Então, para mim tem esse diferencial. Escola, ONG, Unidade de Saúde. Entra tudo.” (assistente social, sujeito 18)

“Eu acho que desde o início, (...) sempre tinha uma preocupação de pensar a questão da cidadania das crianças. Não pensar só um tratamento clínico, aqui dentro, mas pensar como efetivamente articular essas crianças no social. Então, naquela época, a gente (...) começava a pensar a questão da escolarização das crianças. Hoje se fala bastante da inclusão, dos últimos anos para cá. Mas naquela época se falava muito pouco e menos ainda se fazia tentativas de incluir. (...) E tivemos algumas experiências favoráveis. Já, desde aquela época, também tinha essa questão da inclusão. Sempre teve esse nome. Acabou, que isso faz parte da história. (...) Nossa preocupação tinha essa questão de poder articular a criança no social. (...) O que se pode ser oferecido em termos de projeto terapêutico não é só aqui dentro do CAPS, é na escola, em espaço de gente jovem. Então tudo isso faz parte. Quando a gente fala em projeto terapêutico, não só projeto terapêutico dentro do CAPS, das paredes do CAPS, mas ligado por

uma rede de sustentação que efetivamente possa dar âncora para a criança e a família.” (psicólogo(a), sujeito 6)

Contudo, parte dos entrevistados mencionou duas dificuldades no estabelecimento dessas articulações e parcerias, como por exemplo: o modo como a equipe de uma unidade pode ficar “voltada para dentro”, direcionando suas atividades predominantemente na própria unidade; e a conseqüente falta de conhecimento dos CAPSi pelos demais serviços. Alguns destes mencionaram que a equipe não tem estrutura suficiente para dar conta desse tipo de comunicação e parceria:

“Porque a gente fica muito aqui dentro e é um pouco complicado.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“Cada um vai se fechando no seu... E tem pouca troca. (...) E aí, aqui no nosso dia-a-dia, trabalho e tal, pode-se não conhecer... vai mesmo se distanciando.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“(...) Nessas questões de retaguarda, as vezes você está num serviço há algum tempo e você não sabe que você tem uma determinada retaguarda. (...) Então, as vezes eu acho que você tem que estar sempre vendo o que tem, quais os serviços que já estão ligados, e quais que podem estar ligados, entendeu? (...) Então, alguns acho que já estão articulados e estão mal-aproveitados, entendeu? E outros eu acho que a gente tem que ir buscando. Tem que ir tentando. Falta muita coisa. (...) Mas eu acho que é uma questão de se articular. Existem os serviços que as vezes não são bem aproveitados. Se via, as vezes faltam os serviços. Falta retaguarda em algum acesso.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“Então é a batalha que nós deveríamos estar fazendo, mas que nós não estamos cobertas para fazer isso. Porque a gente está montando um trabalho interno ainda. A gente esta ainda muito aqui dentro. (...) Acho que a gente ainda está muito voltado para o nosso dentro. Está faltando fazer esse fora, que acho que tem até a ver com a pergunta que você fez da alta dos pacientes, do encaminhamento desses pacientes para fora. Eu acho que a gente ainda vai construir isso. A experiência do matriciamento contribuiu.” (psicólogo(a), sujeito 1)

Hoje os CAPS estão se fortalecendo enquanto equipamento. (...) As pessoas (...) estão começando a entender o que é um CAPS, o que é que faz um CAPS. E aí poder articular o trabalho da gente com a rede.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“O CAPS também não é um serviço ainda muito conhecido pela população. (...) E a gente tenta falar, nesse contato com as escolas, nas reuniões, na Unidade Básica, a gente tenta contato com os hospitais, da parte do Conselho Tutelar, mas é um serviço que ainda não é muito conhecido pela população e pelas outras instituições também. Eu acho que é uma coisa meio nova. (...) Eu acho que tem uma falta desse conhecimento mesmo. Do próprio serviço público, de outras instituições. Da população. Não é muito conhecido não. Eu acho que é importante esse conhecimento.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

Apesar disso, boa parte dos trabalhadores ressaltou que é possível algum tipo de articulação, apesar das dificuldades, entre os diversos serviços e setores da região de cobertura. Todavia, isto muda de unidade para unidade, de serviço para serviço e de acordo com a própria percepção de cada um dos entrevistados, já que os integrantes de uma mesma equipe apresentaram diferentes respostas para essa questão, que variavam desde a afirmação de que não existia qualquer tipo de comunicação ou que as iniciativas de comunicação eram mais individualizadas porque dependiam da necessidade de um determinado caso até aqueles que comentaram a existência de parcerias mais sólidas, com trabalhos conjuntos e reuniões sistemáticas para discussão de casos e temas relacionados à inclusão e à intersetorialidade. Um dos entrevistados ressaltou que a articulação com outros serviços é mais fácil para um trabalho em conjunto do que para um encaminhamento que visa desligar o usuário do CAPSi. Outro comentou que a retaguarda varia de acordo com a faixa-etária envolvida e que a dificuldade aumenta na medida em que a criança cresce e fica adolescente. Segue abaixo um conjunto dessas diferentes respostas:

“Nenhuma!” (psiquiatra, sujeito 13)

“Não existe troca. É muito tênue. (...) É mais por iniciativa individual. De cada profissional. Porque não existe na rede uma... Já houve épocas em que a gente tinha encontros, tinha trocas... Hoje em dia, não. Não tem. (...) A gente conta com meia dúzia de projetos, (...) com os quais a gente consegue encaminhar, fazer parceria.” (psiquiatra, sujeito 11)

“Eu acho que a instituição (CAPSi) está aberta. (...) Aqui todo mundo é bem... não tem uma resistência quanto a essas trocas. É que parece que são difíceis mesmos.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“Agora, eu acho que tem as questões nossas e tem a questão externa, aquilo que te falei, a gente precisa... A escola as vezes não aceita, as ONGs as vezes não aceitam...” (assistente social, sujeito 18)

“Existe. A gente liga para os equipamentos. (...) As vezes a gente até leva a criança ou o adolescente para o equipamento. (...) Não é uma articulação fácil. Alguns equipamentos, a gente percebe que é muito mais tranquilo estar fazendo esse elo de comunicação. Têm outros que não. (...) Não é em todas as unidades, mas tem equipamentos que eu percebo que fica uma dificuldade. Tem casos que vai e volta. (...) Tem resistência dos pais, mas tem resistência dos equipamentos em receber essas crianças sim. Crianças, adolescentes e adultos já. (...) Quando a proposta é um trabalho conjunto é mais fácil. Eu acho que as pessoas se sentem mais respaldadas quando você vai fazer um trabalho conjunto. Isso eu acho que acontece.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“A retaguarda em relação aos outros dispositivos que a gente tem, as vezes demora, você entra em contato, você deixa recado, aí as vezes demora para retornar e aí você tem que ficar insistindo. Não é sempre. Eu acho que melhorou muito.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“(...) Na parte de uma retaguarda de rede mesmo, (...) isso eu acho que a gente está (...) em processo mesmo de formação. (...) Na Saúde (serviços) eu acho que ainda falta. Na Educação eu sinto que está cada vez mais intenso, saber que eu tenho uma retaguarda. Eu tenho com quem contar. Que eu posso contar no momento que eu quero incluir aquela criança. As vezes assim também na parte da Saúde, o médico, que se eu precisar, na Saúde Mental. A gente está no processo. Está caminhando.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“Com os outros serviços tem várias articulações. Tem discussão de projeto. (...) Com outras unidades básicas, com CECCOS.” (psiquiatra, sujeito 2)

“É difícil as vezes com crianças graves. E quando se tornam adolescentes essa retaguarda fica um pouco mais difícil. Para determinada fatia, as vezes a gente vê que é um pouco mais difícil.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

Ao detalhar tais parcerias, foi comum os entrevistados segmentarem as respostas por determinados setores, principalmente os mais próximos, como a Saúde, a Educação, o Judiciário e outras entidades locais. A respeito da Saúde, apesar da proximidade técnica com a área e de fazerem parte de um mesmo sistema, o SUS, muitos dos entrevistados se queixaram sobre as dificuldades de comunicação com a própria rede de saúde da qual pertencem. Os problemas citados se concentraram nos encaminhamentos não somente para outras especialidades, devido à falta de profissionais e/ou abertura para algum diálogo, mas até mesmo para a própria rede de saúde mental, como mostram os exemplos seguintes:

“Tem o problema da rede. De referência e contra-referência.”
(psicólogo(a), sujeito 6)

“Não tem retaguarda em UBS. A gente realmente tem que fazer tudo.” (psiquiatra, sujeito 11)

“Vamos falar das UBS. Algumas estão alguns colegas para ajudar também nisso. Mas é o que falta mais, é o pessoal da Saúde. Por exemplo, a gente tem uma UBS aqui do lado e são poucos os casos que a gente... Muitas vezes é mais difícil até de encaminhar. Na minha opinião, os serviços de Saúde, eles têm um distanciamento. (...) Um ou outro local que a gente acaba tendo uma referência, conta com um colega, mas está difícil. Até porque a nossa região é extensa, e nós não temos com quem contar.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

“O que complica, que aí eu acho que é da política pública, é que isso emperra, principalmente se você vai encaminhar para uma outra especialidade.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“E tem entrada e saída de profissionais, então as vezes tem profissional que atende criança e depois não tem mais, isso acontece também.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“Achar aí neurologia infantil é um complicante na região. É bem difícil.” (assistente social, sujeito 12)

“Com muitas falhas. Porque vai encaminhar para um neurologista... (...) Eu acho que assim, que têm todas as deficiências da rede: falta fono, falta neuro, falta um monte de coisa.” (psicólogo(a), sujeito 19)

“É um processo para encaminhar, para um outro serviço receber, é um “nhê, nhê, nhê”, que eu acho que deveria ser uma coisa absolutamente simples. É um paciente que já tem um diagnóstico, já passou da idade, já não deveria estar mais num serviço de adolescente, deveria estar num serviço de adulto. Mas não é. O processo é o processo. As vezes demora meses nisso. (...) Não é paciente novo. Vai com diagnóstico. É tudo muito claro o que é e o que precisa. Então simplesmente vai ter que dar uma continuidade.(...) A gente chegou a ouvir o argumento, esse foi(...) dos mais absurdos que eu já escutei, de uma médica de um CAPS adulto dizendo que ela não ia receber... Era um autista, que já estava eu acho que com 20 anos, e que ela não ia receber porque o autismo é uma doença da infância. Mas espera aí, os autistas crescem. Eles não morrem todos antes. Eles crescem e tem que ser atendidos. Já imaginou um autista de 40 anos ficar num CAPS infantil? Sabe, é o tipo de argumento que você fala não. Não tem lógica. Não tem cabimento. Como não vai atender? Vai atender. São pacientes que vão ser autistas a vida inteira. Então, você vê, isso é alguém que está falando da Saúde Mental, imagina quando você vai encaminhar para um clínico, você vai falar com um pediatra? (...) É complicado. (...) Talvez uma das coisas que emperre a alta também tem a ver com isso.” (psiquiatra, sujeito 20)

“É mais fácil a comunicação com as outras Secretarias do que com a própria Secretaria de Saúde. Os melhores encaminhamentos são da Educação. Com relatórios super legais da criança, coisas assim, do que a criança brinca, do que não brinca, com quem gosta mais de ficar na escola, qual é o seu amiguinho preferido, tem muito cuidado com o olhar. (...) Relatórios bem interessantes. Amplo, com uma visão da infância, que não é só o sintoma, diferente quando vem as vezes de psicólogo de UBS. Com um monte de nome técnico, solicitando avaliação. Hiperativo, hipercinético, hiper, hiper, hiper, hiper, fornecendo avaliação. Você não diz nada. Na Saúde é assim. Pediatras também. Tem uma burocracia, que é uma folha de referência e contra-referência. Normalmente quando mandam para cá, da Saúde, não tem muita, não sei, é mais difícil. Mais difícil conversar com pediatra. Eu acho muito difícil.(...) No caso, com o pediatra, foi muito difícil. Foi muito difícil. Eles acham um ET alguém não-médico procurar eles para falar disso. Um horror. (...) É muito mais fácil marcar com uma professora, com uma cuidadora de abrigo. Muito mais fácil. É outra conversa. A

gente fez uns trabalhos bem legais. Mas com a Saúde é o pior.”
(terapeuta ocupacional, sujeito 9)

Parte dos CAPSi citaram algumas ações para melhorar tal articulação, como tentativas de contatos e/ou reuniões individuais com profissionais de outras unidades de saúde (principalmente da atenção básica), até encontros eventuais ou sistemáticos entre equipes, estes últimos normalmente nomeados como apoio matricial, embora nem sempre o contato seja fácil ou se tenha uma boa adesão:

“Tanto que uma criança que faz psicoterapia individual numa UBS, com psicólogo, e esse psicólogo tinha uma dúvida se a criança está com algum sintoma que deveria ser trabalhado mais intensamente. Então assim, poderia estar vindo para fazer um grupo, porque precisa de uma grupalidade e também precisaria fazer uma avaliação com o psiquiatra. Então, essa criança vem, faz a triagem. (...) E se vê se o caso é para cá. Você também vai discutir (...) se ela continua com o individual lá e faz o grupal aqui. Então, você tem que estar em contato com os dois. Ou se encerra lá, porque as vezes lá não está funcionando, exatamente porque a criança está precisando de alguma coisa mais intensa. Então, encerra lá e vem para cá. Essa discussão a gente faz. (...) O mais comum é UBS por conta da população que a gente atende.” (enfermeiro, sujeito 7)

“Sim, nós já fizemos várias vezes essas reuniões com membros de outras unidades. Ou porque eles pediram ou nós pedimos, houve a necessidade de fazer essa reunião. Para discutir como fazer o encaminhamento para eles ou como re-estarmos encaminhando o caso... O caminho é vice-e-versa. Nós encaminhamos e eles também nos encaminham. A maioria das vezes eles encaminham. Então eles vêm, fazem as reuniões, quando há necessidade é agendado a reunião.” (enfermeiro(a), sujeito 17)

“Eventualmente é marcado algum encontro, para estar discutindo algum caso, ou conversar por telefone. Aí, pessoalmente, eu acho que tem alguns entraves. (...) Foi feito aqui por um tempo, agora não está acontecendo, mas assim, (...) a idéia era a gente ter um espaço aqui. (...) A gente teve algumas reuniões aqui que (...) poderiam os profissionais (...) estarem vindo também, das unidades básicas, para estarem discutindo os casos. Porque as vezes também ficava na dúvida: “Olha, a gente está com um caso assim... A gente está querendo encaminhar.” Ou já foi encaminhado. Como é que ficou? Porque de alguma forma, já tem um vínculo lá. As vezes é fácil as vezes não é.

Porque tem um pouco isso (...) nesses serviços. Como é que eu vou dizer, isso é um pouco complicado. Nem sempre você vai falar: “Olha, o que você quer é assim, eu vou receber assim mesmo.”. E as vezes não é. E ninguém gosta que fale: “Não, o caso não é para cá.”. “Não, mas a gente está com uma baita fila de espera.”. Assim, tem essas questões, entendeu?” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“Aqui, a gente tinha combinado, mas agora eu não sei como foi isso. Mas assim, de uma vez por mês, na nossa reunião, vir o pessoal das outras UBSs, para ver casos, discutir. Mas isso deu uma esvaziada.(...) Mas tinha esse momento sim.” (psicólogo(a), sujeito 19)

“E na UBS também não tem muita participação. Eles cobram também o trabalho de apoio matricial, com foco em saúde, nas UBSs. Onde a gente comparece mensalmente, para discutir (...) os principais casos, dificuldades na área de saúde mental infantil. Acho que é uma troca importante, mas também não tem uma adesão muito grande. A gente se disponibiliza, vai até na UBS, com data prévia marcada, com horário prévio, tudo marcado, e você chega lá e eles estão ocupados, ou fora, ou em reunião. E assim, pouco participam, então quando você vai, você tem que ter uma persistência para ter essa troca de entendimento, de experiência. Mas, estamos tentando. (...) As vezes eu sinto que na UBS, a área de Saúde Mental (...) tem um valor menor. (...) É uma área que é avaliada como de menor importância. Mediante toda a problemática que eles pensam, não conseguem avaliar, dar o devido valor.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“Nós estamos fazendo esse projeto de apoio matricial. (...) A gente discute os casos. (...) E aí a gente faz esse trabalho de troca. De como trabalhamos aqui. De como a gente está observando, olhando, escutando o que eles estão trazendo. (...) Tem alguns casos, que tem muita angústia. (...) O nosso trabalho de saúde mental com a criança e com o adolescente tem sido interessante para eles. (...) Porque senão também fica uma coisa assim: a gente tem que dar conta de tudo. (...) As vezes a gente também se coloca muito como impotente (...). E aí a angústia toma conta. E aí, assim: “Qual é o nosso limite?; Até onde dá para ir?; Com quem que a gente pode dividir?” (...) E normalmente a gente faz devolutivas dos casos que são encaminhados para cá. (...) É uma co-responsabilização. A gente tem feito um trabalho mais conjunto mesmo. Para a gente tem sido bem interessante. (...) Porque também vai clareando mais a questão do fluxo. Do que encaminhar, como encaminhar, porque senão tudo é saúde mental. (...) Tenho percebido que é uma troca. Porque quem está lá sabe o (...) que está vivendo. (...) E para a gente também, (...) no que a gente pode contribuir: “Como você olha, então, para aquela criança? Como você olha para aquela família? Como que este serviço, este aqui, e o serviço de vocês lá, o PSF, como é que a

gente se articula para agilizar, equacionar questões? Agilizar o fluxo? Facilitar os encaminhamentos? Como é que a gente faz? ”.”
(assistente social, sujeito 3)

Sobre a articulação com a Educação, em particular com escolas, as dificuldades e iniciativas comentadas acima são similares, como o desconhecimento do serviço e a resistência em aceitar as crianças e adolescentes usuários dos CAPSi. Contudo, parece que em duas das unidades, existe uma parceria mais consolidada e, apesar das burocracias, realizam encontros para a discussão dos casos de crianças inseridas nas escolas e/ou que necessitam de algum tipo de encaminhamento:

“São mais conversas informais. A escola também é a mesma coisa. A gente conversa com os representantes das escolas, eles vem aqui. A gente não tem como sair e ir para a escola. Isso é difícil. Mas normalmente eles vêm. Sempre que eles têm um interesse, saber de um paciente. Então, eles vêm até aqui.”
(psicólogo(a), sujeito 15)

“Eu sinto falta de um pouco mais de contato com as escolas. Foi o que eu te falei. Eu acho que a escola e a instituição, eles não se falam. Isso é muito ruim. A escola não entende o que é isso aqui, e as dificuldades que a escola tem, a gente acaba não sabendo e talvez a gente julga de uma forma equivocada também.(...) E a escola, o que eles fazem, eles pedem muito laudo. (...) E o nosso entendimento sobre Saúde Mental, é um pouco diferente, da visão que um professor tem. Ele quer que a gente rotule a criança. A criança é limitada nisso, nisso e nisso. (...) E não, a criança está num espaço (...) de inclusão, de socialização e que ele pode desenvolver muito da capacidade dela. (...) Eu acho que (...) falta conversa entre os profissionais. Porque fica um pedindo relatório e o outro dizendo que não vai dar. (...) Mas precisa haver um encontro dessas partes para poder ter um pouco de compreensão: eu digo um pouco o que essa criança, como é que você põe essa criança lá e você me diz como é que ela está lá e o que você sente no que a gente pode mudar.” (assistente social, sujeito 14)

“Olha, pelo tempo que eu estou aqui, eu fiz poucas (visitas). (...) Nas (escolas) que eu fui, percebi uma boa vontade. Um interesse na equipe de estar com essa criança, de estarem sabendo o que é melhor para ela. As vezes também tem algumas que ficam numa instituição especial, (...) uma associação que atende crianças especiais. Ai depois, em outro período ela está em escola. (...) Eu percebo que está tendo uma abertura maior do que antigamente.

De estar acolhendo essas crianças na inclusão.”
(fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“A gente (...) faz reuniões nas escolas, com a direção da escola, tenta pensar um projeto junto com a escola, (...) da inclusão dessas crianças na escola. E olha que o pior da inclusão é trabalhar essa resistência também das escolas de receber essas crianças. Algumas escolas, não são todas. Tem escola que recebe muito bem, tem escola que já não aceita, não quer, por não entender. (...) A escola ainda tem muita dificuldade. Em parceria com escola. Algumas são, você sente uma certa afinidade e outras sente que é pouca. Eu acho que tem que ir mesmo, falar, conversar, tentar. (...) A gente está tentando se aproximar.”
(assistente social, sujeito 18)

“(...) eu fui até a escola discutir como está a criança, como está o aproveitamento dela na escola, o comportamento, e assim, eu fui bem recebida, as escolas recebem bem a gente, só que é uma troca. (...) Aqui a gente tem um projeto de uma reunião mensal com as escolas para discutir patologias, principais sinais de sintoma, medicação, de alguma patologia que ocorre em maior número na nossa população. E são crianças que frequentam essas escolas. E a aderência é muito pouca. (...) Eles faltam, eles não vêm.” (enfermeiro, sujeito 4)

“A gente faz uma articulação com a escola, se precisa ir na escola, a gente conversa com a escola. (...) Em muitos contatos que a gente faz com a escola, ou com a creche, a EMEI, algumas coisas já são assim mais percebidas, tranquilizadas. Essa aproximação é interessante. É um trabalho que a gente vem apostando nele. (...) A gente também tem feito encontros com as escolas. (...) Tem muito problema de comunicação, a gente percebe. Para se chegar na escola. Questão de hierarquia. Mas tem vindo um número razoável. A gente (...) avalia que dá para ser mais e melhor. (...) Essas escolas que vem, o contato fica mais tranquilo. Tem coisas que se limpa mesmo. Libera e aproxima a relação. E isso é importante para a criança.” (assistente social, sujeito 3)

“Nós começamos ir atrás dos professores, os professores chegam até as coordenações, os coordenadores, dentro da Coordenadoria da Educação, porque tem o responsável só pela inclusão. Eles descobriram que a gente existia, que a gente fazia um trabalho com os professores. Eles vieram e se apresentaram e fomos nós que fizemos uma ligação com eles.(...) Mas não é uma questão intersecretarial oficial. Porque isso facilitaria muito. Até recursos materiais, para a gente poder estar indo. A saúde tem uma viatura só, da supervisão técnica. (...) Se a gente tivesse essa ligação, eles têm mais viatura que a gente. A gente poderia ir com eles. (...) Facilitaria. É bem mais fácil. Mas não tem. Então, acaba a gente que vai atrás.” (enfermeiro, sujeito 7)

“Em geral, têm as escolas. (...) Todo mês tem uma reunião meio integral, e a gente tem muito contato com as professoras das escolas. É uma troca bem legal. Mas se precisar, vai até a escola também. Ver o que está acontecendo, o que dá para fazer, o que dá para ajudar a criança que está com alguma dificuldade.” (assistente social, sujeito 8)

“Tem com a Educação, principalmente. (...) É uma demanda daqui. Tem a reunião mensal e eu acho que esses projetos são repensados. Quando a gente chama as escolas. Quando a referência faz contato com a escola, a gente consegue repensar muita coisa.” (terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“(...) é um espaço muito interessante da troca mesmo de informações, da troca de saberes.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 10)

Apesar dessa aproximação, os entrevistados apontaram alguns problemas relacionados ao campo da Educação, tais como: a burocracia entre as secretarias, porque não existe uma política intersecretarial oficializada para agilizar parcerias além da falta de estrutura e preparo das escolas para receber e ensinar crianças e adolescentes usuários do CAPSi. Apesar da “moda” da inclusão e da extinção das antigas salas especiais, pouco foi feito nas salas regulares como, por exemplo, diminuição do número de alunos por sala de aula, entrada de assistente pedagógica para ajudar prioritariamente os alunos com mais dificuldades e professores capacitados para criar estratégias de ensino que envolvessem todos os alunos, apesar de suas diferenças. Segundo parte dos entrevistados, a criança, mesmo incluída, não possui um projeto pedagógico personalizado e geralmente é deixada de escanteio na sala de aula. Isto leva os profissionais a questionarem a qualidade da inclusão realizada no âmbito das escolas:

“A educação, para nós, é uma dificuldade. Porque ela centralizou tanto, que hoje a gente não consegue lidar com creche, por exemplo. Para criar assim uma proteção (...) com crianças muito pequenas. Porque o único espaço que a gente tem hoje, com

crianças pequenas, é a creche. Você não tem um projeto que dê conta dessa criança nessa primeira fase dela. E a creche está toda centralizada na supervisão da educação. A lista de demandas fica toda lá. Então, a gente não consegue acessar. Fica tudo muito preso à burocracia. (...) A gente não consegue avançar muito. A gente entra em contato com a escola, mas essa lista de demandas da escola está muito mais engessada. Se tirou (...) bastante da escola essa possibilidade. (...) A gente tinha uma outra mobilidade na gestão anterior. E hoje, está tudo muito desalinhado. Então, para você conversar, você tem que ir lá na Supervisão da Educação. São aqueles casos, ver se tira esses casos dessa lista de demandas, para ver se a gente consegue incluir. Então, ficou muito mais burocrático. E aí, menos ágil. Isso leva tempo.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“Pessoalmente eu acho que ainda assim, a inclusão virou um pouco moda, e é uma coisa de lei, mas eu acho que tem que ser visto mesmo. Tem uma proposta para aquela criança? Então a gente tem algumas crianças aqui, que eles estão em classe especial e também participam de atividades na classe comum. Eu acho interessante isso. Agora, o que elas dizem é que a classe especial realmente está fadada a terminar. Mas as vezes para aquela criança, ficar só na classe comum é muito difícil, todo período, ela precisa ter um momento com um grupo menor, uma atenção mais individualizada, eu acho importante isso. Quando não é classe especial, eles falam que é, não é reforço... (...) Tem um nome. Apoio. Alguma coisa assim.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“Porque aquele professor que está lá, a criança chegou e foi matriculada na sala dele, 45, 50 alunos e mais aquele que não fala, que vai bater na criança. (...) Porque o professor, eu acho que o professor, coitado, ele acaba sendo uma vítima nessa coisa toda. Porque ele não é preparado para receber essa criança, ele não entende o que é autismo, não entende nada. Então, ele só sabe que alguém disse que tem que incluir. Só isso. Complicado. E as vezes por mais desejo que você tenha para fazer esse trabalho, como eu te falei, esse trabalho demanda outras tarefas. Para um monte de gente. E até que ponto você vai mexer nisso para criar essas demandas?” (assistente social, sujeito 14)

“Fora que, eu entendo também que eles não têm auxiliares de sala, para ficar. Acho que falta recurso. (...) Porque eles não têm gente suficiente para colocar. Só tem 1 professora para 35 alunos, 30 alunos. (...) Realmente é um problema também para a escola. Eu acho que falta essa questão. Acho que ainda se tem que pensar. (...) Eles estão formando 150 professores na questão da inclusão. Mas aí já se fala de uma inclusão de deficiente auditivo, visual, cadeirante. (...) Você percebe que os focos são essas. (...) A questão ainda está em rampas para cadeirantes, livros em braille. (...) Eu acho que é mais fácil avaliar a questão da estrutura do cadeirante que quer caber legal do que a mãe que fica na sala. Ou

do deficiente visual. Porque é muito complicado mesmo. Mas aí a gente tenta.” (assistente social, sujeito 18)

“A própria escola tem muitas falhas. Não estão preparadas para essas crianças. Ou você põe numa classe comum, que a professora ali muitas vezes não sabe o que fazer com a criança, e fica lá de lado. Acho que tinha que se pensar, a escola tinha (...) classes especiais, que era também uma forma de exclusão, mas também tem agora, que não deixa muitas vezes de ser uma exclusão. Então eu acho que essa questão é a que mais me deixa aflita. Assim, porque legal incluir, mas que inclusão é essa que está sendo feita? Então eu acho que é isso que a gente mais entra em contato. Fica uma questão, porque assim, a escola tinha que ser pensada, a escola pública que eu estou falando, então ela tinha que ser pensada nessa forma. Acho que essas crianças que estão incluídas em classe comum, teriam que ser classes com mais de uma professora. Tinha que ter um projeto para essa criança, (...) porque ela não consegue seguir o caminho da classe. É interessante ela estar junto com a classe, mas ela precisa ter uma programação para ela, um projeto para ela. Tem que ser feito um trabalho com as outras crianças para aceitarem a diferença. Mas acho que assim, a escola que todos vão, (...) que a gente pensa para todos, mas não está preparada para essas crianças. Por mais que tem escola que tem muita boa vontade. Enfim, tem gente legal, mas é difícil. As próprias professoras têm que dar conta de classes enormes. Por isso que eu acho que todas as classes que tem criança incluída precisa ter uma outra auxiliar, uma outra professora para poder ajudar a dar conta dessa contraparte. E assim, além de trabalhar as outras crianças, trabalhar os pais das outras crianças também, porque as vezes os pais tem preconceito de ter uma criança mal vista, tem mil coisas em contradição. A escola tem que ter estrutura para trabalhar. Acho que mais é isso, é a escola mesmo.” (psicólogo(a), sujeito 19)

Outra articulação que aparece nos discursos são com os órgãos e representantes do Judiciário, como os Fóruns, as Varas da Infância e principalmente os Conselhos Tutelares. Alguns dos entrevistados se queixaram a respeito desses contatos, devido à falta de conhecimento do campo da saúde mental associado à posição de poder que tais instituições mantêm. Sugerem que a relação com o CAPSi encontra-se tensa e desgastada devido a falta de diálogo e a imposição de “solicitações”. Nos Conselhos Tutelares, em particular, a comunicação também depende do grupo gestor que assumiu tal órgão, do quanto estão próximos, conhecem

as questões ligadas à Saúde Mental. Os entrevistados que não se queixaram dessas instâncias, referiram-se brevemente ao contato ou à necessidade de alguma intervenção, o que também demonstra pouca proximidade com tal setor:

“Nessa Administração a nossa relação com o conselho tutelar, ela está muito truncada. Ou seja, a gente não consegue fazer reunião com eles.” (psicólogo(a), sujeito 1)

“O acesso ao Conselho, nessa gestão, está muito difícil. Essa gestão do Conselho que nós temos aqui (...) é um caos global. (...) E é bem diferente essa gestão da anterior. Porque na anterior, a gente discutia. Todos os casos que eram do Conselho e que eram conjunto conosco, eram discutidos. A questão do abrigo, tudo isso ia junto mesmo. A gente conseguia discutir a escola, todas as partes, a família, o Conselho Tutelar. Então, a gente conseguia criar uma rede, em torno daquela situação. (...) E o Conselho com seu papel, cada um com seu papel.” (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

“(...) Volta e meia aqui a gente tem questões com o Fórum, com o Conselho Tutelar, que eu acho que talvez seja a parte mais desgastante dessa escolha, acho que até mesmo da clínica é mais isso. Essa questão social, legal, então volta e meia a gente está com discussões, problemas principalmente. É difícil ter diálogo com esse lado legal. Que é uma outra área e um outro problema. Porque eu acho que faltam políticas mais definidas. Tem os Conselhos Tutelares. Os conselheiros são pessoas sem formação nenhuma as vezes. Então você vai discutir com pessoas que você percebe que não tem formação nenhuma para o que está fazendo e tendo um certo poder para fazer o que está fazendo. Então, é bem complicado. (...) É bem difícil.” (psiquiatra, sujeito 20)

“Tem um pouco com o Conselho Tutelar. Mas é uma coisa ainda muito... iniciando ainda. Têm algumas conversas de alguns casos, já ocorreu da gente conversar alguns casos com o Conselho Tutelar.” (psicólogo(a), sujeito 15)

“A gente usa as casas da Vara da Infância quando tem alguma suspeita de maus-tratos.” (assistente social, sujeito 18)

“Conselho Tutelar (...) é um espaço que a gente também tem conversado, faz parceria.” (assistente social, sujeito 14)

Por fim, em relação à comunicação com demais serviços locais (ONG's, entidades filantrópicas, entre outros), as equipes que possuem alguns contatos

ressaltaram a importância de construção desse tipo de parceria, pois estas entidades por vezes suprem a falta existente de serviços públicos locais de natureza diversificada, principalmente os vinculados à atividades culturais. O campo da Assistência Social também foi lembrado devido ao trabalho realizado com crianças de abrigo ou outro equipamento. Pelo conteúdo das entrevistas parece que o acesso a essas instituições é menos burocrático e mais ágil por geralmente funcionar nas proximidades dos CAPSi. Esses equipamentos também auxiliam no processo inclusão social. Contudo, alguns dos comentários parecem sinalizar que a criança ou adolescente precisa estar “fora do surto” ou compensada / ajustada / adaptada para ser inserida nesses locais. Segue abaixo algumas menções sobre essa relação:

“Tem (...) o contato com o pessoal, da SMADS, que é a Secretaria de Desenvolvimento, das crianças que são de abrigo.”
(terapeuta ocupacional, sujeito 9)

“A gente também procura trabalhar com outros recursos aí da comunidade, com projetos educativos. Até para poder também ir inserindo essas crianças. (...) A gente tem uma articulação boa.”
(assistente social, sujeito 3)

“A gente tem algumas entidades sociais que são nossas vizinhas, são nossas parceiras.” (enfermeiro(a), sujeito 4)

“Como eu te falei, pode ser creches, poder ser escolas, associações... (...) Abrigos, claro. Que tem abrigos e o que eles chamam de CRECA também. O CRECA, pelo o que eu entendi, o abrigo fica mais tempo e o CRECA é mais temporário. Então nós temos muitos, principalmente pré-adolescentes e adolescentes que ficam vivendo mesmo nos abrigos.” (fonoaudiólogo(a), sujeito 16)

“São os equipamentos (da região) que a gente tem. (...) Na grande maioria são esses lugares. (...) Todos os equipamentos possíveis. (...) Não posso falar todos os nomes porque eu vou acabar esquecendo alguém. (...) Assim, (...) essa região é muito rica em equipamentos. A gente tem essa vantagem. Tem outras regiões que a gente sabe, por exemplo, (...) não tem profissional. É tudo muito complicado.” (terapeuta ocupacional, sujeito 21)

“Então, a gente tem contato (...) com ONG, faz reuniões com o projeto. Para se pensar o que a criança pode estar fazendo.(...) A

assistência social eu estou tentando, mas com Vara da Infância, com ONG's que atendem as crianças, com projetos ligado à igreja ou que a criança frequenta ou que a gente acha legal estar frequentando. Mas no momento que a criança está em surto ou o adolescente, ele acaba não frequentando esses outros locais. Acabam ficando mais aqui." (assistente social, sujeito 18)

"Eu vejo os parceiros, eu sinto uma retaguarda muito mais funcional e otimizando isso com os parceiros, do que com a própria gestão. Os projetos sócio-educativos, a gente tem conseguido incluir rápido. Uma criança em que a avaliação entende que o risco é mais importante. Então, no sentido da proteção a gente conseguir essa parceria mais nesse sentido, do que com a gestão. São pessoas que também trabalham só com criança e adolescente ou só com criança ou só com adolescente. Então, o link é diferente. Como hoje tem um trabalho, tem fórum, tem rede, com a questão da criança. Então a gente consegue às vezes um link mais importante com esses lugares do que com a gestão." (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

"Alguns encaminhamentos a gente faz para projetos educativos. Então, a gente considera isso parte do projeto terapêutico dela. Muitas vezes só o projeto educativo é o suficiente para essa criança. A partir da avaliação que a gente faz. Ou então, para a gente dar um suporte para um projeto sócio-educativo, essa criança fica um tempo conosco, para a gente fazer esse ajuste dela, e ela poder ir para o projeto. Então, os projetos sócio-educativos são espaços que a gente tem tido um contato bem bacana. Então, aí o projeto dela é pensado em cima disso." (terapeuta ocupacional, sujeito 5)

4. DISCUSSÃO

4.1 A VISÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS E SEUS FAMILIARES

Os profissionais em diferentes momentos apontaram sobre a situação de gravidade em que se encontram as crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi. Para eles esta situação de gravidade extrapola os critérios nosográficos de uma classificação médica e se associa a uma situação de carência, risco / vulnerabilidade social que os desamparam e às suas famílias. Tanto a patologia quanto esta condição dificultam o seu desenvolvimento. Este critério de desenvolvimento que aparece nos discursos dos profissionais, aproxima-se do sentido apontado por FOUCAULT (2006), na medida em que situam tais crianças e adolescentes como aqueles que apresentam um “comprometimento” ou “deficiência” em sua evolução psíquica. São “crônicos”, permanecem imaturos ou tardam em seu desenvolvimento, o que requer inúmeros cuidados.

Os profissionais utilizaram palavras que sugerem um deslocamento discursivo, ao menos nas práticas destinadas a essa população em particular, dos termos “tutela”, “infância em perigo”, “infância perigosa”, “periculosidade”, “degeneração” (apontados por Foucault e Donzelot), para os termos “gravidade”, “carência”, “abandono”, “desamparo”, “situação de risco”, “vulnerabilidade”. CASTEL (1987) previu esta situação como uma adequação discursiva, que sutilizou os mecanismos normativos e de medicalização na atualidade. A idéia de *função-psi* (FOUCAULT, 2006) e do uso do discurso psicanalítico (DONZELOT, 2001)

possivelmente foram mecanismos que auxiliaram no desencadeamento desses deslocamentos.

Uma das palavras mais citadas pelos entrevistados é demanda. Quando seu registro liga-se à população usuária dos CAPSi, é da ordem de uma carência social. Associam-na a um pedido de cuidado que vai além do que a instituição pode oferecer e do que cada profissional consegue trabalhar.

Apesar disso, o critério de gravidade, tal como referido acima, de certa forma aproxima-se dessa idéia de demanda nas decisões de admissão dos usuários na unidade. Também parece corresponder a uma preocupação das diretrizes oficiais, que preconiza a oferta de cuidado para além dos quadros diagnósticos conhecidos: “todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 23).

4. 2 SOBRE O CUIDADO: SOCIALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL COMO PRÁTICAS DISCURSIVAS

Curiosamente este aspecto social, novamente aparece com frequência nos momentos em que os profissionais comentaram sobre o trabalho que realizavam e as modalidades de atendimento que oferecem na unidade. Observou-se uma ênfase geral no uso de atividades grupais (atendimento em grupo, grupo terapêutico, grupos temáticos, oficinas, entre outros) que visam a “socialização” da população usuária. Tal aspecto leva-nos a supor que o serviço prioriza essa direção no trabalho terapêutico, embora também ofereça atendimento individual ou alguma outra modalidade. Parece que esta “socialização” atrela-se a uma capacidade do usuário em desenvolver algum tipo de “adequação” ou “adaptação” que viabilize sua inclusão social. É um critério importante para estipular quais as modalidades de atendimento que um usuário participará, o grau de intensidade no atendimento de cada caso, a evolução (prognóstico) e até uma conclusão/alta, quando possível. Esta prioridade condiz com as diretrizes e políticas públicas de Saúde Mental, que no caso de crianças e adolescentes, também incentivam a inclusão escolar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O conteúdo geral das entrevistas, a começar pelo uso do termo “socialização”, sinalizam a tentativa de adequação dos discursos dos profissionais ao discurso instituído pelo campo da Saúde Mental. Esta deu origem a conceitos-chaves bastante característicos, que foram repetidos ao longo das entrevistas, tais como: “sujeito”, “cidadania”, “singularidade / singular”, “diversidade”, “sofrimento (ao invés de doença)”, “reinserção social”, “socialização”, “inclusão”, “cuidado”, “atenção”,

“reabilitação psicossocial”, “clínica ampliada”, “autonomia”, “grupo / coletivo”, “desinstitucionalização”, “participação / participante / participativa”, “comunidade”, “interdisciplinaridade”, “integralidade”, “intersetorial(idade)”, “(co-)responsabilidade”, “humanização”, “apoio matricial”, “território”, “rede”, entre outros. Tais conceitos costumam aparecer não somente na fala dos sujeitos do presente estudo como na literatura pesquisada, ainda que certa polissemia seja freqüente, como se o uso dessas palavras instaurasse novos sentidos de profissional para profissional e a cada uso. Também foi observado o uso de termos mais explicitamente normativos como: “desadaptação / adaptação”, “desajustado / ajuste, ajustar”, “tutela”, “desestruturado”, “adequar”, “educar”, “ensinar”, “internado / internação”, “doente (mental)”, “deficiência (mental)”. Esse uso pareceu mais comum nos sujeitos das categorias profissionais menos “psi” e/ou que possuíam uma formação pouco direcionada ao campo da Saúde Mental. Esses termos se aproximam de referenciais discursivos que fizeram parte das clássicas análises e críticas realizadas por FOUCAULT (2006), DONZELOT (2001), CASTEL (1987), COSTA (1983), entre outros, sobre a medicalização e normalização da sociedade.

Nos confrontos e contradições entre esses discursos, procuramos pelos pontos de entrelaçamento e de dissonância nas múltiplas articulações e disjunções que, segundo FOUCAULT (2001), instaura a correlação “entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (p. 193). Partimos do pressuposto, portanto, que o campo da Saúde Mental se constitui e é constituído por esta dinâmica discursiva complexa: dada pela formação de saberes, por sistemas de poder reguladores de suas práticas e pelos modos como as pessoas se reconhecem sujeitos nesse campo e processo.

3.3 REFERENCIAIS DISCURSIVOS PROFISSIONAIS E PESSOAIS NAS DELIMITAÇÕES DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

Talvez influenciados por essa lógica discursiva do campo da Saúde Mental, principalmente pelo conceito de interdisciplinaridade, boa parte dos entrevistados falaram sobre um tipo de esvanecimento de suas especificidades profissionais. Suas atribuições na unidade estão mais associadas às atividades que desempenham do que às suas formações profissionais, exceto a maioria dos psiquiatras que ainda preservam mais claramente a função médica. Ao resgatarem suas categorias profissionais associando-as às funções dos demais integrantes da equipe, as tentativas de distinção ficam difusas. Algumas unidades apresentaram certa polaridade a respeito da especificidade profissional vs. interdisciplinaridade. De qualquer forma, o que chama a atenção, é justamente o modo como os serviços absorveram o ideário da horizontalidade das relações e das funções “terapeutizadas” tal como apontado por BIRMAN e COSTA (1994).

Quanto ao que nomeamos como referenciais discursivos pessoais, estes relacionam-se às falas que se distanciam de uma linguagem situada num plano mais teórico-técnico e se reportam a algum tipo de sentimento ou outro valor. Tais como os exemplos: “...critérios são muito subjetivos...”; “...não conseguia fazer esse desmame.”; “A coisa da maternagem aqui é forte”; “...a gente fica muito abandonado.”; “...exige que você se envolva muito.”; “Eu prefiro...”; “Extremamente apaixonada...”; “Eu já acho meio complicada trabalhar.”; “Não era a minha praia.”; “Eu acho que é bom (...) porque me sinto importante”; “Tédio.”; “Divertir.”; “Eu

gosto...”. Essas falas estão ligadas às preferências particulares dos profissionais, escolhas de alguma atribuição a partir desses referenciais, dificuldades que sentem no ambiente de trabalho, desgaste, vínculo, entre outros.

É interessante destacar dois desses referentes. O primeiro deles refere-se à fala sobre “maternagem” e “desmame” e relaciona-se ao vínculo que o profissional eventualmente estabelece com os usuários. Essa característica possivelmente esteja relacionada à demanda social acima apontada. Ou seja, lidar com crianças e adolescentes, por si só já pode suscitar alguma “maternagem”. O que dirá quando se tratam de crianças e adolescentes que apresentam quadros graves, estão sofrendo, encontram-se numa situação de desamparo, de carência e vulnerabilidade social?

O outro referente é o da queixa. Os entrevistados comentaram que estão desgastados, sentem-se abandonados, esquecidos, sem retaguarda, também desamparados. Para eles faltam: espaços de discussão dos projetos terapêuticos em momentos posteriores ao da triagem; parcerias com outros setores e entidades, embora isso varie de unidade para unidade; clareza nas atribuições profissionais dos membros da equipe; retaguarda em recursos humanos e formação, principalmente na atividade de supervisão. Para os entrevistados todas essas carências prejudicam a construção dos projetos terapêuticos.

O trabalho de equipe fica, portanto, entrecortado por tais atribuições profissionais difusas e essas referências discursivas pessoais que procuram dar um sentido a esse amálgama.

4.4 ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO E O PLANEJAMENTO DO CUIDADO OFERTADO

Depois de circundar tais aspectos fica mais claro visualizar uma primeira questão que as equipes o tempo todo tentam nomear: o que o CAPSi pode fazer para “responder” a tais demandas? Uma das saídas que as equipes possivelmente adotaram está relacionada ao modo como puderam organizar suas unidades, apesar de todos os problemas e faltas. É interessante associar esta questão e organização com os princípios que norteiam os serviços de saúde mental:

São eles: 1) Acolhimento universal: do qual as portas de todos os serviços devem permanecer abertas, ou seja, acolher qualquer procura, mesmo que não seja necessariamente absorvido pelo serviço. Tal diretriz aponta que: “O serviço não pode fechar as suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 12). 2) Encaminhamento implicado: relaciona-se ao acompanhamento do caso até seu novo destino. 3) Construção permanente da rede: prevê ações de cuidado para além dos limites da instituição. Inclusive, as diretrizes de funcionamento dos CAPSs ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), nomeia-os como os “ordenadores” dessa rede.

Atualmente os serviços procuram adotar tais indicações na organização de cada unidade. Contudo, na sua realidade local, será que eles possuem estrutura e pessoal suficientes para dar conta dessas atribuições? Pelas respostas dadas, as unidades ainda assim procuram cumprir esses princípios, pelo menos em parte. Dentro dessa lógica, os CAPSi são minimamente “portas-abertas”, organizadores a rede, além de atender quadros graves, o que exige um cuidado mais personalizado.

Os princípios acima citados estão relacionados ao fluxograma, ou seja, aos encaminhamentos entre os serviços e a entrada do usuário em alguma unidade. Na finalidade de se organizar para isso, as unidades possuem os dispositivos de Acolhimento e Triagem. Em parte delas é feito um trabalho de apoio matricial com a atenção básica e de reuniões com as escolas, como tentativas de melhoria no sistema de referência e contra-referência da rede, que muitas vezes apresenta uma inadequação nos encaminhamentos realizados (essa queixa aparece nos discursos).

O dispositivo de Acolhimento, de acordo com as entrevistas e conforme já analisado, aproxima-se de uma situação de checagem, que pode funcionar como uma pré-seleção para triagem. É agendado um horário prévio por telefone e a pessoa comparece na instituição para que se verifique a origem da busca pelo serviço (se foi encaminhado por outros serviços), se reside na região de cobertura e qual o motivo da sua procura. Dependendo da resposta, essa pessoa é encaminhada para outro serviço ou direcionada para a etapa de triagem na unidade. Apesar desse aspecto formal, a maioria dos entrevistados referiu-se a essa estratégia, como um espaço aberto de escuta aos que procuram a unidade, tal como a definição das diretrizes. Em três delas essa função é deixada a cargo dos auxiliares de enfermagem, talvez por ser considerada uma atividade menos complexa. Os casos que passam por essas estratégias são geralmente discutidos nas reuniões de equipe.

Contudo, parece que todo esse processo não é tão simples assim e acarreta alguns problemas que reflete principalmente na elaboração dos projetos terapêuticos. Nossa conclusão, pelas respostas dadas nas entrevistas, é que os projetos terapêuticos acontecem nesta porta de entrada e são mais raros os momentos posteriores de discussão, porque o serviço continua a discutir os novos casos que passam pelo

Acolhimento e/ou Triagem. Certamente este momento fica sobrecarregado, ainda mais se associarmos com as queixas que os profissionais apresentaram sobre os encaminhamentos inadequados.

Problema paradoxal porque, em função da gravidade tão referida nas entrevistas, talvez esse não fosse o melhor momento para já se definir o projeto terapêutico. Contudo, haveria uma outra possibilidade? A necessidade do acompanhamento constante dos casos foi lembrada por alguns entrevistados, inclusive para se pensar na emblemática fala “as altas são raras”, tantas vezes repetidas pelos entrevistados. Afinal, é difícil pensar numa situação de alta ou conclusão do trabalho, se esse acompanhamento constante dos casos não é garantido.

Por fim, o que se coloca é se isso de alguma forma não compromete a função primeira do CAPS. Se para responder a essas “demandas” ou diretrizes oficiais, não corre o risco de desvirtuar sua razão de ser, a identidade do serviço. Também é importante observar que os profissionais o tempo todo se questionaram e se angustiaram ao longo das entrevistas realizadas. Cada qual à sua maneira, problematizou a identidade do CAPS, o papel de seu trabalho, do que pode ser feito, do que pode conhecer a mais. Falaram do seu interesse em melhorar, em se aprimorar, na necessidade de oferecer um serviço de qualidade... Enfim, boa vontade todos tem, mas enquanto o serviço precisar responder a tais premissas, já normativas, tudo fica mais complicado (outra palavra muito repetida nos discursos).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se ponderar que pelo documento *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (Brasil, 2005), certamente uma diretriz oficial, são preconizados alguns princípios como: da percepção da criança ou adolescente como sujeito, inclusive de direitos; do acolhimento universal; do encaminhamento implicado; da construção permanente da rede; da noção de território; do incentivo da intersetorialidade na ação do cuidado; da articulação co-responsável; e do fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares, entre outros. Este é o discurso formalmente aceito, “politicamente correto”, do cuidado ofertado na rede de saúde mental. É um discurso “pasteurizado”, por vezes evasivo e polissêmico, que camufla os problemas concretos dos serviços, como os citados pelos entrevistados, uma pequena amostra de uma realidade que permanece invisível.

Esse discurso “disciplinado”, espécie de positividade, faz lembrar todo o projeto político que esteve por trás da psiquiatria originada no Séc. XIX, tal como referido por FOUCAULT (2006). Este poder se modernizou em novas roupagens e tecnologias disciplinares (por exemplo, pela *função-psi*), tornando-o mais disseminado, sutil, difuso e multifacetado. Um novo projeto parece se acenar quando BIRMAN e COSTA (1994) apontam que: “(...) a saúde mental forma um todo com os programas de Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana. Trata-se de esquadriñar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar” (p.57). Será este o mal-estar que a Saúde Mental suscita, de alguma forma o tempo todo nomeado pelos trabalhadores por diferentes referenciais discursivos?

Por meio dessa positividade, essa “nova psiquiatria” passa a se ater às formas de instaurar a saúde mental originária nos indivíduos. Num “*hábil jogo de palavras*”, transforma tanto o discurso quanto as estruturas assistenciais e suas práticas clínicas. Contudo, pode também apresentar uma incoerência nas estruturas lógico-conceituais e nos instrumentos operacionais de um dado funcionamento, inclusive no registro do terapêutico. Para os autores, ocorre um *psiquiatrização da vida social*:

(...) Todos os espaços sociais tornam-se passíveis de poder adoecer e são potencialmente objeto da psiquiatrização da ‘Comunidade’. (...) Na era da Saúde Mental, a estrutura de ação (...) é esticada ao extremo, arrebentando o objeto e o sujeito do conhecimento psiquiátrico, que se traduz pela pulverização do sujeito da prática: qualquer um pode ser ‘técnico em Saúde Mental’. (BIRMAN E COSTA, 1994, p.60-61, grifo do autor).

Dentro dessa nova lógica, o espaço de tratamento também se reinventa: para se evitar os efeitos psicotizantes, esse espaço deve ser continuamente tratado, do usuário à equipe de profissionais, por vezes a própria comunidade, numa espécie de pedagogia social que visa alguma adaptação. Há uma ampliação da ação terapêutica, afinal qualquer pessoa com média adaptabilidade às normas pode promover saúde mental. Os próprios entrevistados falam a partir desse referencial quando também “psicologizam” a equipe, por exemplo, ao utilizarem termos como: “...a gente atua muito os sintomas dos nossos pacientes.”; “a própria equipe vive sem perceber todas as ressonâncias (...) desse tipo de trabalho.” Para BIRMAN e COSTA (1994) o discurso da prevenção e promoção da Saúde Mental estimula uma interação normatizada que visa o equilíbrio comunitário. Seu critério de cura-alta é, portanto, a adaptação. A ênfase nas atividades que visam a “socialização”, tão citada pelos profissionais, também é um bom exemplo dessa lógica.

BIRMAN e COSTA (1994) consideram que a psiquiatria comunitária, por exemplo, adota um conceito inadequado de comunidade, pois esta possui uma característica de epifenômeno por existir de modo instável e em rápida mutação. Tal qual a idéia da comunidade como veículo terapêutico espontâneo, afinal tornar esta comunidade (composta de líderes, amigos, pais, educadores, entre outros) numa espécie de “subpsiquiatria” é tão culturalmente inviável quanto tornar os trabalhadores de saúde mental como “subpais” ou “subamigos”.

Possivelmente o uso de referenciais discursivos pessoais pelos trabalhadores, tal como os comentado acima, provém das influências desta psiquiatria renovada. Motivo pelo qual também provavelmente os entrevistados referem-se, em parte, à execução das “novas” funções que lhes foram atribuídas que, por seu atual valor de verdade, de “politicamente correto”, dificultam um processo de reflexão crítica sobre tais designações e recomendações desses profissionais. Considerar que o meio cultural pode exercer uma função terapêutica específica não deixa de ser uma forma dessa psiquiatria (em seu cânone clínico) continuar a se disseminar em prol de mecanismos coercitivos de comportamento, o que invalida seu fundamento terapêutico primordial: o de agir com relativa isenção emocional em relação aos valores que imprimem numa sociedade um dado modo de ser social.

Apesar de outro enfoque dado, mas de certa forma partidárias aos posicionamentos de BIRMAN e COSTA (1994), FERNANDES e SCARCELLI (2005) apontam que a construção de uma rede social, tal como preconizada nas diretrizes em Saúde Mental e principalmente incentivada na assistência destinada às crianças e adolescentes, pode provocar alguns riscos, como por exemplo, se ênfase recair para o campo da clínica, pode haver a reedição de uma *nova forma de*

medicalização nomeada como *terapeutização da sociedade*, e se pender para o campo social, pode ocorrer uma perda da singularidade do território, inscrito por meio dos pequenos grupos sociais (comunidade, família, sujeitos). O desafio talvez seja uma proporcionalidade entre esses distintos pólos, ainda bastante cindidos tal como observado na revisão da literatura e na própria fala dos entrevistados. No caso dos CAPSi, isso pode corresponder a pensar em projetos terapêuticos associados a uma clínica que possa ultrapassar, pelo menos em parte, o critério da socialização.

Apesar destas questões levantadas pelos autores, boa parte da rede foi referenciada em diretrizes e políticas públicas que adotaram os princípios não somente desta psiquiatria comunitária como de outras linhas com inconsistências similares. FERNANDES e SCARCELLI (2005) apontam que:

No que se refere à realidade da atenção à saúde mental no Brasil, a crise identificada é grave. O conhecimento é continuamente fragmentado, não se consolida e não é aprovado, em seus diferentes níveis – jurídico, teórico, técnico -, pelos sujeitos que o constroem. Assim, há um múltiplo atravessamento em relação aos diferentes níveis, no sentido em que o desenvolvimento de um deles raramente é acompanhado de transformação nos outros. (p. 70).

Os documentos oficiais sobre a atenção em saúde mental, e em particular os destinados à população infanto-juvenil é um exemplo desse problema. Predomina um discurso preocupado com a reestruturação administrativa dos serviços e a incorporação de técnicas e equipamentos que amplie o escopo de atuação e o aparato institucional, sem que necessariamente haja uma reflexão crítica e aprofundada dos objetivos das práticas de cuidado em saúde mental, tal como apontado por

FERNANDES e SCARCELLI (2005). As diversas queixas dos entrevistados sobre os problemas estruturais das unidades correspondem a isso.

Não se pode desprezar as contribuições da Reforma Psiquiátrica e as melhorias em relação à nova rede de atenção em Saúde Mental, todavia deve-se tomar certa precaução com uma apropriação coletiva indevida, quase corporativa, que passa a incorporar essas mudanças para um uso predominantemente político, de caráter normativo e disciplinador da sociedade. (BIRMAN e COSTA, 1994).

Cabe aos serviços saúde mental, representados pela ação de seus trabalhadores, assumirem o desafio, palavra também muito referida em seus discursos, de fomentar tais discussões em prol de um trabalho que possa promover uma outra visão de planejamento do cuidado que será ofertado, que envolva um acompanhamento constante do seu processo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____ (Coor). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, p.45-65.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ÀRIES, P. *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ASSUMPCÃO JR, F.B. (Org.). Pequena história da psiquiatria infantil: aspectos críticos. In: _____. *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Santos e Maltese, 1994.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa: 1977.

BELLIS, A.C. *Liberdade e vigilância: o lugar da alta no discurso legal sobre a internação psiquiátrica*. 2004. (Dissertação Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: *Da psiquiatria infantil à clínica da criança*. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 1992. Fasc.7.

BERTOLOTE, J.M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.155-158.

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.137-142.

BIRMAN, J.; COSTA, JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. 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*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. p.143.

CAMBRAIA, M. *As práticas e os processos de trabalho nos ambulatórios de saúde mental*. 1999. 190p. (Dissertação mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- CAMPOS, C.M.S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- COSTA, F.C. *Ordem médica e norma familiar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168
- COUTO, M.C.V. Por uma política de saúde mental para crianças e adolescente. In: FERREIRA, T. (Org.) *A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 61-72.
- CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DELEUZE, G. Prefácio. In: DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. p. 1-8.
- DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DI LORETO, O. *Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogênese): a psicopatogênese que pode estar contida nas relações familiares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- ELIAS, Paulo Eduardo. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. *Estud. av.*, São Paulo, vol.13, no.35, p.125-137, jan./apr. 1999.
- FERNANDES, MIA. Saúde mental: a clausura de um conceito. *Revista USP*. N. 43, 1999.
- FERNANDES, Maria Inês; SCARCELLI, Ianni Regia. Psicologia e Políticas Públicas: da construção de modelos à implementação de práticas. In: AMARANTE, P. *Archivos de Saúde Mental 2*. Rio de Janeiro, Nau, 2005, pp. 67-90.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995b.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 8.ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. 13.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade e política*. Petrópolis, RJ: Forense Universitária, 2001. (Ditos e Escritos, v. 5)

FOUCAULT, M. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. (Ditos e escritos, 1)

FOUCAULT, M. *Estratégia poder-saber*. Petrópolis, RJ: Forense Universitária, 2003. (Ditos e Escritos, v. 4)

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 33-47.

GULJOR, A.P.F. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental*. 2003. 197p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

IBANEZ, N.; BITTAR, O.J.N.V., SA, E.N.C. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.391-404, 2001.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.55-59.

KODA, M.Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (Coor.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, p.67-87.

MACEDO, A.L.P.; MARON, M.G.R A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma? *Jornal brasileiro de psiquiatria*, São Paulo, v.46, n.4, p. 205-211.

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MAINGUENEAU, D. *Novas Tendências em Análise do Discurso*. 2.ed. Campinas: Pontes: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

MARQUES, A.J.S.DE. Reabilitação psicossocial e a reforma psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p104-112.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T. et al. (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-20.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999 (a).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em saúde mental 1990 - 2002*. 3. ed. rev. e amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

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. 76p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *HumanizaSUS: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

OLIVEIRA, G.N. de. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

Organização Mundial de Saúde - OMS. *Relatório mundial da saúde 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa, 2002, 208 p.

ONOCKO-CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.573-583, 2005.

PITTA, A. (Org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PITTA, AM. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiquiatr*, Rio de Janeiro, v.43, n.12, p.647-54, set; 1994.

PORTOCARRERO, V. M. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. 1990. 213 p (Doutorado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

REIS, A.O.R. *O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares*. 1993. 192 p. (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANDUVETTE, V. Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). *Psicologia USP*, v.18, n.1, p.83-100, 2007.

SANTOS, S.A. *Projeto terapêutico singular em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência*. (Doutorado em Enfermagem) – 2006. 109p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SARACENO, B. *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. São Paulo: Te Corá, 2001. (a)

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.150-154. (b)

SCARCELLI, I.R. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: FERNANDES, M.I.A. (Org.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999, p.187-205.

SCHMID, P. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil no Rio de Janeiro e os casos graves. In: FERREIRA, T. (Org.) *A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 111-127.

SILVA, L.B.C. de. *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SOARES, L.T. O público e o privado na análise da questão social brasileira. In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (Org.) *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec e OPAS, 2005.

TELLES, HPRS. *Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas*. 2006. 182p. (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TURATO, E.R.T. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VICENTIN, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.17,n.1, p.10-17, jan/abr. 2006.

ZUQUIM, J. Pequenos psicopatas: infância, criminalidade e loucura na primeira república. In: ANTUNES, E.H.; BARBOSA, L.H.S.; PEREIRA, L.M.F. (Org.) *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: Edusp, 2002, p.123-146.

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Pontos de investigação:

- Como é trabalhar com crianças e/ou adolescentes na Saúde Mental
- Quais as atividades que você realiza no CAPSi
- Como é decidida a entrada de um paciente no CAPSi
- Como é planejado o tratamento de um paciente no CAPSi
- Se discute o projeto terapêutico fora da instituição (com parcerias).
- Como o profissional compreende quando o trabalho deve ser concluído
- Perguntar se possui alguma recordação de algum caso em que a questão do projeto terapêutico tenha chamado a atenção
- Como é/funciona o trabalho de equipe (investigar facilidades x dificuldades)
- Como é a retaguarda (interna e externa) para a construção dos projetos terapêuticos

Anexo 2
Modelo de Tabela - Categorização e seleção de discursos

| Sujeito 1 - Psicólogo(a) | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Perfil: Formada há 20 anos. Direcionou formação em atendimento infantil e psicanálise. Trabalho na rede pública: em UBS. Tempo de CAPSi: desde a fundação (transferida pela prefeitura devido à sua experiência) | | |
| Trabalho crianças e adolescente em Saúde Mental | CAPSi | O trabalho é diferente, um desafio: formação / conceito do CAPSi e papel de cada profissional |
| | Cuidado / tratamento | Trabalho difícil por falta de suporte sócio-econômico das famílias / usuários ("demanda além da emocional") Tem pouca identificação no trabalho c/ crianças psicóticas (prefere não atender) Não se identifica no trabalho c/ crianças autistas (prefere não atender) Não se identifica no trabalho c/ adolescentes (prefere não atender) Atende família de crianças psicóticas / autistas Atende crianças com outros diagnósticos |
| Projeto terapêutico | Funções / atividades | a) Acolhimento; b) Triagem; c) Atendimento individual; d) Atendimento familiar (pais); e) Grupo Terapêutico, f) apoio matricial. |
| | Entrada | a) Como entra na unidade: A maioria da clientela chega encaminhada de outros serviços: UBS, Escola, Conselho Tutelar Encaminhamentos inadequados, principalmente do Conselho Tutelar (pessoas procuram para garantia de atendimento rápido) Apoio matricial para melhoria dos encaminhamentos (referência e contra-referência) b) Procedimento de entrada: Etapa Acolhimento: feita por dupla de terapeutas. Primeiro contato da família / usuário. Objetivo: investigar motivo de procura, como chegou e o que conhece do serviço. Equipe normalmente discute o caso (as vezes feito somente pela dupla) e decide seu encaminhamento: para avaliação (diagnóstico) ou outro serviço. |
| | Planejamento | Dupla de terapeutas propõe pré-projeto para equipe discutir. A dupla também pode decidir o projeto e informar a equipe O PT se adapta às modalidades de atendimento e vagas disponíveis. Cita as atividades: oficinas, grupos terapêuticos, grupos de psicoterapia de criança e de adolescente, atendimentos individuais, consultas psiquiátricas. Usam ficha de referência como instrumento As revisões e encerramentos de caso são discutidas em equipe. |
| | Saída | Os encerramentos / altas são raros Problemas: É complicado por falta de pessoal e condição ("não tem pernas") para fazer trabalho de "passagem": altas dependem de encaminhamentos para outros serviços (falta articulação), inclusive os de saúde (UBS) Critérios de alta: Não são claros nem padronizados, varia de profissional para profissional (viés). Equipe precisa se organizar. Ocorrem quando: há fortalecimento psíquico para enfrentar o externo; evolução positiva do quadro; maior socialização; pelos sinais que a família e usuário expressão ("se desprendem") Procedimentos (como acontece): por diminuição gradativa da intensidade do cuidado e com a garantia de encaminhamento externo (preferencialmente UBS). CAPSi continua |

| | | |
|--------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | referência em caso de recidivas. |
| PT outros equip. | articulação | Administração não promove articulação dos equipamentos: complica / trava o trabalho. Ausência de política que integre os setores: falta de diretriz e espaço de discussão. Pouco conhecimento do CAPSi: atualmente imagem está se fortalecendo, o que favorece trabalho em rede. |
| Trabalho de equipe | Facilidades | Equipe sabe trabalhar em conjunto, tem disponibilidade para melhorar e abertura para discussões. |
| | Dificuldades | <p>Maioria da equipe trabalhou em Ambulatório de SM Equipe pequena e desfalcada A escuta no contexto da equipe (do grupo e de cada integrante), por conta de sua diversidade ("diversidade de escutas" - "multiprofissional") - pouco espaço para "se escutar".</p> <p>A falta de especificidade de cada profissional (Ex: TO que faz grupo e intervém de jeito diferente do dela). / Diferenças de cada profissional (tanto pessoal quanto de formação) Ter uma identidade de grupo: não se reconhecem como equipe no cotidiano do trabalho, contudo se reconhecem quando falam do trabalho com outros profissionais e equipamentos.</p> <p>As discussões estão mais concentradas triagens do que no tratamento. Os tratamentos "transcorrem segundo critérios de cada profissional"</p> <p>Lidar com assuntos administrativos / operativos porque demandam tempo.</p> |
| | Outros | <p>Trabalho difícil, denso, delicado que mobiliza cuidados. Precisa de disponibilidade interna, tempo para integração.</p> <p>Necessidade de supervisão no trabalho (clínico e institucional) para melhorar o trabalho</p> |
| Retaguarda | Interna | <p>O trabalho interno está em construção.</p> <p>Não tem cobertura para batalhar no externo (Obs.: relaciona com a questão da alta). A experiência apoio matricial contribui nessa questão.</p> <p>No apoio matricial acontece uma tentativa de conciliação da exigência externa e com a interna</p> |
| | Externa | <p>Tentativa de articulação em rede da Coord. SM por meio do Fórum de SM infanto-juvenil Embora ainda insuficiente, as articulações com outros serviços são mais consistentes e com retornos</p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde é mais falha, porque exige números e investe pouco na SM. Política tem incentivado mais a atenção básica.</p> |

| Sujeito 1 - Psicólogo(a) Seleção de discursos (Unidades de análise) | | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trabalho crianças e adolescente em Saúde Mental | CAPSi | <p>"Na Saúde Mental, na rede pública, eu acho uma coisa complicada. Além de ser um trabalho difícil (...) a leitura do atendimento da criança. (...) na rede a gente acaba atendendo uma população que traz uma demanda (...) que vai além da questão emocional."</p> <p>"Foi um desafio porque o trabalho é bem diferente. (...) Era um trabalho de formação de um CAPS. (...) ainda está nesse trabalho, a gente está construindo o que é este CAPS, o que faz um CAPS, qual é o papel de cada profissional dentro de um CAPS."</p> |
| | Cuidado / tratamento | <p>"Dentro da minha prática clínica, eu atendi crianças psicóticas, atendi crianças autistas. Mas, eu fui definindo que não era a minha praia atender crianças autistas. Crianças psicóticas eu ainda consigo ter um atendimento e consigo me ver, assim, fazer uma identificação com o trabalho. Mas com crianças autistas, não. (...) Comecei a ter que lidar com isso de novo. (...) Eu faço triagem e aí que eu tenho contato com essa demanda. De trabalho, de projeto terapêutico eu não tenho. Eu estou fazendo escolhas onde eu não estou fazendo o atendimento de crianças autistas. Mas em algum momento eu acho que isso vai ter que acontecer. Eu tenho feito um atendimento de pais de crianças autistas."</p> |


| | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Projeto Terapêutico | | <i>"E além de atender crianças, também atendemos adolescentes. Que também é um outro desafio, porque eu sempre fui da clínica de criança. (...) No consultório, (...) adolescentes, eu encaminho. (...) Aqui eu estou fazendo agora isso."</i> |
| | Entrada | <i>"A gente agora está fazendo uma coisa que se chama matriciamento. Os profissionais da nossa equipe estão indo aos programas de saúde da família, (...) tem feito encontros sistemáticos(...). E com as escolas também. A gente tem encontros sistemáticos mensais, para tentar organizar um pouco esses encaminhamentos. Para que chegue para a gente, pacientes que tenham a necessidade de um atendimento (...) mais complexo, (...) que a UBS não dá conta."</i> |
| | Saída | <i>"É complicado. (...) Ainda está faltando (...), por falta de gente mesmo, da gente ter perna para isso. Montar um trabalho de fazer uma passagem desses pacientes (...) que já tem condições, (...) está mais socializado. (...) Isso ainda está pendente. É muito difícil a gente dar alta aos pacientes ou de encerrar um projeto." <i>"Cada um tem a sua forma, o seu critério, não necessariamente diferente do outro, mas ainda não temos isso explicitado, colocado no papel."</i></i> |
| PT outros equip. | articulação | <i>"Nessa Administração (da Prefeitura como um todo) (...) não promove articulação dos equipamentos. (...) Porque essa possibilidade de você ter um trabalho articulado com outras unidades fica super travada. Não tem reuniões, não tem discussões, não tem política que dá uma diretriz. Hoje os CAPS estão se fortalecendo enquanto equipamento. (...) As pessoas (...) estão começando a entender o que é um CAPS, o que é que faz um CAPS. E aí poder articular o trabalho da gente com a rede."</i> |
| Trabalho de equipe | Dificuldades | <i>"Acho difícil (...) Tenho atendimento (...) em co-terapia com TO, já tive com enfermeira, (...) com assistente social e acho muito complicado. Não é pelas pessoas, (...) é uma equipe que tem uma possibilidade bacana de trabalho em conjunto. (...) É difícil você perceber, por exemplo, uma TO fazendo um grupo de terapia e você conhecer qual é a especificidade. As vezes eu vejo ela fazendo intervenções e eu gostaria que ela fizessem também intervenções com uma leitura, com uma escuta que fosse igual a minha e daí não é. (...) As vezes eu aprendo vendo com ela como é que é, que olhar ela tem, o filtro que ela faz." <i>"(...) a gente sente que tem pouco espaço para fazer isso, que é você se escutar. O que aqueles pacientes estão demandando da gente, o que está despertando na gente, porque é a nossa principal ferramenta de trabalho." <i>"Por que as nossas discussões clínicas, (...) são muito em cima das triagens e pouco a respeito do tratamento. (...) A gente fica atendendo, atendendo. (...) Porque a gente consegue discutir muito bem as triagens só que a gente não consegue discutir os tratamentos. Eles transcorrem segundo critérios de cada profissional e agora a gente ainda precisa socializar muito isso, tornar isso uma coisa do CAPSi."</i></i></i> |
| Exemplo situação / caso | Caso desfecho desfavorável | <i>"(...) ele tinha uma demanda de muito mais (...)" / "(...) necessidade da supervisão institucional." / "(...)a gente consegue até um ponto. E aí, a partir desse ponto fica patinando um pouco as coisas."</i> |

Alina Zoqui de Freitas Cayres

Bolsista de Mestrado do CNPq

Links para Outras**Bases:**

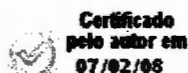
Diretório de grupos de

pesquisa 

Psicóloga e mestranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Atualmente é pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (Lasamec, FSP/USP) e assistente de projetos do Laboratório de Pesquisas em Comunicação, Saúde e Sociedade (Láudio, FSP/USP). Tem experiência na área de Psicologia, Saúde Mental e Saúde Coletiva.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 07/02/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2186132836441504>**Dados pessoais****Nome** Alina Zoqui de Freitas Cayres**Nome em citações bibliográficas** CAYRES, Alina Zoqui de Freitas**Sexo** Feminino

Endereço profissional Faculdade de Saúde Pública, Láudio - Depto. de Saúde Materno-Infantil.
Sao Paulo, SP - Brasil
URL da Homepage: <http://>

Formação acadêmica/Titulação

2006 Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Os projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) do município de São Paulo: a perspectiva dos profissionais de saúde mental.. *Orientador:* Cornélio Pedroso Rosenberg.
Palavras-chave: Psicologia da Saúde; intervenções terapêuticas.

1995 - 1999 Graduação em Psicologia. Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil.
Título: Critérios de indicação e resultados terapêuticos em psicoterapia breve.
Orientador: Maria Leonor Espinosa Enéas.

Formação complementar

2007 Psicanálise - grupo de estudos (Décio Gurfinkel).
Depto. Psicanálise - Instituto Sedes Sapientiae (psicanalista, docente), ISS, Brasil.

2007 - 2007 Preparação Pedagógica: Prog. Ap. Ensino PAE. (Carga horária: 20h).
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP / USP, Brasil.

2003 - 2004 Clínica Psicanalítica Conflito e Sintoma. (Carga horária: 384h).
Instituto Sedes Sapientiae, ISESAP, Brasil.

1999 - 1999 Extensão universitária em Psicologia da Saúde. (Carga horária: 384h).
Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil.

1999 - 1999 Extensão universitária em Procedimentos Teóricos Práticos Em Follow Up Clíni. (Carga horária: 192h).
Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil.

1998 - 1999 Extensão universitária em Técnicas Psicoterápicas Em Psicologia Psicodinâmica. (Carga horária: 384h).
Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil.

1997 - 1997 Extensão universitária em Teorias e Técnicas Grupais I. (Carga horária: 96h).
Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil.



Cornelio Pedroso Rosenberg

possui graduação em Faculdade de Medicina pela Universidade de São Paulo (1945); doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1973) e pós-doutorado pela Universidade de São Paulo (1985). Atualmente é funcionário da Universidade de São Paulo.
(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Última atualização do currículo em 17/04/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/9630095325425698>



Links para
Outras Bases:
[SciELO - artigos em texto completo](#)

Dados pessoais

Nome Cornelio Pedroso Rosenberg

Nome em citações bibliográficas ROSENBURG, C. P.

Sexo Masculino

Formação acadêmica/Titulação

- 1981** Livre-docência.
Universidade de São Paulo. USP, Brasil.
Título: Ano de obtenção: 1981.
- 1985 - 1985** Pós-Doutorado.
Universidade de São Paulo. USP, Brasil.
- 1969 - 1973** Doutorado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo. USP, Brasil.
Título: Merenda Escolar e Crescimento. Ano de Obtenção: 1973.
Orientador: Vicente de Sampaio Lara.
- 1940 - 1945** Graduação em Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. USP, Brasil.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

1990 - Atual Vínculo: Servidor Público. Enquadramento Funcional: Outro, Carga horária: 0

Outras informações Atualmente, na Pós-Graduação, orienta alunos e ministra aulas. De 1991 a 2002, ministrou aulas na disciplina de Saúde do Pré-Escolar e de Crescimento e Desenvolvimento da Criança. De 2002 até o presente momento, ministra aulas de Crescimento e Desenvolvimento da Criança.

Vínculo institucional

1954 - 1990 Vínculo: Servidor Público. Enquadramento Funcional: Outro, Carga horária: 0

Outras informações Na Pós-graduação, orientou alunos e ministrou aulas de 1975 a 1978 na disciplina de Higiene da Criança; ocupou o cargo de chefe de departamento de 1982 a 1984 e de 1989 a 1990; de 1979 a 1980 ministrou aulas de Crescimento e Desenvolvimento da Criança; em 1990 ministrou aulas de Saúde do Pré-Escolar e de Crescimento e Desenvolvimento da Criança.

Atividades

3/2006 - Atual Ensino, Saúde Pública. Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Crescimento e Desenvolvimento da Criança

Áreas de atuação