

Inserção familiar nas práticas realizadas em serviços especializados de atenção psicossocial infanto-juvenil

Caroline Dombi Barbosa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis.

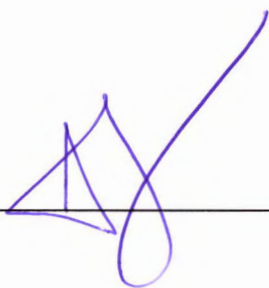
São Paulo

2009



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

Banca Examinadora







Presidente de Comissão Julgadora

Dedicatória

Ao meu **pai** (in memoriam)
e a minha **mãe**
por me ensinaram que o cuidado
e atenção são partes inseparáveis do amor.

Agradecimentos

A **Deus** fonte primeira da vida, sem a qual nada e nenhuma dessas pessoas queridas estariam ao meu lado e nenhuma realização seria possível...

Aos **meus pais** pelo exemplo de coragem e superação das dificuldades impostas pela vida... obstáculos que os fizeram grandes vencedores. Em especial a **minha mãe** fiel companheira, eximia cuidadora daqueles que a cercam...

Ao orientador **Professor Doutor Alberto Advincula Reis** pelas correções, e ensinamentos ao longo do trabalho,

Aos protagonistas das mais belas narrativas da minha infância: **Walquiria, Silvana, César, Ygor, Natalia, Yan e Paulo** vocês estarão guardados em meio a saudades e lembranças vivas e inesquecíveis...

A **família Ribeiro Silva** pelos felizes momentos, pela torcida incansável e pelos braços sempre estendidos... em especial a **Cinthya** e ao **Denis** cuja amizade lapidada se transformou em jóia estimada...

A **Professora Doutora Ianni Regia Scarcelli** pelo aprendizado e trocas realizadas na disciplina realizada no **Instituto de Psicologia da USP**, pelas pertinentes contribuições no exame de qualificação e, em especial, na pré-banca,

Ao **Doutor Felipe Lessa** pelas sugestões e reflexões no exame de qualificação,

As Professoras Doutoras da Escola de Enfermagem da USP: **Professora Doutora Magda Andrade Rezende, Professora Doutora Maria De La Ó Ramallo Verissimo** e a amiga e também **Professora Doutora Cecília Helena de Siqueira Sigaud** por tantos momentos enriquecidos por sua maturidade gentil e delicada... sem perder de vista a firmeza e a sinceridade...

As amigas tão maternais, nascidas nessa casa: **Alina, Grace, Natalia, mães Caroline Geocze e Patrícia Delfini** (agradeço também pela revisão do abstract!)....

Aos amigos, personagens das aventuras juvenis: **Daniele, Alessandra e Kleber Menezes, Juliana Siveiro, Lincoln Banciella, Marcelo Augusto**. O tempo aliado e amigo não nos permitiu saudades;

Aos pesquisadores e colegas do **LASAMEC** cujos nomes não poderia listar sem me esquecer de pessoas importantes no processo de construção desse trabalho, seriam páginas e mais páginas!

A todos funcionários da FSP, em especial a **Iara e Leandro** pelas conversas informais e sempre agradáveis, pelas colaborações na padronização do material que representam o depto de Saúde Materno-Infantil, **as funcionárias da biblioteca**, em especial a **Professora Doutora Angela Maria Belloni Cuenca**;

Aos **Professores Doutores do Depto de Saúde Materno-Infantil**, em especial a **Professora Doutora Augusta Thereza de Alvarenga**,

Aos **profissionais** de saúde mental que foram colaboradores da pesquisa,

Agradeço também ao **CNPQ (Brasil)** pelo apoio financeiro para realização da pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que me ajudaram a compor esse trabalho e acompanharão meus próximos passos. **Obrigada!**

Barbosa CD. Inserção familiar nas práticas realizadas em serviços especializados de atenção psicossocial infanto-juvenil [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Resumo

O modelo vigente de atenção à saúde mental no Brasil prevê a inserção dos familiares como fundamental para que ocorra de fato a inclusão social dos sujeitos portadores de transtornos psíquicos graves e persistentes. Essa parceria entre profissionais e familiares se torna ainda mais evidente no caso de crianças e adolescentes. Os CAPSi são dispositivos estratégicos da atenção pública em saúde mental e visam suprir uma lacuna histórica de políticas públicas eficazes a população infanto-juvenil. Crianças e adolescentes ficavam a mercê de ações filantrópicas, sem a fiscalização do campo da saúde mental. Além disso, modelos adultocêntricos eram repassados a infância e adolescência sem que suas peculiaridades fossem de fato consideradas, e por isso não se pode negar que a institucionalização foi medida comum à criança abandonada, delinqüente ou doente mental. Grandes desafios são postos aos profissionais que lidam com essa população e suas famílias. O presente estudo teve objetivo identificar, descrever e analisar formas e estratégias de inserção familiar que se produzem nas práticas de saúde mental dos profissionais que atuam no novo modelo de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Além disso, identificar e descrever concepções que os profissionais de saúde mental têm a respeito da inserção da família nas suas práticas e identificar e compreender dificuldades e facilidades (limites e possibilidades) de inserção da família nessas práticas segundo os profissionais nesse processo. Para tanto foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com 23 profissionais de nível superior que trabalham nos CAPSi da região metropolitana de São Paulo, as quais foram submetidas à análise temática de conteúdo. Os resultados e a conclusão mostram que as famílias estão inseridas predominantemente em ações de cunho terapêutico dentro dos projetos terapêuticos de seus filhos. As modalidades variam desde grupos de orientação, informação e visitas domiciliares e, em alguns casos, atendimentos individuais de um membro da família ou atendimentos nucleares. Já formas de controle social e empoderamento são incipientes e não se mostram atuantes nos serviços pesquisados. Outra forma de inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos serviços de saúde mental foi a responsabilização de familiares como parceiros na

atenção oferecida ao público infanto-juvenil. As atividades intersetoriais com escolas, equipes de saúde e abrigos depreenderam-se do conjunto de dados e configuraram arranjos de trabalho importantes para inserção de familiares no âmbito das práticas de saúde mental voltadas ao público infanto-juvenil. Falta de capacitação, formação ou supervisão, além de questões da organização do trabalho como tempo e espaço, bem como a medicalização foram apontados como dificuldades no processo de inserção das famílias nas práticas de saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Famílias, Infância, Adolescência, Reforma Psiquiátrica.

Barbosa CD. Family's insertion produced in specialized mental health attention services for children and adolescents [dissertation for master degree]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública of USP; 2009.

Abstract

The actual model of mental health attention in Brazil considers the family's insertion as fundamental in order to secure the effective occurrence of social inclusion of people with persistent and severe mental disorders. The partnership between relatives and professionals becomes even more evident when considering children and adolescents. Psychosocial Care Centers (CAPSi) are strategic devices of mental health public attention that aim to supply an historical gap of efficient public politics for children and adolescents. Children and adolescents used to be taken care by philanthropic institutions, without the supervision of mental health public politics. Moreover, adult-centered models were passed to infancy and adolescence without considering their peculiarities and for this reason the institutionalization was a common measure applied to abandoned, delinquent or mental affected children. Great challenges are faced by professionals who deal with this population and its families. The objective of the present study was to identify, describe and analyze forms and strategies of relatives insertion that are produced in mental health practices of professionals who act in the new model mental health attention for children and adolescents. Besides that, other objectives were to identify and describe conceptions that the professionals of mental health have, regarding the insertion of the families in their practices and to identify and understand difficulties and easiness (limits and possibilities) of family insertion in these practices according to professionals involved at this process. In order to reach the objectives of the study, half-directed interviews were made with 23 university level professionals who work at CAPSi in the city of São Paulo, which had been submitted to content and thematic analysis. The results and conclusion of the study show that the families are inserted mainly in therapeutic actions in their children therapeutic projects. The modalities vary from orientation groups, information groups, home visits and, in some cases, individual interventions of a family member or core intervention. Social Control and empowerment are incipient and they do not reveal to be performing in the services analyzed. Another form of relatives' insertion in the practices that occur in the mental health services was the responsibility of relatives as partners in the offered attention to children and adolescents. Intersection activities with schools, health teams and shelters had been released from the data set and configure important arrangements of work for insertion of relatives in the scope of mental health practices to children and adolescents population. Lack of qualification, specific educational programs or supervision, besides work organization matters, such as lack of time and room, as well as the medicalization, had been pointed as difficulties in the process of family insertion in mental health practices.

Keywords: Mental Health, Children, Families, Adolescents, Psychiatric Reform .

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Painel histórico: a infância e o lugar da família no seu cuidado	23
1.1.2 Instituições voltadas para o atendimento da criança e das famílias.....	31
1.2 Algumas considerações sobre as transformações no modelo de atenção à saúde mental – a Reforma Psiquiátrica Brasileira	36
1.2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil e Protagonismo da Família	52
1.3 Saúde mental de crianças e adolescentes	65
1.3.1 Magnitude da Questão	66
1.3.2 Antecedentes Históricos.....	70
2 OBJETIVOS	77
2.1. Objetivo geral.....	77
2.2. Objetivos específicos	77
3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS.....	78
3.1 O tipo de pesquisa, a forma de obtenção dos dados e o instrumento.....	78
3.2 O cenário e sujeitos	80
3.3 Considerações sobre o tratamento dos dados.....	82
3.4 Considerações éticas e descrição da coleta de dados	83
4 RESULTADOS.....	86
4.1 Descrição das unidades	86
4.2 Caracterização do perfil dos profissionais entrevistados	87
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
5.1 Concepção de família.....	93
5.2 Formas de inserção da família nas práticas que ocorrem nos Capsi	99

5.2.1 Inserção como responsabilidade para realização do projeto terapêutico da criança	100
5.2.2 Inserção como modalidades de atendimento aos pais.....	108
5.2.2.1 Grupos psicoterapêuticos	111
5.2.2.2 Grupos Psicoeducativos	114
5.2.2.3 Estimulação/intervenção precoce.....	116
5.2.2.4 Grupos e oficinas de produções culturais e artísticas	118
5.2.2.5 Visitas domiciliares.....	119
5.2.2.6. atendimentos Individuais ou Nucleares	121
5.2.3 Inserção como empoderamento, participação e controle social.....	123
5.3 Território e intersetorialidade.....	125
5.3.1 Trabalho com escolas.....	128
5.3.2 Trabalho com abrigos	133
5.3.3 Trabalho com ESF	136
5.3.4 Trabalho com comunidades e redes sociais	138
5.4 Dificuldades do processo de inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos CAPSi	143
5.4.1 Formação Adequada, Contínua e Permanente, inclui-se nesse aspecto a Supervisão	144
5.4.2 Tempo disponível e espaço apropriado.....	156
5.4.3 Medicalização	159
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
7 REFERÊNCIAS	169
ANEXOS.....	182
Anexo 1-Autorização para realização da pesquisa emitida pelo Comitê de ética da Prefeitura de São Paulo	183
Anexo 2-Autorização para realização da pesquisa emitida pelo Comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	185
Anexo 3-Roteiro Norteador da Entrevista Semi-Dirigida.....	186
Anexo 4-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo)	187
Anexo 5-Quadro: relação entre objetivos da pesquisa e roteiro norteador	189
Anexo 6-Termo de Responsabilidade do Pesquisador (modelo)	190
Anexo 7-Termo de Responsabilidade e Anuência do Gerente da Unidade	191
Anexo 8-Primeira página do Curriculum Lattes da Pesquisadora	192
Anexo 9-Primeira página do Curriculum Lattes do Orientador.....	193

Lista de Quadros

Quadro 1- Distribuição dos CAPSi da região metropolitana de São Paulo	80
Quadro 2 - Caracterização dos profissionais entrevistados nos CAPSi da região metropolitana de São Paulo	89
Quadro 3 - Atividades realizadas pelos profissionais entrevistados nos CAPSi da região metropolitana de São Paulo	90
Quadro 4 - Construção das categorias e subcategorias temáticas construídas a partir do conjunto de dados coletados por meio de entrevistas semi-dirigidas realizadas com profissionais de cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo	91
Quadro 5 - Classificação das famílias e discurso que as tipificam em cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo	94
Quadro 6 - Formas de inserção das famílias nas práticas que ocorrem em cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo	100
Quadro 7 – Modalidades de atendimentos oferecidos aos familiares de crianças atendidas em cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo	109
Quadro 8 - Principais características de grupos psicoterapêuticos e psicoeducativos propostos por CAPSi da região metropolitana de São Paulo	115
Quadro 9 - Subcategorias criadas a partir dos resultados e análise das entrevistas realizadas com 23 profissionais que trabalham em cinco CAPSi da região metropolitana de São Paulo	126
Quadro 10 – Tipos de reuniões das unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo com escolas das mesmas regiões	128

Siglas Utilizadas

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CECCO	Centros de Convivência
CNSM	Conferencia Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HD	Hospital Dia
HDi	Hospital Dia Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 INTRODUÇÃO

A infância teve sua imagem reconfigurada a partir do século XVIII. A concepção de criança inaugurada nesse momento histórico transformou completamente a convivência e os modos de cuidar dela que outrora era considerada um adulto pequeno e muitas vezes imersa ou, em outros casos, incapaz para o trabalho.

Avanços na área da saúde e educação alcançados com as medidas da política higienista em voga no século XIX e os progressos científicos posteriores foram configurando o atual modo de representar a infância e cuidá-la. No Brasil somente a partir da promulgação da Constituição Cidadã, em 1988, é que a criança atinge seu patamar de direitos preservados, como a cidadania, a educação, a saúde, entre outros aspectos, cuja responsabilidade deve ser compartilhada pelo Estado, família e sociedade de modo geral.

Apesar disso, crianças ainda hoje precisam ser fortemente amparadas e protegidas por políticas públicas que combatam as diferentes formas de violência que se imprimem na realidade de muitas delas. Meninos e meninas ainda são violentados dentro de suas casas, explorados no campo do trabalho, discriminados e, em partes do mundo, as meninas são pouco desejadas e o direito à vida pode-lhes ser negado.

No campo da saúde mental brasileira, os Centros de Atenção Psicossociais Infanto-Juvenis (CAPSi) representam um divisor de águas para a questão da atenção à saúde mental infanto-juvenil e embora tenham sido construídos à luz do modelo proposto para adultos, constituem avanços para se pensar estratégias que respeitem as diferenças do público infanto-juvenil e a possibilidade de dar visibilidade as suas necessidades que foram durante muito tempo tratadas numa conjuntura estreitamente filantrópica.

O núcleo familiar, nesse sentido, também é convocado à oferta de cuidados às crianças e adolescentes, especialmente quando se trata da saúde mental. Acoplar esforços é a palavra de ordem para que a vida dessa população não fique se restrinja a institucionalizações, causadas por abandono, perda do pátrio poder ou condições de saúde. A política também se dirige para a necessidade de ampliar redes de apoio dos familiares como aspecto fundamental do processo de não exclusão.

As famílias diante do modelo de atenção psicossocial à saúde mental são colocadas a participar dos processos de inclusão social de suas crianças e adolescentes promovidos com essas parcerias.

Esse avanço certamente foi precedido por mudanças em toda assistência psiquiátrica no país. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo em construção que pretende não apenas reabilitar os sujeitos em sofrimento mental, mas especialmente, incluí-los socialmente em suas redes de convivência afetiva, social e material de modo que amplie e se considere a dimensão da qualidade de vida, dignidade e cidadania.

O termo inclusão social nos remete a uma polissemia de sentidos e uma complexa discussão a respeito da dialética exclusão X inclusão social. O par assim colocado tem sido campo de diversos estudos nos campos políticos, sociológicos, antropológicos, etc.

Scarcelli (2002) nos lembra que na atualidade diversos problemas ocorridos no meio social são colocados no rol dos então excluídos socialmente: os moradores de rua, as crianças trabalhadoras, os sem-terra, os deficientes e aqueles por algum motivo considerados como inaptos para o trabalho.

O tema da exclusão social começou a ser pensado por Lenoir em 1974 ao relacionar as desvantagens para entrada de alguns grupos de pessoas como os idosos, os chamados doentes mentais no processo de produção industrial (Demo, 2002).

Ao concentrar a discussão à luz dos diversos autores que tratam da exclusão social, Leal (2004) a partir de uma revisão bibliográfica coloca que em alguns casos o termo indica ruptura de laços sociais. Nesse sentido, Castel (1989) considera que a exclusão social não se refere apenas à dimensão da entrada ou permanência do indivíduo no mercado de trabalho ou no processo de produção industrial como proposto por Lenoir, mas a exclusão social se associaria a uma ruptura nos laços familiares e sociais que é denominada desfiliação. Se por um lado a exclusão social não pode ser analisada pela restrita ótica do mundo do trabalho, essa dimensão também não caiu em desuso.

Stoer *et al* (2002) retratam duas concepções principais a respeito da exclusão social. Uma delas diz respeito à esfera do trabalho no pós-fordismo, momento esse que é marcado pelo desemprego de longo prazo, desemprego de jovens e formas de emprego precário. Os autores acrescentam que se antes havia uma luta dos trabalhadores contra a exploração do trabalho pelo capital, atualmente assiste-se aos movimentos de trabalhadores na busca pela oportunidade de serem de algum modo explorados pelo capital.

Em outros trabalhos revisados por Leal (2004) o termo refere-se a uma forma desvantajosa de inserção na sociedade capitalista ou ainda à impossibilidade de acesso a bens materiais e simbólicos.

Martins (2002) faz uma reflexão crítica sobre o tema da exclusão e nas suas palavras: *“a categoria exclusão é resultado de uma metamorfose nos conceitos que procuravam explicar a ordenação social que resultou do desenvolvimento capitalista. Mais do que uma definição precisa de problemas, ela expressa uma incerteza e uma grande insegurança teórica dos problemas sociais da sociedade contemporânea”* (p. 27). Ele ainda acrescenta que a sociedade capitalista busca (embora nem sempre o faça) um padrão de relações do tipo contratual e igualitário e, dessa forma, se as pessoas são iguais e fazem uso de poder contratual não existe exclusão social ou ela é um falso problema. Ainda segundo o autor (1997) o termo está geralmente associado àquilo que

se configura como *“um conjunto de dificuldades, modos e problemas de uma inclusão precária e instável, marginal. A inclusão daqueles que estão sendo alcançados pela nova desigualdade social produzida pelas grandes transformações econômicas e para os quais não há senão, na sociedade, lugares residuais”* (p. 26).

Segundo as impressões de Neuhold (s/d) acerca do trabalho de Martins, o que existem são vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes e que se a exclusão social for concebida como estado fixo, fatal e incorrigível ela cairá como um destino e uma condenação irremediável aos pobres. Assim, o autor acredita que esses processos excludentes são na verdade contradições do desenvolvimento da sociedade capitalista.

A outra concepção de Stoer *et al* (2004) relaciona-se à sociologia dos grupos marginalizados e desviantes. Como vimos, o processo de inclusão e exclusão social é polêmico. Ao fazer uma reflexão sobre tais posicionamentos, observamos que a Psiquiatria normatizadora ou sociologizante criou o manicômio que se configurou como lugar de segregação e exclusão nos campos do trabalho, da socialização e da família. A noção de inclusão social adotada nesse trabalho subjaz às premissas da reabilitação psicossocial entendida como: *“processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat (casa), rede social e trabalho com valor social”* (Saraceno, 2001, p. 16).

Para Pitta (2001a) falar em reabilitação psicossocial relaciona-se a um conjunto de medidas (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Ainda nesse sentido, Berlote (2001) afirma que a reabilitação psicossocial é um processo de remoção de barreiras que impedem a plena integração do cidadão na comunidade de modo que seus direitos sejam restituídos.

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica tem como bandeira a inclusão social das pessoas que apresentam sofrimento psíquico grave e persistente e no Brasil ela seguiu

inspirações de perspectivas internacionais e diferentes trajetórias locais foram sendo contadas e recontadas.

O movimento que antecedeu a Reforma Psiquiátrica e a própria Reforma Sanitária ocorreram num contexto de reivindicações por mudanças políticas no país. Além da luta pela redemocratização do Estado, a população buscava melhorias no setor da educação, saúde, previdência que se traduziriam em melhor qualidade de vida. Nesse cerne a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica se coadunam com princípios e metas de reconfigurar a atenção à saúde em todo país.

Além disso, o Brasil ainda está em tempo de responder ao seu compromisso com a saúde pública e busca superar os desafios na implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que pretende caracterizar-se como um sistema de saúde igualitário, equitativo, descentralizado, universal, com serviços organizados regional e hierarquicamente, sendo os princípios de integralidade da atenção à saúde e a participação social como nortes fundamentais para responder ao lema instituído: “saúde direito do cidadão e dever do Estado”.

Nesse sentido a política de saúde mental brasileira também prevê a importância para responder a lacunas históricas de assistência ao público infanto-juvenil. O presente momento histórico pretende inventar formas de atender as crianças que não se cristalizem e que pautem suas ações nas noções de integralidade e na condição de cidadãos de direitos, tais como são entendidos a partir do final da década de 1980 e início dos anos 90.

O objetivo fim das intervenções em saúde mental não visa mais a simples remissão de sintomas, mas a construção de um lugar social que possa conviver com as diferenças, superando estigmas relacionados à loucura, insanidade e periculosidade. Para tanto foram criados os CAPSi, considerados dispositivos estratégicos para a reconfiguração dos serviços e do modelo de atenção dirigidos às crianças e adolescentes. São equipamentos que devem funcionar de acordo com o território e são classificados

por abrangência populacional, por complexidade e que tem como clientela alvo os pacientes com transtorno mental severo e persistente que devem ou podem ser assistidos em sistema de atenção diária.

O fechamento dos hospitais psiquiátricos passou a ser condicionado a um novo modelo de atenção que propunha também o aumento de serviços comunitários como os Centros de Convivência (CECCO), Residências Terapêuticas, programas de geração de renda e sociabilidade.

Além das práticas e dos saberes que circulam e se fazem nos serviços de saúde, as famílias aparecem como importantes no processo de inclusão social, principalmente no caso de crianças e adolescentes.

Há uma tentativa de transformar o olhar em direção às famílias que antes eram vistas como produtoras das chamadas enfermidades mentais ou informantes do processo de saúde-doença. Havia ainda uma tendência em tentar protegê-las dos possíveis danos causados pelo contato com o ente considerado louco ou desviante. Por isso a medida voltada a ele era o isolamento que foi durante muito tempo entendido como terapêutico. Atualmente há um imperativo de retirar da família o lugar de culpabilização que lhes eram atribuídas.

As crianças diante do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental eram fadadas à institucionalização dentro de suas casas ou misturadas com a população adulta dentro dos grandes hospitais psiquiátricos. Com as propostas do novo modelo, as crianças inseridas nos serviços recebem atendimento multi e interdisciplinar pautado em um projeto terapêutico singular. Famílias e serviços têm responsabilidades e deveres a serem cumpridos.

A família é o primeiro lugar de socialização das crianças e, sobretudo um lugar de pertinência importante para o desenvolvimento de potencialidades, socialização, autoestima e autonomia. Nem sempre nesse contexto os primeiros sintomas e sinais de

alguma questão problemática são percebidos. A rede de apoio é constituída pelos familiares estendidos e vizinhos e são figuras de suporte que muitas vezes apontam caminhos para que a família enfrente seus problemas ligados à saúde ou outro aspecto da vida.

Obviamente a responsabilidade no cuidado integral de crianças e adolescentes deve ultrapassar a família, a rede de apoio e os serviços de saúde. A perspectiva de cuidado necessita de respaldo de políticas públicas que garantam direitos na área de saúde e em outras esferas. Assim, a inclusão social de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave e persistente, objetivo fundamental das ações em saúde mental é complexa. Incluir socialmente essa população não significa, por exemplo, adaptá-las ao meio escolar. Contrariamente a isso as políticas públicas pretendem proporcionar condições amplas para garantir que outros direitos sejam contemplados, tais como o acesso à cultura, ao lazer e à convivência social.

A partir desse imperativo, o trabalho desenvolvido pelos profissionais dos CAPSi idealmente, envolve outros setores da sociedade além de escolas, abrigos e equipes de atenção básica que lidam com as crianças, adolescentes e suas famílias em seus territórios relacionais.

O cuidado ofertado nos equipamentos de saúde mental busca ampliar ações para o âmbito familiar porque ela própria pode se configurar como primeiro lugar onde se pratica a inclusão ou a exclusão social. Além disso, no contexto brasileiro, muitas famílias são marcadas por contextos excludentes ou por distintas formas de acesso ao trabalho e melhorias na qualidade de vida. Os serviços de saúde mental em especial almejam atenuar esse quadro. O contexto assim problematizado exige discussões sobre os diversos aspectos relacionados à temática da família e sua intersecção com as questões de saúde mental. Os estudos nesse âmbito parecem ainda modestos e poucos numerosos muito embora se observe um crescente interesse investigativo por diversos aspectos atinentes à família. Desse modo, algumas pesquisas que serão mencionadas

nesse trabalho revelam sentimentos expressados pelos familiares diante da necessidade de conviver com o sofrimento psíquico e, em alguns casos, culpa, vergonha, impotência, estresse, sobrecarga financeira, emocional e física são relacionados ao exercício de cuidado dirigido ao familiar em sofrimento psíquico. Além disso, a literatura aponta conflitos familiares, desconhecimento dos quadros e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Algumas pesquisas serão citadas ao longo do presente trabalho ocupam-se das representações dos familiares sobre a origem do sofrimento psíquico para desvelar o imaginário cultural desses grupos. Outras investigações tentam abordar as articulações entre os diferentes serviços de saúde para compor a integralidade das ações e a coresponsabilidade na atenção oferecida à população, ainda existem aquelas que são epidemiológicas ou voltadas às associações de usuários, familiares e amigos de pessoas que apresentam sofrimento psíquico também aparecem nas publicações científicas e serão referenciadas nos próximos capítulos.

Além disso, autores como Rosa (2005); Medeiros, Chanteigneir e Silva Filho citados por Souza *et al* (2002) e Pereira (2005) acreditam que a atuação do profissional ao lidar com grupos familiares, considere a flexibilidade das relações e as intensas mudanças em suas configurações.

Diante desse quadro explanativo a presente pesquisa partiu das inquietações da pesquisadora para compreender como se dão os ajustes e as acoplagens necessárias para que família e serviços criem conjuntamente formas que possam cumprir os desafios postos diante da magnitude dos problemas mentais do público infanto-juvenil na realidade das famílias brasileiras, atendidas pelos serviços de atenção especializados à saúde mental de crianças e adolescentes.

Por isso o objetivo central do trabalho em tela é identificar, descrever e analisar formas, que revelam estratégias de inserção familiar nas práticas de saúde mental dos profissionais que atuam com as premissas do novo modelo de atenção à saúde mental de

crianças e adolescentes. Além disso, visa descrever concepções que os profissionais de saúde mental têm a respeito da inserção das famílias nas suas práticas e quais dificuldades e facilidades (limites e possibilidades).

Para tanto a pesquisa deu voz aos profissionais por considerá-los responsáveis por grande parte das práticas que ocorrem nos serviços e que possuem autonomia técnica para tomada de decisões inclusive no que diz respeito a inibir ou estimular a parceria com as famílias.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de nível superior que trabalham em cinco unidades de CAPSi no município de São Paulo. Os profissionais participantes representam a equipe multidisciplinar desses equipamentos, são eles: quatro psicólogos, quatro psiquiatras, quatro enfermeiras, quatro terapeutas ocupacionais, quatro assistentes sociais e três fonoaudiólogas. Além disso, outros técnicos dessas categorias profissionais também foram convidados para participar da investigação, no entanto, alguns deles apesar do aceite inicial desistiram e alegaram problemas de horário ou falta de tempo para tanto.

Os CAPSi envolvidos no estudo foram: CAPS Infantil Lapa, CAPS Infantil Santana, CAPS Infantil Mooca, CRIA Casinha Jabaquara e CRIA Itaquera. As unidades da Mooca e de Santana são as mais antigas e acompanharam as mudanças nas políticas de saúde mental de forma muito viva. O capítulo 3 apresenta de maneira mais substanciada os métodos utilizados na investigação.

O capítulo 4 mostra os resultados: a descrição dos serviços, a caracterização dos profissionais entrevistados, suas principais atividades e as categorias e subcategorias criadas pela pesquisadora a partir do exercício de análise temática de conteúdo. Em seguida, o capítulo 5 trata da análise e da discussão dos resultados. Por fim, o capítulo 6 apresenta as considerações finais.

O primeiro capítulo foi desdobrado em três grandes tópicos que foram reservados para apresentação do respaldo teórico da pesquisadora que versa principalmente sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

1.1 Painel histórico: a infância e o lugar da família no seu cuidado

Diferentes épocas e contextos históricos marcam o que atualmente é aceito e socialmente conhecido como família e infância. O presente capítulo pretende abordar fatos ou passagens históricas importantes para o entendimento atual desses fenômenos. De fato, ambos os fenômenos não podem ser retratados de maneira isolada. Inicialmente há uma exposição acerca da instituição família, em seguida uma breve consideração introdutória a respeito da infância e, finalmente, considerações históricas importantes que os explicam de forma conjugada.

Durante muito tempo, a família configurou-se como conglomerados de pessoas que dividiam um ambiente coletivo, onde ocorriam todas as atividades da vida (comer, dormir e trabalhar), sem a atual divisão privativa dos espaços domésticos.

As famílias sempre existiram nas diversas sociedades humanas sob as mais variadas formas. Conglomerados ou agrupamentos de pessoas sempre possibilitaram e garantiram a sobrevivência da vida humana. Mas foi na antiga sociedade romana que a família se configurou como uma instituição prevalente no Ocidente trazendo consigo a marca da centralidade de poder da figura masculina que respondia pelas ações de todos. A autoridade do pai dirigida aos filhos naquele contexto prevalecia em relação aos poderes do Estado. Ele podia tornar o filho um escravo ou ainda matá-lo quando recém-nascido (Gabardo, 2006).

A sociedade romana não foi a única influência da Antiguidade para as configurações atuais de família. Na civilização grega a condição das famílias não se

diferenciava muito daquelas assistidas na civilização romana: homens dominavam mulheres, crianças e escravos.

Ainda segundo Gabardo (2006, 2009) a decadência da ordem e poder patriarcais têm ocorrido desde o fim do século XIX possibilitando a ascensão das mulheres que passaram a ocupar diversos espaços sociais que antes lhes eram vedados. Atualmente ao contrário do que se observava quanto às famílias na sociedade romana o Estado assume deveres com relação às mulheres e crianças.

As diversas modalidades de famílias incidem também sobre a maneira pela qual se compreendem os ciclos de vida humana. No século XII, por exemplo, a infância inexistia ou não era representada. Quando a criança sobrevivia era diluída no convívio de adultos, não raro se observava que aos sete ou oito anos a criança era enviada a casa de terceiros para se tornar aprendiz em trabalhos domésticos ou de outros tipos. Caso não conseguisse sobreviver era esquecida ou representada nos túmulos da família (Boarini e Borges, 1998).

Mais recentemente, tanto a infância como as constelações familiares, vistas como construções sócio-históricas sofreram modificações importantes decorrentes da intervenção higienista iniciada a partir do século XIX que propiciou modificações na configuração social, nos espaços urbanos e nas relações familiares. O sentimento de unidade familiar nem sempre existiu como é visto na sociedade ocidental atual (Costa, 1979), e foi a partir do século XIX, com as transformações higienistas, que se começa a mudar a forma de conceber a criança e suas necessidades. Antes disso, até meados do século XVIII a Medicina não tinha interesse na vida da mulher ou da criança, mas ao final do mesmo século o médico se alia à família, especialmente às mães para frear os saberes da crença popular e inserir os conhecimentos da Medicina. Conseqüentemente, assistiu-se o fortalecimento da mulher como mãe que ganhou *status* e poder na vida doméstica apoiada pelo médico (Donzelot, 2001).

O Brasil sofreu fortes influências do continente europeu que no século XIX passava por um aumento expressivo de indústrias e urbanização. Nesse contexto o surto de novas epidemias agravou os problemas relacionados à saúde. Esse quadro proporcionou lugar para reivindicações sociais, principalmente da massa operária urbana, obrigando o Estado a intervir na sociedade em particular no que se referia à questão da saúde. A ideologia higienista como política de Estado do século XIX favoreceu a preocupação com controle sobre a família e a imposição de práticas disciplinadoras na concepção e cuidado dos filhos.

Segundo Costa (1979) a criança vista como um adulto pequeno, desconsiderada em suas peculiaridades de desenvolvimento, teve sua imagem recodificada pelos higienistas diante da alta incidência de mortalidade infantil. A morte precoce de bebês e crianças estava geralmente relacionada aos atos de negligências do adulto. Condições de má alimentação, falta de higiene no parto ou na amamentação, sífilis e outras doenças, castigos brutais levavam crianças à morte ou quando sobreviviam poderiam, segundo o saber vigente, produzir um adulto fraco de caráter, que seria capaz de perder os bens materiais herdados. A higiene reforçava a idéia de que a criança bem cuidada tornar-se-ia um adulto higiênico como idealizado pela sociedade moderna.

O higienismo alterou padrões de comportamento no interior das famílias e da vida social para minimizar a mortalidade precoce e possibilitar conseqüentemente progressos econômicos a curto e longo prazo, uma vez que se entendia a criança como futuro da nação. A criança deveria ser adaptada, saudável e economicamente produtiva.

A necessidade de o Estado produzir modificações na vida da população era diretamente relacionada à idéia de que a família poderia inibir ou estimular desenvolvimento político e econômico almejado. A concepção de nocividade familiar teve seu apogeu com as teses sobre alienação mental, que apontavam a família como um dos principais determinantes morais da loucura e o isolamento do louco uma das regras fundamentais de seu tratamento (Costa, 1979). Atualmente os danos causados aos

pacientes afastados da família e da sociedade são conhecidos e pesquisados por profissionais de diferentes áreas como a Antropologia, Sociologia, Psicologia e outras ciências.

A família diante do saber médico estava preparada para sofrer intervenções sem questioná-las e por isso carregou por muito tempo sentimentos de culpa e repulsa em relação ao sofrimento psíquico.

O conjunto dos interesses médico estatais colocou-se entre a família e a criança, transformando a natureza e a representação física, moral e social dessa última. As sucessivas gerações formadas pela pedagogia higienista produziram o indivíduo urbano típico atual (Costa, 1979). E, mais tarde, as teorias do desenvolvimento e os avanços do conhecimento contribuíram para supervalorizar a infância em algumas culturas e regiões do mundo, principalmente no ocidente.

A ação desta pedagogia médica extravasou os limites da saúde individual. A higiene, enquanto alterava o perfil sanitário da família, modificou também sua feição social. Contribuiu, junto com outras instâncias sociais, para transformá-la na instituição conjugal e nuclear característica de nossos tempos. Converteu, além do mais, os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se no mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa (Costa, 1989, p. 12-13 *apud* Ribeiro, 2007).

Embora o modelo baseado na noção de consangüinidade tenha sido historicamente importante na configuração familiar, principalmente na Idade Média para garantia de herança e preservação de bens materiais, nos séculos XX e XXI essa instituição apresenta diferentes critérios e arranjos para se formar e definir, resultantes das flexibilidades nas relações conjugais e mudanças sócio-econômicas.

Muitas configurações familiares são lembradas por Osório citado por Gabardo (2006), dentre elas: família nuclear burguesa: configurada pelo pai, mãe e filhos; família monoparental formada por um dos pais, em geral a mãe; família extensa: marcada pela

presença de parentes consangüíneos, como tios, avós, primos e a família abrangente formada por não parentes que coabitam. Tais diversificações que vieram à luz do dia a partir do século XX determinam esforços para compreender a família de modo mais amplo e indiscriminado.

Segundo Rocha *et al* (2001) a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) utiliza o critério de função para classificá-las, entendendo-as como qualquer grupo responsável pela perpetuação da espécie, que também tem a função de reproduzir e regular a sociedade através da garantia de subsistência, transmissão de valores e papéis sociais. Souza e Scatena (2005, p.175) definem a família como: *“todos aqueles que estão próximos a ela e que exercem influência direta sobre os seus membros”*. Essa definição amplia o conceito de família e a estende para a importância dos laços sociais, que serão apontados adiante.

Para Bousso e Ângelo (2001, p.173) *“a família na perspectiva interacionista não é entendida apenas como unidade biológica e natural, mas como um espaço social, portanto interacional, onde cada evento é vivido a partir de significados construídos simbolicamente”*.

A definição proposta por Bruschini (1989, *apud* Rosa, 2005) é frequentemente usada no campo sociológico:

Conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto (...) e (se conforma) como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres (p. 209).

Apesar dos diferentes arranjos de organização familiar, a herança higienista de concepções para o cuidado dirigido à criança ainda se faz presente e por isso os pais procuram profissionais cada vez mais especializados frente a qualquer sinal e diferença apresentada pela criança. Essas diferenças configuram-se como fonte de angústia e

constrangimento e o processo de culpabilização da família ocorre nesse espaço em que o papel materno (e paterno) foi supervalorizado.

A Constituição Brasileira de 1988 introduziu mudanças legislativas importantes no campo familiar, principalmente a quebra da chefia conjugal masculina, suscitando igualdade entre homens e mulheres no que se refere a direitos e deveres. Em 1990 a lei 8060 foi sancionada e dispôs o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Brasil 1990) que considera a família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes, confere também o fim da desigualdade entre filhos legítimos e aqueles adotados, ambos se tornam sujeitos de direitos que devem ser protegidos de qualquer ameaça, violência, discriminação que prejudiquem sua saúde integral.

Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entende família a partir da moradia, como conjunto de pessoas que coabitam. Fonseca (2005) faz uma crítica a essa visão porque ela desconsidera a dinâmica familiar que extrapola a casa. Para a autora a família é uma instituição que não se restringe à unidade doméstica e por isso sugere que os profissionais de saúde adotem as dinâmicas e relações familiares como pilares para sua atuação, ao invés de modelos previamente idealizados.

Diante de diferentes arranjos a terminologia família desestruturada ainda usada por muitos profissionais, é considerada imprópria por alguns autores, uma vez que preserva rótulos e estigmas para designar as famílias. Cabe ao profissional entendê-la frente as suas relações, como se integram, interagem e se ajustam diante das diferenças (Lancetti, 2001).

Na contramão dessas mudanças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1977 recomendou que as políticas públicas estivessem atentas à necessidade de manutenção e continuidade das figuras paternas para evitar estruturas familiares instáveis e descontínuas. O mesmo documento também deu passo incisivo para promoção de medidas preventivas de gestações não desejadas (*apud* Telles, 2006).

Apesar dessas recomendações observa-se nos dias atuais diferentes arranjos familiares. No entanto, permanece no imaginário social como referência de família a imagem do modelo nuclear, composta por pai, mãe e filhos.

A despeito da permanência imaginária do modelo nuclear Gabardo (2006) mostra dados da população brasileira apontados por Gomes (2005) indicando que em 1998, havia três milhões de mães solteiras, seis milhões de pais separados ou viúvos com filhos, dois milhões de solteiros com mais de 40 anos que moravam com os pais, o que sugere mudanças que vem se produzindo desde o século XX na organização familiar.

Mas de fato é importante observar que família e Estado desempenham papéis parecidos: regulam, normatizam, impõem direitos, poder, deveres, proteção e assistência à criança e o último tem obrigação de prover políticas públicas que representem um salto qualitativo na vida de crianças e adolescentes.

Assim, atualmente há uma crescente preocupação pública em manter programas voltados à família. As principais políticas públicas voltadas aos grupos familiares (podem ser foco de outras investigações) dividem-se em três principais grupos: programas de geração de renda e emprego, programas de complementação de renda familiar e rede de serviços comunitários de apoio psicossocial e cultural (Vasconcelos, 1999). O Programa de Agentes Comunitários e, mais tarde, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) são ações dirigidas às famílias no campo específico da saúde.

Ao ampliar o entendimento das relações familiares a pesquisa de Fonseca (2005) aponta para o fenômeno das redes de ajuda mútua como aspecto que favorece a sobrevivência em diversos lugares do mundo. A autora relata que as famílias brasileiras e as famílias negras norte-americanas menos favorecidas economicamente se assemelham na medida em que nas duas realidades a sobrevivência se atrela às relações que extrapolam a moradia. De fato, além da atuação da família e do Estado, as redes de

solidariedade exercem papel importante na vida das famílias, principalmente quando há crianças envolvidas.

A família é uma instituição em constante movimento. Carvalho (2003) ressalva que embora haja expectativa crescente da família como responsável pela produção de cuidado, proteção e afeto, essas habilidades são possibilidades e não garantias, portanto vem à tona a necessidade de abolir ou atenuar qualquer estigma sobre diferentes formas de organização familiar.

Nesse contexto torna-se legítimo considerar a família como a configuração de qualquer grupo de pessoas que se organizam sócio-economicamente e afetivamente para conviver entre si. Esse grupo pode ser composto por duas ou mais pessoas ligadas por laços consangüíneos ou não, e que há marca de relações de cuidado entre um membro (ou mais) com a(s) criança(s), supostamente atendidas nos serviços em que a pesquisa foi realizada. O cuidado pode ser compartilhado ou dividido entre os membros que coabitam ou não. Portanto, neste trabalho quando a pesquisadora se refere à família ela não se reporta à figura materna ou paterna exclusivamente. Assim como apontado pela literatura parte-se do pressuposto que diante das novas relações familiares, outros familiares como avós, avôs, tios, tias, primos, irmãos e irmãs são chamados ao papel de cuidadores de outros entes, principalmente para o cuidado de crianças.

Nessa breve contextualização histórica da família e da infância como fenômenos construídos nota-se que diferentes concepções de criança e família irão subsidiar distintas maneiras de atendê-las. O próximo subcapítulo apresentará algumas formas pelas quais as crianças foram e são cuidadas e as instituições que ofereceram ou ainda atuam como prestadores de serviços ou cuidados.

1.1.2 Instituições voltadas para o atendimento da criança e das famílias

Família e infância não são instituições naturais, mas construções humanas que explicam fenômenos designam modos de relacionamento e posição no mundo, diferentes em cada sociedade e tempo. O presente subcapítulo é um recorte que contextualiza as instituições que ao longo da história prestaram ou ainda prestam atendimento às crianças e famílias, chamando atenção para o fato de suas necessidades serem inicialmente tratadas numa conjuntura assistencialista e filantrópica. Embora isso ainda persista em alguns contextos, a assistência atingiu seu patamar atual baseado na noção de cidadãos de direito. Tanto assistência quanto o cuidado dirigido às crianças tornaram-se deveres éticos na sociedade ocidental.

No Brasil, a mortalidade na infância observada no século XVIII e XIX foi campo propício para ações higienistas que visavam modificar o modelo de convivência no interior da vida doméstica. *“Os higienistas perceberam que todo o sistema familiar herdado da Colônia tinha sido montado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos (...) as crianças eram tratadas como apêndice deste sistema”* (Costa, 1979, p. 169). No entanto, o crescimento prodigioso da população infantil apontava a necessidade de minimizar essa problemática, por isso o propagandismo higienista disseminava a obrigação de proteção e amparo para reduzir a morte prematura. As causas do abandono, fator que as predispunham à morte, variavam substancialmente, mas tinham como foco a preservação familiar, seja a honra das mulheres que tinham filhos de relações extraconjugais ou inter-raciais, o nascimento de meninas, as doenças da infância que não tinham cura (diarréias, sífilis, cólera, febres) e a condição de pobreza de imigrantes, ex-escravos ou mulheres abandonadas pelos maridos (Marcílio, 1998).

Nesse momento histórico já se observava uma forma de institucionalizar crianças. A institucionalização de crianças na Roda dos Expostos ou Casa dos Enjeitados

(também Casa da Roda¹) foi uma saída encontrada para minimizar os efeitos causados pelo abandono, como a taxa de mortes infantis. A Roda nasceu na colônia, multiplicou-se no período imperial e conseguiu manter-se durante a República, foi extinta na metade do século XX, por volta de 1950 no Rio de Janeiro e na Bahia (Marcílio, 1998). O impacto e as reminiscências dessa prática têm efeitos bastante conhecidos ao estabelecermos um paralelo entre essas instituições e alguns abrigos da atualidade. Além dos abrigos, o caráter filantrópico dessas instituições é fortemente presente nas creches até nossos dias.

Esse tipo de instituição além de atender necessidades da criança e da família, respondia ao interesse do Estado pelo futuro sadio das crianças para que elas se tornassem produtivas aos seus objetivos econômicos. Desta forma, o abrigo configurou-se como lugar importante para as famílias que apresentavam uma infinidade de razões e motivos que levavam ao abandono e infanticídio.

Além disso, o corpo da mulher passou a ser também alvo de intervenções visto que ela é responsável pela vida e futuro da criança. Badinter (1985, p. 201) aponta:

Desde o século XVIII, vemos desenhar-se uma nova imagem da mãe, cujos traços não cessarão de se acentuar durante os dois séculos seguintes. A era das provas de amor começou. O bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. A mulher aceita sacrificar-se para que seu filho viva, e viva melhor, junto dela.

Outro local instituído para crianças e suas famílias foi a escola que se configurou como dispositivo para servir aos interesses do Estado no controle e condicionamento das condutas na vida familiar por meio da atuação na criança. A consolidação desse espaço foi possível mediante a aceitação da família que se submetia ao mandato médico. Nesse contexto as crianças eram mantidas longe da 'nocividade familiar', isto porque a família

¹ A Casa da Roda foi assim chamada por conta de seu dispositivo com formato de cilindro que tem uma das partes abertas e que gira em torno de do eixo da altura. Quando a campanha do lado de fora é disparada, o cilindro gira e a criança é entregue a instituição (Donzelot, 2001).

era responsabilizada pelos comportamentos, afetos, desvios de caráter, inaptidões sociais apresentados pela criança. Segundo Telles (2006, p. 148): *“o investimento na criança traz a marca de um interesse particularizado: a tentativa de garantir um adulto capaz de estabelecer relações harmoniosas, evitando-se, assim, desordens no laço social”*. As desordens se relacionavam especialmente à falta de trabalho, os desabrigados, “sem-família”, os andarilhos e os loucos.

A escola transformou-se em palco de boas condutas que teriam força coercitiva para moldar os comportamentos familiares e atender os interesses higienistas e estatais como a produção e comércio de bens. Para Andrade, citado por Pimentel e Silva Araújo (2007), a escola foi transformada em um instrumento de disciplina severa e tinha proteção da Justiça e política.

No século XIX a vida designada aos meninos pobres trazia a aspiração do trabalho e aqueles oriundos de uma pequena elite vislumbrava-se o ensino por professores particulares. A sociedade estava fortemente baseada na cultura escravagista e o trabalho infantil era aspecto corriqueiro nos próximos séculos e é fonte de renda complementar para subsistência familiar em países como Brasil (Del Priore, 1999).

Outra organização recentemente criada para o atendimento de crianças e suas famílias foi a creche, instalada no Brasil em fins do século XIX. Baseada nos arranjos médico-assistenciais, assim como os abrigos e asilos, também tinham como objetivo implícito manter a ordem social por meio da normalização da vida social.

Atualmente as creches apresentam duas fortes tendências: a primeira delas é o papel assistencialista com vistas ao acolhimento, guarda, proteção da infância e essas metas são consideradas passo imperativo para inserir as mulheres no campo de trabalho. A segunda intenção veio à tona a partir da década de 70 quando passou a ser considerada como instância educacional, aproximando seus objetivos aos atinentes à instituição escolar (Merisse, 1997).

Segundo o autor, a segunda tentativa ainda é incipiente na prática. Durante muito tempo o próprio Estado não adotava políticas públicas voltadas para a infância e todas as instituições que lhe dirigiam cuidado eram caritativas, designavam estigmas ao pobre e o controlavam conforme o modelo higienista. A ausência do investimento estatal dirigido à infância e a necessidade de controlar as famílias foram evidenciadas no trabalho de Kuhlmann Junior (1991). Ao expor as influências políticas vigentes no processo de instalação dos estabelecimentos pré-escolares no país durante a Primeira República (1899 - 1922), o autor relata que havia uma desobrigação do Estado em oferecer assistência à criança. Esse quadro fortaleceu as entidades privadas, que fracionavam o atendimento em múltiplas instituições. Para a autoridade estatal cabia não mais do que supervisionar e no máximo oferecer subsídio a elas.

Os critérios para inclusão dos beneficiários nessas instituições instalaram um processo de vigilância das famílias e competição entre elas, que foram preconceituosamente caracterizadas. A condição de pobreza financeira ficou associada a tendências criminosas e doências. Tal fato cooperou para um ciclo de omissão do Estado e exclusão de crianças e famílias financeiramente desfavorecidas.

Ainda no âmbito das instituições pré-escolares o jardim da infância desenvolvido no setor privado, apelava à propaganda pedagógica para atrair as famílias de classe economicamente privilegiadas (Kuhlmann Junior, 1991).

Na década de 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde o governo federal assume a responsabilidade de atendimento infantil (Alves e Verissimo, 2007). De fato, apenas na Constituição de 1934, a instrução pública apareceu como direito de todos, sem discriminar condições sócio-econômicas, o artigo 149 dizia:

A educação é um direito de todos e deve ser ministrada pela família e pelos poderes públicos, cumprindo a estes proporcioná-la a brasileiros e a estrangeiros domiciliados no país, de modo que possibilite eficientes fatores da vida moral e econômica da nação, e desenvolva num espírito brasileiro a consciência da solidariedade humana (Passeti, 1999, p. 360).

Com o término do período da ditadura militar, foi promulgada a Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã que define em seu artigo 205:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (Passeti, 1999, p. 361).

A constituição também considera outras esferas no cuidado à infância:

Direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 2006).

Os direitos da população infanto-juvenil são reforçados por meio do ECA, instituído com a lei 8.069 de 13 de julho de 1990.

Desta forma, o Estado responsabiliza-se pela assistência oferecida às crianças e adolescentes, que se tornaram sujeitos de direito, pela primeira vez na história brasileira (Marcílio, 2001). Ao assumir esse papel o Estado busca preencher uma lacuna de políticas que causaram desajustes ou falta de atendimento a essa população. A assistência anterior se dava principalmente por meio de institucionalizar o cuidado em entidades predominantemente filantrópicas.

Assim como o adulto, a criança e o adolescente também foram expostos a diferentes instituições. Algumas delas como as escolas e as creches, existem até o presente momento histórico e outras, como a Casa da Roda foram superadas e extintas no país. As formas de institucionalização foram criticadas a partir do século XX, sobretudo após a II Guerra Mundial quando os hospitais psiquiátricos e os efeitos da internação foram comparados aos danos psicológicos resultantes dos períodos de concentração nos campos bélicos. Outros estudos voltados especificamente à questão da

infância apontavam a privação de cuidados maternos como produtora de efeitos graves e de longo alcance na personalidade de uma criança pequena e, conseqüentemente, sobre toda vida futura (Spitz, 1980).

O próximo capítulo retrata algumas considerações sobre a Reforma Psiquiátrica e o movimento de desinstitucionalização no Brasil e um subcapítulo que enfatiza o lugar social da família no movimento e no cuidado à população usuária dos serviços de saúde mental.

1.2 Algumas considerações sobre as transformações no modelo de atenção à saúde mental – a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Este capítulo apresenta alguns conceitos importantes sobre concepções que orientam a nova política de saúde mental brasileira a partir de influências estrangeiras e experiências nacionais que foram se configurando nas últimas décadas. Não pretende, portanto descrever ou analisar toda extensão de fatos ou autores importantes, mas situar a questão da família nesse contexto de transformações, pois compreende-se que ela não pode ser abordada fora desse contexto mais amplo.

O modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental antecedeu o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mas ao longo da história o próprio hospital sofreu transformações. Inicialmente ele era ambiente para hospedagem, abrigo, alimentação e assistência aos pobres, desabrigados, desempregados e doentes. Lugar de misericórdia e tutela da vida de seus abrigados, o hospital sofreu uma ação reformista, a partir do século XVII, quando foi reconfigurado e passou a ter como objetivo preservar a ordem social e política mais explícita, respondendo mais enfaticamente aos interesses do Estado e contava para tanto com o poder persuasivo exercido pela Igreja Católica.

Apesar dessas mudanças fica evidente que os hospitais exerceram papel de controle social na medida em que afastavam e excluíaam da sociedade aqueles considerados diferentes da norma e apresentavam alguma característica que os configuravam como improdutivos ao Estado: eram os indigentes, os leprosos, os tuberculosos e os “loucos” (Amarante, 2007).

Aos loucos a perspectiva de cuidados foi construída quando Pinel, baseado em técnicas botânicas de estudo, propôs que esses sujeitos fossem triados, observados e tivessem suas reações e características registradas, com vistas ao acúmulo de conhecimento sobre a loucura. O tratamento indicado era o isolamento, pautando-se no entender que a instituição bem estruturada reorganizasse os sentidos e a moral da pessoa, sendo por si mesma, uma forma de tratar (Lancetti e Amarante, 2006).

O isolamento foi o primeiro princípio terapêutico do tratamento moral e ainda hoje não foi devidamente superado. O afastamento caracterizava a família como produtora da enfermidade mental ou como núcleo que deveria ser preservado de um possível contágio. Pinel explica:

Em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e isolá-los de seus parentes. As idéias confusas e tumultuosas que os agitam são provocadas por tudo que os rodeia. (Castel *apud* Amarante, 2008a, p. 48)

E paradoxalmente Esquirol, seu discípulo, justificou o isolamento como garantia de segurança pessoal dos loucos e de suas famílias (Amarante, 2008a).

O tratamento em isolamento pretendia afastar o sujeito das interferências que pudessem prejudicá-lo e reeducar a mente de modo a afastar delírios e trazer a consciência novamente, para então retornar a liberdade, que teria sido subtraída pela doença. (Amarante, 2007).

No Brasil, o Hospício de Pedro II foi inaugurado na primeira metade do século XIX, no Rio de Janeiro e foi chefiado pela Igreja até 1890, quando passou a ser subordinado pela administração pública. A partir disso passou a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados. No mesmo ano foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No Rio de Janeiro também foram criadas duas colônias para alienados e indigentes do sexo masculino, a saber: Colônias de São Bento e Conde de Mesquita. Essas instituições precederam o Hospital de Colônias Juqueri, em São Paulo e o de Vargem Alegre, no interior do Rio de Janeiro. Essas medidas configuraram a primeira reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. (Amarante, 2008b).

O hospital psiquiátrico Juqueri, localizado no município de Franco da Rocha em São Paulo, foi considerado um bom modelo de assistência ao chamado doente mental nos anos de 1920 e chegou ao final dos anos de 1950 com a população de doze mil internos. A partir dessa década, esse exemplo proporcionou clara expansão dos leitos psiquiátricos públicos, indicando a consolidação do saber psiquiátrico exercido no macro-hospital como orientação da assistência psiquiátrica no país (Bichaff, 2006).

A imensidão populacional, as condições de vida, as doenças existentes (como a tuberculose) e os tratamentos (eletrochoque, insulino-terapia e a lobotomia) não eram questionados e os hospitais psiquiátricos representavam um avanço no modelo biomédico que ganhou expressão no resto do país.

As críticas ao modelo asilar foram lançadas em outros países, sobretudo após a II Guerra Mundial, quando os países devastados pelos efeitos bélicos precisavam ser reconstruídos. A instituição psiquiátrica passou a ser comparada com os campos de concentração e vista como um lugar de degradação humana, de cronificação de transtornos, de ineficiência terapêutica e desperdício de recursos, que não se revertia em qualidade de vida para os sujeitos por ela tratados.

Enquanto nos anos 50 o Brasil multiplicava esses equipamentos, no cenário internacional surgiram as primeiras propostas com vistas a transformar a atenção psiquiátrica.

Uma delas, conhecida como Comunidade Terapêutica, criada por Maxwell Jones na Inglaterra, tinha como objetivo reconfigurar o hospital psiquiátrico. A proposta era desenvolvida em grupos de discussão, grupos operativos e de atividades para envolver todos os sujeitos do contexto hospitalar (pacientes, médicos e equipe de base) em um projeto terapêutico comum, para humanizar a atenção e democratizar as relações com mudanças qualitativas no tratamento oferecido (Amarante, 2009).

No entanto, o grande entrave desse movimento foi a continuidade da atenção no âmbito hospitalar, fechado, com regras e normas que ainda regiam e escamoteavam vidas. Para Rotelli citado por Amarante (2009, p. 31): *“a experiência inglesa de comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar a raiz do problema da exclusão, problema este que fundamenta o hospital psiquiátrico”*.

Segundo Traldi (2006) se iniciativas como essas forem colocadas em prática na realidade brasileira, poderiam favorecer o *marketing* hospitalar e responder a uma necessidade lucrativa que pouco beneficiaria os usuários, que permaneceriam nos grandes hospitais em condição de exclusão da sociedade.

Outra iniciativa de transformar o hospital psiquiátrico ocorreu na França e foi chamada de Psicoterapia Institucional. No entanto ambas tentativas continuavam afastando o sujeito de suas famílias, vida social e legitimavam o hospital como lugar para a cura, entendida como alívio de sintomas para uma adaptação social. A perspectiva atual de incluir socialmente as pessoas não era sequer imaginada, tampouco desejada.

A Psiquiatria Francesa conciliava o hospital psiquiátrico com serviços externos, mas não produzia nenhuma transformação cultural em relação aos eixos norteadores da

própria psiquiatria (Amarante, 2009). A Psiquiatria Preventiva norte americana tinha como objetivo reduzir a ocorrência de enfermidades mentais e baixar os gastos com a internação, a reforma era pautada principalmente numa mudança administrativa. Nesse sentido, principalmente com intuito de reduzir o ônus hospitalar, predominaram as possibilidades de criar centros comunitários extra-hospitalares para prevenção e acompanhamento no período de pós-alta.

Para Birman citado por Giovanella e Amarante (2008) as experiências inglesas e francesas, assim como as americanas foram importantes ao abrir novos horizontes de cuidado e suas conseqüências foram parâmetros para as tentativas e reflexões em outros países.

A extinção do manicômio, considerado atualmente simbólico às situações de violência e transgressão da dignidade humana não era questionada. Para Amarante (2008 b, c) a mera desinstitucionalização alarga o conceito de doença para o de desvio, mal estar social e anormalidade, não se traduz em transformações substanciais na qualidade de vida ou no atendimento prestado.

Outras estratégias foram pensadas, dentre as quais, a de Franco Basaglia na Itália. Ao questionar a forma de tratamento oferecida aos pacientes tutelados pelo manicômio foi influência ímpar para reconstrução do modelo brasileiro. O ápice do projeto italiano aconteceu com o fechamento dos hospitais psiquiátricos no país e criação de serviços substitutivos territoriais. Ele propunha a humanização do atendimento e a desinstitucionalização. Também sugeria olhar o indivíduo num conjunto e que a doença fosse colocada em parênteses, promovendo uma visão mais integral do homem, não o reduzindo à doença e sua falácia (Lancetti e Amarante, 2006). O objetivo de intervenção deixou de ser a doença e passou a ser a existência-sofrimento, a terapêutica se converteu pela busca de produção de vida e sociabilidade, não mais a cura como adaptação. A experiência italiana propunha a construção de instituições que respondessem as

necessidades das pessoas e não via no hospital psiquiátrico essa possibilidade (Rotelli, 2008).

A obra de Basaglia publicada em 1979, na Itália, intitulada “A Instituição Negada” trouxe contribuições para o âmbito das reformas psiquiátricas, mas não se restringiu a essa discussão. De fato, ao permitir maneiras de repensar as estratégias de atendimento com vistas à reabilitação psicossocial desses pacientes, influenciou a reconstrução do modelo de atenção à saúde mental no Brasil e foi mencionada por vários autores como Amarante, (2008a) e Sanduvette (2007).

Data da década de 1970 o movimento liderado por ele e seus seguidores que se consagrara como *Psiquiatria Democrática Italiana*². A partir das estratégias de desinstitucionalização vislumbrou-se a possibilidade de retirar o usuário dos grandes hospitais, e para tanto, foram construídas residências para ex-internos, projetos culturais como oficinas de arte e teatro. As primeiras associações de familiares e cooperativas de trabalho foram criadas e visavam devolver o intercâmbio social de vidas seqüestradas pela sentença de asilamento e exclusão. Para Rotelli (2008) a restituição da contratualidade e trocas (sociais, materiais e afetivas) deveriam ser o cerne das práticas dirigidas a essa população.

Tanto a perspectiva de desospitalização quanto a de desinstitucionalização foram influências marcantes no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Outro forte impulso para as mudanças no campo da assistência psiquiátrica ocorreu mais recentemente, no final da década de 1980 quando organismos internacionais de saúde pública como a OPAS alertaram para o fato de que a América Latina enfrentaria uma pandemia de transtornos psiquiátricos com importantes

² Há algumas críticas ao nome dado ao movimento: a trajetória prático-teórica de Basaglia vai além do campo psiquiátrico propriamente dito, Basaglia defendia um movimento político mais amplo, no entanto, chamá-la de psiquiatria italiana também não é consensual visto que não é hegemônica e nem adotada em toda Itália. (Amarante, 2008).

repercussões no desenvolvimento social e no planejamento e prestação de serviços de psiquiatria e saúde mental (Levav *et al apud* Breda e Augusto, 2001).

A Declaração de Caracas (1990) e a Declaração de Bogotá (1992) também foram documentos internacionais importantes que mencionavam a promoção de modelos substitutivos centrados na comunidade e integrados com redes sociais, para manter o usuário em seu meio social e o imperativo de reestruturar a atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde (Breda e Augusto, 2001).

Apesar dos movimentos internacionais, segundo Cerqueira citado por Devera e Costa-Rosa (2007) o panorama comum da assistência psiquiátrica brasileira era sombrio, o poder público muito pouco ou quase nada fazia, e o movimento internacional de desinstitucionalização do pós-guerra não repercutiu de maneira significativa no Brasil.

Desta forma foi possível notar um aumento expressivo do número de hospitais psiquiátricos durante o governo militar. Nesse momento, uma parcela da população inquietava-se e mobilizava um processo de reconstrução democrática, que dentre outros aspectos reivindicava melhores condições de vida, trabalho, educação e saúde. A partir da década de 80, o movimento de crítica ao modelo de atenção à saúde consolidou-se no processo que redundou a Reforma Sanitária Brasileira, notória para a criação do atual modelo de atenção à saúde. O SUS, como é conhecido, foi oficializado na Constituição de 1988 e dá à saúde *status* de “direito de todos e dever do Estado”.

A Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil percorreram inicialmente caminhos paralelos com marcas de aproximação e distanciamento, no entanto, se confluíram em muitos aspectos e formam um sólido arcabouço capaz de construir formas mais humanas e acolhedoras de pensar e prevenir agravos à saúde, assim como formas de promovê-la e recuperá-la.

Além do questionamento da lógica psiquiátrica cujos tratamentos eram onerosos, ineficientes e não se traduziam em melhoria da qualidade de vida dos pacientes que

assistia o movimento de origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira também é caracterizado pelo fato de ter seguido os passos das reformas estrangeiras, contudo de forma tardia e regionalizada.

Mas o processo de Reforma Psiquiátrica merece outras ponderações pertinentes sobre seu início. Segundo Amarante (2009) e Scarcelli (1998) esse início ocorreu a partir de 1978, com a chamada “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) que gerou greves, demissões e denúncias públicas sobre ameaças e violências que aconteciam contra funcionários e pacientes dentro das instituições ligadas ao órgão. As denúncias de maus tratos, reivindicações salariais, assim como outros aspectos foram os elementos deflagradores dessa transformação na assistência.

O MTSM (Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental) merece destaque³ por ser considerado nas palavras de Amarante (2009, p. 51): *“ator e sujeito político fundamental no projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”*.

O movimento foi composto também por diversas instituições e entidades tais como Núcleos Estaduais do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese.⁴

Alguns eventos foram organizados com as parcerias relacionadas ao MTSM em todo país, dentre elas as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM).

A primeira delas ocorreu em 1987, em paralelo a VIII Conferência Nacional de Saúde que definiu as propostas do SUS, *“criticando fortemente o hospitalocentrismo e o*

³ O movimento e suas trajetórias foram cuidadosamente retratados no trabalho de Amarante (2009), Scarcelli (1998).

⁴ Além desses atores, outros também importantes são: Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), indústria farmacêutica, universidades e o Estado por meio do Ministério da saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social (Amarante, 2009, p. 51).

institucionalismo dominantes, dando destaque, sobretudo, à necessidade de revisão da legislação psiquiátrica, pondo em foco a preservação dos direitos dos chamados doentes mentais” (Bichaff, 2006 p. 70). Quanto aos resultados da I CNSM, está o lema então consolidado: “Por uma sociedade sem manicômios” que se trata de uma estratégica ruptura epistemológica e política e que pretendia também colocar em pauta na sociedade as discussões de diversos aspectos relacionados à loucura e à psiquiatria.

Paralelamente no ano de 1987 na cidade de Bauru (interior de São Paulo), foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM (o primeiro havia sido em 1979), que teve a expressividade de líderes do Partido dos Trabalhadores, lideranças municipais, usuários e familiares constituíram-se como força ativa no esforço de construção da opinião pública favorável à luta antimanicomial (Amarante, 2009).

Desta forma o movimento propôs uma ruptura com os agentes da exclusão e da violência institucionalizadas e segundo Amarante (2009, p. 81): *“resgatava o tom inicial de suas origens, quando denunciava a psiquiatrização, a institucionalização, e partia para uma nova etapa, em que a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser levada à sociedade”*. Esse cenário favoreceu o surgimento das primeiras associações de usuários e familiares, que se configuraram como novos atores da Reforma Psiquiátrica.

A II CNSM ocorreu em Brasília em 1992, dentre seus principais produtos estavam os temas centrais de Modelo de Atenção e Direitos de Cidadania para orientar as práticas e concluir a efetivação do modelo de atenção integral à saúde mental. Apontava também para a importância de implementar as diretrizes do SUS, principalmente no que tange à municipalização da saúde, mudanças no financiamento para reduzir os leitos de longa permanência e ampliar os chamados lares abrigados, Hospitais-Dia (HD), os Núcleos de Apoio Psicossociais (NAPS) e os atuais Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Em 2001, a partir dos esforços de todas as pessoas envolvidas no processo de crítica ao modelo asilar, a Câmara dos Deputados aprovou após quase doze anos de tramitação no Congresso, a Lei Paulo Delgado (3.657/89) que propôs a extinção progressiva dos manicômios, substituí-los por serviços alternativos e regulamentou o internamento psiquiátrico compulsório nos casos em que todas possibilidades terapêuticas tenham sido esgotadas. (Esperidião, 2001). Nesse ano também ocorreu a III CNSM que tinha como bandeira: “Cuidar sim, Excluir Não” e foi fator definitivo para reorientar o modelo assistencial (Bichaff, 2006).

Apesar disso, a Reforma Psiquiátrica Brasileira não está dada, trata-se de um processo de constante de avanços e retrocessos. A palavra reforma segundo o dicionário da língua portuguesa indica: *“mudança para melhor, melhoramento, modificação”* (Michaelis, 2002, p. 398), ou seja, “dar nova forma” a algo que já tem estrutura e roupagem próprias. O processo assim pensado ganha característica de constante construção.

A possibilidade de inaugurar e manter formas mais humanizadas de relação e assistência à população com sofrimento psíquico grave e persistente caracteriza-se por movimentos não lineares e tecnologias diferentes em cada local onde são pensadas.

Conforme Nicácio (2003, p. 37): *“como processos sociais, as reformas não percorreram caminhos lineares e as intenções iniciais desses projetos seguiram-se com diversos desdobramentos, onde foram pensadas”*.

O objetivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira não consiste em apenas desinstitucionalizar ou simplesmente reorganizar os serviços, pretende-se atingir um escopo mais amplo que é a inclusão social e a produção de vida, subjetividade, intercâmbio social e qualidade de vida dos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico. De acordo com Souza (2006), o objetivo principal da Reforma Psiquiátrica versa em:

Transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e instituições estabeleçam com a loucura, o louco e com a doença mental, conduzindo

tais relações no sentido de superação do estigma, segregação e da desqualificação dos sujeitos ou ainda estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, solidariedade, positividade e cuidado. (p. 704).

Para Melman (2001): *“a desinstitucionalização significa mais do que derrubar muros, paredes e grades, significa desmontar estruturas mentais (formas de olhar) que coisificam e se transformam em instituições sociais”* (p. 59).

Para outros autores, a desinstitucionalização denota um processo de reabilitação psicossocial, entendida como: *“processo de remoção de barreiras, as quais impedem a plena integração de um indivíduo na comunidade e o pleno exercício de sua cidadania”* (Coimbra et al, 2005).

Giovanella e Amarante (2008, p. 141) procuram enfatizar que o aparato manicomial não é necessariamente o hospital psiquiátrico embora nele se exercite o isolamento, mais do que isso o aparato que se pretende reinventar é:

O conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em que grande parte do saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas que estão presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais (...) o manicômio é o saber e a prática que constroem uma hierarquia entre a razão e a desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/ desadaptação.

Para Amarante (1999) as transformações paradigmáticas da assistência que a Reforma Psiquiátrica pretende alcançar podem ser agrupadas em quatro eixos. O primeiro deles corresponde ao campo teórico conceitual para repensar os conceitos norteadores da Psiquiatria Clássica e propõe uma ruptura epistemológica desse saber para compor um quadro referencial das ações mais pautadas na promoção de saúde, evitando que a pessoa em questão seja percebida enquanto classificação descritiva e nosológica, mas sim considerada em sua integralidade.

Além disso, o segundo eixo das transformações está ligado à construção de novas práticas e serviços, que estão diretamente ou não atrelados à capacitação profissional e formação acadêmica que prepare os profissionais para o exercício do trabalho consoante as propostas da Reforma Psiquiátrica.

O terceiro eixo corresponde ao campo jurídico-político que defende a necessidade da revisão de legislações vigentes que discriminam o sujeito com grave e persistente sofrimento psíquico e devolvê-lo a ascensão do exercício de cidadania, incluindo dentre outros, os direitos humanos e sociais.

Quanto ao quarto campo, o sócio-cultural, este reúne as iniciativas e o imperativo de reinaugurar um lugar social para a experiência do sofrimento psíquico que não seja o da periculosidade. Nesse sentido as famílias, comunidades, recursos religiosos e tantos outros, não exclusivamente técnicos são chamados à empreitada. São eixos que se somam e nesse sentido, ele considera: *“deve haver um conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura”* (Amarante, 2003, p. 53).

Deste modo, reformar e construir um novo modelo de atenção à saúde mental não se restringe ao conhecimento psiquiátrico:

É um percurso tecido por diferentes atores que atravessa leis, sanitário, organização social, imaginário, saberes (...) processo social complexo que, a partir da desmontagem do manicômio, projetou a construção da saúde mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social (Nicácio, 2003, p. 48).

Em outras palavras, isso significa que o caminho para a reformulação de ações de atenção à saúde mental é dado pelas políticas públicas, todavia, há necessidade de concordância dessas com o âmbito técnico assistencial, o jurídico político, e o teórico-conceitual, como mencionado por Amarante (1999) e Melman (2001).

Os serviços substitutivos ao antigo manicômio são adequados quando assumem a responsabilidade de produzir respostas amplas e não excludentes ao portador de sofrimento psíquico, ou seja, são aqueles edificados para efetivar a desconstrução de práticas manicomiais e das formas de violência ocorridas nos hospitais psiquiátricos.

Lobosque citado por Dalmolin (2006, p.36) sugere que os serviços substitutivos *“apenas serão novos se, e apenas se, buscarem para o sofrimento psíquico grave um lugar de cidadania (...) constituem-se enquanto rede: conjunto articulado de dispositivos e equipamentos, ações e iniciativas que possibilitam a extinção do hospital psiquiátrico”*.

Para tanto as políticas públicas de saúde mental no Brasil apostam em um modelo de atenção cujo dispositivo estratégico é o CAPS, considerado como um avanço e ponta de lança do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O equipamento foi oficializado pelas portarias 226/1992 e 336/2002 como política efetiva de assistência à saúde mental de base comunitária e participante da rede do SUS (Brasil, 2004a).

O primeiro deles, o CAPS Professor Luiz da rocha Cerqueira (CAPS Itapeva) foi inaugurado na cidade de São Paulo, no ano de 1987 e surgiu como repercussão das discussões da I CNSM e foi forte influência para construção ou transformações nos serviços já existentes (Amarante, 2009). A estratégia do CAPS foi precedida por outras tentativas de desinstitucionalização que incluem os NAPS e os HD. Além disso, a rede de dispositivos da assistência foi ampliada com os ambulatórios de saúde mental, cooperativas de trabalho, residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais, CECCO e associações de usuários e familiares.

Mais recentemente no rol dos serviços substitutivos estão sendo implementados os Serviços Residenciais Terapêuticos, a partir da lei 10.708 de 2003 e portaria 106 de 2000 ao invés de lares abrigados. Há também o financiamento com o pagamento de um auxílio que incentiva a desinstitucionalização com o Programa de Volta Para Casa, oficializado pela lei 10.708 de 2003 e pela 2077 de 2003.

Com objetivo de desmontar ações excludentes e estigmatizantes, o CAPS oferece cuidado clínico singular, pautados na multi e interdisciplinariedade. Pretende buscar formas de reinserção na sociedade pelo acesso ao trabalho, aos direitos de cidadania e fortalecimento de uma rede social dentro de sua história de vida. A estimada “cura” constitui-se como sinônimo de inclusão social e exercício pleno dos direitos de cidadania antes negados.

Esses equipamentos de saúde são classificados segundo a estrutura física, o número de técnicos e as categorias profissionais que o compõe, a diversidade terapêutica, à pluralidade da demanda que atende e abrangência populacional (Brasil, 2004a).

O trabalho no CAPS tem caráter interdisciplinar e os profissionais estão instados a criar de projetos terapêuticos individuais ou singulares, que segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007, p. 40) representa: *“o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”*⁵. O profissional de referência é responsável pelas decisões pertinentes à condução de um caso individual, familiar ou ainda comunitário (Campos, 2007).

Além do trabalho interdisciplinar, a equipe de referência tem o encargo de conhecer os recursos disponíveis no território de cada usuário, com o objetivo de

⁵ O projeto terapêutico subdivide-se em 4 etapas:

- diagnóstico: momento em que a equipe realiza avaliação biopsicossocial, considera os riscos e vulnerabilidades, bem como o sujeito se produz diante do conjunto de doenças, desejos, interesses, trabalho, cultura, família rede social.
- definição de metas: propostas feitas pela equipe a partir do diagnóstico serão avaliadas conjuntamente com o sujeito em questão.
- divisão de responsabilidade com clareza entre equipe, sujeito e famílias.
- reavaliação: discussão da evolução e necessárias correções do rumo terapêutico. (Brasil, 2007, p.41)

A pesquisa de Cayres (2008) intitulada Projetos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental traz contribuições importantes sobre a construção de projetos terapêuticos nas equipes de trabalhadores da rede de saúde mental de São Paulo.

intermediar as trocas sociais por meio de projetos que modifiquem as condições concretas no cotidiano com vistas à inclusão social (Kinoshita, 2001).

A noção de território não se circunscreve ao espaço geográfico, mais do que isso, ela abrange o aspecto simbólico e configura-se como lócus de circulação e trocas sociais dos sujeitos habitantes em determinada região (Pitta, 2001b, p. 23). Para Sacardo e Gonçalves (2007, p.114), o território é uma realidade complexa e:

Constitui um espaço vivo em permanente construção, pois, para além das condições objetivas que oferece, ou não, para os que nele habitam, como redes de serviços públicos e de serviços privados, redes comunitárias, oferta de trabalho e renda, equipamentos de lazer e cultura, apresenta também as dimensões subjetivas, que decorrem das relações estabelecidas pelos sujeitos com seu território, manifestas em desejos, sonhos, sofrimentos e nas redes de sociabilidade construídas.

Para Pitta (2001b) considerar o território implica reconhecer as forças das relações que as pessoas que ali vivem estabelecem entre si, com os objetos e com a cultura local, além disso é no território que os serviços de saúde estão disponíveis.

A OMS (2001) preconiza que é preciso ter uma gama de serviços para atender as várias necessidades de usuários e os seus familiares. Para Pitta (2001b) tal rede de dispositivos em saúde tem como objetivo compartilhar os recursos que favoreçam a continuidade e complementaridade de responder às múltiplas necessidades e criar modos de promoção da autonomia dos sujeitos que vivem em determinado espaço social e é medida estratégica de co-responsabilidade dos casos atendidos.

Já no que tange à saúde mental Couto (2008) sugere que a atenção se configure como um sistema que tem como componente central a articulação entre diferentes setores que prestam atendimento à população no território de sua abrangência. Um dos temas atuais em pauta é o trabalho intersetorial entre os CAPS e a atenção básica por

meio da ESF⁶. Dentre seus objetivos, a ESF pretende preencher uma lacuna de atenção à família, como sujeito coletivo de direitos, isto porque a oferta dos serviços e os programas de saúde propostos ficavam mais voltados à clientela específicas (por exemplo: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso). Atualmente a ESF como porta de entrada da atenção básica no sistema de saúde busca resolver esse tipo de entrave e colocar a família inteira como foco de atenção da equipe que a atende.

A perspectiva de trabalho intersetorial configurada numa rede de serviços de saúde pretende articular diversos saberes, atores, poderes, instituições e vontades para o enfrentamento de fenômenos complexos, é também uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas para superar a fragmentação de conhecimentos e produzir efeitos mais significativos na saúde da população (Mendes e Akerman, 2007). No caso específico da saúde mental, objetiva quebrar as barreiras concretas e abstratas que se impunham ao intercâmbio social aos sujeitos e devolver-lhes o direito de circular de forma não segregada.

O trabalho com base no novo paradigma de assistência à saúde, competente para superar a lógica da atenção hospitalocêntrica inclui um conjunto de ações de cuidado no território que sejam construtoras de uma “rede cuidadora”. Conforme Silva Junior *et al* (2005) essa rede não é restrita aos serviços de saúde, mais do que isso pressupõe a articulação com outros recursos da sociedade, como apoio familiar, religião, alternativas de sustentação econômica, moradias, enfim, redes de apoio e solidariedade. Nesse sentido é necessário que as políticas públicas da área da assistência social caminhem de forma cúmplice às políticas de saúde. Carvalho (2003) acrescentam que não apenas os serviços de saúde, mas também as políticas de assistência social, parecem incapazes de reverter os problemas enfrentados pelas famílias.

⁶ Para um maior aprofundamento sobre essa questão, sugiro a consulta da pesquisa de Delfini (no prelo) que atualmente investiga este tema nos CAPSi do município de São Paulo. Tal pesquisa deverá ser publicada primeiro semestre do ano de 2010 e tem como nome: Rede de saúde mental: articulação das ações de atenção à saúde mental infanto-juvenil entre os CAPSi e a Saúde da Família.

Desta forma, um conjunto de esforços é somado na tentativa de incluir socialmente os sujeitos que durante muito tempo tinham como única terapêutica disponível a internação psiquiátrica.

Portanto, diante do novo modelo de atenção em saúde mental, a família também tem sido considerada peça importante na reabilitação e inclusão de pessoas com sofrimento psíquico, principalmente no caso de crianças e adolescentes. O próximo capítulo situa a questão da família e suas relações tanto com a saúde mental quanto à Reforma Psiquiátrica propriamente dita.

1.2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil e Protagonismo da Família

Por muito tempo, os sujeitos dados como “doentes mentais” foram afastados e excluídos de seus núcleos familiares, empregos, laços sociais, cultura e lazer.

A percepção do sofrimento psíquico envolve o sujeito, família e a sociedade. Indivíduo e familiares ficam expostos àquilo que é estranho ou diferente. As políticas públicas devem responder às necessidades e a sociedade precisa criar formas de convívio com o que parece diferente.

As famílias convivem, em geral, com uma gama de sentimentos emaranhados. Culpa, vergonha, medo, sobrecarga emocional e financeira inscrevem-se na convivência com o sujeito em sofrimento psíquico. A própria morte relacionada ao abandono ou entrega desses filhos a outras pessoas ou instituições também aparecem no contexto familiar (Melman, 2001; Cavalcante, 2002; Oliveira e Loyola, 2004; Cruz, 2006). Além disso, experiências de preconceito, exclusão social e desagregação familiar são outras conseqüências possíveis advindas dessa convivência (Cruz e Colvero, 1997; Cruz, 2006, Vecchia e Martins, 2006).

Os primeiros sintomas apresentados pelo sujeito em sofrimento psíquico nem sempre são reconhecidos, popularmente são relacionados à criança, imaturidade ou preguiça e no adolescente podem ser justificados como oriundos da própria fase de transição que vive, portanto são vistos como comportamentos ou sintomas temporários (Cruz, 2006).

Já no caso de crianças com sofrimento psíquico, a atribuição idealizada de pureza e perfeição somada a lacuna de conhecimentos específicos e a própria questão do desenvolvimento podem prejudicar a percepção dos problemas ou distorcê-los. No capítulo que aborda a saúde mental de crianças esses aspectos serão tratados.

Alguns quadros apresentam momentos de crise, frequentemente marcadas por sintomas de delírios, alucinações, auto e hetero-agressividade (Melman, 1998; Moreno e Alancastre, 2004) cuja presença reforçam os sentimentos familiares de culpa, vergonha e afastamento social.

A família desde o advento higienista foi condicionada a responder às exigências médicas sem questioná-las. As formas de cuidado, principalmente oriundas dessa política, sofrem alternâncias de cultura em cultura e de acordo com o segmento social onde as famílias estão inseridas.

Não apenas a política higienista foi responsável pela passividade das famílias frente às orientações médicas, certamente algumas teorias sobre a chamada alienação mental criaram estigmas e reforçaram sentimentos de culpa apresentados pelos familiares.

Dentre elas, as idéias de Freud tiveram muita importância ao teorizar sobre o papel da família no desenvolvimento infantil. O pai da Psicanálise relatou o atendimento de uma criança em toda sua experiência. No relato do caso da fobia do garoto Hans, Freud (1909) acreditava que o elemento facilitador para o acesso à vida psíquica do menino e o fio condutor do tratamento havia sido o próprio pai. Pode-se pensar que

desde então Freud coloca em destaque o lugar e a participação dos pais no tratamento de crianças. Embora não tenha apresentado propostas de terapia familiar ou trabalhos em grupos, Freud destacou a influência da família no desenvolvimento do sujeito, dando mérito especial aos relatos da fantasia e vivências do indivíduo em sua família (Aun, 2006).

Ana Freud, Melaine Klein, Reneé Spitz, John Bowlby são psicanalistas que formularam importantes contribuições teóricas para o entendimento do psiquismo infantil. Além de criar técnicas para o tratamento, legitimaram a preocupação de pais e professores.

Outros psicanalistas reconheceram aspectos sociais como decisivos na formação da personalidade, como Sullivan que mostrou a importância do papel das relações interpessoais no desenvolvimento da personalidade e Fromm-Reichmann que reconheceu a natureza interpessoal dos distúrbios mentais. Com base no entendimento da importância das relações interpessoais na vida dos sujeitos, na década de 1930 dois tipos de possibilidade de atendimento familiar surgiram: o aconselhamento conjugal que teve grande repercussão nos Estados Unidos e na Inglaterra e os atendimentos terapêuticos grupais, com a influência da grupoterapia de Bion. Na mesma década Ackerman, psiquiatra e psicanalista infantil, publicou a concepção de família como unidade e foi considerado o pai da Terapia de Família. (Aun, 2006).

Por volta da década de 50, na vertente das teorias preocupadas com as relações familiares e o comprometimento mental não se pode ignorar o grupo de Palo Alto - liderado por Bateson - idealizador da teoria da Dupla Vinculação. Segundo sua teoria, a comunicação tem influência direta na formação do psiquismo e pode, em algumas situações, causar desajustes emocionais. Nas conclusões de seu trabalho, o pesquisador observou que nos grupos familiares havia grande frequência de mensagens que se excluíam mutuamente, assim, uma mensagem deveria ser desobedecida para ser

obedecida. A mensagem é paradoxal e a possibilidade de tratamento seria a mudança de padrões interativos no contexto familiar (Watzlawick *et al*, *apud* Melman, 1998).

Outro movimento importante surgido na Europa em meados da década de 60 foi o da Antipsiquiatria capitaneado por Laing e Cooper (Melman, 1998). Esse movimento inglês trouxe valiosas contribuições para o entendimento do fenômeno loucura ao defendê-la como processo mais amplo, que contempla a esfera social e política que não podia ser reduzido à condição de objeto de estudo da Psiquiatria. Embora essa teoria tenha ampliado o olhar sob o fenômeno da loucura para outros campos não restritos aos conceitos clássicos da psiquiatria, ela também foi capaz de criar uma visão maniqueísta em que a família é a vilã e o paciente a vítima, ao considerar o esquizofrênico como alguém que apresenta uma família negligente e incapaz de prover seus membros mais frágeis.

Outro estudioso foi Pichon-Rivière (*apud* Melman, 1998) ao descrever que o portador de uma patologia assume papel de depositário e porta voz da família. Segundo sua teoria esse seria o membro mais forte do núcleo porque sustenta em si as “loucuras” dos outros familiares que são nele projetadas. Já Brown *et al* também citado por Melman (1998) destacaram o papel das emoções entre familiares e pacientes esquizofrênicos como potenciais e/ou limitadores para reincidência ou cristalização dos quadros psiquiátricos. O Índice de Emoções Expressas é mensurado a partir de quatro componentes apresentados nas relações familiares: o número de comentários críticos, grau de hostilidade, hiper envolvimento emocional, grau de empatia (comentários positivos). Esse modelo atribui sentimentos de culpa nas famílias que diante de um *quantum* de dificuldades não sabem como lidar com o portador de transtornos mentais.

Na década de 1980, Leff e Vaughn a partir da teoria das Emoções Expressas criaram um modelo de intervenções familiares psico-educativas que visavam fornecer informações sobre a patologia, evolução, tratamento, a melhoria da capacidade familiar em administrar fatores de estresse e intervenções para os momentos de crise (Melman,

1998). Para eles a família podia por meio da auto-observação ajudar o paciente a estabilizar seu quadro. Nesse contexto em que muitos estudiosos formularam teorias sobre as relações familiares e o surgimento de quadros de sofrimento psíquico Figueiredo Junior (*apud* Melman, 1998) afirma que a família pode ser um componente estressor, mas não um agente causal do sofrimento psíquico.

Ao mesmo tempo em que se avolumavam produções sobre as relações familiares e o sofrimento psíquico, bem como as críticas internacionais sobre o modelo asilar e excludente, observava-se paradoxalmente no Brasil um aumento significativo de instituições psiquiátricas.

No contexto de assistência por meio da institucionalização psiquiátrica houve quebra de vínculos familiares e as famílias tinham lugar de informante e visita quando autorizadas pelo médico-chefe, que por sua vez, respondia pelas decisões da terapêutica. A relação era baseada no saber que sustentava o poder do médico, restando a familiares e sujeitos a aceitação de suas prescrições. As reminiscências desse paradigma de atenção reservam ainda resquícios na relação entre usuário, familiares e profissionais de saúde, embora haja mudanças qualitativas sendo construídas no dia-a-dia dos serviços, sobretudo após as indicações do programa de humanização da assistência à saúde.

No entanto, atualmente, a atenção preconizada ao sujeito em sofrimento psíquico conta com a parceria com as famílias. O ato de cuidar foi atribuído às famílias desde as intervenções higienistas que moldaram formas de conceber e criar os filhos. Segundo Maranhão (2000) o cuidado está vinculado à capacidade de uma pessoa identificar as dificuldades de outra, tendo sempre em vista a promoção de crescimento de quem o recebe.

Certos casos denotam que o cuidador principal pode se tornar alvo de atenção específica. De acordo com Saraceno (1999) com o passar do tempo, os familiares também podem apresentar um quadro de distúrbios e/ ou prejuízos psicossociais. Isso resulta na comunicação ineficiente e numa baixa qualidade de vida. As condições que

configuram a interação entre o sujeito em sofrimento psíquico e os seus familiares podem limitar o processo de inclusão social e por isso devem ser alvo da atenção dos profissionais das equipes de saúde mental.

A perspectiva de incluir familiares como participantes ativos na terapêutica da saúde mental tem sido almejada a partir da década de 90 e é destacada no trabalho de Vechhia (2006):

Recurso no tratamento, lugar de convivência, sofredora e demandante de suporte no cuidado ao familiar portador de transtornos mentais, como sujeito coletivo atuante nos movimentos de reivindicação por direitos de atenção a saúde mental e, como provedora, continuamente ou eventualmente, para o familiar (p.40).

A inserção do familiar como estratégia no tratamento emerge dos pressupostos da desinstitucionalização e da inclusão social. Nesse cenário, o papel estratégico do CAPS não se limita à oferta de assistência. O Ministério da Saúde informa que esses equipamentos têm por um de seus objetivos o incentivo às famílias participarem do contexto do tratamento, envolvendo-as em atividades internas e externas que objetivam a integração social em ações comunitárias e projetos de trabalho. A atenção ao familiar também é proposta e pode acontecer por meio de atendimentos, reuniões e assembléias (Brasil, 2004b).

A literatura evidencia a eficácia das intervenções familiares para promover estabilização clínica, diminuir ou atenuar recaídas e necessidade de hospitalizações (Melman, 1998). Entretanto, as propostas de desospitalização podem produzir desassistência quando devolve o portador de transtorno mental à família sem o devido conhecimento das suas necessidades reais e condições em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida (Pereira, 2003).

Por isso, autores como Melman (2001) recomendam que o trabalho realizado nos serviços de saúde mental de base territorial e comunitária envolva o contexto em que vivem as famílias e as considerem no atendimento dos usuários para além da mera fonte

de informações, coletadas através da anamnese. O mesmo autor afirma, inclusive, que uma das variantes significativas para avaliar os serviços de saúde é justamente a condição de reconhecer a família como recurso terapêutico, sem se restringir a grupos de orientações para familiares e pais. Isso corresponde à capacidade da instituição organizar seus recursos materiais e humanos para ultrapassar a reprodução de práticas que priorizam o uso de psicofármacos e o modo clínico psicológico exclusivamente.

Experiências de troca de vivência e exposição das dificuldades, bem como o impulso para a criação de uma associação fizeram com que os familiares e usuários de um CAPS em São Paulo assumissem uma posição emancipada diante da complexidade do campo da saúde e do sofrimento psíquico. É o que Melman (2001) considera como ascensão do papel de familiares como agentes de transformação.

Sigaud (1997) afirma que os pais têm, entre outros aspectos, o direito de serem ajudados e apoiados na compreensão do sofrimento psíquico de maneira que essa intervenção signifique melhor ajustamento entre eles e seus filhos.

As famílias contam também com os recursos e os conhecimentos do território onde vivem. Nesse sentido, o protagonismo familiar não é o único aspecto abordado nesse subcapítulo. As famílias são ou podem ser amparadas por redes de cuidado (conforme Silva Junior, 2005, citado anteriormente) ou por redes sociais. Desta forma essas redes não são apenas coadjuvantes, mas importantes no processo de inclusão social. Por isso os trabalhadores de saúde mental são incumbidos de articular o cuidado para além da família nuclear e extensa. Para Reinaldo (2003) essas redes: *“se constroem intersubjetivamente no curso de eventos concretos, nos quais continuamente se negociam e confirmam os significados de tratamento e cura no cotidiano de cada membro”*.

A ausência dessas redes favorece a cronificação do sofrimento psíquico e das dificuldades da família em face à necessidade do cuidado. Segundo Silva e Bernardi

citados por Souza *et al* (2002) muitas famílias ainda procuram os hospitais psiquiátricos em momentos de crise.

Dalmolin (2006) estudou as trajetórias de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico em uma cidade do Rio Grande do Sul e concluiu que as pessoas que tem contato com uma rede social de apoio solidária permanecem incluídas socialmente e raramente precisam ser hospitalizadas. A rede marcada pela solidariedade permite “*o espaço da liberdade, da negociação, da convivência, pautando-se mais na vida do cidadão, do que em sua doença*” (p. 195). Ao contrário disso, as relações com a rede de serviços de saúde favorecem a perpetuação do sofrimento psíquico tornando o sujeito ‘paciente’ ou expectador através de suas rotinas e protocolos: “*as relações se artificializam, ou melhor, se institucionalizam de modo a deixar pouco sobre o que é propriamente do sujeito, de alguém que necessita de suportes terapêuticos continentais e consistentes para que a saúde se faça possível*” (p. 197).

Segundo a autora, os processos de cronificação relacionam-se ao direcionamento da atenção para o sistema psiquiátrico hospitalocêntrico, tanto por parte dos profissionais de diferentes serviços quanto pelos familiares. Na medida em que os serviços não adotam como eixo norte do trabalho a dimensão do território como importante recurso na atenção dirigida a esses pacientes ou ao restringir o acesso aos ambulatorios ou ao próprio CAPS, estão reforçando o tratamento institucionalizado e reiterando um círculo de sofrimento e exclusão. A família - por desconhecer seus direitos e sem suporte terapêutico adequado que possa aliviar a sobrecarga advinda da convivência - tem dificuldade para encontrar outra saída que não se limite ao encaminhamento do sujeito ao hospital psiquiátrico nos momentos de dificuldade. Diante de toda extensão de angústia experimentada pela família, suas ações se tornam naturalizadas, passíveis de entendimento e justificáveis. Essas condições propagam a continuidade do modelo psiquiátrico convencional e não seguem as premissas de oferta não hospitalocêntrica.

Corroborando com esse estudo a pesquisa apresentada por Breda e Augusto (2001) a respeito das ações da atenção básica voltadas para o sujeito em sofrimento psíquico em um bairro da cidade de Maceió, região nordeste do Brasil. Os autores encontraram conclusões parecidas e apontaram que o cuidado continua sendo medicalizado, hospitalar e fragmentado. Tanto os profissionais quanto familiares reproduzem a prática do tratamento hospitalar que é reforçado pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental da região.

Além da atribuição do cuidado ao familiar, outra forma de protagonismo da família nas práticas de saúde mental reside no papel de co-produtores de mudanças nas políticas públicas relacionadas ao modelo de atenção em saúde mental. A partir do movimento inicialmente lançado pelos profissionais de saúde, os familiares também passaram a questionar as intervenções médicas, condições de vida e resolutividade da assistência psiquiátrica. Amarante (2009) destaca que o MTSM foi o primeiro movimento em saúde que teve expressividade da participação popular no campo da saúde mental.

O SUS garante a participação de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e sociedade civil nos conselhos de saúde, em comissões especiais de fiscalização e conferências periódicas que discutem o panorama de assistência à saúde mental (Vasconcelos, 2001). A participação pode acontecer nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, com a reserva de formação por 25% de gestores, 25% de trabalhadores do SUS, e 50% de usuários dos sistemas (Vasconcelos, 2001; Bógus e Wespthal, 2007).

São chamados dessa forma a exercer função de controle social, que nas palavras de Vasconcelos (2001, p. 46) implica a *“perspectiva ativa de fortalecimento de poder, participação e organização de usuários e familiares nos diversos níveis dos serviços em saúde mental, bem como de forma difusa na sociedade civil”*. Já o fortalecimento de poder é definido como: *“conjunto de estratégias de fortalecimento de poder, da*

autonomia, da auto-organização de usuários e familiares de serviços de saúde mental nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral” (p. 47).

Apesar disso, avaliações recentes do movimento da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) mostram uma preocupação efetiva muito pequena em ocupar os lugares de representatividade política (Vasconcelos, 2001).

Segundo Bógus e Westphal (2007) o governo brasileiro foi considerado Estado-Providor de todas as necessidades da população. Os autores ressaltam, no entanto, que na prática o país sempre atendeu prioritariamente os grupos sociais interessados e responsáveis pela reprodução do sistema capitalista. A impermeabilidade das decisões governamentais começou a encontrar limites por volta de 70 quando os primeiros movimentos sociais reivindicavam a redemocratização no país. Apesar da atual estrutura mais flexível do Estado, as negociações com a população não são condições naturais no processo político popular brasileiro.

Para Zioni (1994) o fim do regime militar não significou a democratização nas relações estabelecidas entre a sociedade e a instância governamental e questões sócio-culturais dificultam o processo.

Ainda no que se refere à esfera da participação popular Demo (1988) considera que se trata de um processo: *“infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo (...) conquista processual, não existe participação suficiente ou acabada”* (p.18). Afirma também que a sociedade brasileira tende historicamente a dominação de polaridades hierárquicas, em que um lado minoritário comanda e a vasta população se submete e é comandada, por outro lado receber é a moeda de troca nesse tipo de organização.

Por isso, embora a participação popular seja garantida pela Constituição que rege o país, ela não está incorporada na prática dos serviços de saúde e sua importância não é reconhecida pela maioria dos profissionais e população (Santos e Wendhausen 2003; Bydlowski *et al* 2004).

Rosa (2005) também entende que a atitude popular é subalterna e apresenta-se como resquício de relações historicamente autoritárias, nas quais se evita o confronto direto e a cobrança de direitos, por desconhecê-los e pelo parco exercício da cidadania. Outro aspecto que considera importante é o temor a represálias no acesso ou tratamento propriamente dito, uma vez que as relações entre profissionais e usuários também é historicamente baseada no poder do médico ou técnico em detrimento ao saber da população, como citado anteriormente.

Santos e Wendhausen (2003) sugerem que a participação da comunidade no planejamento e ações de saúde pode ser estimulada pelos profissionais quando eles têm disponibilidade para considerar aspectos do território em que se insere aquela população. No sentido contrário, os indicadores que possivelmente obstruem a participação da comunidade relacionam-se a não escuta, preconceitos sobre a capacidade da população na resolução de seus conflitos, falta de conhecimento e interação dos serviços SUS, além do uso inadequado desses espaços de discussão com fins de autopromoção política.

Nesse sentido, Dalmolin (2006) ao refletir sobre questões do poder da população, especificamente na questão da saúde mental, aponta que a ausência de denúncias e a fragilidade das famílias por desconhecimento de seus direitos, assim como o uso abusivo de medicações, hospitalizações forçadas e a falta de escuta são formas de violar os direitos da família e manter a atenção numa perspectiva psiquiátrica tradicional predominantemente.

Outra forma de participação da família nas questões da Reforma Psiquiátrica tem sido as organizações associativas, cujo pontapé inicial parece ter surgido no final da década de 70 e início dos 80. Amarante (2009) cita algumas: Loucos pela Vida (São Paulo), Associação Cabeça Firme (Rio de Janeiro) e a SOSINTRA cujo papel inicial assistencialista foi reconfigurado e seus associados passaram a participar efetivamente de projetos de criação de novas práticas e modalidades de cuidado e atenção.

Vianna (2002) realizou um estudo sobre duas associações que tem claramente posicionamentos divergentes em relação à Reforma Psiquiátrica. Para o grupo de inscritos da Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais (AFDM), localizada no Rio de Janeiro e em outras cidades brasileiras, a concepção a respeito do sofrimento psíquico está baseada no modelo biomédico. Esses associados consideram que pouco pode ser feito pelo usuário fora do circuito hospitalar e por isso assumem uma posição em que se eximem de qualquer responsabilidade de cuidado que fica atrelado exclusivamente aos técnicos. Segundo a interpretação da autora o hospital representa para essas famílias o meio de retirar de cena os familiares “anormais” que ferem o ideal de “família comum”. Desta forma as necessidades dos usuários são preteridas em relação às da família que precisa sentir-se “normal” e afastar o membro diferente.

Para os fundadores e participantes da Associação Franco Basaglia (AFB) de São Paulo a doença tem uma perspectiva dinâmica e os fatores econômicos, sociais e culturais influenciam o surgimento e a evolução do sofrimento psíquico. A autora considera que essa concepção possibilitou aos usuários e familiares novas formas de lidar com as vivências advindas da relação com o sofrimento psíquico. Tolerância, alívio da sobrecarga, participação da família no processo de reabilitação do sujeito com sofrimento psíquico são possibilidades defendidas por esse grupo de atores sociais que apóiam a Reforma Psiquiátrica.

No mesmo sentido, Melman (2001) afirma que muitos familiares inauguraram novos papéis em associações, reuniões, fóruns, conferências e fiscalização de hospitais psiquiátricos. Essa expansão da atuação familiar foi possível quando se deslocou o olhar para fora das dificuldades encontradas pela família e se procurou novas formas de lidar com o sofrimento. A Associação Franco Basaglia e o Clube Basaglia foram criados segundo essa perspectiva de empoderar as famílias e tem como objetivo as trocas de saberes e práticas entre as diversas associações de familiares e usuários existentes no território nacional.

Melman (2001) e Vianna (2002) concordam que as associações são dispositivos importantes no movimento e consolidação das propostas reformistas e cumprem função de amparar as famílias face suas dificuldades de convívio com os inúmeros sintomas e sinais do sofrimento psíquico. Suas conclusões sugerem a urgente necessidade de trabalhos com as famílias pelos serviços de saúde mental e pelo próprio Estado. O não investimento nesses atores faz com que obstáculos se perpetuem na cronificação, exclusão social e violência que descaracterizam as novas propostas de atenção ao sofrimento psíquico.

Inúmeras apresentações de inserção, integração ou participação das famílias são colocadas em pauta por pesquisadores e profissionais atuantes em todo país. Inserção, integração, participação e inclusão são termos polissêmicos e muito similares. O presente trabalho adotou o termo inserção porque o considera mais abrangente que os demais, se alude as idéias de integração, mas não aos termos de participação social ou inclusão social, embora não os exclua. O termo participação social nos remete ao conceito e prática de controle social tão importante diante das redefinições em saúde a partir da Constituição de 1988 e do próprio SUS.

Também é necessária uma distinção entre inserção e inclusão social comumente utilizado pelos profissionais de saúde mental. O segundo termo se refere ao campo da construção teórica que se remete ao objetivo-fim da política pública em saúde mental atual que pretende devolver o poder contratual ao sujeito em sofrimento psíquico que anteriormente era segregado de suas famílias, sociedade e trabalho.

O termo integração, segundo o Novo Dicionário Aurélio (s/d, p. 773) é definido como: *“política que pretende integrar no seio de uma sociedade as minorias – raciais, religiosas, sociais, etc”*. Já a palavra inserção, segundo o mesmo dicionário: *“colocar, introduzir, intercalar, incluir”* (p. 769), nos parece mais ampla para compreender o alcance dos diferentes lugares que as famílias podem ocupar diante ou nas práticas que podem ocorrer nos serviços de saúde mental ou em parceria com eles.

Os técnicos encontram-se diante do desafio de construir formas de inserção e parcerias com as famílias em suas práticas, sobretudo quando se trata de crianças e adolescentes. As peculiaridades da saúde mental da população infanto-juvenil serão abordadas no próximo capítulo.

1.3 Saúde mental de crianças e adolescentes

A saúde mental de crianças e adolescentes é um tema de estudo historicamente recente, assim como o entendimento que privilegia cuidados a essa população. Esse fato decorre de muitas questões, algumas serão apontadas no presente capítulo.

Como apresentado nos capítulos anteriores a preocupação com a infância nem sempre foi alvo de ações do Estado, o atendimento das necessidades desse público foi cumprido, durante muito tempo, por entidades filantrópicas que ainda hoje assumem papel importante para uma parcela de questões vivenciadas na infância.

No entanto, para situar o campo específico de atenção à saúde mental infanto-juvenil, bem como suas características e relevância, faz-se necessária uma breve contextualização de fatos que antecederam o atual momento de entendimento dessas questões. A construção de saberes foi criando, paulatinamente, serviços e estratégias para lidar com a magnitude dos problemas de saúde mental infanto-juvenil. Além disso, atualmente a criança é reconhecida como cidadã de direitos e o Estado, família e comunidade têm o dever de garantir acesso à saúde, escola, lazer, etc e concebê-la diante de sua integralidade. Este capítulo é dividido em duas partes, a primeira trata da magnitude da questão e sua relevância no campo da saúde pública atual e o segundo relata uma breve consideração sobre a saúde mental infantil, serviços e produções acadêmicas.

1.3.1 Magnitude da Questão

A saúde infanto-juvenil indica a necessidade de diretrizes de atuação em vista de dados epidemiológicos que mostram uma prevalência de transtornos mentais entre 10 a 15% nessa população (Brasil, 1999; OMS, 2002). Hoffmann (2005, 2008) amplia a faixa entre 10 a 20% e considera transtornos mais comuns os de comportamento, atenção, hiperatividade e emocionais.

Boarini e Borges (1998) em pesquisa que objetivou estudar a demanda infantil por serviços de saúde mental relataram um estudo epidemiológico clássico de Almeida Filho (1985) realizado através do Programa de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia que apontou a prevalência de transtornos infantis em 23,2% das crianças estudadas, sendo 10% casos graves e moderados e 13,2% com transtornos mentais leves ou duvidosos, que dispensariam atendimento psicológico. Os autores fazem uma crítica das queixas dos chamados “problemas de aprendizagem” que não necessariamente precisam ser tratados por profissionais da saúde mental e argumentam que questões escolares podem gerar preconceitos por parte de pais e professores capazes de estigmatizar a criança/adolescente e por isso os encaminhamentos precisam ser bem avaliados. Entre os 10% que necessitavam de atendimento especializado em saúde mental, cinco categorias foram divididas:

15,2% apresentavam desordens neuróticas e psicossomáticas;

2,5% retardo mental;

2,5% transtornos orgânico-cerebrais;

1,0 % transtornos do desenvolvimento

1,2 % outros.

Outra pesquisa com foco de prevalência dos casos ligados à saúde mental infantil foi realizada por Vitolo *et al* (2005) na cidade paulistana de Taubaté. Concluíram que 35,2% dos escolares das três primeiras séries do ensino fundamental foram considerados

positivos para problemas de saúde mental em geral, pois alcançaram nível clínico (22,7%) ou limítrofe (12,5%) na escala total de dificuldades do Questionário de Capacidades e Dificuldades. Os sintomas mais frequentes foram: ansiedade e depressão (47,8%), seguidos dos problemas de conduta (32,6%), hiperatividade e déficit de atenção (31,1%) e problemas de relacionamento com colegas (25,8%).

Lauridsen Ribeiro (1998) desenvolveu um estudo com 141 crianças e adolescentes entre um e 19 anos de idade para avaliar queixas referidas a “problemas de nervos”. A prevalência para problemas de nervos foi de 4,7% da população, desses 74% não buscaram qualquer tipo de ajuda, e dos 22,6% dos casos que procuraram ajuda, 55,6% buscaram profissionais médicos em centros de saúde ou hospital geral e em 12,9% dos casos o profissional procurado foi o psicólogo.

Esse estudo concluiu que embora a família reconheça a existência de algum problema relacionado aos nervos, apenas uma em cada cinco famílias procuram algum tipo de ajuda. As razões apontadas pelos autores são: a crença na autolimitação da problemática, percebendo-a como passageira; estigma relacionado à saúde mental versus loucura e as dificuldades de acesso e equidade de atendimento, ou seja, a necessidade de que os poucos serviços existentes possam atender os casos mais graves, sem que dediquem muito tempo aos casos mais leves.

Lauridsen Ribeiro e Tanaka (2005) consideram também como dificuldades para a identificação de transtornos mentais na população infanto-juvenil: a díade normal e patológico em determinada idade e contexto sócio-cultural; as variações qualitativas e quantitativas de cada sintoma; o fator do desenvolvimento, a implicação em avaliar algo que a priori está em mudança, transformação; outra variável que pode interferir na avaliação de sintomas é a percepção do informante e suas características (pais, professores, vizinhos terão percepções distintas acerca de uma mesma problemática); os métodos e tipos de instrumentos para avaliação usados por diferentes profissionais não são padronizados, o que gera diferentes classificações.

Ribeiro (2003) aponta a baixa sensibilidade de médicos pediatras de um centro de saúde - escola para identificar problemas de saúde mental. Dentre os motivos possíveis para essa situação reaparece a questão da falta de instrumentos específicos para identificação desta problemática, ausência de equipe de saúde mental na atenção básica, falta de troca e estudos de casos e a linguagem “psi”, que nem sempre é facilmente entendida por médicos não psiquiatras. Supõe ainda a existência de alta demanda que permanece reprimida e, portanto não chega aos serviços especializados em saúde mental.

Outra pesquisa de prevalência foi realizada em Embu, também município de São Paulo por Paula *et al* (2007). Os autores concluíram que na população estudada (479 crianças e adolescentes entre seis e 17 anos) 24,6% apresentaram algum tipo de transtorno mental, sendo que 7,3% apresentaram transtornos mentais mais graves que necessitavam de atenção especializada.

O estudo descreveu que o município conta com uma rede de serviços de saúde que presta atendimento a essa população, entre eles: um hospital geral, sete unidades básicas de saúde, dois centros de referência da juventude, uma escola especial e uma delegacia da mulher. Além disso, mostrou que 21 profissionais (15 psicólogos e seis psiquiatras) oferecem nesses diferentes espaços atendimentos de psicoterapia individual e grupal, suporte psicológico, aconselhamento, assistência farmacológica. A capacidade atendimento é estimada em 537 atendimentos por ano e há um esforço nessa região para uma ação intersetorial como vistas a responder ao princípio da integralidade.

Os problemas de saúde mental na infância estão associados ao risco de transtornos psicossociais na adolescência e vida adulta (Ferrioli, 2007) por isso atuar com essa população significa a tentativa de evitar a cronificação, preconceitos e estigmas responsáveis pela entrada de adolescentes em trajetórias institucionais.

Segundo a OMS (2002) mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluem crianças e adolescentes como foco de cuidados e intervenções.

Segundo Couto *et al* (2008) a defasagem entre a necessidade de atenção e a oferta dos serviços de saúde mental está presente em diversas regiões do mundo, independentemente de níveis econômicos, mas ela é especialmente evidente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Contudo, as políticas de saúde mental existentes estão fortemente relacionadas aos problemas da população adulta.

As manifestações psíquicas são de difícil mensuração e as fronteiras entre o normal e o patológico não são nítidas, o diagnóstico não é um dado concreto, como no caso de uma doença física em que exames são capazes de precisar a confiabilidade da avaliação. Por isso atestar problemas de saúde mental na infância exige cautela uma vez que os rótulos experimentados na infância podem restringir suas capacidades de autonomia e cidadania. Para Di Loreto: *“a mente humana é construída e reconstruída ao longo da vida, mas é, sobretudo na infância que ela se estrutura. É quando se fincam as estacas”* (p. 11, 2004).

Aspecto importante para ser discutido entre os profissionais que atendem crianças e adolescentes é quanto à transformação de comportamentos considerados pouco desejáveis em doença ou “transtornos mentais”, que podem eximir os adultos (pais, professores e profissionais da saúde) da responsabilidade em lidar com as dificuldades e comportamentos apresentados por essa população.

No tocante a publicação científica, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o LASAMEC (Laboratório de Saúde Mental Coletiva) tem construído pesquisas diversas para responder as questões silenciosas que permeiam a saúde mental de crianças e adolescentes⁷.

⁷ Atualmente o grupo de pesquisadores se dedica a conclusão da pesquisa: “Caracterização sócio-demográfica e epidemiológica da população atendida pelos CAPSi do Estado de São Paulo” (Reis *et al*, 2009). A pesquisa recebe apoio financeiro da FAPESP e tem previsão de publicação para o primeiro semestre de 2010.

1.3.2 Antecedentes Históricos

A infância começou a se descolar da sua condição de invisibilidade a partir das ações higienistas que reconfiguraram as relações no âmbito da vida íntima das famílias, atribuindo aos pais a responsabilidade de seus cuidados.

Os cuidados dirigidos às crianças ditas anormais, diferentes ou loucas não se diferenciavam das propostas construídas aos adultos. Diluídas no convívio dos adultos, internadas ou enclausuradas em suas casas, ficavam excluídas de atenção à saúde (Ribeiro, 2007). No início do século XX Juliano Moreira e Fernandes Figueira inauguraram um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha destinado a crianças portadoras de “enfermidades mentais”.

O mesmo aconteceu em 1921 no Hospital e Colônias de Juqueri, e na mesma época dois médicos preocupavam-se com o mote da infância e juventude e lutavam pela construção de um hospital psiquiátrico específico para crianças e adolescentes. Anos depois do empenho dos doutores Stanislaw Kryniski e Haim Gröspun foi construído o Hospital Psiquiátrico Infantil de Pirituba, batizado como Pinel, em homenagem ao pai da Psiquiatria (Di Loreto, 2004).

As iniciativas que separaram crianças da permanência com adultos constituíram um avanço na medida em que possibilitaram ou contemplaram a infância como diferenciada do adulto e começavam a perceber condições patológicas distintas, sem que medidas adultocêntricas fossem meramente transferidas ao público infantil.

Enquanto se presenciava esse tipo de assistência no âmbito dos serviços hospitalares, no plano do conhecimento científico e das iniciativas políticas surgia por volta de 1910, o Movimento de Higiene Mental. Naquele momento o Comitê Nacional para Higiene Mental nos Estados Unidos da América nascia com objetivo de fiscalizar hospitais, reformar a legislação assistencial e promover estudos sobre a delinqüência. Em geral, os assistentes sociais defendiam a idéia de que era necessário atuar sobre a

família para garantir um bom atendimento à criança e essa premissa foi disseminada no país.

No Brasil os preceitos da corrente americana ficaram mais conhecidos durante os anos de 1920, a partir disso as famílias passaram a ser orientadas no sentido de ajustar o indivíduo ao meio físico e social, o que se traduziria em saúde mental. A atenção à criança era dada por médicos na assistência escolar, nos serviços de higiene e de saúde do escolar (Schechtman *apud* Brasil, 2005).

Assim, o Serviço de Higiene Mental no Brasil influenciou as práticas de cuidados da infância e da adolescência no âmbito familiar, escolar e assistencial. Ao propor intervenções no universo relacional dessas instituições tinha como objetivo a boa formação do caráter e da conduta. Em São Paulo, o Serviço de Higiene Mental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi criado em 1955 e coordenado pelo Professor Pedro de Alcântara, com auxílio do Doutor Krinsky, Di Loreto e Dulce Vieira Marcondes (Di Loreto, 2004; Degensjajn, 2005).

Segundo Schechtman (*apud* Brasil, 2005) a Eufrenia, entendida como “*ciência da boa formação do psiquismo*”, tinha como objetivo atuar na formação da mente infantil, por isso atendia crianças na fase pré-escolar e escolar com a finalidade de impedir o acometimento por doenças nervosas, corrigir reações psíquicas consideradas anormais, inculcar idéias e hábitos higienistas, assim como sublimar o caráter questionador e de inovações típicos da juventude.

Assim, em especial, os serviços de higiene escolar tinham o papel de prevenir danos psíquicos e desempenhavam função de avaliar o trabalho dos professores que deveriam cuidar da saúde da criança, da educação física e da higiene da classe. Algumas características da clínica do escolar foram mais tarde encontradas nas ações dirigidas à saúde mental dessa população, como nos hospitais-dia da infância (HDi).

A ideologia norte-americana de orientação infantil trouxe contribuições importantes como a individualização do tratamento, a perspectiva do trabalho em equipe, a cooperação entre serviços de saúde e escolas. De modo geral, no Brasil a clínica de orientação influenciada pelo modelo americano fez-se no espaço de preocupação a favor da criança excepcional. Nesse contexto a clínica médica perdeu espaço para as clínicas psicanalíticas. (Guagliardi, 1992).

Avanços no contexto das discussões acadêmicas apareciam com a criação de novos serviços, um deles foi o Centro de Orientação Juvenil fundado em 1946 pela Fundação Osvaldo Cruz no Rio de Janeiro. A instituição é permeada pelos saberes da Higiene, da Psiquiatria, da Psicanálise e estudos americanos que originaram a idéia de clínica de orientação infantil, cuja principal preocupação era separar os deficientes mentais e os chamados “desajustados emocionais”, incluídos nessa categoria os ‘delinqüentes’ considerados dignos de atenção especial, tratamento e prevenção.

Na década de 1960, outras duas associações filantrópicas foram criadas e merecem ser pontuadas: a Associação Brasileira de Deficiência Mental e a Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil. No final da década de 60, na cidade de São Paulo no âmbito do setor privado foi criada também a Comunidade Terapêutica “Enfance” presidida por Di Loreto e seus colegas para o atendimento de crianças e orientação aos pais (Moretto *et al* 2008).

No âmbito da formação profissional a década de 1930 marca a implementação do Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico em Minas Gerais e o Instituto de Psicologia em São Paulo. Ambas instituições começaram a publicar numerosas pesquisas sobre testes de inteligência e desenvolvimento mental de crianças, o primeiro deles sobre deficiência mental foi produzido no Instituto de Psicologia de São Paulo, data de 1913 e tem o nome: Classificação das crianças anormais: a parada do desenvolvimento intelectual e suas formas - A instabilidade e a astenia mental (Ribeiro, 2007).

Ribeiro (2007) afirma que várias obras publicadas nas primeiras décadas do século XX demonstram os variados graus de interesse pelas questões da infância. Nesses estudos era evidente a estreita relação entre a psiquiatria infantil, a deficiência mental, a psicologia e a pedagogia.

Couto (2001) observa a lacuna de atenção especializada à saúde mental infanto-juvenil como reminiscência de três grandes mal entendidos na concepção e trato oferecido a essa população. O primeiro mal entendido estaria relacionado à Pedagogia. Os conhecimentos pedagógicos em geral reduzem a criança à condição de aprendiz, por isso espera-se que ao se desenvolver a criança possa atingir um patamar de ajustabilidade socialmente esperado. Quando esse crivo de ajuste social é fracassado, criam-se instituições e modos de dirigir atenção a ela. A própria concepção de *infans*, que significa incapacidade de falar, remetem a idéia de menos-valia, insuficiência, incompletude que circula socialmente com expressões pejorativas como: “quanta infantilidade!”, “não seja criança, cresça!” (Pimentel e Silva Araújo, 2007).

Segundo Couto (2001): *“a noção clara ou implícita de deficiência que perpassa grande parte da assistência oferecida a crianças e adolescentes acaba por determinar a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos”* (p.135). Assim, observa-se a tendência das escolas em tentar adaptar as crianças nas salas de aula ou inseri-las em classes especiais sem o devido preparo de professores. Quando ambas tentativas falham há o direcionamento da criança aos serviços de saúde ou a responsabilização dos pais pelos “desvios” apresentados.

A seu ver o segundo mal entendido decorre das relações entre cuidado à saúde mental das crianças e adolescentes com o setor da Justiça. Em nome da proteção e da tutela pelo Estado muitas crianças são institucionalizadas. A autora considera que esse tipo de medida causa o aprisionamento de seus corpos, palavras, pensamentos e sonhos. Ranços do policiamento das famílias pobres ainda estão presentes nessa relação entre saúde mental, família e Justiça. As crianças e famílias são colocadas numa posição

passiva e desfavorável em que o juiz ou o médico possuem razão e sabedoria para imprimir as decisões sobre a vida dessa população.

O terceiro mal entendido segundo a reflexão da autora relaciona-se a própria questão da saúde mental. Idealmente a sociedade espera que as crianças possam se desenvolver e crescer plenamente para que se tornem sujeitos de direito, com autonomia e possam contribuir com os avanços econômicos do país. O sofrimento psíquico e a diferença ferem narcisicamente os pais e exige intervenções da sociedade e do próprio Estado que possa responder as necessidades da criança. Nas palavras da autora:

“a “sua majestade, o bebê”, objeto de tantos investimentos narcísicos e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfeitar-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar e carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar” (idem, p. 138).

A partir dessas concepções muitos desajustes ainda são correntes nas direções políticas, sociais e econômicas voltadas para a questão infanto-juvenil. Esforços de estudiosos, profissionais que lidam com crianças e adolescentes tentam transformar esse quadro de desentendimentos.

No que diz respeito à esfera da atenção política, apenas com a criação do Ministério da Saúde e da Educação é que a criança ganha notoriedade. A noção de direitos é enfim reforçada pela Constituição Cidadã de 1988 e pelo ECA. O cuidado prestado à crianças e adolescentes é um compromisso ético assegurado na referida constituição pelo artigo 227, parágrafo 1º, que diz:

O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos: I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

Além disso, o artigo 4º do ECA (1990) reafirma o direito à assistência integral e prioritária à saúde de crianças e adolescentes. O ECA se alinhou com algumas diretrizes do SUS, inclusive no que se refere à criança como um sujeito de direito à saúde, educação, lazer, convivência familiar e comunitária; também discorre sobre a participação da sociedade civil por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente. No que tange a especificidade da educação, em 1996 foi sancionada a Lei 9.394 que estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional (LDB).

Já no âmbito das políticas públicas em saúde mental, atualmente observa-se que a partir dos debates da Reforma Psiquiátrica Brasileira e de acordo com seus pressupostos, a possibilidade de atendimento à saúde mental da população infanto-juvenil foi colocada em pauta e se deu inicialmente, a partir da década de 80, pelos HDi e principalmente, por meio dos CAPSi a partir de 2002. Os centros que dirigem atenção à saúde mental de crianças e adolescentes funcionam das oito as 18 horas, de segunda a sexta-feira e alguns podem ter o terceiro turno até as 21 horas (Amarante, 2007). Os CAPSi operam dentro da lógica do SUS, de base territorial, comunitária e não institucionalizante dirigidos a cidadãos de responsabilidade e de direito (Brasil, 2005).

O processo que constitui a Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se constituindo desde o final da década de 1970 por um movimento pendular caracterizado, por um lado, pelo reconhecimento de avanços significativos na atenção e nos direitos e também pela imposição permanente de novos desafios, sendo a questão infanto-juvenil um fazer colocado à prova dos profissionais que além do cuidado, procuram privilegiar os familiares dentro da nova perspectiva de incluir socialmente crianças e adolescentes de modo a prevenir rotas de institucionalização do cuidado.

Outro avanço importante é a construção e permanência do Fórum Nacional de Saúde Infanto-Juvenil que surgiu a partir dos debates ocorridos na III CNSM e se configura como espaço importante para diálogo e busca de consenso para o

fortalecimento da política voltada à infância e adolescência. A participação é garantida aos representantes das instituições governamentais, setor da sociedade civil e entidades filantrópicas que atuam na área e têm como principais funções a articulação intersetorial e discussão permanente sobre políticas da área (Brasil, 2006).

A partir dessas premissas teóricas colocadas, o próximo capítulo apresenta os objetivos do presente trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Identificar, descrever e analisar formas e estratégias de inserção familiar que se produzem nas práticas de saúde mental dos profissionais que atuam no novo modelo de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes

2.2. Objetivos específicos

- Identificar e descrever concepções que os profissionais de saúde mental têm a respeito da inserção da família nas suas práticas.
- Identificar e compreender dificuldades e facilidades (limites e possibilidades) de inserção da família nessas práticas segundo os profissionais.

3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

3.1 O tipo de pesquisa, a forma de obtenção dos dados e o instrumento

O trabalho em tela caracteriza-se como uma pesquisa de natureza descritiva e de corte qualitativo na medida em que visa evidenciar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, relações e estruturas sociais estas tomadas como construções humanas que podem ser apreendidas através do cotidiano e da vivência (Minayo, 2004). Ela trabalha ainda com o: *“universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”* (p. 107)

Para tanto, a pesquisa utilizou como técnica de coleta dos dados a entrevista semi-dirigida, que é certamente uma das ferramentas mais utilizadas nas pesquisas qualitativas. Para Kahn (*apud* Minayo, 2004) a entrevista pode ser definida como: *“conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um desenho de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) e temas igualmente pertinentes com vistas a responder a um objetivo”*.

A entrevista pode ser classificada segundo seus objetivos e seus tipos. A técnica de entrevista realizada no presente trabalho foi a entrevista semi-dirigida, visto que ela permite construir narrativas, *“...onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema que lhe é proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”* (Minayo, 2004, p. 108). Esse tipo de entrevista também é conhecido como semi-estruturada, que nas palavras de Triviños (1987, p. 146):

“Podemos entender por entrevista semi-estruturada em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses,

que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”.

Boni e Quaresma (2005) afirmam que esse instrumento tem características de fácil aplicabilidade, adaptabilidade e elasticidade no seu desenvolvimento, o que favorece a relação de interação entre o entrevistador e o entrevistado e possibilita a imersão de respostas espontâneas dos entrevistados.

Turato (2003) baseado em Bleger aponta que a entrevista semi-dirigida conta com um roteiro de questões abertas que são baseadas nos questionamentos relativos ao objeto de pesquisa, das teorias e hipóteses suscitadas pelo mesmo. Em sua aplicação espera-se um discurso com livre associação de idéias sobre os temas questionados, que conta somente com interposições por parte do entrevistador com o objetivo de aprofundar ou esclarecer algum dos conteúdos apresentados.

Portanto a pesquisadora construiu um roteiro temático que além de uma breve identificação inicial do sujeito, consta também de sete pontos-chave que correspondem aos objetivos da pesquisa conforme apresentado no anexo 3.

A aplicação teve duração média de 30 minutos, variando entre 15 e 45 minutos. As entrevistas foram áudio gravadas e transcritas para preservação do seu conteúdo. A postura empática do pesquisador e a garantia dos aspectos afirmados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 4) foram fundamentais para que o entrevistado não se sentisse ameaçado ou constrangido pela gravação de seu discurso.

3.2 O cenário e sujeitos

Os CAPSi são serviços especializados para atenção em saúde mental de crianças e adolescentes com comprometimentos psíquicos graves e persistentes, como portadores de autismo, psicoses e neuroses graves.

Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde (2009)⁸ o número de CAPSi no país é de 103 unidades, já o Estado de São Paulo conta com 23 equipamentos e a cidade de São Paulo conta com dez unidades distribuídas nas regiões:

Quadro 1 - Distribuição dos CAPSi da região metropolitana de São Paulo, segundo as regiões, São Paulo, 2009.⁹

Sudeste	CAPS Adolescente Vila Prudente	Vila Zelina
	CAPS Infantil Vila das Mercês	Vila das Mercês
	CAPS Infantil Mooca	Móoca
Norte	CAPS Infantil Santana	Santana
Sul	CRIA – Casinha Jabaquara	Cidade Vargas
	CAPS Infantil Santo Amaro	Vila União
	CAPS Juventude Santo Amaro	Santo Amaro
Centro-Oeste	CAPS Infantil Lapa	Parque da Lapa
Leste	CAPS Infantil São Mateus	São Mateus
	CRIA – Itaquera	Cohab José Bonifácio

⁸ Dados retirados do site

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf.

Acesso em 10/02/2009.

⁹ A prefeitura de São Paulo inaugurou mais uma unidade de CAPSi, localizada na região central (Sé). O serviço é integrado a um complexo de saúde que conta entre outros serviços, com atenção básica (ama) e um CAPS ad 24 horas.

A cidade de São Paulo está dividida em cinco subprefeituras. A amostra intencional foi composta pela escolha de um serviço situado em cada uma das regiões da cidade, de modo que o estudo possa fornecer uma imagem geral do município. A amostra foi constituída foi: CAPS Infantil Mooca (região sudeste), CRIA Casinha Jabaquara (região sul), CAPS Infantil Lapa (região centro-oeste), CAPS Infantil Santana (região norte) e CRIA Itaquera (região leste).

Em todas as unidades, o convite para participação foi feito aos profissionais de nível superior completo de cada área do conhecimento e atuação no serviço. Os CAPSi são compostos por: enfermeiros, psicólogos, psiquiatras ou neurologistas, terapeutas ocupacionais, pedagogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos ou outros que possam contribuir com a construção e seguimento dos usuários (Brasil, 2004; Couto, 2008). Nem todas as unidades participantes da pesquisa são compostas por todos profissionais sugeridos pela portaria que oficializa os serviços. Em acordo com a pesquisadora a equipe pôde decidir qual seria o profissional de cada área indicado para participar da pesquisa quando houvesse mais de um profissional com a mesma formação no serviço. O único critério estabelecido pela pesquisadora é que o profissional entrevistado tivesse pelo menos um ano de atuação no serviço. Segundo Deslandes (*in* Minayo, 2004): “*a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade (...) a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões*”.

A escolha pelos profissionais como sujeitos da pesquisa ocorreu em função deles serem os responsáveis formais pelas propostas dirigidas à população atendida e porque podem de acordo com suas concepções e condições de aplicabilidade inserir ou não os familiares nas práticas que ocorrem nesses serviços. No entanto, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira os familiares também foram protagonistas importantes no movimento de reivindicações por melhorias na assistência prestada, por isso é importante que outros estudiosos abordem essas figuras como sujeitos de pesquisa no campo da saúde mental.

3.3 Considerações sobre o tratamento dos dados

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que tem sido utilizado como referencial de muitos pesquisadores na área da saúde (Turato, 2005).

Para a análise de conteúdo optou-se nesse trabalho pela análise temática de conteúdo. Ela comporta uma gama de relações representadas por uma palavra, frase ou resumo que são aglutinados em categorias, que são: *“rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos”* (Bardin, *apud* Minayo, 2004, p.93).

Após a transcrição das entrevistas o material foi lido repetidas vezes e foram determinadas as categorias conforme os objetivos da pesquisa e a constituição do *corpus* da análise e interpretação dos dados também considerou critérios de repetição e relevância do material obtido, conforme sugerido por Turato (2003).

Cada pergunta do roteiro norteador da entrevista construído pela pesquisadora responde a um dos objetivos da pesquisa (anexo 5). Desta forma foram construídas quatro categorias temáticas com desdobramentos (subcategorias temáticas) que serão apresentadas no capítulo 5. Resumidamente podemos afirmar que:

- A categoria temática 1 foi construída a partir das questões (do conjunto das entrevistas, não houve uma questão específica no roteiro que suscitasse ou abordasse essa dimensão),
- A categoria temática 2 foi construída a partir das questões (1, 5 e 6),
- A categoria temática 3 foi construída a partir das questões (da identificação e das atividades exercidas não houve uma questão específica no roteiro que suscitasse ou abordasse essa dimensão),
- A categoria temática 4 foi construída a partir das questões (2, 3, 4).

Além disso, os pressupostos da Reforma Psiquiátrica assim como algumas sugestões apontadas durante o exame de qualificação foram considerados como indicadores para a composição do *corpus* das categorias construídas.

3.4 Considerações éticas e descrição da coleta de dados

A presente pesquisa responde aos princípios éticos da resolução 196/96 que dispõe normas para a realização de pesquisas com seres humanos e considera importante as dimensões de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Para respaldar os cuidados éticos necessários para sua execução, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e ao Comitê de Ética da Gestão Pública do Município de São Paulo para apreciação e autorização do estudo, nessa instância o projeto também foi enviado ao supervisor técnico da Área Técnica de Saúde Mental da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. A cópia das referidas autorizações e o número de seus protocolos estão em anexo (1 e 2).

Uma vez aprovado por esses órgãos o projeto foi apresentado aos gerentes ou coordenadores que respondem pelos serviços que fizeram parte da pesquisa. As autorizações dos gerentes ficarão guardadas sob a responsabilidade da pesquisadora durante o período de cinco anos.

O contato com cada unidade escolhida para a realização das entrevistas foi feito após a aprovação nos já referidos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Inicialmente a pesquisadora telefonou e o enviou projeto por meio eletrônico (*e-mail*) aos gerentes ou coordenadores. A partir desse contato, houve a oportunidade de agendar reuniões para apresentar pessoalmente a pesquisa aos participantes da equipe e realizar o convite aos possíveis entrevistados.

Na ocasião da reunião com as equipes a pesquisadora entregou uma cópia impressa da parte teórica do trabalho, explicitando objetivos e métodos, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido, o termo de responsabilidade do pesquisador (anexo 6) e a apresentação do termo de anuência e responsabilidade do gerente da unidade (anexo 7).

Nesses encontros os gerentes de acordo com a expressão de aceitação da equipe em participar da pesquisa, assinaram o termo de anuência e autorizaram dessa forma os agendamentos com os técnicos de nível superior que voluntariamente se propuseram a colaborar com a pesquisa. O período de coleta ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2008.

Em todas as unidades houve aceitação imediata bem como a ênfase sobre a importância desse tipo de trabalho para suas práticas em equipe.

As entrevistas foram agendadas conforme as possibilidades dos profissionais e ocorreram no local de trabalho (nas unidades dos CAPSi). Em cada entrevista a pesquisadora apresentou novamente e de forma breve a pesquisa, sua origem e assumiu o compromisso de devolver os resultados e conclusões tão logo estivessem concluídos. A recusa ou desistência da participação do sujeito na pesquisa, em qualquer momento, foi acatada sem o questionamento dos motivos. Conforme TCLE, o sigilo e a confidencialidade dos dados foram preservados durante todo processo de coleta de dados bem como na fase de análise, resultados e discussão do presente trabalho. Além disso, as unidades e os entrevistados não foram identificados, uma vez que um técnico de cada área do conhecimento foi entrevistado em cada uma das unidades. Por isso a identificação explícita das unidades poderia revelar também a identidade dos técnicos, portanto as unidades foram aleatoriamente chamadas de A, B, C, D ou E. Ao longo do capítulo de análise e discussão o leitor encontrará essas letras para representar as unidades participantes. Já os profissionais foram identificados por números, como sujeitos 1 ao sujeito 23, além de sua profissão.

O TCLE foi emitido em duas vias: uma para o entrevistado e outra para o pesquisador. A cópia do conjunto dos TCLE, em poder da pesquisadora, ficará armazenada durante cinco anos e não foram anexados no trabalho para preservação das identidades (veja em anexo o modelo).

4 RESULTADOS

4.1 Descrição das unidades

Quatro unidades participantes da pesquisa já funcionavam como outros serviços de saúde mental, duas delas funcionavam como HD (CAPSi Mooca e Santana) e dois como Ambulatório de Saúde Mental para adultos (Lapa e Itaquera). A outra unidade (Jabaquara) é nova, construída a partir da portaria vigente.

Alguns profissionais já trabalhavam na rede de atenção pública à saúde, especificamente nos serviços que precederam a vigência da portaria ou outros serviços como as unidades básicas de saúde. No entanto, todos trabalhadores encontram-se diante do desafio de implantar e implementar o modelo de atenção preconizado pela portaria já mencionada, visando principalmente o processo de inclusão social de crianças e adolescentes e podem ter os familiares como parceiros nesse processo.

Cada serviço, portanto apresenta características peculiares e a descrição de cada unidade em separado poderia criar formas de identificá-las e prejudicar o anonimato dos participantes da pesquisa, conforme garantido pela pesquisadora.

Duas unidades são instaladas em estruturas físicas semelhantes às casas das adjacências, e, portanto não se parecem com serviços de saúde tradicionais. Um deles fica dentro de um complexo de saúde que conta com um clube, uma escola e uma entidade de assistência filantrópica a crianças e adolescentes.

Dois deles se parecem com os ambulatórios ou unidades básicas de saúde, como de fato foram antes da vigência da portaria que dispõe da instalação dos CAPSi.

No decorrer da pesquisa de campo a pesquisadora notou a importância de outros profissionais da equipe administrativa e o pessoal de apoio como sujeitos importantes na

atenção prestada à criança, adolescentes e familiares e a inserção desses últimos. Essas pessoas não foram incluídas na pesquisa por um critério de tempo/ prazo para a coleta de dados, além da necessidade de reenvio da pesquisa aos órgãos responsáveis pela autorização da pesquisa.

4.2 Caracterização do perfil dos profissionais entrevistados

Participaram do presente estudo vinte e três profissionais de nível superior que trabalham em cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo, conforme descrito anteriormente. Um profissional de diferente formação profissional em cada uma das unidades participou da presente pesquisa, desta forma foram entrevistados: quatro psicólogos, quatro psiquiatras, quatro enfermeiras, quatro terapeutas ocupacionais, quatro assistentes sociais e três fonoaudiólogas.

Na unidade A foram entrevistados: terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo e psiquiatra. Na unidade B foram entrevistados: psicólogo, enfermeiro, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Na unidade C: terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, enfermeiro, psicólogo e psiquiatra. Na unidade D: assistente social, psiquiatra, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro. Na unidade E: psicólogo e dois enfermeiros.

Na época da coleta de dados uma das unidades (D) não contava com psicólogos em seu quadro de funcionários. Em outra unidade o (a) psiquiatra e o (a) assistente social não puderam participar da pesquisa em função de falta de horário para agendamento da entrevista, uma vez que trabalham também em outras unidades de saúde. Nessa unidade (E) também não trabalhavam fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

A maioria dos sujeitos, precisamente 21 entrevistados são mulheres entre 30 a 50 anos, apenas dois homens foram entrevistados. O tempo de formação técnica dos entrevistados variou entre 12 a 28 anos.

Quanto à experiência de trabalho anterior a entrada no CAPSi, o quadro 2 exposto a seguir, desperta atenção ao expor que todos sempre trabalharam na área de saúde. Alguns haviam trabalhado em hospitais públicos como o Hospital das Clínicas em São Paulo, ou hospitais de especialidades, como Hospital do Câncer, ou ainda unidades básicas de saúde (UBS). A maioria trabalha no CAPSi desde sua inauguração. Outros (dez entrevistados) acompanharam as mudanças nas políticas de saúde mental no exercício da profissão, ou seja, trabalharam também em outros serviços de atenção a população infantil, sobretudo porque dois serviços já existiam antes da portaria 336/2002 e essas unidades funcionavam como HDi ou como Clínicas de Saúde do Escolar. Na coleta de dados uma entrevistada referiu que estava se despedindo da unidade em função de sua aposentadoria.

Quanto ao referencial para o exercício profissional alguns entrevistados possuem cursos de especialização, extensão, aprimoramento, nem sempre na área específica de atuação em saúde mental, quatro profissionais entrevistados fizeram cursos para atuar com grupos e pessoa fez curso de especialização para trabalhar com grupos familiares. Daqueles que fizeram especialização ou curso na área de saúde mental, ou na área infância soma-se onze profissionais. Alguns profissionais responderam que a atuação profissional estava baseada na abordagem teórica utilizada, nesse sentido 16 entrevistados seguem a abordagem psicanalítica, cinco apontam a psicoterapia psicodinâmica e uma profissional é terapeuta familiar sistêmica. O Programa de Aprimoramento Profissional também foi referido como importante para o trabalho em instituição de saúde.

Além disso, a maioria dos entrevistados referiu ter realizado supervisão clínica ou institucional em algum momento da vida profissional, no local de trabalho ou

supervisões particulares ou ainda análise pessoal como importantes referências para o trabalho que realiza nos CAPSi. O quadro a seguir apresenta esses dados.

Quadro 2 - Caracterização dos profissionais entrevistados nos CAPSi da região metropolitana de São Paulo, segundo a atuação profissional anterior ao trabalho no CAPSi e as referências para a atuação profissional no CAPSi. São Paulo, 2009.¹⁰

Atuação profissional anterior	N	Referências para atuação profissional	N
Unidade Básica de Saúde	4	Análise pessoal ou supervisão	20
Hospital Geral	3	Psicanálise	16
Centro referência HIV/ AIDS ou fármaco-dependência ou Hospital de especialidade oncológica	4	Curso área da infância	10
Ambulatório de especialidades	4	Programa de Aprimoramento Profissional	5
Secretaria habitação/ saúde / esporte ou assistência social	4	Psicoterapia psicodinâmica	5
Hospital Dia Adulto	3	Cursos área de grupos	4
Consultório ou clínicas particulares ou entidades filantrópicas	6	Curso área de Saúde Pública	2
Hospital Dia Infantil	10	Terapia Familiar Sistêmica	1
Hospital Psiquiátrico	3	Curso área Saúde Mental	1
Educação (escolas ou creches)	2		

¹⁰ Cada profissional pode ter tido mais de uma experiência profissional anterior e/ou mais de uma referência para atuação profissional. Esse quadro será discutido no capítulo 5 que trata da análise e discussão dos resultados, mais especificamente na subcategoria 5.4.1, que apresenta a formação como uma das dificuldades do processo de trabalho dos profissionais entrevistados

O quadro a seguir apresenta as atividades por eles realizadas:

Quadro 3 – Atividades realizadas pelos profissionais entrevistados nos CAPSi da região metropolitana de São Paulo, São Paulo, 2009.

Atividades:
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento, triagem e avaliação (principalmente o psicodiagnóstico).
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do projeto terapêutico em equipe interdisciplinar
<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões de equipe e administrativas
<ul style="list-style-type: none"> • atendimentos em co-terapia: enfaticamente os grupos e oficinas terapêuticas, tais como: brinquedoteca, oficina de ler e aprender, esporte, crescendo e aprendendo, grupo da adolescência, capoeira e cultura.
<ul style="list-style-type: none"> • atendimentos clínicos/específicos: consulta de enfermagem, fonoterapia, psicoterapia, atendimento de terapia ocupacional.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento às famílias/ cuidadores: grupo de orientação, atendimento de intervenção precoce (grupos mãe e bebê), atendimentos de casais, atendimentos individuais (em algumas situações em que o atendimento de um dos pais ou ambos é considerado condição <i>sine qua non</i> para o atendimento às crianças e /ou adolescentes), encaminhamentos para outros serviços da rede de atenção pública ou clínica-escola de universidades próximas ao CAPSi, visitas domiciliares.
<ul style="list-style-type: none"> • Relações com outras instituições e matriciamento às creches, escolas, Conselho Tutelar/ Vara da Infância e Adolescência, clube da região, abrigos entre outros, de acordo com a necessidade de cada caso.

Os dados resultantes das entrevistas foram submetidos à análise temática de conteúdo segundo Minayo (2004), conforme descrito no subcapítulo 3.3. O quadro a seguir apresenta as categorias temáticas e subcategorias construídas pela pesquisadora, a partir do exercício de análise.

Quadro 4 - Construção das categorias e subcategorias temáticas construídas a partir do conjunto de dados coletados por meio de entrevistas semi-dirigidas realizadas com profissionais de cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo, São Paulo, 2009.

1- Categoria Temática: Concepção de família

Essa categoria foi construída a partir do conjunto das entrevistas. Ela se refere às concepções de famílias segundo os profissionais entrevistados.

2- Categoria Temática: Formas de inserção da família nas práticas que ocorrem nos CAPSi

Essa categoria foi construída a partir das questões 1, 5 e 6, conforme descrito no subcapítulo 3.3. (questões 1, 5 e 6). Vale notar que as formas expressam e abrangem estratégias dos profissionais para que se alcance a inserção dos familiares nas práticas que ocorrem nos CAPSi.

2.1 Subcategoria temática – Responsabilidade para realização do projeto terapêutico das crianças

Essa subcategoria aponta para a inserção como responsabilidade, aprovação ao tratamento, concordância ou assentimento dos pais ou outros familiares.

2.2 Subcategoria temática - Modalidades de atendimento

Essa subcategoria é dividida em sete tópicos que representam modalidades de atendimento ofertadas às famílias que levam seus filhos/ crianças aos CAPSi

- 2.2.1 - grupos psicoterapêuticos
- 2.2.2 - grupos psicoeducativos
- 2.2.3 - atendimentos individuais ou nucleares
- 2.2.4 - atendimento de estimulação/ intervenção precoce
- 2.2.5 - grupos e oficinas de produções culturais e artísticas, incluem-se as festas
- 2.2.6 - visitas domiciliares

2.3 Subcategoria temática –Empoderamento, participação e controle social

Essa subcategoria aglutina a inserção como possível forma de emancipação dos familiares e sua participação em grupalidades, que não estão relacionadas às modalidades terapêuticas

Quadro 4 - Construção das categorias e subcategorias temáticas construídas a partir do conjunto de dados coletados por meio de entrevistas semi-dirigidas realizadas com profissionais de cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo, São Paulo, 2009. **Continuação**

3- Categoria Temática: Território e intersetorialidade

Essa categoria foi construída a partir do conjunto das entrevistas, não havia no roteiro de entrevista nenhum tópico que abordasse esse tipo de atividade, ela se depreendeu do exercício de análise e não se tratava de um objetivo específico dessa pesquisa. Ela foi desdobrada em três subcategorias, conforme exposto a seguir:

3.1 Subcategoria temática – Trabalho com escolas

3.2 Subcategoria temática – Trabalho com abrigos

3.3 Subcategoria temática – Trabalho com equipes de Estratégia de Saúde da Família

3.4 Subcategoria temática– Trabalho com comunidades e redes sociais

4- Categoria Temática: Dificuldades do processo de inserção de familiares

Essa categoria foi construída a partir das questões 2, 3, 4 do roteiro temático e aponta as dificuldades e por outro lado aspectos que podem ou poderiam idealmente facilitar a inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos serviços pesquisados. Ela foi separada em dois subconjuntos, conforme se observa a seguir:

4.1 Subcategoria temática – Formação adequada, contínua e permanente, inclui-se nesse aspecto a supervisão;

4.2 Subcategoria temática – Tempo disponível e espaço apropriado

4.3 Subcategoria temática– Medicalização

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Concepção de família

O trabalho com famílias, em qualquer nível de atenção à saúde, orienta-se a partir de duas questões fundamentais: a compreensão do significado de família e os contextos em que estão inseridas, ou seja, o território em que ocorrem suas trocas sociais. Dada importância do aspecto territorial nas práticas dos profissionais entrevistados, a terceira categoria temática do presente trabalho se reserva a essa discussão.

Essa categoria agrupa todas as referências, discursos e concepções que tipificam as famílias de acordo com valores, idéias e representações dos profissionais entrevistados.

Ao analisar as entrevistas pode-se notar que a possibilidade de inserir as famílias nas práticas que ocorrem nos serviços de saúde mental aparece sempre relacionada às concepções que os profissionais têm a respeito do que consideram família.

O quadro a seguir expõe o modo como as famílias são classificadas pelos profissionais entrevistados:

Quadro 5 - Classificação das famílias e discurso que as tipificam em cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo, São Paulo, 2009.

Classificação das famílias	Exemplos extraídos das entrevistas realizadas com os profissionais
“Famílias carentes”	“A gente chama de <u>quadros carenciais</u> , que vão além da <u>carência econômica, financeira, questões de carência afetiva, carência de outros recursos que dariam qualidade as suas vidas.</u> ” (Psicólogo (a), sujeito 1)
“Famílias com pais que têm comprometimentos psíquicos”	“A gente atende muitas crianças com <u>pais que têm muitos comprometimentos como transtornos psíquicos severos mesmo, outros com histórico de alcoolismo, muitas crianças com famílias desestruturadas, a gente chama de vulnerabilidade, crianças que às vezes não tem família, ou com adultos que não tem responsabilidade, assim dizendo, no cuidado...</u> é uma realidade dura”.(Psicólogo (a), sujeito 1)
“Famílias em situação de vulnerabilidade”	“Aqui existe sim um contexto de tráfico, assassinatos, morte, nessa região, mas não é o que mais pega aqui na clínica, eu acho que é essa <u>pobreza intensa...</u> ” (Psiquiatra, sujeito 3)
“Famílias desestruturadas”	“E essa <u>desagregação familiar, pais e mães separados, muito separados, distantes no cuidado, muitos com vícios, muitas crianças com outras famílias.</u> ” (Psiquiatra, sujeito 3)
“Famílias com adultos que não tem responsabilidade no cuidado”	“Crianças que às vezes não tem família, ou com <u>adultos que não tem responsabilidade, assim dizendo, no cuidado...</u> é uma realidade dura.” (Psicólogo (a), sujeito 1)
“Famílias que são estruturadas”	“Mas também tem famílias muito colaborativas, que ajudam se interessam e se tornam parceiras.” (Assistente social, sujeito 11)
“Famílias que precisam ser tuteladas”	“Algumas famílias exigem nossa intervenção ou ajuda para gerirem suas vidas” (Terapeuta ocupacional, sujeito 2)
“Famílias que tem o cuidado exclusivamente atribuído às figuras femininas” – famílias matriarcais	“Observamos que um grande número de crianças são criadas pelas mães, pelas irmãs mais velhas, pelas avós, sem que haja a figura paterna, então o contato com a ‘família’ é só com a mãe mesmo.” (Enfermeira, sujeito, 12)

Esses discursos pressupõem a existência de famílias ideais que entre outras características seriam possivelmente estruturadas, autônomas, provedoras, nucleares e suficientes para o cuidado. Ao contrário disso, os profissionais apontam que as famílias que trazem seus filhos aos serviços de saúde mental estariam distantes desse modelo e por isso precisariam ser cuidadas, “adaptadas” ou ainda protegidas. Note o depoimento a seguir:

*“Muitas famílias são desestruturadas, então a gente tenta organizar também a vida familiar dessas crianças, o nem sempre é possível.”
(Psicólogo (a), sujeito 1)*

Medidas de amparo ou proteção às famílias baseadas no pressuposto que elas são pouco capazes de gerir suas vidas podem causar uma relação desigual e verticalizada entre profissionais e usuários, porque considera o conhecimento do profissional em detrimento aos saberes da população. Esse tipo de assistencialismo é profícuo para a conservação do modelo biomédico higienista vinculado ao aconselhamento, estruturação e policiamento das famílias. A política de Estado do século XIX ainda imprime características nas relações entre o público (serviços de saúde) e o aspecto privado (vida íntima das famílias) que é revelado nesse contexto de análise.

Quando as famílias chegam aos serviços de saúde em geral são convocadas a expor a esfera privada de suas vidas aos profissionais que os atendem e assim tornam públicas suas relações e modos de viver. A anamnese e as chamadas avaliações situacionais precisam favorecer o aparecimento de características positivas dos familiares, como por exemplo, a busca de soluções para seus problemas, que dentre outras possibilidades se expressa com a própria procura ao serviço de saúde. As avaliações que não se focam estreitamente no binômio saúde-doença são fundamentais para formulação de ações voltadas às necessidades das crianças, adolescentes e famílias.

Rosa (2005) compartilha de opinião similar ao sugerir que alguns profissionais diante de dificuldades apresentadas pelas famílias (financeiras, sociais ou relacionais) tomam para si a tarefa de aconselhar, prescrever comportamentos e disciplinar o

processo interativo entre as famílias e suas crianças. Isso subtrai a competência dos próprios familiares e pode disparar a manutenção dessas dificuldades. Segundo a autora quando o profissional tem a necessidade de se tornar útil para a família, ele reforça sentimentos de inutilidade e impotência da família para que elas construam novas respostas as suas questões. Quanto mais professoral for a abordagem dos profissionais menos potencial de emancipação poderá ser construído na família.

Também corrobora com esses resultados Reinaldo *et al* (2005) ao afirmar que quanto mais a família estiver aprisionada aos valores expostos pelos profissionais e relações que favoreçam o autoritarismo ou a rigidez, menor será o espaço para as diversidades.

Nesse sentido, os autores sugerem aos profissionais que não criem expectativas ou comparem modelos de famílias em seu fazer. Como apresentado na introdução, atualmente não é possível falar em família e sim, famílias, dada a diversidade das relações e grupos que se definem como tal. Apesar de diferentes configurações e das dificuldades apresentadas em cada etapa do ciclo de vida os grupos familiares são atores que auxiliam no processo de crescimento e desenvolvimento de seus membros.

Outro dado importante obtido a partir do trabalho de análise das entrevistas é que alguns discursos sobre os tipos de família que levam seus filhos aos CAPSi, sugerem que os familiares são responsáveis pela gênese e até mesmo os culpados pelo sofrimento mental dos indivíduos. Observe as falas a seguir:

“Entendo a importância das famílias no processo de cuidado das crianças que são atendidas aqui, mas vou ser sincera, a adesão aqui é bem baixa por parte dos familiares, por conta de comprometermos deles... ou transtornos psíquicos mesmo ou outros problemas sociais que acabam influenciando a vida deles.” (Psicólogo (a), sujeito 1)

“Algumas famílias são muito frágeis, tem algumas com problemas de saúde mental mesmo, alguns pacientes tem pais fazem tratamentos psiquiátricos longos... isso interfere nas questões da criança porque elas têm que suportar, conviver, torna-se mais um nó na vida dessas crianças.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 2)

De fato, concepções como essas contribuem para manutenção dos estigmas e preconceitos relacionados ao sofrimento psíquico como loucura ou condição de menor valia. Além disso, não colaboram para que as relações estabelecidas entre os profissionais e familiares se tornem menos verticalizadas.

Nesse contexto da família como cuidadora das crianças atendidas nos CAPSi, a análise das entrevistas retrata a importância da figura feminina no papel principal de cuidados. O roteiro de que serviu de base para a entrevista com os profissionais fazia menção à unidade familiar, no entanto, o discurso dos profissionais se referia quase exclusivamente à mãe das crianças. Os profissionais afirmaram entender que outras figuras são importantes, mas assumem que em maior parte dos casos o cuidado é atribuído às mulheres.

“Aqui tem criança que vem com irmãos, com as mães, outras com o pai e a avó, mas na maioria dos casos, são as mães, são elas que dispõem de tempo, de vontade e possibilidade de vir ao serviço com os filhos, muitas vezes a pé, trazendo-os no colo.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 2)

“Quando chamo os pais pra avaliação, por exemplo, agora os pais (homens) também chegam, participam, mas ainda é muito grande o número de crianças que são trazidas pelas mães, tias, irmãs ou avós, mulheres, até mesmo uma vizinha.” (Psicólogo (a), sujeito 19)

Esse dado já fora exposto pela literatura (Pereira, 2003; Rosa, 2005; Souza e Scatena, 2005; Duarte *et al*, 2007) que também aponta o cargo do cuidado atribuído às mulheres como construção social.

Essa construção social teve início com o modelo médico higienista do século XIX quando a condição da imagem do amor materno foi fortemente relacionada ao crescimento de seus filhos. A partir disso, as mulheres foram encarregadas pelos cuidados na esfera da vida privada e pública o que explica a ampla atuação nas áreas da educação e saúde.

Nesse sentido, concordamos com Gonçalves (1999) citado por Souza *et al* (2002) que destaca que a mulher pode ser foco de atenção dos profissionais de saúde quando se atribui ao feminino o encargo de cuidado. Por isso observou-se que algumas unidades em determinados casos assumem como importante atendimento psicológico a cuidadora principal.

Além das mães, as avós também se apresentam como cuidadoras informais freqüentemente mencionadas durante as entrevistas realizadas. A literatura aponta que especialmente as avós, diante das novas configurações familiares ganham destaque no tocante do sustento financeiro da família e na relação afetiva com seus netos no processo de socialização e inclusão social (Pereira, 2003; Pegoraro e Caldana, 2006, 2008). Alguns dados extraídos do resultado ilustram essa questão:

“A gente percebe uma organização familiar cada vez mais desestruturada, pais separados, muitas avós criando seus netos, como filhos, ou com os filhos, então vem o pai, a criança e a avó exercendo essa função da mãe mesmo. Pais separados é uma realidade bem freqüente nessa região.” (Psiquiatra, sujeito 3)

“Aqui a gente lida muito com avós, tias, primos, irmãs e irmãos mais velhos, não necessariamente são os pais, os genitores que trazem e que são o foco, se posso assim dizer sobre as famílias.” (Psicólogo (a), sujeito 1)

“Muitos pais nessa situação de desemprego acabam delegando o cuidado dos filhos aos seus próprios pais, em geral, as mães dos pais, ou seja, as avós dos pacientes são cuidadoras e também ajudam no sustento da família inteira.” (enfermeiro (a), sujeito 8)

Segundo Souza *et al* (2002) as redes de solidariedade formadas por vizinhos, parentes e amigos são importantes elementos para diversas famílias que apresentam condições de carência financeira. Os autores alertam a importância de não retratar generalizações sobre a família, pois ao não se dar conta dos diferentes modelos de família e construções sociais da realidade, os profissionais tendem a tratar as pessoas

como sujeito psicológico universal, comum a todas camadas da sociedade, o que criaria relações de imposição e mando, ao invés de criar parcerias e emergência de autonomia.

A busca por essas parcerias é uma das novas funções dos serviços de saúde mental centrados na comunidade. Os achados evidenciados nessa categoria mostram a importância de estudos sobre as representações sociais dos profissionais em relação à clientela atendida. Outras possíveis investigações são aquelas que possam mostrar a magnitude das redes sociais na realidade das famílias brasileiras.

5.2 Formas de inserção da família nas práticas que ocorrem nos Capsi

O exercício de análise mostrou a partir do conjunto de dados que cada família pode ter uma inserção diferente nas práticas que ocorrem nos serviços de saúde mental, elas têm peculiaridades e não há nesse sentido uma receita pronta para o encaixe desses grupos. Deste modo, a inserção é um processo sempre em construção para ser discutido nas equipes. Observe no depoimento a seguir a pluralidade de formas e estratégias para inserir as famílias, em especial os pais:

*“Olha a gente já tentou vários trabalhos com os pais... a gente já tentou abordagem desde que essas crianças chegam, a gente pede que realmente participem da triagem, e nesse momento já tenta estabelecer um vínculo com esses pais, também no momento posterior quando já existe um projeto terapêutico para a criança, a gente tenta incluir esses pais, por exemplo, nas oficinas, em grupos, em visitas familiares, depende muito de cada criança, de cada caso, de cada família.”
(Psicólogo (a), sujeito 1)*

As formas de inserção das famílias nas práticas ocorridas nos CAPSi podem ser agrupadas em três subcategorias, conforme quadro 6, apresentado a seguir:

Quadro 6 - Formas de inserção das famílias nas práticas que ocorrem em cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo, segundo os profissionais entrevistados, São Paulo, 2009.

Formas de inserção das famílias	5.2.1	Inserção como responsabilidade para realização do projeto terapêutico da criança
	5.2.2	Inserção como modalidades de atendimento aos pais
	5.2.3	Inserção como participação e controle social.

Além das concepções de famílias descritas pelos profissionais dos CAPSi, outro norte para o trabalho com elas é a noção de inserção e sua polissemia que se expressa nas práticas. Assim as configurações de família e as noções de inserção dos profissionais podem contribuir para a consolidação do modo psicossocial de fazer saúde ou revelar que apesar das discussões resultantes da Reforma Psiquiátrica, os profissionais ainda operam suas práticas num modo predominantemente psicológico/ clínico. Essas questões serão refletidas ao longo da apresentação e discussão de cada subcategoria anteriormente citada.

Vale também ressaltar que as formas de inserção refletem em alguma medida as estratégias que os profissionais lançam mão para que se alcance tal proposta.

5.2.1 Inserção como responsabilidade para realização do projeto terapêutico da criança

Essa subcategoria aglutina todas as referências que exprimem inserção das famílias como responsabilidade delas para realização do projeto terapêutico das crianças atendidas nos CAPSi. A responsabilidade dos familiares aparece como aprovação ao tratamento, assentimento e concordância em relação à terapêutica apontada às crianças ou adolescentes.

As entrevistas colocaram em evidência a idéia de inserção como significado de responsabilidade das famílias, especialmente os pais, em relação à adesão e continuidade do projeto terapêutico de seus filhos. Atribuíram a eles o compromisso de garantia do tratamento, qualificando-as de acordo com critérios de frequência X falta, participação em grupos, “qualidade” das informações e questionamentos sobre a terapêutica.

“Aqui a adesão dos familiares nos projetos terapêuticos das crianças é bem baixa, isso pode dificultar proposta de trabalho, no trabalho com crianças você precisa no mínimo ter a família se responsabilizando em trazê-las, esse é o primeiro passo.” (Terapeuta ocupacional, sujeito, 2)

“Eu acho difícil implicar as famílias, mas acho que essa dificuldade também ocorre em outros contextos, mas quando há adesão e entendimento do processo, a gente percebe que não é só benéfico, é fundamental.” (Psicólogo (a), sujeito 4)

Como exposto os entrevistados assumem os pais como parte importante na terapêutica:

“Em nossa prática a questão da família sempre é presente, é um dos trabalhos dos CAPSi é ajudar a criança a se colocar no mundo e isso começa em casa, a criança conhecendo sua família, e interagindo, e a família nesse conhecer e interagir permitir essa inclusão no social. É uma condição importante, não só no sentido de aderir, mas que participe, entenda os processos e por vezes participem de atendimentos, reuniões com outros pais e com a equipe.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 2)

“Entendo a importância da inserção dos pais como base para todo ou quase todo planejamento que fazemos, porque se nossa intenção é incluir a criança no seu ambiente, o primeiro ambiente é a família, sem esse consenso, de nada adiantaria outras ações, como o contato com a escola, por exemplo.” (Psicólogo(a), sujeito 1)

“Nossas crianças têm as melhores famílias, porque essa família é aquela que consegue chegar, a chegada até o CAPSi faz uma peneira.” (Psiquiatra, sujeito 13)

Ainda com relação à terapêutica, o cuidado e a evolução do quadro clínico observa-se que tanto melhorias quanto retrocessos aparecem vinculados à família que ora é vista como parceira ora como aquela que pode prejudicar o tratamento. As falas a seguir podem demonstrar essas concepções:

“As famílias ultimamente tem cobrado muito, eu acho super legal, a gente sempre fala em fechar períodos com a família e ouvir um feedback delas, a gente instituiu isso de uns três anos e a gente sempre teve um contato bom, mas não era de sentar com as famílias em grupos e falar, conversar. Nesse semestre passado a gente fez isso e teve um retorno bem interessante, com questionamentos inclusive da nossa prática, que, por exemplo, se é pra brincar, eles brincam em casa, se é pra assistir televisão então que assista em casa, a gente explicou a importância de chamar a criança, olhar pra criança, estabelecer esse tipo de contato, de outro exemplo, conversar e orientar também as crianças sobre atividades diárias, como escovar o dente, então que isso é importante, e isso tem dado retorno, cobraram, quando fica claro o que a gente tá fazendo eles entram em cena e podem investir com a gente, porque se eles acham que é só brincar, um lúdico sem objetivo, desmotiva e fica sem sentido nenhum, as famílias tem se apropriado bastante no sentido de entender.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 14)

“Tem família que sabota o tratamento, por exemplo, acredita que só o remédio já resolve o problema então quer vir só para isso, ou então tem umas mães que trazem o filho, mas querem aproveitar e sair antes para ir ao banco, entram no atendimento e puxam a criança, não sei como mudar isso.” (Assistente social, sujeito 11)

“Eu considero que sem a família não tem como haver tratamento psiquiátrico, com qualquer paciente psicótico, mas isso ainda mais com criança e adolescente.” (Psiquiatra, sujeito 13)

Ribeiro (2004) tem resultados similares e considera que *“a família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades para com o indivíduo em foco (...) também é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo saúde/doença”*.

O depoimento que exemplifica a possível “sabotagem” das famílias nos remete a pensar que o imaginário dos profissionais ainda guarda concepções que reproduzem a

história da assistência psiquiátrica ao portador de transtorno mental, quando a família era afastada do convívio do sujeito e vista apenas como informante da história de vida, do início dos sintomas e busca de tratamentos anteriores. Na época áurea das longas internações psiquiátricas, a família podia ter contato apenas na condição de visita aos sujeitos que viveram enclausurados nos hospitais psiquiátricos, pois considerava-se pouco colaboravam ou podiam prejudicar o tratamento.

Já os relatos a seguir mostram uma mudança na concepção dos profissionais a respeito das famílias como “prejudiciais” ao tratamento e, ao invés disso, retratam a responsabilidade e a necessidade de parceria entre profissionais e familiares.

“Atualmente os pais são participantes de todo o processo, deles dependem não só a vinda da criança, mas é preciso que eles entendam as propostas, sigam também as orientações dos técnicos e do profissional de referência, que no caso tem a responsabilidade de fazer as indicações terapêuticas. Aqui até na hora da alimentação tem uma proposta terapêutica que envolve os pais.” (Assistente social, sujeito 6)

“Eu considero que sem a família não tem como haver tratamento psiquiátrico, com qualquer paciente psicótico, mas isso ainda mais com criança e adolescente.” (Psiquiatra, sujeito 13)

Com o advento das propostas psicossociais e territoriais de atenção à saúde mental os familiares assumem papel importante no cuidado informal à população usuária desses serviços. A análise dos dados aponta para a superação do lugar passivo que a família era colocada ao longo da história da atenção psiquiátrica, e atualmente assumem lugar de parceiros, co-responsáveis pela atenção em saúde mental da população infanto-juvenil.

A responsabilidade como forma de inserção dos familiares nas práticas que ocorrem nos serviços de saúde mental acontece desde o momento em que eles buscam o atendimento para seus filhos ou crianças.

Os profissionais assumem a chegada e a recepção dos familiares como facilitadores da inserção das famílias nas práticas que ocorrem nos serviços. Para o conjunto de profissionais entrevistados esse momento da atenção é uma estratégia que configura em si uma forma de inserção. Observe no depoimento que segue:

“Uma estratégia para incluir os pais é o acolhimento, é o primeiro contato, a forma como eles chegam e a postura de quem o atende, isso aqui na equipe é consensual, não tenho dúvidas.” (Psiquiatra, sujeito 3)

Em 2004, a Secretaria de Saúde da prefeitura de São Paulo já havia proposto o acolhimento como uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho com vistas a responder a assistência integral baseada nos princípios do acesso universal e da equidade do SUS. Assim ao atender a demanda que chega espontaneamente aos serviços, os profissionais identificam o risco ou vulnerabilidade no caso apresentado e o encaminha de modo mais pertinente. E o Ministério da Saúde em 2006 destaca o acolhimento como um princípio das medidas de humanização da atenção à saúde (Brasil, 2006) por isso é um termo em voga na fala dos profissionais e foi muito referido no conjunto de dados analisados.

No passado, essa atividade mostrava-se como tarefa exclusiva dos auxiliares de enfermagem (serviço E), em outro pela assistente social (serviço D), nos demais serviços havia duplas de técnicos que se revezavam para realizar essa atividade. No entanto, a partir de discussões dessas equipes sobre qual é o sentido da recepção e da prática do acolhimento, essa ordem foi alterada e no momento em que as entrevistas foram realizadas, todos os profissionais, em todas as unidades afirmaram participar desse momento da atenção¹¹.

¹¹ O tema acolhimento é tratado por diversos autores, dentre eles: Teixeira, 2003; Caçapava, 2008; Merhy, 1997; Brasil, 2006)

O sentido principal do acolhimento no universo pesquisado é a garantia de acesso de “portas abertas” a todo cidadão que procura o serviço, a partir da postura empática e de escuta. Além disso, configura-se como um organizador do fluxo de entrada e encaminhamentos realizados.

Numa instituição (serviço E) existe o uso do termo pré-acolhimento, ou seja, o momento em que o sujeito é recebido por um profissional que anota seus telefones, a forma e o motivo que o levou ao serviço. Nesse contato a família consegue outro horário em que os motivos da sua procura serão analisados, geralmente por um ou dois técnicos. Outras informações pertinentes a esse momento são: lugar de moradia, para verificar se o sujeito está procurando o local de referência para região em que mora e idade do sujeito.

A recepção, também chamada de acolhimento, apareceu na maioria das entrevistas e sua importância foi reconhecida por profissionais de diversas áreas, como sugerem as falas a seguir:

“Acolher é muito mais do que triar, acolher no sentido de dar voz àquela pessoa que procura o serviço. É claro que a gente corre o risco de operacionalizar essa atividade porque a lista de espera para o atendimento é muito grande, então é isso que eu queria enfatizar – acolher isso pode ser feito a qualquer tempo, enquanto aquela pessoa está aguardando o próximo atendimento, ou em alguns casos o atendimento mesmo.” (Psicólogo (a), sujeito 4)

“Algumas mães chegam aqui com sede de escuta, precisam falar e encontrar alguém que tenha essa disponibilidade já tem em si um efeito terapêutico.” (Assistente social, sujeito 15)

Os profissionais entrevistados assumem a chegada como uma forma inicial de inserção das famílias no momento do acolhimento, sobretudo, porque no caso específico de crianças e adolescentes é a família ou um cuidador por ela indicado, na maior parte das vezes, que decide procurar ajuda e apresenta a queixa inicial.

Em outros casos a chegada aos serviços de saúde relaciona-se a outras instituições, como a escola ou a autoridade judiciária que realizam encaminhamentos. Visto dessa forma, a recepção, o acolhimento, a porta de entrada e os critérios de admissão no serviço podem facilitar a relação de confiança e compromisso dos usuários com a equipe e o serviço em que as crianças são tratadas, conforme a fala:

“Muitas mães, pais e avós chegam aqui e ficam muito agradecidos, chegam a abençoar os profissionais que o ouviram e em geral esse profissional se torna referência do caso e então sentem que acharam um lugar.” (Enfermeiro (a), sujeito 18)

O acolhimento visto como estratégia dos profissionais para inserção das famílias nas práticas ligadas à saúde mental implica um comprometimento do profissional em “estar com” e potencializar a capacidade do familiar em falar sobre suas experiências resultantes da convivência com o sujeito em sofrimento psíquico. O contato de familiares com profissionais dispostos a ouvir desperta a possibilidade de expor dificuldades, estratégias de enfrentamento e trajetórias na rede de serviços. Esse tipo de encontro favorece uma relação entre o profissional e o usuário mais humanizada e formadora de vínculo. A chegada de muitos familiares nos serviços de saúde mental é marcada por essa “sede de escuta”, referida por um dos profissionais.

“Acolher é muito mais do que triar, acolher no sentido de dar voz àquela pessoa que procura o serviço. É claro que a gente corre o risco de operacionalizar essa atividade porque a lista de espera para o atendimento é muito grande, então é isso que eu queria enfatizar – acolher isso pode ser feito a qualquer tempo, enquanto aquela pessoa está aguardando o próximo atendimento, ou em alguns casos o atendimento mesmo.” (Psicólogo (a), sujeito 4)

“Algumas mães chegam aqui com sede de escuta, precisam falar e encontrar alguém que tenha essa disponibilidade já tem em si um efeito terapêutico.” (Assistente social, sujeito 15)

A importância da forma de receber a clientela também foi mencionada por Merhy (2007) ao afirmar que até mesmo um vigia pode ser considerado um trabalhador

de saúde no sentido de que ele possui autonomia na entrada dos serviços para decidir quem pode ou não entrar. Com uma postura acolhedora ou “quebra-galho” pode favorecer a relação com a instituição ou afastar o usuário. Em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um encontro entre um trabalhador e um usuário, há um processo de produção de trabalho importante para a inserção de usuários e familiares. Por isso há necessidade de pesquisas que dêem voz não somente aos profissionais de nível superior dessas unidades, mas também ao pessoal da área de apoio (como cozinheiras, porteiros, ajudantes gerais) e administrativos (como recepcionistas, telefonistas, auxiliares administrativos, etc) que podem se configurar importantes no cuidado.

Dada a importância dessa subcategoria há sugestões para a leitura e o presente trabalho não esgota a magnitude da técnica de acolhimento nas ações que ocorrem nos serviços pesquisados.

Nesse sentido, a inserção dos familiares nas práticas que ocorrem nos serviços pesquisados e que se traduz na responsabilidade dos familiares sobre a terapêutica proposta ao público infante-juvenil, acontece antes mesmo da chegada ao serviço de saúde propriamente dito. A responsabilidade tem início com o reconhecimento dos familiares sobre uma situação diferente ou suscitadora de dúvidas que conduz à procura de soluções ou entendimento na rede social mais próxima (parentes, vizinhos e amigos).

Essa constatação vai ao encontro aos resultados de pesquisas a respeito da rede social de apoio às famílias que convivem com um ente que apresenta sofrimento psíquico. Reinaldo (2003) e Manfrini e Boehs (2004) apontam que o sujeito e/ou seus familiares procuram os serviços de saúde quando se convencem de que seus próprios recursos e aqueles oferecidos pela rede social não são mais suficientes.

Esse momento de contato entre familiares que buscam o serviço e a equipe que os recebem podem reforçar o quadro de relações assimétricas e autoritárias conforme descrito anteriormente. Além disso, a literatura produzida por Pereira (2003), Amaral e

Durman (2004), Moreno e Alancastre (2004) alertam que no momento de recepção há um descompasso entre a escuta médica dos sintomas e a realidade enfrentada pela família. Esse dado não pode ser constatado na presente pesquisa, mas lança a necessidade de atentar para tal fato e pode ser objeto de outra pesquisa.

Obviamente essa categoria não depreende ou procura explicar aquelas famílias que embora tenham assinado o termo de responsabilidade em relação ao tratamento do filho não comparecem ao serviço e comumente abandonam o atendimento. Os motivos de abandono do tratamento podem ser foco de outra pesquisa que certamente contribuiria para compreender as representações sociais da família sobre sofrimento psíquico e propostas oferecidas pelos serviços de saúde mental.

5.2.2 Inserção como modalidades de atendimento aos pais

Segundo a análise dos dados, as formas de atuar são elaboradas coletivamente e elas estão baseadas nas concepções que os profissionais têm a respeito das famílias. Portanto, as práticas de saúde mental designam as famílias como merecedoras de cuidados, ora porque são compreendidas como desestruturadas, ora como parceiras na atenção voltada à criança.

Ao questionar sobre a inserção das famílias nas práticas que ocorrem nos serviços participantes da pesquisa, grande parte dos profissionais focou suas respostas nas modalidades de atendimento ofertadas aos pais. O quadro 7, apresentado a seguir, mostra a forma de inserção como de modalidades de atendimentos propostos aos familiares.

Quadro 7 – Modalidades de atendimentos oferecidos aos familiares de crianças atendidas em cinco unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo, São Paulo, 2009.*

CAPSi	Modalidades de atendimento
A	Visita domiciliar Atendimentos individuais ou nucleares
B	Atendimento de estimulação/ intervenção precoce Festas Grupos psicoterapêuticos Visita domiciliar Atendimentos individuais ou de nucleares
C	Festas Grupos psicoterapêuticos Visita domiciliar Atendimentos individuais ou de nucleares
D	Atendimento de estimulação/ intervenção precoce Festas Grupos psicoterapêuticos Visita domiciliar Atendimentos individuais ou de nucleares
E	Grupo psicoeducativo Grupos e oficinas de produções culturais e artísticas Festas Visita domiciliar Atendimentos individuais ou de nucleares

* A primeira coluna identifica os serviços designados por letras para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, conforme descrito no capítulo que trata da metodologia da pesquisa.

Modalidades de atenção similares foram relatadas por Schrank e Olschowsky (2008) numa pesquisa realizada em um CAPS na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul. Nesse serviço, além do atendimento individual, visita domiciliar e oficinas, o grupo de família é entendido como a principal atividade dirigida aos familiares. Existe ainda uma atividade que é a busca/chamamento caracterizada por inúmeras tentativas por meio de telefonemas, cartas e visitas, principalmente diante de ausências dos usuários.

Teixeira (2005) sugere grupos de informação, psicoterapia, novas tecnologias de cuidado, técnicas de escuta e acolhimento como ferramentas importantes nas práticas dos serviços de saúde.

A seguir será apresentado como cada modalidade acontece nos diferentes serviços.

Além do encontro dos pais ou outros familiares com o(s) profissional (is) no momento da triagem, recepção, ou acolhimento, como essa rotina tem sido chamada em alguns serviços, os pais são importantes nos momentos de avaliação propriamente dita.

As avaliações e os psicodiagnósticos são realizados com datas e horários agendados em todos os serviços e sempre que possível com a presença de ambos os pais. A partir dessa avaliação são criados os projetos terapêuticos das crianças e, em alguns casos, esse plano inclui também os pais como sujeitos da intervenção, principalmente em atendimentos grupais ou individuais. Além disso, outras formas de abordagem ocorrem e foram descritas no quadro 7.

Os grupos de atendimento variam de proposta nos diferentes serviços. Todos em algum momento da história dos serviços já realizaram esse tipo de intervenção, que varia tanto em relação ao número de profissionais envolvidos quanto aos objetivos nos diferentes serviços, dentre eles:

- Grupos psicoterapêuticos: apoio e troca de experiências; modos de “administrar” o cuidado em casa.

- Grupos psicoeducativos: esclarecimento sobre quadros, medicação e efeitos.
- Grupos e oficinas de produções culturais e artísticas, incluem-se nessa modalidade as festas coletivas.

Além dos grupos, outras modalidades de atendimento são oferecidas:

- Atendimento de estimulação/ intervenção precoce (atendimentos com a dupla mãe ou cuidador principal e criança).
- Visitas domiciliares.
- atendimentos individuais e nucleares/ familiares.

5.2.2.1 Grupos psicoterapêuticos

Os grupos foram mencionados como formas de inserir as famílias nas práticas que ocorrem nos serviços de saúde mental investigados. Observe nos depoimentos a seguir:

“Os grupos... quando a gente faz o convite há uma aceitação que é imediata, mas com o que percebo é que tem mães que vem especificamente em busca de laudos pra benefícios, e depois não aparecem mais, e aí querem um minutinho, solicitações de imediatismo. Eu fico pegando será que sou eu que não sou suficiente pra propor um trabalho com as famílias? Fico sempre assim, mas vejo que também tem mesmo uma dificuldade das mães, da impressão que elas fogem. E algumas ficam exigindo a presença do médico ou do psicólogo, e aí quando trago um deles, a necessidade vira outra, parece então que não é isso, deve ser outro motivo, não sei bem, estamos discutindo essas questões na supervisão.” (Assistente social, sujeito11)

“A gente fazia grupos com familiares, mas com o tempo e depois que uma das colegas fez especialização em famílias, isso veio à tona, a gente foi percebendo que não tinha avanço, que era bom pra algumas pessoas, mas ficava sempre um nó, hoje a gente não tem feito mais esse tipo de abordagem, mas a gente foca no profissional de referência e ele quando precisa atende a família.” (Fonoaudiólogo (a), sujeito5)

Essa modalidade é realizada em uma unidade (C). Os grupos psicoterapêuticos são abertos, apresentam continuidade no tempo, dirigidos exclusivamente ao atendimento de familiares que são sempre estimulados a participar, embora a frequência da participação não seja fixa ou obrigatória. O convite é feito desde o momento em que a criança é inscrita no serviço. Ocorrem em horários fixos e em geral no mesmo período que as crianças participam de outros grupos e oficinas. São oferecidos pela manhã e tarde para ampliar a oferta e possibilidade de entrada dos pais ou outros familiares. O objetivo principal é propiciar um espaço para troca de experiências e ajuda mútuas que permitam aos pais enfrentarem as eventuais dificuldades que possam surgir a partir da convivência com o sofrimento psíquico. Além disso, configura-se como espaço de elaboração de sentimentos como impotência, culpa, desesperança e sobrecarga.

A análise dos dados evidenciou outra característica marcante desses grupos que é a alta rotatividade de presenças, o que segundo os profissionais responsáveis, não contribui para formação de uma identidade grupal. Desta forma, observamos que o grupo torna-se de modo mais franco um lugar de passagem. Esse fato é considerado contraproducente para alguns profissionais entrevistados que expressam sentimentos de impotência e dificuldades para executar essa atividade:

“Eu fico pegando será que sou eu que não sou suficiente pra propor um trabalho com as famílias? Fico sempre assim.... E algumas ficam exigindo a presença do médico ou do psicólogo, e aí quando trago um deles, a necessidade vira outra, parece então que não é isso, deve ser outro motivo, não sei bem.” (Assistente social, sujeito 11)

Além disso, na ocasião da coleta, um dos serviços não realizava mais esses grupos por falta de pessoal suficiente evidenciada pela saída de um membro da equipe

que assumia essa função (unidade D). Outra unidade (B) realizou esse tipo de abordagem por muito tempo e a partir de sucessivos questionamentos na equipe, afirmaram na época da coleta de dados, que já não o faz. Contudo, a possibilidade emergente é o atendimento individual ou encaminhamento a outros serviços de saúde, como as unidades básicas de saúde ou centros de referência como CAPS adulto, encaminhamentos implicados de acordo com o caso.

Melman (2001) aponta que um dos trabalhos em saúde mental sob a égide do modo psicossocial é ajudar os familiares no processo de gerir suas vidas, afazeres domésticos, sem que o centro da rotina familiar se volte ao sujeito em sofrimento psíquico. Pegoraro e Caldana (2006) afirmam que o suporte dos profissionais para ajudar os familiares no enfrentamento do *quantum* de sobrecarga advinda dos cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico é fundamental para que o cuidador não adoça.

Todos os profissionais participantes da pesquisa assumem a proposta de atendimento aos familiares como importante para o objetivo fim que é a atenção dirigida à população infanto-juvenil e observam na abordagem grupal uma possibilidade que vem se construindo na prática dos serviços.

Essa modalidade de atenção foi exposta em diversos artigos que tratam dessa questão (Rosa, 2005; Schrank e Olchowsky, 2008) e o aspecto da dificuldade para realização da prática grupal será tratado adiante.

O grupo se apresenta como uma forma que os profissionais inserem os familiares nos serviços, mas de fato quando se trata de uma decisão verticalizada e tomada pelos profissionais, talvez esse dado explique a ausência de familiares nos grupos propostos e gera sentimentos de impotência e estranhamento nos profissionais que se empenham para a realização desse tipo de abordagem. Como defendido anteriormente por Melman (2001) e Pegoraro e Caldana (2006) uma parcela de pessoas necessitam de suporte para administrar e conviver com o sofrimento mental, mas nem todos parecem precisar conforme o exercício de análise dessa pesquisa. De qualquer modo, de acordo com o

material obtido, essa é uma forma expressiva de inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos CAPSi. Já os atendimentos individuais ou nucleares serão tratados adiante.

5.2.2.2 Grupos Psicoeducativos

Esses grupos configuram-se como outra modalidade de atenção às famílias, são esporádicos (mensais), não tem continuidade no tempo, o número de participantes é livre e são abertos aos pais e comunidade. A dinâmica do grupo tem momento inicial, desenvolvimento e conclusão da proposta num único encontro e seu objetivo é responder de modo pontual e educativo os temas de interesse das famílias em relação à saúde mental de crianças para serem discutidos, como exemplo: autismo, depressão infantil, hiperatividade e medicação. Uma das unidades (E) realiza esses grupos com os profissionais de enfermagem e da psicologia.

Os profissionais acreditam que esses encontros melhoram o entendimento das famílias e contribuem para que o plano terapêutico tenha mais sucesso. Esse trabalho acontece de forma sistemática em um serviço (E). Nos demais serviços essa demanda pode ser respondida nos grupos psicoterapêuticos.

“A gente também tá organizando grupos de orientação no sentido de explicar os quadros, entendem qual o entendimento deles, o que é depressão, o que é psicose, hiperatividade, sintomas, sinais, medicação, psicoterapia, se conhecem a medicação, os efeitos. Eu e a psicóloga somos responsáveis e estamos construindo esses grupos com a ajuda da população mesmo, as mães, tias, os pais dão sugestões sobre os temas.” (Enfermeiro (a), sujeito 18)

Os programas de educação em saúde podem ser uma forma de inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos CAPSi e os grupos de expressão para identificação de angústias, sentimentos e dificuldades foram destacados por Cruz (2006) que sugere também a troca e sugestão entre pares.

Esse tipo de abordagem considera o saber da população que dentre conhecimentos e dúvidas elegem um tema para ser discutido. Esses encontros buscam enriquecer o saber da população e favorecem o compartilhar de saberes, além de suscitar relacionamentos mais horizontais e próximos entre profissionais e demais envolvidos.

O quadro 8 ilustrado a seguir apresenta as principais características de grupos psicoterapêuticos e psicoeducativos propostos pelas unidades e permite a comparação entre as duas propostas que se assemelham em algumas de suas características:

Quadro 8 - Principais características de grupos psicoterapêuticos e psicoeducativos propostos por CAPSi da região metropolitana de São Paulo, São Paulo, 2009.

Características	Objetivo	Formação	Tipo	Término/ conclusão
Grupos psicoterapêuticos	Espaço para reflexão, elaboração de conflitos, troca de experiências e ajuda mútuas	Livre, espontânea	Aberto, sem número fixo de participantes	Não tem prazo específico pra entrada ou saída do participante
Grupos psicoeducativos	Aborda temas de saúde mental (em geral de crianças e adolescentes)	Livre, espontânea	Aberto, sem número fixo de participantes	Específico – duração de uma a duas horas por encontro

5.2.2.3 Estimulação/intervenção precoce

Essa prática acontece em dois serviços (B e D) e é realizado por profissionais por profissionais com formação psicanalítica que diante de uma nova demanda de encaminhamentos abriram esse espaço para atender mães e crianças ainda pequenas (entre um a três anos).

A proposta mostrou-se controversa e é, portanto, bastante discutida nas reuniões dessas equipes, há um dilema entre a chegada/ acessibilidade versus objetivos do CAPSi e a questão da constituição psíquica. Ou seja, essa prática exige que os profissionais trabalhem preventivamente num centro que pretende atender outra clientela, que apresenta sofrimento psíquico intenso e persistente. No entanto, os profissionais entendem que esse momento de pedido de ajuda e chegada precoce não pode ser recusado. Existe uma reflexão constante sobre a questão de acessibilidade e uma lacuna de serviços que possam atender essa demanda.

“Eu faço muita intervenção precoce, há pouco tempo eu acabei entrando nessa linha de trabalho com pequeninhos, e isso me interessou até porque aqui a gente trabalha com crianças já maiores e a gente vê que se a gente tivesse começado antes, antecipado, tem sido um trabalho muito bonito...Tem chego crianças surpreendentemente, a gente não tem um caminho pra isso ser mais ágil, tem chegado por pediatra, a gente atendeu uma criança, deu certo, e o pediatra dela encaminhou uma outra, foi reconhecendo, mas a rede, enquanto uma rede, não sei qual seria o lugar pra atender crianças precocemente, porque não sei onde seria o lugar pra atender essas crianças, aqui ou na UBS. Mas não da pra ficando esperando a rede decidir, temos crianças que chegam aqui, não da pra esperar que surja uma política pública pra responder a isso daqui.” (Fonoaudiólogo (a), sujeito 22)

“Lacan fala a esse respeito, então a gente vai trabalhar a relação mãe e filho a gente funcionaria como espelho pra que essa mãe possa olhar pra esse filho e se relacionar, teve alguns casos também que a gente faz atendimento mãe e filho, nesse caso específico era um garoto com psicose extremamente grave com uma relação fusional com essa mãe muito grande, que pra separar precisou ficar junto, as vezes a

separação da mãe era extremamente agressiva, então a gente até discutiu em supervisão.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 16)

“Também atendo nessa modalidade de grupo de mães que atendo na estimulação precoce. Agora tá chegando com mais frequência crianças menores, pequenas mesmo, antes não era assim, a chegada demorava mais, agora chega mais cedo, um passa pro outro e tem chegado, o menor que chegou tinha um ano e quatro meses, foi muito bom, o atendimento é rápido, esse por exemplo já foi embora, já teve alta.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 7)

Os profissionais mostraram-se satisfeitos com os resultados obtidos ao afirmar que o tratamento apresenta mais êxito e, por consequência, a alta é mais rápida. Também acreditam que o investimento dos familiares nesses casos é mais freqüente do que naqueles em que a criança já foi atendida por outras instituições ou é atendida há muitos anos.

Em geral são crianças que recebem na maternidade, por exemplo, diagnósticos sindrômicos ou bebês que nasceram em período pré-termo e por isso são encaminhados para acompanhamento de seu desenvolvimento neuropsicomotor. Parte desses casos é atendida em entidades filantrópicas como as APAEs e o Instituto Pestalozzi.

Esse tipo de atendimento grupal se difere dos demais porque envolvem também o sujeito da atenção (no caso a criança ou o bebê).

Nesse sentido, a inserção dos familiares principalmente das mães ou cuidadores principais é de fato bastante propícia e são considerados participantes ativos da proposta terapêutica indicada aos bebês.

5.2.2.4 Grupos e oficinas de produções culturais e artísticas

Os grupos e oficinas aglutinados nessa subcategoria englobam um tipo de atividade grupal para realização de atividades manuais, com a orientação e sugestão de coordenadores de grupos. O trabalho é realizado por uma unidade (E) e o profissional responsável considera que o grupo é uma via dos participantes expressarem sentimentos que em outro tipo de atendimento não conseguiriam.

As mães, como representantes da família e em geral, principais cuidadoras informais das crianças atendidas naquele serviço, conseguem através dessa atividade falar mais sobre si. Em outras modalidades de atendimento algumas mães quando convidadas a contar, por exemplo, sobre as dificuldades, formas de lidar com o sofrimento psíquico e suas repercussões, as respostas eram superficiais, não entravam em contato com suas angústias e traziam respostas prontas e centralizadas no comportamento dos filhos. Essa proposta abre um espaço em que conseguem expressar sobre suas próprias vidas, seus sonhos, outros filhos, casamento e as dificuldades do e com o filho que as fazem freqüentar o serviço. Esse tipo de abordagem também favorece uma melhoria no vínculo com a instituição e o plano terapêutico do filho.

“Uma possibilidade de trabalho são os grupos de atividades, elas topam, eu observo que elas deixam de falar um pouco sobre os filhos e passam a falar delas, entram em contato com outras possibilidades, vai abrindo possibilidade de pensarem em capacidades para além do cuidado dos filhos, lembram da infância, das dificuldades, do relacionamento com os próprios pais.” (Psicólogo (a), sujeito 19)

Há um ganho terapêutico evidente nesse tipo de abordagem às famílias que se constitui como um grupo de oficina e não psicoterapêutico. Em outros serviços (B, C e D) atividades parecidas são também relatadas, no entanto ocorrem em momentos específicos, em geral próximos a datas comemorativas, quando as mães e outros familiares são convidados a pensar na decoração e ajudar na construção de painéis, enfeites e acessórios para festas, como as juninas, dia das mães, Natal e outras.

Os participantes podem constituir uma pequena representatividade associativa e o trabalho comum ser transformado em fonte de geração de renda.

Além do viés terapêutico valioso observado nessa prática realizada com os familiares, ela também parece uma estratégia de inclusão dos participantes e das famílias no universo cultural mais amplo e resgata nas mães possibilidades para além do cuidado. Embora não estejam diretamente inseridas no tratamento dos filhos, esse tipo de inserção contribui para a emancipação dos envolvidos, principalmente pela possibilidade de escolha em estar ou não na atividade.

Há um consenso em todos os relatos que as propostas grupais não se configurem como espaço para simples entretenimento e que a prática deve estar sempre circunstanciada a um respaldo teórico.

5.2.2.5 Visitas domiciliares

Outra possível abordagem às famílias comumente apontada pela literatura são as visitas domiciliares. Muitos autores relatam importância do trabalho no domicílio para reconhecer as relações, os papéis, rotina e rituais familiares (Manfrini e Boehs, 2004; Oliveira e Loyola, 2004; Amaral e Durman, 2004; Lino, 2006; Schrank e Olchowsky, 2008).

A realização de visitas domiciliares foi mencionada pelos entrevistados em todas as unidades, no entanto acontecem em situações específicas, pelo profissional de referência do caso e não se configura como uma rotina dos serviços, uma vez que impõe a necessidade de reajustes nas agendas dos profissionais que não têm previsto horários reservados para tal atividade.

Em geral há dificuldades para sair do trabalho no horário de funcionamento das unidades. O ritmo imposto pelo trabalho (realização de atendimentos individuais, grupais, reuniões de equipe, oficinas terapêuticas, registro em prontuários) exige um tempo maior na instituição em detrimento ao trabalho extra-institucional. A análise dos dados da presente pesquisa e a literatura assinalam que um dos benefícios é a possibilidade de conhecer a dinâmica familiar onde elas verdadeiramente ocorrem.

Outra dificuldade é com relação aos horários e afazeres dos membros familiares que nem sempre coincide com o horário de trabalho dos profissionais de saúde.

“No trabalho com as crianças você tem que ter esses pais, pelo menos se responsabilizando em trazê-las, esse é o primeiro passo, aí então a partir do momento que você consegue isso, você tem uma facilidade de contato de abordagem com esses pais, ou quem traz a criança, aqui a gente lida muito com avós, tias, primos, irmãos mais velhos, não necessariamente são os pais genitores. Não acho que é um trabalho a mais, é um trabalho necessário. Alguns casos são discutidos na equipe e o profissional de referência com outro colega pode até fazer visitas domiciliares, ou então com o pessoal do PSF, isso é flexível.”
(Psicólogo (a), sujeito 1)

“Aqui a gente faz visita domiciliar, mas há também um consenso da equipe em trazer a família para cá, o trabalho depende do caso em questão, porque para algumas famílias é importante essa saída da proteção que a casa dá, elas precisam sair apesar das dificuldades, de ter que pegar ônibus com uma criança que mexe no cabelo de outras pessoas, ou não param quietos dentro da condução, mas se não saem de casa, excluem-se da vida, então tem casos que a gente vai até lá, depende da leitura do caso.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 7)

Outras circunstâncias particulares para a visita domiciliar são casos em que há suspeita de maus-tratos, negligência, abandono do tratamento e as tentativas de outras formas de contato não são resolutivas.

Essa abordagem também foi relatada por Leão (2006) que estudou práticas de inclusão social em um CAPS II em São Carlos, interior do Estado de São Paulo, os técnicos entrevistados apontaram as visitas domiciliares como importantes na atenção

dirigida à população atendida, principalmente quando o usuário se ausenta do serviço sem comunicar à equipe.

As visitas domiciliares também podem incluir ações de ensino e educação em saúde quando conjuntas com profissionais da rede de atenção básica (Schrang e Kantorski, 2003) e para tanto adotam a humanização e o acolhimento como eixo estratégico na abordagem às famílias.

Embora não tenha sido mencionada pelos participantes da pesquisa, a atuação dos profissionais como mediadores da comunicação no espaço domiciliar também pode ser uma tarefa dessa modalidade de atendimento conforme Melman (1998) e Souza e Scatena (2005).

Inúmeras vantagens são expostas pela literatura, como descrito acima, mas de fato, essa modalidade de atendimento não expressa em si uma forma de inserção das famílias nas práticas que ocorrem nos serviços e sim uma abordagem dos profissionais a elas. Medidas de cunho higienista também são reconhecidas nessa abordagem quando se propõe a adaptar, controlar ou vigiar as famílias dentro de suas habitações.

A análise mostrou também que embora os profissionais a reconheçam como importante, a atividade é desvalorizada em relação a outras atividades que ocorrem dentro dos serviços.

5.2.2.6. atendimentos Individuais ou Nucleares

A portaria 336 do Ministério da Saúde (2002) instituiu a psicoterapia como uma modalidade de atendimento no CAPS. Ela é segundo Vieira Filho e Nóbrega (2004) um atendimento clínico psicológico ao sujeito-social que tem como eixo central a

dialogicidade na relação terapêutica e sua realização temporal pode ser de curto ou longo prazo. Os resultados da presente pesquisa mostraram que a psicoterapia é um trabalho muito referido pelos entrevistados e pode ser individual ao familiar (em geral, o cuidador principal) ou ainda se configurar como um atendimento nuclear (com dois ou mais membros de uma mesma família – terapia familiar) em casos que há um entendimento da equipe que esse tipo de abordagem é imprescindível ao atendimento da criança.

Essas modalidades de atendimento acontecem em todas as unidades em casos específicos e não se configura, em nenhuma delas, como uma atividade rotineira. De todo modo, há também uma unanimidade ao referir que essas abordagens objetivam estimular a procura de atendimento para si, além do oferecido para criança. Nesse sentido existe a prática do encaminhamento para serviços da rede de atenção pública à saúde, ou seja, os encaminhamentos são feitos para as UBS, aos CAPS que atendem a população adulta, ou ainda às universidades próximas que oferecem atendimento psicológico em suas clínicas-escola.

Reinaldo e Saeki (2004) afirmam que a atenção às famílias deve responder aspectos objetivos, como informações sobre o transtorno, formas de tratamento e direitos, mas também aspectos de natureza subjetiva, como desamparo, sentimentos de impotência e isolamento, culpa, entre outros.

Atualmente, é consenso de que as famílias ao recebem apoio e orientação adequados têm condições de compartilhar seus problemas e tornam-se aliadas na desinstitucionalização e na reabilitação social do usuário (Melman, 2001; Mielke *et al*, 2009). No caso de crianças e adolescentes essa medida pode prevenir institucionalizações e promover processos de inclusão social.

Carvalho (2003) expõe que apesar das significativas mudanças nas configurações familiares, elas continuam exercendo proteção social, no entanto esse potencial protetivo não pode ser exaurido sem que haja por parte de políticas públicas um forte apoio.

Esse tipo de inserção de familiares nas práticas dos profissionais entrevistados é momentânea e passageira, mas reflete a importância de se prevenir agravos que poderiam deteriorar qualidade de vida e interação entre crianças e seus cuidadores. Para tanto os profissionais devem engajar articulações na rede de saúde para ministrar encaminhamentos produtivos.

5.2.3 Inserção como empoderamento, participação e controle social

Além dos movimentos sindicais, a participação de usuários e familiares foi bastante oportuna para as transformações dos modelos de atenção à saúde no Brasil a partir da década de 70, atingindo expressividade em meados dos anos 80, já no período pós-ditadura militar.

O contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira é marcado pela participação de familiares e usuários que se uniram aos profissionais de saúde para reivindicar mudanças tanto das condições de atenção oferecida aos sujeitos em sofrimento psíquico, quanto por melhorias nos processos de trabalho. Essa subcategoria apresenta as referências feitas pelos profissionais a respeito de familiares que assumem papéis mais autônomos, não vinculados à inserção como responsabilidade de adesão ao projeto terapêutico construído para as crianças ou como foco de intervenções das distintas modalidades de atendimento.

A inserção dos familiares como atores de controle social é prevista pelo SUS, por isso o instrumento de pesquisa provocou nos profissionais uma reflexão a respeito da possibilidade dos familiares serem inseridos num contexto de ações de cunho mais participativo, como representantes da população atendida, como militantes pela reivindicação de direitos em movimentos sociais, dispositivos associativos, etc.

A minoria de profissionais referiu a inserção como possibilidade de emancipação de famílias nas ações que ocorrem nos CAPSi, a maioria deles dirigiu suas respostas para uma abordagem clínica, que coloca os familiares e especialmente os pais como novos usuários do serviço ou ainda como parceiros ou não na terapêutica oferecida para criança.

Observamos que esse tipo de inserção dos familiares é incipiente, não há nesse sentido, nenhum serviço que conta com uma grupalidade de familiares que assumiram uma posição mais ativa nas decisões ou se vincularam a alguma associação ou entidade militante.

“Quando eu era gerente daqui tinha uma enorme preocupação em colocar os pais no conselho gestor... a gente fica tentando fazer com que eles tomassem é disso daqui. E sabe, foi muito difícil, eles não tomam como deles. Ficam na espera de um grande governo que faça, os CAPS infantis estão abandonados, a instituição e construída pelos profissionais, mas também pelos pais.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 7)

“Não sei acho que a gente tem repensado isso, se o erro não é nosso, a gente fica servindo, fazendo por eles e é verdade, eles poderiam se inserir, se colocar, o que eu vejo, estou meio por fora, mas essas reuniões do conselho gestor não acontecem, uma das dificuldades talvez seja a impossibilidade de agregar as mães num horário comum, não sei, tem uma mãe que tentou durante um tempo, mas enquanto representatividade não existe ainda, talvez mude com o tempo.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 16)

Iniciativas particulares de algumas mães foram mencionadas durante as entrevistas. O momento de desligamento do serviço pode causar muita angústia e com isso, segundo a experiência dos profissionais da rede, algumas mães fazem listas de abaixo-assinados e se mobilizam para tentar manter o filho no serviço, nessas situações querem entender a dinâmica da rede e a articulação entre os serviços com objetivo de não perder o atendimento do filho, mas no contexto geral dos serviços visitados, a participação mais autônoma fica circunscrita a esses acontecimentos.

Vasconcelos (2008)¹² constatou que no âmbito das associações defensoras dos direitos de usuários e familiares ligados à saúde mental há uma preocupação em oferecer oficinas, cursos e projetos de geração de renda. Essas atividades promovem empregabilidade, poder contratual e empoderamento e têm sido relatadas nos CAPS que atendem a população adulta. Nesse sentido a lacuna dessas iniciativas nos serviços que atendem a clientela infanto-juvenil pode estar relacionada ao ato de cuidar.

Segundo a experiência de Melman (2001) os familiares num primeiro momento necessitam de espaços de acolhimento e escuta. Mas podem, se auxiliados, atuar em lugares de emancipação, transformação sócio-cultural, podem ajudar o sujeito a inserir-se socialmente e provocar mudanças positivas na forma de olhar para o fenômeno do adoecer psíquico e modificar relações.

De fato a inserção das famílias pode se ampliar e promover melhoria da qualidade de vida, da relação com a criança e profissionais da instituição, articular mudanças políticas importantes como aquela que culminou na Reforma Sanitária ou na Reforma Psiquiátrica.

5.3 Território e intersectorialidade

Essa categoria se depreendeu do conjunto dos dados analisados e não havia no roteiro norteador da entrevista qualquer menção a esses aspectos, mas no entender dos profissionais o trabalho de produção de cuidado em saúde mental exige ações extra-institucionais, como a busca de interações com outros serviços situados no território

¹² Vasconcelos (2008) apresenta importante caracterização dos tipos dos movimentos sociais e dos dispositivos associativos de usuários, familiares e trabalhadores do campo da saúde mental no Brasil.

existencial da população atendida. Essa articulação idealmente inclui os recursos da comunidade para que se configurem como verdadeiros espaços de inclusão aos sujeitos e suas famílias. Além disso, outras instituições estão direta ou indiretamente envolvidas com a questão da inserção das famílias nas práticas dos serviços, sobretudo porque entre outros aspectos esses equipamentos configuram-se como grandes encaminhadores.

Essa categoria agrupa todas as referências feitas pelos entrevistados sobre o conjunto desse tipo de prática e foi dividida em quatro subcategorias, a saber:

Quadro 9 - Subcategorias criadas a partir dos resultados e análise das entrevistas realizadas com 23 profissionais que trabalham em cinco CAPSi da região metropolitana de São Paulo, São Paulo, 2009.

Subcategorias da categoria temática – Território e intersectorialidade
Trabalho com escolas
Trabalho com abrigos
Trabalho com equipes de Estratégia de Saúde da Família
Trabalho com comunidades e redes sociais

O conjunto de dados analisados mostrou que a atuação com outras instituições é muito complexa. Os profissionais de saúde precisam lidar com setores da sociedade como escolas, abrigos, Conselho Tutelar, equipamentos de saúde como as UBS e as ESF. Os profissionais entrevistados relatam um esforço contínuo para realizar o trabalho intersectorial e julgam que avanços já foram conquistados embora as possibilidades e a real dimensão dessa prática não tenham sido esgotadas.

Amarante (2007, p.86) define o princípio da intersectorialidade como:

Estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental, como da saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo (...) os serviços de atenção psicossocial devem

sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes.

Atualmente diante da complexidade do cuidado territorial, o matriciamento caracteriza-se como uma atividade que também acontece com os outros setores da sociedade que lidam com a saúde mental de crianças, adolescentes e suas famílias.

A análise mostrou que a principal forma de trabalho com as outras instituições é o matriciamento que ocorre de distintas formas: reuniões para discussão de caso, visitas conjuntas às famílias (embora mais raro), telefonemas, etc. O trabalho matricial, inicialmente proposto para reorganização do trabalho em saúde, foi adotado pelas equipes de saúde mental e mais tarde por aquelas das UBS e equipes de ESF. Além da reorganização do trabalho o matriciamento pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (Campos, 2007).

Lancetti (2007) concebe o termo matriciamento como desprovido de contemplar a importância e alcance dessa prática. Embora a raiz do termo evoque o aspecto significativo da maternidade, ele também inspira um mecanismo fixo, quando na verdade as atividades matriciais se relacionam imprescindivelmente com movimento, o ir e vir de profissionais de distintas áreas que almejam a co-responsabilização do cuidado de determinada população atendida. O autor faz menção ao termo peripatetismo para referir a atividade. O termo que foi baseado numa série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento¹³.

Apesar das diferentes concepções teóricas, ambos os autores compreendem a importância dessa prática no âmbito dos serviços territoriais e os dados a mostraram como construções valiosas no trabalho com crianças e suas famílias.

¹³ A prática peripatética é uma ferramenta que quebra a lógica e espaços tradicionais, na medida que pretende operar na rede de saúde em ambientes desprotegidos. Inicialmente foi proposta para pacientes que não se adaptavam a protocolos clínicos clássicos (dispositivos psiquiátricos, pedagógicos ou psicanalíticos). A clínica peripatética foi inspirada principalmente, a partir da própria trajetória de desconstrução manicomial e do trabalho dos acompanhantes terapêuticos. Há um livro que recebe esse título e pode ampliar o entendimento do conceito aos leitores interessados.

As subcategorias apresentam o trabalho de apoio matricial realizado com diferentes setores, conforme apresentado no quadro 9, e serão apresentadas a seguir:

5.3.1 Trabalho com escolas

Essa subcategoria aglutina as referências dos profissionais que aludem o trabalho com equipes escolares. O quadro a seguir apresenta os tipos de reuniões entre os serviços pesquisados (referidos com as letras A, B, C, D e E) e as escolas das proximidades.

Quadro 10 – Tipos de reuniões das unidades de CAPSi da região metropolitana de São Paulo com escolas das mesmas regiões, São Paulo, 2009.

Atividade	Unidades	A	B	C	D	E*
Reuniões sistemáticas com escolas da região (equipe específica)		X	X		X	----
Reuniões para discussões específicas com profissional de referência (e /ou com outro profissional, quando for necessário)				X		----

* A unidade E não realiza esse tipo de atividade, mas segundo os profissionais há possibilidade se houver alguma questão imperativa.

Como mostrado no quadro acima, algumas unidades (A, B, D) adotaram o matriciamento escolar como atividade rotineira e sistematizada. Em outra unidade (C) o terapeuta de referência toma decisões sobre a adoção dessa medida em função da

necessidade de casos específicos. Além disso, os dados evidenciaram que o matriciamento com as equipes escolares pode ter objetivos distintos.

As falas a seguir demonstram o trabalho com as escolas que tem como pedido latente encontrar possíveis soluções para cumprir as metas da política de inclusão escolar:

“Aqui a equipe, ou uma parte dela faz um trabalho que chamamos de matriciamento escolar, tem se mostrado positivo porque algumas professoras aderiram ao projeto e se sentem participantes do processo de cuidado a criança, é um se responsabilizar um conjunto. O trabalho com a criança é um tripé: família, equipe CAPSi e escola, sem dúvida esse trabalho é fundamental e gera a inclusão e mais do que isso a própria continuidade dessas crianças na escola.” (Terapeuta ocupacional, sujeito7)

Há uma vasta literatura no campo da Educação que se dedica a exposição de pesquisas e reflexões a respeito da inclusão escolar. No entanto, esses trabalhos não direcionam o leitor para um consenso, restando muitos defensores e outros que criticam veementemente a proposta. Uma das críticas indica que apenas permitir a inserção da criança na escola e nas salas de aulas regulares não significa que estejam de fato incluídas.

Outra questão bastante discutida é quanto ao despreparo dos professores do ensino regular para lidar com essa clientela, que enfrentam problemas de disciplina, de dificuldades de aprendizagem nas salas de aula que são geralmente lotadas (Glat e Nogueira, 2002)¹⁴.

A formação continuada ou a especialização não caracterizam em si a garantia de promover alterações nas práticas e concepções dos professores em relação às novas clientelas de alunado, mas os processos afetivos e sócio-culturais também dimensionam a possibilidade de mudanças (Gatti, 2003). Com isso podemos afirmar que as reuniões

¹⁴ O leitor pode esclarecer dúvidas na Declaração de Salamanca, 1994.

com os profissionais de saúde, as trocas de experiências práticas cotidianas entre os profissionais do CAPSi e da escola possam alcançar maior sucesso em relação aos cursos e as chamadas formações continuadas.

Os resultados mostraram que há casos discutidos com professores, coordenadores e direção escolar para que se alcance a inclusão escolar de alunos que são usuários dos CAPSi.

Em geral o matriciamento escolar é importante para inclusão das crianças atendidas nos CAPSi no ambiente da escola. Mas nem sempre essa atividade se relaciona ao objeto do presente trabalho, que é a inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos CAPSi. Uma situação que, ao contrário disso, apresenta a inserção dos familiares como agentes importantes na terapêutica da criança e que liga o pilar (família, escola e serviço de saúde) é ilustrado com o seguinte caso: o trabalho em parceria com a família, uma escola da região e dois profissionais do CAPSi (unidade C). A partir do pedido da mãe do garoto que percebia dificuldades da escola para mantê-lo incluído em salas de aula regulares e de seu sentimento de impotência para resolver a situação, a mãe recorreu ao profissional de saúde mental que era referência do atendimento do seu filho, para ajudá-la na proposta de preservar o garoto no ambiente escolar apesar dos entraves. A coordenação da escola, a professora e dois profissionais do CAPSi puderam pensar conjuntamente quais estratégias seriam úteis para a inclusão escolar do filho. Após execução do planejamento em conjunto (mãe, professores e profissionais de saúde mental) o garoto conseguiu permanecer inserido na escola.

“A mãe teve outra iniciativa importante, ela pediu que a gente pudesse ajudá-la a incluir o filho numa escola, porque não é fácil essa história da inclusão, os pais até querem, mas num determinado momento há um esgotamento de uma ordem que fica além das possibilidades e essa se mostrou muito disposta... A gente teve que ajudar, ele ficou agitado no começo... foi uma experiência interessante porque eu, a C e uma estagiária de Pedagogia fomos à escola, por mais de uma vez, e essa é uma experiência nova, de ter uma estagiária dessa área aqui, convidei-a para ir, e ela se propôs a ir junto, no início do período de adaptação do L na escola. E era uma professora diferenciada, ela

“tinha feito curso na USP... esse trabalho com a família, escola, eu e a estagiária passou a fazer parte do projeto desse menino e ele permanece incluído nessa sala de aula.” (Assistente social, sujeito 10)

Em outras situações o trabalho com os profissionais de escolas tem como objetivo refletir mudanças do olhar deles a respeito da gênese e conseqüências do sofrimento psíquico, que resultam em alguns casos, em encaminhamentos de forma acusatória:

“Nosso trabalho com a escola, por exemplo, é super importante, porque ao invés de ajudar, ela atrapalha, o jeito como eles encaminham e lidam com as famílias, os pais se sentem muito culpados, é como se viessem a um tribunal e nós tivéssemos que julgar quem está certo e quem está errado. Isso coloca a criança também num centro de brigas e troca de acusações. A saída é que aos pouquinhos fomos conversando com esses professores, chamando-os aqui, outras vezes indo até lá, mas ir até lá é outro problema.” (Psicólogo (a), Sujeito 1)

Esse tipo de encaminhamento não resulta em uma chegada “adequada”. Em geral, os familiares representados pelas mães, buscam apoio e não alguém que os acusem pelas dificuldades apresentadas por seus filhos no contexto escolar, essa forma de encaminhar gera sentimentos persecutórios e pouco producentes de adesão ao tratamento, além de dificultar a inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos serviços.

É também digno de nota que o sistema regular de ensino no Brasil é programado para atender o aluno “ideal”, que apresenta desenvolvimento psicolingüístico, motivado, sem problemas de aprendizagem, oriundo de uma família também “ideal” que lhe presta atenção e suporte necessário para o “ideal” desempenho escolar (Glat e Nogueira, 2002).

Esse dado foi encontrado na pesquisa em tela, observe a consideração feita por um entrevistado:

“A escola precisa de ajuda, a própria educação enquanto sistema, porque não há muito apoio para isso, a inclusão foi jogada para eles e

eles não sabem como fazer. Por isso há uma necessidade de troca constante conosco.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 2)

Os resultados mostraram que em todas as unidades há possibilidade de trabalho em conjunto com as escolas da região, quando elas configuram-se como encaminhadoras ou quando há alguma questão trazida pelos familiares e que a equipe entende a articulação como necessária.

Além disso, em três serviços (A, B, D) como observado no quadro 10, há uma equipe pequena e específica para realização dessa proposta, com encontros sistematizados e periódicos, sendo que em uma unidade (A) o compromisso assumido relaciona-se ao objetivo de ultrapassar a discussão de casos e pretende construir uma cultura entre os profissionais da escola que favoreça o encaminhamento precoce e favorável dos casos em que há suspeita diagnóstica.

A dinâmica dessas reuniões é diferente: em um dos serviços (D) os profissionais da escola são convidados a ir ao CAPSi, os professores obtêm a autorização da direção das escolas que entendem esse trabalho como indispensável e os consideram multiplicadores das discussões e resultados conquistados com o trabalho intersetorial, as reuniões possibilitam também que os professores conheçam a rotina dos serviços de saúde mental, a clientela atendida e possam desmistificar preconceitos.

Em outros dois serviços (A e B) a proposta é inversa e são os profissionais do CAPSi que visitam as escolas em dias e horários definidos a priori.

Os profissionais do serviço (E) não relataram casos em que houve esse trabalho, mas o reconhece como importante e viável caso haja necessidade em casos específicos.

De toda forma vale ressaltar que a Lei de Diretrizes e Bases para Educação ao definir a educação especial como *“modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para pessoas com necessidades educacionais especiais”* (Teixeira, 2009) coloca em pauta a necessidade da escola

tradicional repensar seu papel e suas práticas de modo que elas ultrapassem a dimensão do ensino em si e opere meios de produzir cidadania, haja vista que a educação se configura como um propulsor emancipatório.

Nesse sentido, a escola precisa ajudar a transformar as relações da sociedade em favor do respeito à diferença. Alunos e professores possuem capacidades, ritmos e modos de aprender e transmitir conhecimentos que são diferentes. O exercício de troca de saberes entre professores e as equipes dos CAPSi pode possibilitar a emergência dessas questões e busca a co-responsabilidade sobre a clientela. O acesso e permanência da criança na rede regular de ensino também não podem ocorrer de modo irrefletido, o que equivaleria a reeditar as formas violentas de institucionalização, tais como aconteciam ao se depositar crianças nos grandes hospitais psiquiátricos sem uma proposta de trabalho que considerasse suas peculiaridades.

Essa categoria abrange um conjunto de práticas relevantes do trabalho das equipes que atuam nos serviços pesquisados, no entanto refletem de modo vago a inserção dos familiares nas práticas relacionadas à saúde mental. Os familiares podem ser inseridos quando os profissionais favorecem espaço a eles, por exemplo, ao trazer questões para a co-responsabilização e compreendem a possibilidade dos familiares como co-protagonistas das decisões da terapêutica.

5.3.2 Trabalho com abrigos

Essa subcategoria apresenta a demanda mencionada nas entrevistas e que se apresenta como um desafio no fazer dos profissionais que é o trabalho constante com abrigos, geralmente ligados à Justiça e ao Conselho Tutelar, especificamente a Vara da Infância e Adolescência, ou aqueles ligados a entidades filantrópicas ou do setor da assistência social.

Alguns casos, como o de jovens em regime de liberdade assistida são encaminhados aos CAPSi por medidas judiciárias, no entanto, nem sempre são casos que exigem atendimento especializado. Apesar disso a equipe realiza ou tenta realizar um trabalho com o núcleo familiar com objetivo de implicá-lo na vida desses adolescentes de modo a integrá-los socialmente.

Outros casos chegam ao CAPSi quando o responsável pelo abrigo recorre a instância judicial porque considera importante o atendimento (em geral, o psicológico) para as crianças que estão afastadas de suas famílias ou aguardam medida de adoção. Ou ainda em casos de “mau comportamento” ou “crianças desafiadoras” as quais os profissionais da instituição não sabem como lidar. Nesses casos não há de fato inserção das famílias nas práticas relacionadas ao trabalho dos técnicos visto que são crianças abrigadas que, em geral, estão afastadas de suas famílias e não possuem mais a ligação de pátrio poder.

Nesses casos o trabalho com as cuidadoras dos abrigos é importante para quebrar a lógica institucionalizante capaz de promover um trajeto institucional na vida de crianças e adolescentes. Muitas crianças e adolescentes ficam no abrigo até que a medida de adoção seja aplicada, no entanto, uma via de institucionalização se dá justamente quando essa medida não é posta em prática.

A importância do trabalho com as cuidadoras do abrigo e com educadores sociais vai ao encontro das idéias de Couto (2001) que considera o abrigo como verdadeiro asilo que ostenta a função social de controle e proteção e pouco considera a integralidade da criança, afirma ainda que a banalização de cuidados muitas vezes observada nessas instituições provoca o ingresso da clientela na rede hospitalar psiquiátrica. No trabalho realizado por Barros *et al* (2008) a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo coloca a questão da infância e adolescência como um dos desafios colocados à prova dos profissionais que trabalham na perspectiva do novo modelo. A pesquisa mostrou que 0,4% (N = 28) dos 6349 internados em hospitais

psiquiátricos são crianças e adolescentes com faixa etária entre zero e 18 anos. Essa população está excluída da vida familiar, social e escolar e as autoras consideram que se medidas não forem tomadas a tempo, essas e outras crianças hospitalizadas em outras regiões do país podem se tornar o exército de moradores de instituições como essas no futuro.

Em outras ocasiões a procura é feita para responder às angústias da equipe de educadoras que são responsáveis pelas crianças e que, segundo o entender dos profissionais entrevistados, refletem a falta de capacitação para o cuidado delas. A atuação dos profissionais dos CAPSi com as educadoras visa suprir essa lacuna, desmistificando preconceitos, aliviando suas angústias e sobrecarga emocional oriunda do trabalho.

“Em alguns casos o trabalho, aqui temos crianças de abrigo, já foram destituídas do pátrio poder, ou estão provisoriamente afastadas de suas famílias, então o trabalho é com as funcionárias que são um elo afetivo com a vida e existência dessas crianças, que as vezes apresentam comportamento deprimido, outras mais rebeldes, digo com cuidado, rebeldes entre aspas.” (Terapeuta ocupacional, sujeito)

Além disso, o tempo disponível para encontros e reuniões de ambos os lados é uma dificuldade para realização de um trabalho eficaz:

“Atualmente por falta de tempo a gente não tem conseguido se encontrar com o pessoal de um abrigo aqui da região, essas propostas são bem acordadas por telefone, mas aqui e por lá sempre acontecem situações de emergência, veja bem, as coisas vão acontecendo, o tempo em que não estamos em atendimento, temos outras atividades que consomem tempo aqui dentro e se locomover custa um tempo que ninguém quer pagar. Uma saída possível é essa por telefone. Talvez se pudéssemos de fato nos encontrar, mas lá também é uma rotina diferente daqui, não da pra ir chegando.” (Terapeuta ocupacional, sujeito, 14)

“As educadoras têm em alguns abrigos uma demanda grande de crianças para cuidar e ficam perdidas, sem saber como tratar de um tanto que são mais ‘problemáticas’.” (Assistente social, sujeito 11)

De todo modo o trabalho com os profissionais dos abrigos é muito similar àquele realizado com professores e demais funcionários da educação. O fato é que essas práticas relatadas apenas tangenciam a construção das ações intersetoriais.

5.3.3 Trabalho com ESF

Os resultados da presente pesquisa mostraram que as ações matriciais também ocorrem com os setores da saúde, principalmente com a ESF. Os profissionais da ESF foram mencionados pelos entrevistados como sinalizadores de questões relacionadas ao sofrimento psíquico, e em uma das unidades (A) reuniões são solicitadas para discussão de casos. O apoio matricial tem se mostrado uma construção constante na interface com outros serviços e é positivo na medida em que favorece a co-responsabilização, a avaliação contínua no tratamento da criança e suporte para as famílias.

A parceria entre os serviços de saúde pode potencializar a inserção das famílias nas questões que se referem à saúde, quando os profissionais assumem a população como participante desse processo. Além disso, a responsabilização de cuidados à criança se amplia para os técnicos dos serviços especializados, da atenção básica e os próprios familiares.

Essa relação pode ser facilitadora na medida em que os profissionais da ESF estão mais próximos das necessidades e condições de vida da população atendida.

O mesmo posicionamento foi apontado por Cury e Galera (2004) e Coimbra *et al* (2005) ao afirmarem a atuação no território como estratégica para assistir à família e suas necessidades no lócus onde se apresentam. Observe os achados expressos no seguinte depoimento:

“As equipes de PSF aqui na região são muitas e a gente aqui como CAPSi faz matriciamento porque eles estão aí nas comunidades e identificam casos, encaminham pra gente e acabam tendo necessidade de entender porque eles estão lá na casa dessas famílias, trazem notícias pra gente e se eles não entendem nada do caso se sentem impedidos de fazer algo por eles e sofrem.” (Psicólogo (a), Sujeito1)

Além da importância no reconhecimento de sintomas ou casos, o recorte acima ilustrado evidencia o sofrimento dos profissionais da atenção básica que nem sempre se sentem preparados para lidar com as questões de saúde mental. O sofrimento psíquico de profissionais de saúde é tema de estudos de vários pesquisadores, dentre eles estão: Araújo *et al* (2003) que estudaram a ocorrência de distúrbios psíquicos em trabalhadores de Enfermagem em um hospital público de Salvador, Ferrer (2007) que abordou o sofrimento psíquico de profissionais que atuam nos CAPS da cidade de Campinas, e Pitta (1994) ao descrever o sofrimento de profissionais e familiares diante do processo de morte postergada em função dos avanços do desenvolvimento tecnológico em saúde.

Embora os profissionais entrevistados tragam a tona à importância do trabalho intersetorial, o material analisado mostra que essas práticas são rudimentares e apenas tangenciam o princípio da intersetorialidade. Diversas pesquisas evidenciam e concordam com essa constatação. Cury e Galera (2004) apontam que uma das dificuldades para o cuidado da saúde mental no âmbito das ESF seja a formação generalista dos profissionais desse programa. O trabalho intersetorial seria uma medida para diminuir essa lacuna de conhecimento especializado e produzir respostas mais eficazes à população atendida. Além disso, haveria necessidade de parcerias com as universidades.

Vecchia (2006) apresentou resultados parecidos em que a falta de experiência e conhecimento sistematizado em saúde mental impediriam ações mais humanizadas e seriam fatores que preservam o cuidado baseado no modelo biomédico. No que tange ao fazer em si, Bezerra e Dimenstein (2008) concluem que os profissionais consideram a prática intersetorial como um adicional de sobrecarga no trabalho. O número

insuficiente de técnicos somado à má remuneração no campo da saúde ampliaria a dificuldade desse tipo de prática. Por fim, o trabalho de Leão (2006) considera que o fazer intersetorial é incipiente muito embora tenha sido reconhecido como fundamental no discurso dos seus entrevistados.

Resultados similares foram apontados na pesquisa em tela uma vez que os participantes consideram as ações intersetoriais como fundamentais no atendimento que prestam à criança, mas também demonstram dificuldades operacionais como tempo e espaço institucional para sua realização¹⁵.

Além disso, a análise dos dados mostrou que os serviços estão construindo, paulatinamente, formas de operar suas práticas “para fora” da instituição e que o trabalho “para dentro” ainda é prevalente nos serviços pesquisados.

No mesmo sentido, Lancetti (2007) critica o funcionamento atual dos CAPS e entende que esses equipamentos ainda operam de forma centrada em si e que a articulação de redes efetivas ainda precisa ser potencialmente construída.

Esses resultados nos remetem a idéia de que as famílias podem ser inseridas no contexto das ações em saúde como objetos de intervenção dos profissionais de ambos serviços. Opera-se nesse sentido uma forma institucionalizante de inseri-las ao invés de idealmente emancipá-las.

5.3.4 Trabalho com comunidades e redes sociais

Essa subcategoria apresenta algumas iniciativas de trabalho dos CAPSi com as comunidades adjacentes a cada unidade. Obviamente elas englobam os setores

¹⁵ O trabalho que tem como título provisório “O trabalho oculto na rede de atenção psicossocial à crianças e adolescentes em sofrimento mental” (Oliveira, 2009, no prelo) está em andamento e tem previsão para ser publicado no segundo semestre de 2010 e pode apresentar contribuições importantes sobre o trabalho intersetorial.

anteriormente citados como as escolas, abrigos, outros serviços de saúde, no entanto a presente subcategoria faz um recorte dos empreendimentos realizados com as pessoas da comunidade (não técnicos) que constituem ou podem constituir redes de apoio às famílias e crianças inscritas nos serviços. Os resultados mostram que esse trabalho é uma estratégia de inserção das famílias no âmbito das práticas de saúde mental que favorece também mudanças culturais importantes para que a convivência social com os sujeitos com grave sofrimento psíquico não preserve marcas de estigmas e preconceitos.

O trabalho com as comunidades apóia-se na literatura que aponta o impacto do sofrimento psíquico tanto na esfera das relações familiares quanto nas sociais (Cruz, 2006, Melman, 2001, Pereira e Pereira, 2003).

Quando os profissionais assumem a inclusão social de crianças e adolescentes como objetivo essencial de suas ações e contam com as famílias como parceiras, o desafio pode ganhar dupla dimensão conforme achado nesse depoimento:

“Um desafio posto é a inclusão dessas crianças, isso começa com a família, mas a realidade brasileira da pobreza, traz até aqui uma família já nesse contexto de vulnerabilidade, de exclusão, o nosso trabalho, a vinda ao CAPSi não pode reproduzir essa situação,...tem que ter um trabalho com o entorno dessas famílias.”(Terapeuta ocupacional, sujeito 14)

Desta forma, o trabalho com as famílias não significa institucionalizá-las, ao contrário disso, famílias e crianças devem estar incluídas em seus cotidianos de vida. O esforço para não estigmatizá-las ou excluí-las desses contextos é um dos desafios dos profissionais quando assumem o trabalho na vertente psicossocial.

Esses resultados também direcionam para a análise de um escopo mais amplo, se por um lado, o país assistiu a mudanças qualitativas no acesso à saúde a partir do advento do SUS, os últimos vinte anos também marcam o processo de globalização da economia capitalista que, segundo Gomes e Pereira (2005) interferiram significativamente na dinâmica e estrutura familiar. As autoras apontam que existem

lacunas de políticas públicas que possam garantir proteção social, acesso a bens e serviços como educação, empregabilidade, renda, infra-estrutura urbana e lazer. Os profissionais entrevistados afirmam também uma lacuna de programas sociais que possam responder as necessidades das famílias num contexto mais amplo. Iniciativas de trocas com outros setores da assistência social, por exemplo, são incipientes, por isso no discurso dos profissionais a questão da vulnerabilidade social aparece freqüentemente.

Além disso, os efeitos da chamada vulnerabilidade social estão presentes na vida de muitas famílias e apresentam-se no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo quando a noção de saúde supera a idéia estreita de simples ausência de doenças e é entendida como bem estar biopsicossocial. Assim os profissionais de saúde estão expostos a uma sorte de variáveis que extrapolam o campo específico da saúde e a inserção das famílias nas práticas dos profissionais dos CAPSi exige o trabalho com as comunidades onde as famílias vivem, uma vez que é no território existencial dos sujeitos que a inclusão social se efetiva de fato e onde se encontram suas redes sociais de apoio.

Vulnerabilidade, exclusão e inclusão social são jargões trazidos com freqüência no discurso dos profissionais entrevistados. Um olhar mais crítico revela que as tentativas (intencionais ou não) de se estabelecer comparações entre espaços territoriais e contextos diversos com a norma idealmente caracterizada por relações contratuais e igualitárias propostas pelo capitalismo são complexas e produzem respostas assistencialistas e compensatórias.

Apesar disso, os profissionais relatam a importância de construir laços e redes sociais de apoio e para tanto promovem festas comunitárias abertas aos familiares e aos vizinhos do serviço. Observe o depoimento dos entrevistados:

“Temos aqui a oficina do encontro, a festa junina, por exemplo, não é só para ser uma festa junina, vêm os pais, vizinhos, crianças, a gente brinca tudo junto, é uma entrada no cultural e é terapêutico, lúdico e oportunidade de encontro mesmo.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 14)

“Nossas oficinas culturais se relacionam ao trabalho com os arredores da unidade, entendemos o trabalho com famílias, vizinhos, escolas como fundamentais, além disso, são divertidos, quebram a lógica dos serviços de saúde propriamente ditos.” (Assistente social, sujeito, 11)

Esses encontros estabelecem um contato positivo com as adjacências das unidades. Melman (2001) compartilha dessa opinião ao afirmar que momentos de festas provocam a diluição de papéis hierárquicos, regras, promovem encontros de comunicação e contato entre profissionais e familiares.

As excursões e os passeios culturais com familiares, crianças e profissionais também são relatadas pelos entrevistados de todas as unidades, como no relato a seguir:

“É nós temos algumas atividades, nós tínhamos de passeio, que eu achava extremamente rica, mas atualmente nós não temos mais, nós estamos em equipe reduzida, nós fazíamos com as famílias também, reuníamos as crianças e as famílias também, então nós íamos desde parques, biblioteca municipal, nós tínhamos uma parceria com a cultura, nós íamos no shopping ver o Papai-Noel com as famílias até pra fazer essa ponte, eu acho que a gente sentia na pele, o que a mãe sofre no dia a dia com o preconceito, com olhares de exclusão, o que elas sofrem de estar na rua frente aquele olhar que discrimina, isso era bastante interessante, mas também não está tendo, elas participam também de atividades que a gente faz bastante voltada pra aspectos sociais que é a festa de Natal que a gente faz ou festas juninas que são bastante interessante.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 14)

Segundo os entrevistados, a saída dos serviços promove integração social e encoraja as famílias para tanto. Diante das dificuldades encontradas por familiares há uma tendência em excluir-se paulatinamente da vida social e as atitudes de segregação social são apontadas pela literatura quando as famílias ou cuidadores não conseguem administrar o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Algumas famílias cercam o paciente, coíbem sua circulação, o que foi chamado de atitudes polvo por Lino (2006). Evaristo (2000) nomeou esse modo de cuidado de institucionalização domiciliar (*apud Souza et al 2002*).

Apesar das considerações feitas pelos entrevistados, a condução desses eventos não expressa em si ou fica pouco claro e, portanto, não podemos afirmar que essas tentativas condizem ao investimento da autonomia dos grupos familiares.

As propostas que visam à superação de problemas entre familiares e sujeitos em sofrimento psíquico, bem como as possibilidades de inclusão social, a partir do contato com a comunidade e seus recursos configuram-se como um trabalho na esfera cultural pela transformação do preconceito e desestigmatização do sofrimento psíquico. Apesar dos avanços já conquistados, a mudança no imaginário cultural se mostra ainda como desafio e tem sido bandeira de luta de muitas entidades que buscam um lugar menos marginal à loucura e pobreza nas diversas regiões do país.

Segundo Lancetti (2007) qualquer intervenção em saúde pode ser absolutamente mais rica quando realizada no lugar, com as pessoas e na comunidade com a qual o sujeito convive.

A possibilidade de inserção de familiares nas práticas dos serviços de saúde mental é marcada por suas trajetórias pela rede de serviços de saúde. Os trabalhos com outros setores e a construção de redes de apoio efetivas podem reduzir casos de ineficiência dos encaminhamentos e das terapêuticas que acarretam cansaço, descrença na saúde pública, sobrecarga emocional e financeira à população. Os profissionais entrevistados expressam as dificuldades encontradas pelas famílias e acreditam que o trabalho em rede pode viabilizar melhorias no processo de chegada das famílias.

A falta de informações, apoio e orientações conduzem a família e usuários a um conjunto de insatisfações, fragilidades que provocam internações, desmotivações, descrença nos tratamentos, permanência de estigmas, problemas comunicacionais e inclusão social propriamente dita (Pereira, 2003; Cruz, 2006; Moreno e Alancastre, 2004). Cruz (2006) ao concordar com essas conclusões sugere programas de educação em saúde que capacitem os familiares e a rede social a enfrentar com mais segurança as vivências oriundas da convivência com o sofrimento psíquico.

O lugar de familiares ou cuidadores na atenção oferecida às crianças e adolescentes atendidos sob a nova lógica assistencial de cuidado psicossocial, não se dá exclusivamente no interior dos serviços o que equivaleria a “encarcerá-la” ou excluí-la de seu contexto social e pouco seria ativo para a que a população atendida seja de fato incluída socialmente.

A possibilidade emergente de práticas voltadas para trocas intersetoriais pautadas numa formação não segmentada parece fundamental para novas ofertas de cuidado, de modo que os setores se reorganizem para transcender a especificidade da clínica biomédica tradicional.

5.4 Dificuldades do processo de inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos CAPSi

Essa categoria abrange os aspectos da instituição e das famílias que ao ver dos profissionais entrevistados dificultam a inserção de familiares nas práticas que ocorrem nos CAPSi. Apresenta também algumas estratégias assumidas pelos entrevistados para superar esses entraves.

A análise mostrou que os fatores que podem dificultar o processo de inserção dos pais nas ações que ocorrem nos CAPSi se mesclam com questões da instituição, das próprias famílias ou ainda das características clínicas de dada patologia.

A categoria foi desdobrada em três subcategorias, a primeira aglutina a questão da formação e supervisão. A segunda apresenta os fatores tempo e espaço como possíveis aspectos que dificultam o trabalho de inserção das famílias e a terceira aponta a medicalização e seus possíveis efeitos que inibem a inserção dos pais tanto na terapêutica quanto em posicionamentos mais atuantes nas questões da saúde mental.

5.4.1 Formação Adequada, Contínua e Permanente, inclui-se nesse aspecto a Supervisão

Essa subcategoria reúne os resultados da pesquisa que apontaram que o trabalho com as famílias em qualquer direção seria facilitado se houvesse formação específica para tanto. No que tange ao exercício profissional dirigido à ou com a família, a fala a seguir expressa não só a dificuldade, mas também os sentimentos oriundos das tentativas postas em prática:

“Fico pensando que é falta de formação minha ou informação delas (das famílias), será que eu não to conseguindo passar aquilo que quero, até disso delas poderem entender melhor o problema do filho, da necessidade deles e delas também poderem vir, usar esse espaço, a gente procura explicar. Eu fico sempre me questionando onde está a falha. Agora que resolvemos em equipe voltar com a supervisão será um espaço de repensar tudo isso.” (Assistente social, sujeito 11)

O discurso acima expressa que os profissionais têm dúvidas no que se refere às possíveis propostas de trabalho com as famílias. O trabalho com a demanda da saúde mental e suas famílias causa não apenas sentimentos de impotência, revelada pela dita “falta de formação”, mas também uma identificação com os “não-saberes” da população (“delas poderem entender melhor o problema do filho”). Assim como o profissional não se apropria daquilo que acredita ser pertinente ao trabalho com as famílias a entrevistada incita que os familiares também desconhecem ou têm dúvidas sobre o quadro das crianças ou sobre o uso do espaço da instituição, conforme o relato anterior.

No entanto, a lacuna de respaldo técnico-teórico não se restringe à temática família, mas a própria complexidade da saúde mental da população infanto-juvenil e o âmbito das instituições públicas problematizam o fazer dos profissionais e ganharam expressividade na fala dos profissionais entrevistados e, portanto, também foram agrupadas nessa categoria. Observe as falas:

“Quando a gente sai da faculdade ainda sai com a idéia do trabalho em consultório, mas no ano em que me formei teve um grande concurso na prefeitura para profissionais de saúde.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 2)

“Fiz minha graduação, e assim às vezes eu não tinha muita clareza onde existia serviços de saúde mental, mas aí por ocasião da existência de um processo seletivo na prefeitura, então eu queria trabalhar, tinha ouvido falar em Hospital Dia, mas imaginava o trabalho com adultos, e nisso fiquei sabendo que haviam crianças, nossa, mas criança psicótica, autista, você não tem noção disso, você passa pela Pediatria pega casos graves, mas ninguém nem ouve falar disso, então quando fui fazer a escolha de adulto já tinha preenchido, aí tinha um outro lugar e aqui. Vim pra cá em 93, teve o PAS e eu não aderi, e tudo aquilo, e engraçado que quando cheguei estava um pouco temerosa, com criança como será que vai ser, mas logo vi que essa realmente era minha praia. E uma das certezas é que eu gosto, feliz escolha.” (Enfermeiro (a) sujeito 21)

“Eu não sabia que existia criança com problemas de psicose. Fiquei impressionada com reações que vi pela primeira vez aqui, mas aos poucos, com estudo, reuniões, fui criando formas de trabalhar com elas.” (Assistente social, sujeito 15)

Esses discursos mostram o eixo de dificuldades enfrentadas pelos profissionais desde o momento em que saíram da graduação, a entrada no mercado de trabalho na esfera dos serviços públicos e a realidade complexa do processo de saúde e “doença mental” na infância e adolescência.

No que se refere à formação acadêmica recebida os profissionais assumem como deficiente para lidar com os eixos acima relatados, Scarcelli (1998) pontua que o ensino básico de péssima qualidade, a grande proliferação de cursos universitários mais voltados à lógica do mercado de vendas do que com a qualidade da formação estão mescladas as dificuldades encontradas pelos profissionais. Além disso, a supervalorização de posições autônomas como nas áreas médicas e psi contribuem para que a formação esteja voltada para atuação em clínicas e consultórios particulares. Uma parcela dos entrevistados já trabalhou ou ainda trabalha em consultórios particulares.

Em consonância a esse resultado, o trabalho de Vecchia (2006) tem resultados parecidos e acrescenta que a formação acadêmica prepara os estudantes para atuação em ambientes isolados com condições ótimas tanto do ponto de vista de materiais quanto de clientela.

De fato a formação acadêmica segundo os entrevistados não necessariamente os prepara para o exercício na rede pública dos serviços de saúde. No entanto, como vimos a possibilidade de atuar no serviço público é muitas vezes uma opção de entrada no mercado de trabalho como no depoimento acima descrito do (a) terapeuta ocupacional que prestou concurso público no ano que se graduou, apesar de acreditar ter sido preparada para atuar em consultório privado. Assim a carreira profissional pode ter como porta de entrada os serviços públicos, apesar de desconhecê-los:

Fiz o concurso, era inexperiente, passei, mas no começo não sabia como era o trabalho num ambulatório, ou numa unidade básica.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 2)

Outro dado importante é quanto à experiência prática durante a graduação. Nesse sentido, Vianna (2002) afirma que a universidade parece descolada dos serviços substitutivos de saúde mental e ainda existe a prepotência do saber psiquiátrico em detrimento as outras áreas do conhecimento. A autora relata que o despreparo profissional também acontece com a saúde pública em geral e notou a falta de ressonância entre a experiência profissional e a formação acadêmica que não prepara seus alunos para o exercício da profissão em serviços comunitários. Quando há estágios voltados à saúde mental durante a graduação, são em geral, executados em hospitais psiquiátricos.

Alguns profissionais entrevistados já trabalharam ou fizeram estágios em hospitais psiquiátricos:

“Meu primeiro trabalho como assistente social foi lá no complexo Juqueri, não sei se você conhece ou já ouviu falar, eu entrei como assistente social, foi uma experiência chocante, assim no fundo

mesmo, lá eu fiquei três anos e meio, era uma grande escola pra pessoas mais jovens, que queria um trabalho nessa área, era importante tinha um trabalho bem interessante, era o auge do tratamento psiquiátrico e quase desumano.” (Assistente social, sujeito 15)

Como exemplo disso, a experiência italiana até o ano de 1998 formava seus psiquiatras diante de pacientes em leitos hospitalares. Segundo Butti (2008) quando esses profissionais começavam a trabalhar deparavam-se com lacunas para atuação no campo psicossocial, a autora afirma que *“modificando-se o lugar de formação não mais em torno do leito, mas no território, os especializandos transformaram-se radicalmente (...) Mudando o contexto da formação muda-se totalmente a competência profissional”* (p.61).

De fato, o desenvolvimento de recursos humanos é premissa importante para real implementação de modos psicossociais de atenção à população e em países com tradição reformista, como o caso da Itália, dificuldades relacionadas à formação também foram retratadas e em alguma medida superadas, uma vez que houve a troca do campo de formação naquele país.

No Brasil, embora o ensino em enfermagem psiquiátrica priorize o relacionamento terapêutico como importante na intervenção ainda guarda o hospital psiquiátrico como principal campo de estágio, como acontecia na Itália até poucos anos atrás (Barros *apud* Reinaldo *et al* 2005).

O descompasso entre ensino e o campo dos serviços também é relatado por Waidman e Elsen (2005) que estende o *déficit* também para a formação no âmbito da pós-graduação e sugere que os cursos se pautem com mais rigurosidade nos pressupostos da desinstitucionalização.

No que tange aos impasses relacionados ao modelo de atenção público à saúde mental observa-se que a maioria dos profissionais entrevistados atua na rede há mais de 15 anos por ocasião da implementação da rede de serviços substitutivos ao modelo

psiquiátrico tradicional no município de São Paulo, durante os anos de 1989 a 1992. Segundo Scarcelli (1998, 1999) a constituição das equipes que trabalhariam nessa nova rede de atenção à saúde encontrava algumas barreiras, dentre as quais parte delas ainda hoje é apontada e coincide com os resultados da presente pesquisa, dentre eles, a formação acadêmica de categorias profissionais que não contemplam o trabalho com a demanda da saúde mental, saúde coletiva e a experiência profissional em si, já que naquele momento muitos profissionais contratados eram recém-formados. Naquela época vários projetos foram iniciados para resolver tais questões (seminários, cursos, supervisões clínicas e institucionais) que culminaram com a implantação do projeto de Formação Permanente em Saúde Mental que envolveu parte representativa dos trabalhadores da área (cerca de 800 dos 1200 contratados na rede até o início do projeto).

De fato, alguns entrevistados fizeram parte desse momento histórico e observaram a possibilidade de inserção no mercado de trabalho com essa grande contratação realizada pela prefeitura e aprovam o modelo de formação que era colocado em prática. Esses profissionais assistiram também as mudanças ocorridas a partir de diferentes gestões, como a implementação do PAS que privatizou os serviços públicos municipais da cidade a partir de 1996 e com a retomada pública dos serviços de saúde a partir da gestão iniciada em 2000.

“Trabalhei numa unidade básica, eu era praticamente sem experiência nenhuma, foi meu primeiro emprego, então eu fiz alguns cursos no Sedes, conveniados ao servidor público estadual, acho que a prefeitura também tinha convênio, era muito bom, hoje em dia a gente sente falta, não temos isso aqui. Estamos pensando em organizar isso, mas também tem a questão de prioridade de cada pessoa aqui dentro.” (Psicólogo (a), sujeito 19)

“Aqui a gente já teve supervisão com pessoas muito competentes, mas por uma cisão na equipe, não temos mais, alguma parte da equipe não concordava com a identidade teórica da supervisora... outro problema é o caixa, aqui os problemas não são apenas dessa ordem, temos falta

de material, por exemplo, nossos recursos são escassos, e isso sem entrar na questão salarial.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 7)

“O PAS trouxe muitas mudanças, eu fui removida para área de esportes, ficava ociosa a maior parte do tempo, vimos colegas que foram trabalhar na assistência social e por aí a fora, esses foram os melhores casos.” (Fonoaudióloga, sujeito 13)

Dessa forma, as entrevistas mostraram que os obstáculos para o trabalho em saúde mental não são novidades. Queixas e sentimentos de impotência, desânimo, fracasso e desagregação das equipes foram sendo apresentadas ao longo das entrevistas e das visitas feitas durante a coleta de dados, observe:

“Eu acredito tanto na construção, mesmo que seja difícil, eu acredito nisso, eu to num período desanimado, esgotada mesmo, mas acredito que possa ter mudanças, eu e mais outras pessoas da equipe querem sair daqui.” (Fonoaudióloga, sujeito 13)

“Depois de muitos anos e ter participado de mudanças aqui eu estou cansada, estou à espera da minha transferência, acredito que muitas mudanças estão vindo por aí, mas prefiro não comentá-las.” (psiquiatra, sujeito 20)

Para lidar com a complexidade das questões da formação os profissionais acreditam que a construção coletiva que contempla diversos saberes, pautada no trabalho interdisciplinar quando somada a supervisão em equipe talvez atenuasse problemáticas de formação.

“Acho que talvez um entrave, o fato de várias cabeças, cada uma pensa de um jeito, formações diferentes, existe uma divergência de idéias e posições frente aquela criança e família. E um entrave que pode com mais formação, discussão ser resolvido, o que facilita e o consenso da equipe, cada vez mais a gente vê na apresentação de um caso a gente coloca a família dentro do projeto terapêutico.” (Fonoaudiólogo (a), sujeito 5)

“Eu faço supervisão fora, houve por um tempo supervisão aqui, mas houve uma divergência de entendimento e foi suspensa. Acho isso um entrave, dificulta mesmo, a coisa do interdisciplinar quando não bem orientado também gera desentendimento, fica livre, casa um pode

fazer o que quiser e isso não é bom.” (Terapeuta ocupacional, sujeito 7)

“Eu fico sempre me questionando onde está a falha. Agora que resolvemos em equipe voltar com a supervisão será um espaço de repensar tudo isso.” (Assistente social, sujeito 11)

Para Vasconcelos (2001) as supervisões devem ultrapassar questões clínicas. Elas devem abranger o escopo de discussões das relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças que todos profissionais têm quando lidam com desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse e síndrome de esgotamento (“*burn out*”).

O fato de “várias cabeças e formações diferentes” como exposto pela entrevistado 5, ao nosso ver, não se configura em si como um problema pois a formação para atuar nas áreas de saúde pública diante de um fenômeno complexo como o caso da saúde mental não pode ser homogeneizada, ao contrário pretende caminhar para a ampliação da clínica ofertada aos sujeitos. Para Silva *et al* (2007, p. 56) as mudanças na formação visam a “*transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, bem como estruturar-se para oferecer acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidade de saúde das pessoas, coletivo e das populações*”.

“Fazer supervisão fora” (entrevistado 7) ou “sempre se questionar” (entrevistado 11) mostram que as iniciativas para ultrapassar os limites da equipe em realizar o trabalho com a população específica ou com os familiares envolvidos na instituição são em geral de cunho particular, como mostrado acima pelo entrevistado que paga supervisão por empreendimento próprio.

No que se refere à especificidade do trabalho vinculado às famílias os profissionais legitimam sua importância:

“Por muito tempo alguma parte da equipe já levantava essa bandeira de pensar como a família ou pais deveriam ser ouvidos, como trabalhar com eles, mas foi difícil era um desacordo implícito, ouvir a família dá trabalho, mas não um trabalho a mais, e fundamental estar junto, acompanhar a família. Eu faço curso de especialização em Terapia familiar Sistêmica.” (Assistente social, sujeito 6)

Em alguns equipamentos há profissionais com cursos de pós-graduação ou especialização em trabalho com grupos (quatro pessoas), e mais especificamente um profissional tem formação em Terapia Familiar Sistêmica. O quadro 2 apresenta os dados referentes a formação e pós-graduação.

Nesses casos a perspectiva de considerar a família em qualquer direção parece ficar exclusiva a esse profissional, que seria aquele considerado competente para execução de tal tarefa. Por sua vez o profissional considera que a formação ajuda a disparar reflexões como essa em toda equipe, observe seu depoimento:

“A possibilidade de ter feito, estou concluindo essa formação(eu faço curso de especialização em Terapia familiar Sistêmica) deu uma guinada nas nossas discussões, o familiar historicamente é visto como o chato, como aquele que se deve evitar. Cabia ao assistente social tratar e evitar problemas com esse grupo. Estudar essa abordagem me fez abrir olhares e despertar curiosidades em alguns membros da equipe. Estamos mudando nossa forma de pensar as questões com a família. Estamos construindo a passo de formiga e muita briga uma nova ótica sobre esses grupos. Problemas todos temos, todas famílias, abastadas ou não, nem todas precisam dos mesmos incentivos ou atendimentos.” (assistente social, sujeito 6)

Apesar da tentativa de multiplicar o conhecimento entre seus pares, a condição de competência para o trabalho com as famílias fica assim designada a esse profissional. O mesmo foi assistido em uma das unidades que o trabalho com as famílias foi suspenso quando a psicóloga responsável pela realização do grupo conseguiu a transferência para outro serviço de saúde.

“Aqui tinha um trabalho de grupo com as famílias, mas a psicóloga que era responsável e que tinha experiência para tanto saiu, ela havia

pedido transferência e agora ficamos na mão, estamos vendo quais as possibilidades de retomar o grupo ou usar outro modo de trabalhar com as famílias.” (assistente social, sujeito 15).

Nesse sentido, a falta desses profissionais idealmente formados para lidar com as famílias acarreta uma dúvida que perpassa o trabalho de todas equipes. O trabalho com as famílias em geral fica delegado aos assistentes sociais ou psicólogos. A dificuldade para o trabalho com grupos também foi bastante mencionada:

“Acho que os grupos acabam sendo uma proposta difícil de executar, ou talvez o timing dele seja outro, não sei o que percebo é que elas acabam se programando pra fazer outras atividades nesses horários dos grupos... eu abro espaço, não adianta uma proposta assim pronta, fechada, mas quase sempre elas não participam.” (Assistente social, sujeito 10)

“A profissional que tinha experiência no manejo dos grupos saiu da unidade, com a transferência dela, agora precisamos repensar quais os profissionais da equipe que podem realizar essa atividade.” (Assistente social, sujeito 15)

Ainda quanto às iniciativas particulares elas trazem consigo uma queixa de desvalorização por parte da gestão pública:

“É muito desmotivador a gente ter que já tirar dos nossos bolsos essa supervisão, antigamente tinha, ou então você tem que entrar num processo que não é simples para ganhar esse incentivo.” (Psicólogo (a) sujeito 19)

“O trabalho no CAPSi é bem diferente, no PSF por exemplo, a gente recebe treinamento sobre doenças que tem repercussão na qualidade de vida e se apresentam na população, a gente aprende sobre diabetes, hipertensão etc, mas não sobre saúde mental. Eu só havia trabalhado em hospitais de especialidades, como o Hospital do Câncer, depois na UBS, mas em saúde mental, foi aqui, e ainda tenho muitas dificuldades. Fico questionando meu trabalho a todo tempo.” (Enfermeiro (a) sujeito 21)

“Olha eu não passei por nenhum treinamento ou capacitação para lidar com a saúde mental, principalmente porque trabalho em dois

lugares, minha experiência é que me da base pro trabalho. Eu já trabalhei em equipe de PSF e tem capacitação durante um ano quase de ciclo da mulher, ciclo da criança, do idoso, então você tem uma diretriz pro trabalho, aqui não tem uma diretriz específica de como realizar o trabalho, o que ajuda é a reunião com a equipe, e a gente enquanto equipe se posicionou que queria que as reuniões que temos fossem realmente específicas, pensando nos casos que a gente atende e menos nas questões administrativas.” (Enfermeiro (a), sujeito, 18)

As parcerias entre o governo, município e instituições que ofereciam supervições clínicas e institucionais foram muito mencionadas. Outros equipamentos contaram com a supervisão na própria unidade. Segundo Barião (2001) entre os anos de 1984 a 1986, a Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Coordenadoria de Saúde Mental desenvolveu uma série de iniciativas para a capacitação dos profissionais que compunham as equipes através de cursos, supervições clínicas, institucionais e programáticas.

Alguns profissionais também relatam que no âmbito do trabalho no SUS há falta de planos de carreira que incentivem a melhoria dos processos de trabalho e as buscas de aperfeiçoamento ficam a cargo da iniciativa pessoal.

Para Traverso-Yépez e Morais (2004) a questão da capacitação para o trabalho é importante, mas seu início está atrelado à fase que precede a formação. Os autores apresentam idéias e concepções que permeiam a formação de profissionais das ciências da saúde no Rio Grande do Norte. Afirmam que embora haja um debate infundável sobre as reformas disciplinares nas grades dos cursos de graduação, ela não enfatiza a necessidade de refletir sobre as concepções de saúde que são oriundas do imaginário social de futuros profissionais. De acordo com a pesquisa estudantes de diversas áreas da saúde (medicina, fisioterapia, psicologia, serviço social e odontologia) têm idéias e concepções homogêneas nas quais: a concepção abrangente de saúde como eixo integrador comum tem caráter ínfimo e o modelo biomédico como adequado para abordar as questões de saúde ainda prevalece como ideal entre os entrevistados. Além disso, a preocupação com uma abordagem biopsicossocial foi pouco mencionada, o que

pode explicar a dificuldade do trabalho em equipe e da adoção de um enfoque interdisciplinar para lidar com complexidade do ser humano. Os estudantes entrevistados consideram a troca médico-paciente numa postura assistencialista, baseada numa relação de poder na qual quem detém conhecimento especializado deverá tomar as decisões sobre todo processo terapêutico. As representações sociais dos profissionais acerca do processo saúde e doença certamente influenciam todo trabalho com a população e seus familiares ou cuidadores e podem ser foco de outra pesquisa, mas não explica ou resume em si toda ordem de desacertos que ocorrem no trabalho. Assim, não só a formação, mas também as pessoas, os processos e atos produtores de saúde necessitam reorientação.

A saída encontrada por algumas unidades é a supervisão clínica e institucional no serviço, mas a proposta nem sempre é isenta de conflitos entre as equipes. Apenas uma das unidades (E) não conta ou nunca teve essa retaguarda ou apoio para a atuação profissional e os desacordos implícitos ou explícitos estão relacionados à necessidade de pagar um profissional externo sem a ajuda da gestão e trazem à tona sentimentos de desvalia como já mencionado.

A supervisão é apontada por Rosa (2005) como uma estratégia que evita riscos da atuação do profissional no dia-a-dia com as famílias, suprindo carências teórico-metodológicas e éticas. Os riscos mais comuns ocorrem quando o profissional ocupa o lugar de “doutor em família” e quando reproduzem na relação com a equipe ou com a própria família os conflitos vividos no núcleo familiar como, por exemplo, ao se tornar aliado de um membro e acusar os outros em alguma situação que não conseguem resolver parcimoniosamente entre si.

Além da supervisão outra estratégia para driblar os impasses da atuação sob a perspectiva multi e interdisciplinar são as reuniões de equipe. Em alguns equipamentos (A e C) há reuniões semanais distintas, uma que se destina aos assuntos e decisões administrativas que são compartilhadas entre todos técnicos e outras reuniões que têm pautas clínicas, específicas sobre os casos em atendimento e o trabalho em equipe. Em

outras unidades (D e E) todos os profissionais, inclusive os técnicos administrativos e da equipe de apoio (como auxiliares de limpeza e os vigias) são convidados a participar das discussões clínicas. Iniciativas como essas vão ao encontro das idéias de Merhy (2007) a respeito do processo de trabalho em saúde que se faz no cotidiano dos serviços, em qualquer lugar, tempo e pessoa.

“Aqui a gente faz reuniões em que todos participam, o pessoal da cozinha, do administrativo e também os seguranças são chamados, por tem casos em que eles assumem papel de cuidador, não técnico mas ainda assim cuidador, tivemos uma situação em que um garoto tentou fugir, uma rua com essa movimentação, o nosso segurança teve que intervir, e pra isso, ele tem que saber minimamente dos casos e cada características das crianças que são atendidas aqui, tem um ganho pra criança, pra toda equipe e também pra ele que fica sabendo mais sobre o trabalho. Mas eles não são obrigados, participam quando querem, ou quando há alguma situação específica.” (Assistente social, sujeito 15)

Essa construção coletiva observada em algumas iniciativas do presente estudo, já havia sido apontada nos textos produzidos na III Conferência de Saúde Mental, quando foi entendido que todos os funcionários das instituições de saúde compõem o “*setting* terapêutico” e devem ser envolvidos na construção do modelo assistencial e participar das decisões coletivas (Barição, 2001).

O trabalho em saúde mental com vistas à integralidade e a inserção da família como parceira no objetivo fim que é a convivência social de sujeitos com sofrimento psíquico é um desafio e as insatisfações relacionadas à falta de suporte ao profissional que estão na ponta dos serviços e das ações dirigidas à clientela apresentam sonoridade expressiva.

No todo das entrevistas ficou evidente que os profissionais se preocupam com o modo como estão realizando suas práxis e a importância de reconhecer seus impasses para projetar mudanças qualitativas na prestação de serviço à população. Nesse sentido, Scarcelli (1999) enfatiza a necessidade do trabalho coletivo que se baseie também na

possibilidade de problematizar e interrogar-se sobre a construção e reconstrução de suas práticas. A presença da pesquisadora nas unidades provocou certo desconforto e chama a equipe a fazer movimentos como esses de questionamentos e reflexões sobre as práticas.

5.4.2 Tempo disponível e espaço apropriado

Esses são aspectos que se somam às dificuldades encontradas pelos profissionais quando se trata do trabalho de inserção das famílias em qualquer norte pretendido, principalmente nas propostas de atendimento às famílias, que foram as formas mais evidentes de inserção contidas nas unidades que fizeram parte da pesquisa.

A falta de tempo revela que os profissionais ainda consideram o trabalho com as famílias como uma atividade adicional, a exemplo daquelas que realizam com outras instituições, tais como os trabalhos mencionados com escolas, equipes de ESF, embora afirmem que a atenção dirigida à criança e adolescente perpassa por essa necessidade.

Aranha e Silva (2003) têm conclusões similares ao afirmar que as intervenções terapêuticas observadas em um CAPS de São Paulo ocorrem no âmbito institucional em detrimento as iniciativas voltadas ao campo social. Ou seja, as atividades terapêuticas restringem-se ao interior dos serviços e as articulações com os recursos da comunidade e as ações com os familiares são insuficientes e esporádicas.

O tempo escasso também aparece como um impeditivo que se refere às famílias. A inserção ou continuidade dos pais (ou outros familiares) no mercado de trabalho impede a vinda e a inserção deles em atividades relacionadas às propostas dos serviços. Muitos pais trabalham e o horário de funcionamento dos CAPSi coincide com o carga horária de trabalho deles. Em outros casos relatados pelos profissionais entrevistados, nem sempre essas figuras têm trabalhos formais, muitos trabalham na informalidade e

fazem os chamados “bicos”, o que dificultaria a inserção mais assídua e comprometida em qualquer esfera de possibilidades.

A literatura mostra que muitas famílias encarregam um membro para essa atividade e ele acaba, por vezes, se dedicando exclusivamente a essa função. Nesses casos o cuidado acaba sendo designado a outras pessoas, em geral da rede de apoio mais próxima ou por instituições como escolas que admitem horário de atividade ampliado para crianças cujos pais trabalham em horário comercial. Algumas crianças são autorizadas pelos pais para irem à unidade sem acompanhamento de um adulto ou cuidador.

“Outro limite da família é a própria necessidade de trabalho que fica adicionado com o nosso que é um limite da instituição, nosso horário de trabalho, a gente funciona das 8 as 6 da tarde e é um horário que geralmente os pais estão trabalhando, não podem vir, a gente não tem horários no fim de semana.”(Psicólogo (a), sujeito 1)

Ainda quanto aos aspectos da instituição, ligados ao fator tempo, há uma dificuldade relacionada ao número de profissionais e a demanda, o que reflete o desafio atual de ampliação desses equipamentos ou avaliações sobre o modo de trabalho das equipes.

Além disso, questões como licença-saúde, saídas por transferência a outro serviço ou aposentadorias fazem com que as equipes existentes se sintam desfalcadas e esse motivo dificulta o trabalho com as famílias.

A psicóloga que atendia as famílias e ajudava a equipe toda a lidar com elas saiu, uma pensa, foi transferida, ela como outros de nós, estava bem exausta. Eu to saindo, outras pessoas também, estamos pedindo, é um momento bem crítico, de desmonte, mas tudo bem, é um processo de desconstrução, mudanças virão por aí.” (Fonoaudiólogo (a), sujeito 22)

“Eu e também outras colegas estamos aguardando vagas para realmente pedir transferência, eu tive um problema de saúde então não dá mais para trabalhar com crianças, e eu sei que o trabalho com

famílias depende muito do vínculo que é construído, eu não sei se outros colegas comentaram, mas estamos saindo....” (Psiquiatra, sujeito 20)

A falta de espaço se apresenta como uma crítica constante nos resultados obtidos. Durante as entrevistas a pesquisadora pode observar que o espaço de algumas unidades pouco considera as peculiaridades da clientela infanto-juvenil, a maioria dos serviços, quando inaugurados passou a utilizar instalações que já funcionavam como serviços de saúde. Por isso são casas com escadarias, partilhadas em consultórios pequenos, quase sem espaço externo ou para atividades grupais que promovem interações entre as pessoas.

“O espaço aqui não é muito acolhedor, as mães ficam quase que foras da unidade durante o atendimento do filho, ou então ficam aqui embaixo de uma das janelas de atendimento, constrange a mãe, o profissional, talvez o espaço seja um aspecto da instituição que não colabora pra a inserção dos pais, eles preferem inclusive usar esse tempo para outras coisas, porque aqui não tem espaço para elas” (Psicólogo (a), sujeito 10).

“A unidade está pleiteando um novo espaço, acho que faremos uma mudança em breve, com mais espaço até para livre convivência, aqui não temos espaços, as salas são pequenas até para nós da equipe e as crianças, imagina para os pais, vamos conseguir um espaço melhore então talvez possamos pensar em atividades para as famílias.” (Assistente social, sujeito 15).

Por outro lado, a análise das entrevistas mostrou que os profissionais ficam numa posição queixosa. O cenário terapêutico em si envolve características que não se restringem ao local físico, caracterizado pelas salas, áreas abertas para atividades grupais, por exemplo. O espaço para ações terapêuticas parece mais ligado à ordem simbólica, intersubjetiva e comunicativa do que a necessidade de um espaço físico ideal.

O processo de trabalho em saúde mental não é simples e diante das dificuldades encontradas os profissionais procuram cumprir minimamente suas atribuições de trabalhar intersetorialmente e inserir as famílias como parceiras no processo de inclusão

social de crianças e adolescentes atendidos. A tentativa é sempre de encontrar na equipe multidisciplinar as soluções interdisciplinares para cada caso e cada adversidade no processo de trabalho.

Desacertos entre a política e as realidades locais foram freqüentemente relatadas pelos profissionais entrevistados como entraves no trabalho que poderiam culminar na inserção de pais ou outros familiares nas práticas relacionadas à saúde mental.

5.4.3 Medicalização

Essa subcategoria reuniu todas as referências a respeito da medicalização como um aspecto da prática dos profissionais que eventualmente pode apresentar-se como aspecto que dificulta ou inibe a inserção dos familiares nas práticas que ocorrem nos serviços.

A medicalização pode ser um impeditivo para promover a inserção de familiares em práticas relacionadas à saúde mental. É um fator da instituição que pode pouco contribuir para que os pais sejam de fato inseridos como parceiros dos serviços nas práticas que visam à inclusão social da população infanto-juvenil, considerando-a como objetivo último dos serviços territoriais. Embora muitos entrevistados, principalmente os psiquiatras, atribuam à família um papel importante na manutenção ou descontinuidade da medicação, por outro lado, outros técnicos (psicólogos, assistentes sociais, etc) relatam que a medicação seqüestra ou retira dos pais o saber sobre seu filho, a criança ou adolescente nesse sentido ficaria a mercê dos efeitos, positivos ou não, dessa modalidade terapêutica.

“O que me preocupa muito é a questão da medicação psiquiátrica e o abuso desse uso, discurso médico, isso me preocupa muito, eu acho assim, que esse é um fator que dificulta muito a aproximação da família até mesmo do seu próprio filho, e do tratamento, porque hoje se usa um diagnóstico e medicações com muita facilidade, e aí quando

você, a família chega e já recebe um diagnóstico e uma prescrição, eu acho que isso dificulta e muito que a família se aproxime do que a criança tem e precisa. Porque aí quando você dá um diagnóstico tão fechado pra crianças tão pequenas, você diz o problema é esse, é da criança, temos que reduzir sintomas, temos que tratar da criança, os pais ficam na verdade reféns do diagnóstico, não sei se to sendo clara, porque pra mim isso é uma questão, eles se tornam reféns, são tirados do direito de saber sobre seu filho, eles perdem o saber sobre o filho, quem sabe é o médico, quem sabe é o diagnóstico, então o filho vira X, seu filho é por exemplo, bipolar, que ta muito na moda isso hoje, e ponto. E aí os pais, ficam muito de fora de tudo, da compreensão do quadro, da terapêutica, do próprio filho.” (Psicólogo (a), sujeito 4)

Por isso a medicalização também pode lançar um efeito contrário à implicação das famílias: na medida em que o saber dos pais é subtraído, retira-se também a responsabilidade e a possibilidade da família encontrar recursos instrumentais próprios de melhorias psicossociais na vida dos sujeitos em questão.

Moysés em entrevista ao Conselho Regional de Psicologia (2008) corrobora ao acrescentar que a atribuição de dificuldades escolares, por exemplo, a uma doença, isenta não apenas os pais, mas também as escolas e governos da responsabilidade sobre a infância. Afirma também que a biologização e medicalização passaram a ser resposta rotineira da sociedade para os conflitos sociais.

Rotelli (2008) ressalta que o ser humano necessita fazer-se em um corpo social que encontra nas políticas públicas o modo para crescer, viver e socializar-se. O corpo social é formado pelas pessoas e instituições por onde circulam. Algumas instituições impedem a participação do ser humano no corpo social e o torna um corpo inerte, sem movimento ou perspectivas de autonomia. Assim são as intervenções praticadas dentro de instituições psiquiátricas e não raro em alguns hospitais gerais, quando as identidades tornam-se, por exemplo, diagnósticos e condutas médicas. Nesse sentido, o autor aponta que novas formas de internação são colocadas em prática sob condicionamentos farmacológicos intensos e reduzem o sujeito a um corpo centrado em sua doença e não

em sua subjetividade. Reduções como essa reproduzem antigas formas manicomiais de olhar e tratar os sujeitos em sofrimento psíquico.

Em outros casos a prescrição médica vira “moeda de troca” nos contatos entre cuidadores e profissionais. Muitas vezes os familiares se convencem da eficácia da medicação no controle de sintomas e passam a atribuir ao tratamento a condição de administração medicamentosa e a responsabilidade se restringe a essa esfera do cuidado:

“Tem muitas mães que nem se quer aparecem aqui, e quando vem te solicitam muito, “posso falar com você um minutinho”, e aí eu refaço o convite pro grupo e elas agem como se não soubessem, fazem cara de admiração, e fazem o pedido da receita médica, ou para dar entrada em algum benefício.” (Assistente social, sujeito 11)

Em todas as unidades há casos em que o projeto terapêutico vincula-se exclusivamente à atenção psiquiátrica, são aqueles em que os técnicos consideram que os objetivos da terapêutica já foram atingidos, mas que há necessidade de manter a medicação. Em outros casos porque não há serviços públicos que possam responder a essa demanda, ou ainda adolescentes que por conta de ultrapassar a idade prevista na política pública que orienta os CAPSI continuam sendo atendidos por essas unidades até encontrarem outro serviço para seguimento.

Salum em entrevista realizada com o Conselho de Psicologia (2008) indica alguns fatores que reforçam a medicalização: o poder econômico das indústrias farmacêuticas, modelo hegemônico de saúde ainda centrado no sintoma e dificuldade do profissional em abster do poder de medicar. A autora sugere que o trabalho interdisciplinar baseado na integralidade e as reformas na formação acadêmica podem combater a prática medicalizante.

Amarante (2008a) concorda com essas idéias e acredita que, além disso, políticas públicas mais definidas sobre a questão dos medicamentos com a quebra ou flexibilização das patentes farmacêuticas podem ser tomadas para aumentar o controle social dos custos e distribuição dos medicamentos.

No que tange aos familiares, resultados parecidos são apontados por Rosa (2005) ao concluir que na medida em que o profissional não é preparado para lidar com as famílias, espera delas uma posição de passividade em que sua única expectativa é a informação, assim as intervenções profissionais ficam restritas a lógica centrada no saber/ soberania profissional em detrimento ao saber dos cuidadores.

As terapêuticas consonantes aos princípios reformistas não podem encobrir possibilidades de autonomia e protagonismo dos familiares e dos usuários dos serviços de saúde em geral, na medida em que eles são organizados com vistas à coresponsabilidade em saúde entre usuários, familiares e técnicos.

A história da política higienista e da psiquiatria apresenta um processo de medicalização social através da ordem disciplinar médica que por volta dos séculos XIX e iniciou um processo de reconfiguração as concepções de infância e família, além de criar os asilos como lugar de depósito aqueles que se inadequavam ao circuito da sociedade. Foucault (2008) aponta que os próprios médicos durante a formação profissional são treinados e normalizados. Assim não apenas a população deveria ser normalizada, mas todo corpo e ação médica. A normalização de condutas e da própria vida continua sendo uma busca constante na sociedade atual. É notório como a transformação de questões sócio-culturais em problemas médicos parecem reeditar a medicalização social com um novo cúmplice que é justamente o uso de remédios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da reforma da assistência em saúde mental nos faz lembrar que não apenas aparatos científicos, legais e institucionais necessitam ser revistos para que se alcance o objetivo fim de sua proposta que é a inclusão social de pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, mas também sinaliza que a sociedade deve aprender a lidar com a diferença e criar laços de convivência com ela.

A primeira rede de socialização da criança é certamente a família. Ao pensar nessa intersecção entre família e a mudança de paradigma assistencial em saúde mental, o presente trabalho buscou identificar, descrever e analisar formas de inserção das famílias nas práticas que ocorrem nos serviços especializados de atenção à saúde mental, dirigidos à crianças e adolescentes. O atual modelo de atenção destina lugar importante para essas figuras, que ao longo da preponderância do modelo asilar eram excluídas do contexto de atenção, culpabilizadas, vitimizadas ou cúmplices do médico, detentor do poder sob a internação e isolamento do chamado louco. Atualmente essas figuras são chamadas a exercer papéis de co-parceiras na inclusão e cuidados dos sujeitos com sofrimento psíquico. São os cuidadores fora dos muros institucionais e por isso também devem ter voz, direitos e deveres preservados e reconhecidos.

No entanto, a pesquisa em pauta deu voz aos profissionais de nível superior completo que são agentes e estão convocados a produzir novas formas de operar o trabalho. Ao serem questionados sobre formas de inserção da família no âmbito dos serviços e de suas práticas, os profissionais apontaram para formas como eles inserem as famílias e não como elas (as famílias) de maneira mais autônoma conseguem se inserir. Portanto, a análise e discussão dos resultados mostraram que a principal forma de inserção das famílias nos serviços pesquisados são modalidades de atendimento, principalmente os atendimentos clínicos, mais precisamente os grupais. Além disso, observamos as visitas domiciliares, atendimentos de estimulação precoce, grupos e oficinas de produções culturais e artísticas como formas de inserção de familiares,

algumas mais emancipadas e outras marcadas pelo assistencialismo, como vimos no capítulo de análise e discussão dos resultados.

Tal resultado nos aponta para uma constatação importante: apesar do esforço de mudança na assistência para o paradigma psicossocial, a herança do modelo clínico tradicional e do modelo psicológico ainda está fortemente arraigada na forma de inserir a família em suas práticas frente à atuação profissional. Muitos profissionais entrevistados são formados há mais de vinte anos e assistiram ou participaram ativamente da prestação de atenção no âmbito dos grandes hospitais psiquiátricos, outros, mais jovens, assistiram e também participaram das transformações nos últimos anos com a vigência da portaria que inaugurou os HD e depois os CAPS.

O principal tipo de atividade dirigida às famílias foi o atendimento grupal que apresentou objetivos distintos em cada unidade. No entanto, a presente pesquisa não evidenciou a inserção delas em movimentações decisórias no campo da política de saúde mental, tal como assistimos há cerca de vinte anos quando os familiares se uniram aos profissionais de saúde e aos próprios usuários pela luta de melhorias no atendimento e nos atos que anteciparam as transformações no campo da saúde pública brasileira. Pequenas mobilizações ocorrem, mas não formam, por exemplo, uma grupalidade ativa diante das questões em esferas mais políticas.

Sendo assim a forma mais evidente de inserção de mães, pais, avós e outros familiares, que se constituem cuidadores, acontecem no interior do serviço em detrimento às ações de cunho mais emancipado ou participativo. A atuação do profissional está mais ligada ao modo de fazer saúde dentro de instituições do que para fora dos serviços, seja nas comunidades e/ou territórios existenciais de determinada população atendida.

As configurações familiares sofreram transformações ao longo dos anos. Apesar de sua variedade numa mesma cultura, seu papel de proteção e inserção no mundo cultural e social ainda prevalece. Além disso, no campo da saúde mental é comum que

as famílias sejam aquelas que exercem cuidado extra-muros e por isso a maneira de concebê-la e entendê-la diante de suas formações é importante instrumento na prática dos profissionais de saúde, que precisam responder as suas demandas. Por isso, quando o profissional não a considera como peça-chave no processo de inclusão social ele pode encontrar soluções paliativas, pouco resolutivas e “girar em falso”, ou seja, não responder às necessidades tampouco criar vias de autonomia dos sujeitos. Isso fica ainda mais enfaticamente necessário quando se aborda a população infanto-juvenil que está em fase de aquisição de autonomia, habilidades e identidade.

Notou-se uma variedade relacionada às configurações familiares que freqüentam os serviços. Os relatos de famílias desestruturadas, pouco competentes para o cuidado, carentes, monoparentais apareceram nas entrevistas e sugerem que os profissionais ainda têm dificuldades para lidar com modelos diferentes do nuclear.

Conforme o modelo vigente de atenção à saúde mental é esperado que o profissional busque formas de inserir as famílias em seus contextos sociais mais amplos e, além disso, possibilite a criação de espaço para diversidade e tolerância à diferença, reconfigurando assim as relações da sociedade com a “loucura”, porque o aparato cultural também consolidava as forças que mantinham vivo e “competente” o manicômio.

A criação desses espaços também se traduz em possibilitar engajamentos de inserção em outras esferas, como por exemplo, em associações de usuários, familiares, em fóruns que debatem direitos de cidadania, da criança e do portador de transtorno mental. Essa possibilidade ainda é incipiente segundo a análise dos dados obtidos.

O insucesso da terapêutica oferecida às crianças e adolescentes é em alguns casos, atribuído aos pais ou outros familiares e com isso os profissionais reforçam sentimentos de culpa e impotência que devem ser superados. Por outro lado, eles atribuem também às famílias as melhorias de alguns quadros e as vêem como parceiras.

O trabalho de pesquisa considerou as várias possibilidades que o termo inserção carrega em si, não possuiu como norte a perspectiva de inserir a família como forma de colocar para dentro, normatizar, enquadrar ou moldar. Embora de modo retórico as classificações sobre as famílias sejam recusadas pelos profissionais entrevistados, na prática, isso é dissonante e ainda se faz presente de maneira latente em seus discursos, o que certamente orientou as práticas dos profissionais para o assistencialismo.

As possibilidades de inserção das famílias dependem de variáveis que se entrelaçam: saber profissional, sua experiência, o saber da população, suas peculiaridades que não podem ser generalizadas ou homogeneizadas, história de vida, percurso diante do processo saúde-doença, organização dos serviços na rede, acessibilidade etc...

Os profissionais que buscam desconstruir as formas manicomial de assistência devem:

Modificar as relações de poder entre as pessoas, fazer de tal forma que, numa dinâmica de poder diferente, não sejam destruídos os pacientes nem os familiares, e, numa sociedade de capitalismo, é necessário que existam serviços que ajudem as famílias; que ajudem as famílias a encontrarem uma dinâmica diferente, não destrutiva. Que ajudem as famílias (...) a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família. Deve-se trabalhar para melhorar a qualidade da vida das pessoas e não para seqüestrar as contradições e geri-las tecnicamente, o que significa reproduzir o trabalho do manicômio em toda cidade (Rotelli, 2008).

Embora exista um esforço para responder à política que prevê o trabalho intersetorial como uma das bases para promoção de ações que considerem a inclusão e a cidadania, os relatos apontaram indícios que tangenciam o princípio da intersetorialidade. Os profissionais defendem o trabalho com outros setores uma vez que são eles os encaminhadores aos serviços de saúde quando a rede de apoio mais próxima não o faz.

O reconhecimento da importância de trabalhos conjuntos com escolas, equipes de saúde, instâncias jurídicas para que se reverta o quadro de desassistência ou de discriminação de crianças e suas famílias. Conectar pessoas responsabilizar-se conjuntamente e trabalhar em rede está no bojo dos resultados encontrados, embora haja menção de que a tarefa não é simples. Por isso, parece cabível afirmar que os setores de atenção a crianças estão em vias de se articularem, segundo o que foi constatado como subproduto do presente trabalho. Isso reflete uma lacuna de atenção à saúde de crianças e adolescentes, historicamente explicados pelo modo de produção de cuidados fortemente atrelados ao modo de organização social capitalista que é adultocêntrico por excelência.

Para romper esse quadro, o trabalho com as famílias, crianças ou adolescentes não pode ser burocratizado, institucionalizado ou naturalizado. Para tanto, os profissionais assumem a construção coletiva fundamentada na interdisciplinariedade, e se possível, nas supervisões ou outro apoio institucional.

Questionamentos sobre o trabalho com o público alvo e também suas famílias estão presentes em todas as entrevistas e as formas de inserção das famílias parecem ser sempre pensadas e repensadas nas equipes participantes.

Apesar disso, a questão da formação e da capacitação foi observada como um entrave importante não só quanto à inserção da família como protagonista das desejadas mudanças, mas também nas práticas com a própria população infantil a quem os profissionais destinam seu trabalho.

Outros sentimentos presentes em algumas equipes foram o cansaço, desmotivação e até mesmo um ar de desistência. Também foi possível notar que algumas delas estavam se desagregando.

O auxílio dos profissionais às famílias que levam suas crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental e a possibilidade de vê-las com possibilidades de

autonomia, seja na forma de assumir papéis de controle e participação social não pode se confundir com a transformação de familiares em técnicos de saúde, ou como já foi mencionado, em medidas de institucionalização dessa população. A autonomia das famílias pode ser refletida nas trocas e relações mais horizontais e não subordinadas ou vigiadas segundo o saber técnico. Isso equivale também a dizer e que não se pode pensar em universalizar as famílias e seus modos de inserção nas práticas que ocorrem nos serviços.

Nesse sentido é preciso atentar para as políticas que são construídas e construtoras das práticas que se produzem nos serviços de saúde mental.

Também é preciso reforçar a importância de não culpabilizar ou vitimizar as famílias frente à convivência com o sofrimento psíquico, o que equivaleria a retroceder nas propostas de atenção oferecidas aos cidadãos.

7 REFERÊNCIAS

Alves RCP, Verissimo MDLO. Os educadores de creche e o conflito entre cuidar e educar. *Rev. Bras Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2007; 17 (1): 13-25.

Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IA, Costa ES, organizadoras. *Fim de séculos: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-53.

Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.

Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 3ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008a.

Amarante P. Asilos, alienados e alienistas. Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante P organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 3ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008b. p. 73-84.

Amarante P. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: Amarante P, Cruz LB da, organizadores. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008c. p. 65-79.

Amarante P coordenador. *Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ª. ed. (4ª. Reimpressão). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.

Amaral PCG, Durman S. O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. *Acta Scientiarum. Health Services*. 2004; 26 (1): 113-119.

Aranha e Silva AL. *Enfermagem em saúde mental: ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese de doutorado]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37 (4): 424-433.

Aun JG. Da Terapia de Família ao atendimento sistêmico à família. In: Aun JG, Vasconcellos MJE, Coelho SV. *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. 2ª. Ed. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa; p 16-57.

Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Ed. 70, 1977.

Barição SMF. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional. In: III Conferência de Saúde Mental: cuidar sim, excluir, não. Cadernos de textos. Brasília, DF; 2001.

Barros S, Bichaff R organizadoras. Desafios para desinstitucionalização. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap-Secretaria da Saúde; 2008.

Bertolote JM. Em busca de uma identidade pra a reabilitação psicossocial. In: Pitta A organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 2001. p. 155-158.

Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. Cienc. Prof.* 2008; 28 (3): 632-645.

Bichaff R. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma Psiquiátrica [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Boarini ML, Borges RF. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Estu. Psicol.* 1998; 3 (1): 83-108.

Bógus CM, Westphal MF. Participação social em movimentos por cidades saudáveis. In: Fernandez JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007. p. 61-84.

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.* 2005; 2 (1): 68-80. Disponível em www.emtese.ufsc.br. Acesso em 29/11/2008.

Bouso RS, Ângelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Rev Esc Enferm USP*; 2001 (35): 172-179.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento, v. 1. Brasília, DF, agosto, 1999, 303p.

Brasil. Lei nº. 8069/ 90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Diário Oficial da União. 13 jul 1990. Brasília (DF). Senado Federal: 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF); 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio e Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio e Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Editora MS, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Breda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6 (2): 471-480.

Butti, G. Formação e desinstitucionalização. In: Amarante P, Cruz LB da organizadores. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 51-63.

Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (1): 14-24.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (2): 399-407.

Carvalho MCB. Famílias e políticas públicas. In: Acosta AR, Vitale MAF organizadoras. *Família: Redes, Laços e Políticas Públicas*. São Paulo. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez: Instituto de estudos especiais – PUC/SP; 2005. p. 267-276.

Carvalho MCB organizadora. *A família contemporânea em debate*. 5ª. Ed. São Paulo: Editora Cortez; 2003.

Castel R. Da indigência à exclusão, desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A organizador. *Saúde loucura 1*. São Paulo: HUCITEC; 1989. p. 21-48.

Cavalcante AM. *Psiquiatria, outros olhares: a família do esquizofrênico*. [Apresentado em mesa redonda no Congresso Brasileiro de Psiquiatria; Florianópolis; 2002].

Cayres AZF. Projetos terapêuticos dos 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.

Coimbra VCC, Guimarães J, Silva MCF, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a assistência psiquiátrica no Brasil. *Revista eletrônica de enfermagem (online)*. 2005; 3 (1): 99-104. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 20/05/2007.

Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem (on line)*. 2005; 7 (1): 113-111. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em 15/02/2009.

Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38 (2): 197-205.

Conselho Regional de Psicologia. Rotular sim, excluir não. *Psi Jornal de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia*. Mar abr 2008. p. 15 - 16.

Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

Couto MCV. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: III Conferência de Saúde Mental: cuidar sim, excluir, não. *Cadernos de textos*. Brasília, DF; 2001. s/p.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2008; 30 (4): 390-398.

Cruz CA. O transtorno mental na adolescência e o convívio familiar – o relato dos pais [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Cruz C, Colvero LA. Acompanhando por vinte e quatro horas a sua criança: experiência de familiares em unidade de internação. *Mundo saúde* (1995);21(6):350-2, nov.-dez. 1997.

Cury CFMR, Galera SAF. O Programa Saúde da Família como ideal para atenção às famílias de doentes mentais. *Fam. Saúde Desenv*. 2004; 6 (1): 65-70.

Dalmolin BM. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Degensjajn RD. Pediatría e saúde mental infantil: uma experiência de ensino na residência médica [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Del Priore M. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 1999. Apresentação. p. 7-17.

Demo P. Participação é conquista. São Paulo: Cortez - Autores Associados; 1988.

Demo P. Charme da exclusão social. Campinas: Autores Associados; 2002.

Devera D, Costa-Rosa A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da UNES. 2007; 6 (1): 60-79.

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. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.

Duarte MLC, Souza J, Kantorski LP, Pinho LB. Diferentes abordagens à família em saúde mental na produção científica da área. REME – Rev. Min. Enf. 2007; 11 (1): 66-72.

Esperidião E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista eletrônica de enfermagem (*on line*). 2001; 3 (1): s/p. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 20/05/2007.

Fernandez JC, Mendes R, organizadores. Promoção de saúde e gestão local. São Paulo: HUCITEC, 2007.

Ferrer AL. Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura [dissertação de mestrado]. Campinas: Unicamp; 2007.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; s/d.

Ferrioli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental no Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2007; 41 (2): 251-259.

Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde e Sociedade. 2005; 14 (2): 50-59.

Gabardo RM. Configurações familiares e suas implicações para a saúde na visão dos profissionais do PSF [tese de doutorado]. Rio Grande do Sul: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2006.

Gabardo RM, Junges JR, Selli L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da família. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43 (1): 91-7.

Gatti B. Formação continuada de professores: questão psicossocial. *Cadernos de Pesquisa.* 2003; 119: 191-204.

Glat R, Nogueira MLL. Políticas educacionais e a formação de professores para a educação inclusiva no Brasil. *Revista Integração.* 2002; 24: 22-27.

Giovanella L, Amarante P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: Amarante P organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* 3ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 113-148.

Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2005; 10 (2): 357-363.

Guagliardi EC. Onde levar as crianças: sobre um lugar para atendê-las. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 1992; 41 (3): 137-143.

Hooffmann MCCL. Perfil demográfico e clínico da clientela atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi) no ano de 2003 [dissertação de mestrado]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2005.

Hooffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (3): 633-648.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil.* 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 2001. p. 55-9.

Kuhlmann Jr M. Instituições pré-escolares assistencialistas no Brasil (1899-1922). *Cadernos de Pesquisa.* 1991; (78): 17-26.

Lancetti, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: III Conferência de Saúde Mental: cuidar sim, excluir, não. *Cadernos de textos.* Brasília, DF; 2001. s/p.

Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-FIOCRUZ; 2006. p. 615-634.

Lancetti A. *Clínica peripatética.* 2ª. Ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.

Lauridsen EP. Atenção à saúde mental infantil: um desafio às práticas de saúde – um olhar epidemiológico [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

Lauridsen EP, Tanaka, OY. Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica. São Paulo: Annablume; 2005.

Leal GF. A noção de exclusão social em debate: aplicabilidade e implicações para a intervenção prática. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004. Acesso : http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_42.pdf acesso em 18/07/2009.

Leão A. As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Lino MA. A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Maranhão DG. O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. Cad Saúde Pública. 2000; 16 (4): 1143-1148.

Manfrini GC, Boehs AE. Entrevista com a família: uma estratégia para conhecer e para cuidar. Fam. Saúde Desenv. 2004; 6 (1): 49-56.

Marcílio ML. Causas do abandono. In: _____. História social da criança abandonada. São Paulo: HUCITEC; 1998. p. 257-266.

Marcílio ML. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil (1726-1950). In: Freitas MC. História social da infância no Brasil. São Paulo: Cortez/USF; 2001. p. 53-79.

Martins JS. O falso problema da exclusão social e o problema social da inclusão marginal. In: _____. Exclusão social e a nova desigualdade. São Paulo: Paulus; 1997. p. 25-38

Martins JS. Reflexão crítica sobre o tema da “exclusão social”. In: _____. A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 25-47.

Melman J. Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1998.

Melman J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES, organizadoras. Fim de séculos: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p.171-186

Melman J. Família e doença mental. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.

Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandez JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: HUCITEC; 2007. p. 85-110.

Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: HUCITEC; 2007. p. 25-37.

Merisse A. Origens das instituições de atendimento à criança: o caso das creches. In: Merisse A, Justo JS, Rocha LC, Vasconcelos MS. Lugares da infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato. São Paulo: Arte Ciência; 1997. p. 25-51.

Michaelis. Dicionário escolar da língua portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos; 2002.

Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Cienc. Saúde Coletiva. 2009; 14 (1): 159-164.

Minayo MCS organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3ª. Edição. Petrópolis: Vozes; 1994.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que 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. 19 de fev 2002

Moreno V, Alancastre MB. A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: um estudo de caso. Acta Scientiarum. Health Services. 2004; 26 (1): 175-181.

Moretto CC, Conejo SP, Terziz A. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. Vínculo - Revista do NESME. 2008; 1 (5): 55-67.

- Neuhold RR. O conceito de exclusão social e seus dilemas. *Revista Urutágua*. 2007; (5): 1-6.
- Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese de doutorado]. Campinas: Unicamp; 2003.
- Oliveira RMP, Loyola CM. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Scientiarum. Health Services*. 2004; 26 (1): 213-222.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.
- Passetti E. Crianças carentes e políticas públicas. In: Del Priore M. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 1999. p. 347-70.
- Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2007; 29 (1): 11-17.
- Pimentel A, Silva Araújo L. Concepção de criança na pós-modernidade. *Psicologia, ciência e profissão*. 2007; 27 (2): 184-193.
- Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC; 1994.
- Pitta AMF. O que reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 2001a. p. 19-26.
- Pitta AMF. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: III Conferência de Saúde Mental: cuidar sim, excluir, não. *Cadernos de textos*. Brasília, DF; 2001b. s/p.
- Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc São Paulo*. 2008; 17 (2): 82-94.
- Pereira MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Comuni, Saúde, Educ*. 2003; 7 (12): 71-82.
- Pereira MAO; Pereira AJ. Transtorno mental: dificuldades encontradas pela família. *Rev. Esc Enferm USP*. 2003; 37(4): 92-100.
- Pimentel A, Silva Araújo L. Concepção de criança na modernidade. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2007; 27(2): 184-193.

Prefeitura do Município de São Paulo. Primeiro caderno de apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/ vulnerabilidade. São Paulo; 2004.

Reinaldo AMS, Wetzel C, Kantorski LP. A inserção da família na assistência em saúde mental. *Saúde em debate*. 2005; 9 (69): 5-16.

Reinaldo AMS, Saeki T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38 (4): 396-405.

Reinaldo AMS. Conhecendo o itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Ribeiro EL. Problemas de saúde mental da criança em idade escolar: oportunidades e possibilidades de abordagem na atenção básica. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF) *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12 (4): 658-64.

Ribeiro PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicol. estud* 2006; 11 (1): 29-38.

Rocha CRM, Tassitano CMLM, Santana JSS. Acompanhamento de adolescente na família. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). *Adolescer, compreender, atuar, acolher*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001, p. 38-9.

Rosa LCS. A inclusão das famílias nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*. 2005; 11 (18): 205-218.

Rotelli F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante P, Cruz LB da organizadores. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

Sacardo DP, Gonçalves, CCM. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: Fernandez JCA, Mendes R organizadores *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: HUCITEC, 2007.p. 111-130.

Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível*. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 1999.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 2001. p. 13-18.

Sanduvette V. Sobre como e porque construir, (re) construir e avaliar projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossociais. *Psicologia USP*. 2007; 8 (1): 83-100.

Santos FRR, Wendhausen A. As práticas de participação popular na estratégia de saúde da família (ESF): fatores potencializadores e limitantes. *Fam. Saúde Desenv.*, 2003; 5 (3): 185-192.

Scarcelli IR. O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992 [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 1998.

Scarcelli IR. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES, organizadoras. *Fim de séculos: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP; 1999. p. 187-205.

Scarcelli IR. Entre o hospício e a cidade: exclusão/ inclusão social no campo da saúde mental [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 2002.

Schrank G, Kantorski LP. Ações de saúde mental desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial voltadas à família do portador de transtorno psíquico. *Fam. Saúde Desenv.* 2003; 5 (3): 203-212.

Schrank G, Olchowsky A. O CAPS e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc Enferm USP*. 2008; 42 (1): 127-134.

Sigaud CS. Representação social da mãe da criança com Síndrome de Down [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.

Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R.; Mattos RA organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 77- 89.

Silva FCF, Santos G, Monteiro JR, Cunha LSH, Lemke RA. A formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. *Boletim de Saúde. Boletim da Saúde*. 2007; 21 (1): 51-58.

Souza RC, Pereira MAO, Scatena MCM. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des) encontram. *R. gaúcha Enferm*. 2002; 23 (2): 68-80.

Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13 (2): 173-9.

Spitz RA. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes; 1980.

Stoer SR, Magalhães AM, Rodrigues D. Os lugares da exclusão social: um dispositivo de diferenciação pedagógica. São Paulo: Cortez; 2004.

Teixeira AB. A respeito da inclusão escolar no Brasil. Fundação Pró-Menino. Acesso <http://www.promenino.org.br/TabId/77/ConteudoId/7c1c02a4-8312-4e73-9c6d-78941a5c9854/Default.aspx> acesso em 10/04/2009.

Teixeira, RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10 (3): 585-597.

Telles HPRS. Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Traldi MS. O que é um Centro de Atenção Psicossocial hoje? Revendo um conceito e uma prática à luz das transformações estruturais contemporâneas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Traverso-Yeppez M, Morais, NA de. Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estudos de Psicologia*. 2004; 9 (2): 325-333.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005; (39): 507-514.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas públicas. *Saúde em debate*. 1999; 23 (53): 6-19.

Vasconcelos EM. O Controle Social na reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil atual. In: III Conferência de Saúde Mental: cuidar sim, excluir, não. Cadernos de textos. Brasília, DF; 2001. s/p.

Vasconcelos EM organizador. Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde mental na ótica da cultura e das classes populares. São Paulo: HUCITEC, 2008.

Vecchia MD, Martins STF. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*. 2006; 11 (2): 159-168.

Vecchia MD. A saúde mental no Programa Saúde da Família. Estudo sobre as práticas e significações de uma equipe [dissertação de mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina da Unesp; 2006.

Vianna PCM. A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*. 2004; 9(2): 373-379.

Vitolo YLC, Fleitlich-Bilyk RG, Bordin IAS. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev. Saúde Pública*. 2005; (39): 716-724.

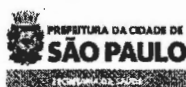
Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto e contexto enferm*. 2005; 14 (3): 341-349.

Zioni F. Experiências femininas: a participação nos movimentos sociais e relações familiares. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum*. 1994; (1): 80-5.

ANEXOS

Anexo 1

Autorização para realização da pesquisa emitida pelo Comitê de ética da Prefeitura de São Paulo



Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

São Paulo, 19 de fevereiro de 2008.
PARECER Nº 032/08 – CEP/SMS
CAAE: 0017.0.162.207-08

Para
Caroline Dombi Barbosa
Sr(a) Pesquisador(a)

IDENTIFICAÇÃO –

- Projeto de Pesquisa: **INSERÇÃO DA FAMÍLIA NAS AÇÕES REALIZADAS EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**
- Pesquisador Responsável: Caroline Dombi Barbosa
- Instituição: Faculdade de Saúde Pública – USP – Departamento de Saúde Materno-Infantil

1. Sumário Geral do Protocolo

Objetivo do projeto: conhecer e compreender as concepções que os profissionais de saúde mental que trabalham nos CAPSi têm sobre a inserção da família nas ações de saúde mental voltadas para as crianças. Visa conhecer, também, as estratégias utilizadas para alcançar tal fim, assim como as possibilidades e os limitantes da inserção da família nessas ações.

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de nível superior de CAPSi da cidade de São Paulo. As 5 unidades escolhidas são: CAPS Infantil Lapa, CAPS Infantil - Cria Itaquera, CAPS Infantil Santana, CAPS Infantil - Cria Casinha Jabaquara, CAPS Infantil Mooca. As unidades CAPSi de Vila Prudente e CAPSi Santo Amaro serão excluídas pois oferecem assistência especialmente a adolescentes.

Os profissionais de nível superior da área de saúde mental que trabalham nos CAPSi serão convidados a participar da pesquisa. Após aprovação do CEP, será feita uma apresentação ao coordenador de cada CAPSi e escolhidos os profissionais que participarão da pesquisa. São estimadas 30 entrevistas.

2. Considerações

Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento detalhado e o cronograma da pesquisa estão adequados.

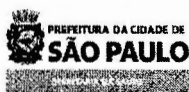
➤ Avaliação dos riscos e benefícios

A metodologia é adequada aos objetivos, impõe mínimas condição de risco / desconforto ao sujeito da pesquisa, se houver e seus direitos fundamentais estão garantidos.

➤ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

É conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo. A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa e há descrição suficiente dos procedimentos.

Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96, permitindo uma decisão consciente do sujeito da pesquisa e sua saída da experimentação, sem qualquer prejuízo.



Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

2

PARECER Nº 032/08 – CEP/SMS
CAAE: 0017.0.162.207-08

3. Parecer do CEP: Projeto Aprovado

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO

Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Anexo 2

Autorização para realização da pesquisa emitida pelo Comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 87 /08

Protocolo	1773
Projeto de Pesquisa	INSERÇÃO DA FAMÍLIA NAS AÇÕES REALIZADAS EM SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
Pesquisador(a)	Caroline Dombi Barbosa

07 de ABRIL de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 3.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 04/04/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leona

Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm. Sr.
Prof. Dr. ALBERTO OLAVO ADVÍNCULA REIS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Anexo 3

Roteiro Norteador da Entrevista Semi-Dirigida

Instrumento de pesquisa: a entrevista

Características do profissional

Iniciais:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Pós-graduação, especialização:

Funções exercidas no serviço:

Em outros:

Tempo de experiência na saúde:

Tempo de experiência em SM:

Referências profissionais (tipo de leitura, supervisão, educação continuada).

Questões norteadoras:

“Na sua prática cotidiana, me diga se existem formas de inserção/ participação das famílias nas ações que ocorrem no CAPSi? E como você compreende o papel da família no processo de atendimento prestado a criança?”

“Você poderia me dizer se há aspectos da instituição facilitam ou dificultam essa(s) possibilidade(s)? Quais são eles, primeiro me diga quais aspectos da instituição você acredita que facilitam essa inserção.”

“Agora que falamos sobre aspectos da instituição, gostaria que você me falasse quais aspectos das famílias facilitam ou dificultam tais possibilidades?”

“Quais são as estratégias do serviço para que haja a inserção de familiares nas praticas do serviço, caso essa possibilidade seja importante para esse serviço”.

“Há outras considerações que não foram perguntadas, mas que você considera importante ao se falar em famílias?”

Anexo 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Inserção da família nas ações realizadas em serviços de atendimento especializado à saúde mental de crianças e adolescentes.”

Pesquisador Responsável:

Caroline Dombi Barbosa. Psicóloga, Mestranda do Depto de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Sob a orientação do Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis. Depto. de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender como os profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossociais entendem a inserção da família nas ações de atenção à saúde mental oferecidas as crianças e familiares, bem como identificar possibilidades e limites dessa inserção. Essa pesquisa faz parte do processo do curso de Pós-Graduação (Mestrado) da pesquisadora.

Esta pesquisa será realizada com os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossociais Infanto-Juvenis da região metropolitana de São Paulo.

Ao participar deste estudo o (a) sr (a) permitirá que o (a) pesquisador (a) utilize as informações dadas sem que haja identificação do seu nome. O (A) sr (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) sr (a) no desenvolvimento de suas funções. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Será realizada uma entrevista na instituição em que o sr (a) trabalha com duração aproximada de uma hora quando serão formuladas algumas perguntas referentes aos objetivos deste estudo.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora responsável e seu orientador terão conhecimento dos dados.

O (A) sr (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Apenas será garantida a possibilidade de conhecer os produtos finais advindos da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma voluntária e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ENDEREÇOS E TELEFONES:

Pesquisador: Caroline Dombi Barbosa. Av. Dr Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703. E-mail: caroldombi@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo:

Coordenador: Prof. Assoc. Cláudio Leone.

Av. Dr Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo:

Coordenadora: Iara Coelho Zito Guerreiro. Rua General Jardim, 36. 2º andar. Vila Buarque. São Paulo. CEP: 01223-010. Fone: 3218-4043.

Anexo 5

Quadro: relação entre objetivos da pesquisa e roteiro norteador

Objetivos	Questões Norteadoras
<p>Identificar, e descrever e analisar formas e estratégias de inserção familiar que se produzem nas práticas de saúde mental dos profissionais que atuam no novo modelo de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes</p>	<p>“Na sua prática cotidiana, me diga se existem formas de inserção/participação das famílias nas ações que ocorrem no CAPSi? E como você compreende o papel da família no processo de atendimento prestado a criança?”</p>
<p>Identificar e descrever concepções que os profissionais de saúde mental têm a respeito da inserção da família nas suas práticas.</p>	<p>“Você poderia me dizer se há aspectos da instituição facilitam ou dificultam essa(s) possibilidade(s)? Quais são eles, primeiro me diga quais aspectos da instituição você acredita que facilitam essa inserção.”</p>
<p>Identificar e compreender dificuldades e facilidades (limites e possibilidades) de inserção da família nessas práticas os segundo profissionais.</p>	<p>“Agora que falamos sobre aspectos da instituição, gostaria que você me falasse quais aspectos das famílias facilitam ou dificultam tais possibilidades?”</p>
	<p>“Quais são as estratégias do serviço para que haja a inserção de familiares nas praticas do serviço, caso essa possibilidade seja importante para esse serviço”.</p>

Anexo 6

Termo de Responsabilidade do Pesquisador (modelo)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira César
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3061-7703 / 3081-2451 Fax.: (011) 3085-0240

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Caroline Dombi Barbosa, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: **“Inserção da família nas ações realizadas em serviços de atendimento especializado à saúde mental de crianças e adolescentes”**, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente à Faculdade de Saúde Pública e a instância municipal e ao CNPQ toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

São Paulo, _____ de 2008.

Nome do (a) pesquisador (a) e assinatura (número USP e RG)

Anexo 8

Primeira página do Curriculum Lattes da Pesquisadora

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Caroline Dombi Barbosa)

Página 1 de 5



Caroline Dombi Barbosa
Bolsista de Mestrado do CNPq

Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (2003). Atualmente é mestranda pela Faculdade de Saúde Pública e pesquisadora - Laboratório de Saúde Mental Coletiva- Faculdade de Saúde Pública, e sua linha de pesquisa se relaciona a saúde mental infanto-juvenil. Também tem experiência na área de Psicologia Hospitalar, principalmente com os seguintes temas: gestação de alto risco, depressão, psicologia, saúde mental infanto-juvenil.
(Texto informado pelo autor)

Links para Outras Bases:
Diretório de grupos de pesquisa

Última atualização do currículo em 13/04/2009

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/9422422390545403>



Dados pessoais

Nome Caroline Dombi Barbosa
Nome em citações bibliográficas BARBOSA, C. D.
Sexo Feminino
Endereço profissional Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.
Av. Doutor Arnaldo, 715
Sao Paulo, SP - Brasil

Formação acadêmica/Titulação

- 2007** Mestrado em Pós Graduação.
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.
Título: Crenças e participação familiar nos CAPSI (provisório), *Orientador:* Alberto Olavo Advincula R.
Palavras-chave: saúde mental infantil; família; Centro de Atenção Psicossocial Infantil.
- 2005 - 2006** Especialização em Aprimoramento Profissional. (Carga Horária: 2000h).
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, HMLMB, Brasil.
Título: Gestação de alto risco e sintomatologia depressiva.
Orientador: Marialva Frullani.
Bolsista do(s): Fundap, . . .
- 2004 - 2005** Especialização em Psicologia Clínica Hospitalar aplicada a Cardiolog. (Carga Horária: 600h).
Instituto do Coração- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Uni.
Título: A imagem corporal do adolescente cardiopata.
Orientador: Cintia Watanabe.
- 1999 - 2003** Graduação em Psicologia. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil.
Título: Atendimento psicológico as gestantes hospitalizadas na Santa Casa de Misericórdia de São

Anexo 9

Primeira página do Curriculum Lattes do Orientador

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Alberto Olavo Advincula Reis)

Página 1 de 27



Alberto Olavo Advincula Reis

possui graduação em Psicologia pela Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971) , especialização em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1986) , mestrado em Psicologia pela Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993) . Atualmente é Professor Doutor da Universidade de São Paulo e Membro de corpo editorial da Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. Tem experiência na área de Saúde Coletiva , com ênfase em Saúde Pública. Atuando principalmente nos seguintes temas: Gravidez na adolescência, Análise institucional, Desenvolvimento e crescimento.

(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Última atualização do currículo em 17/10/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>



Links para Outras Bases:

[Diretório de grupos de pesquisa](#)

[SciELO - artigos em texto completo](#)

Sisfo

Dados pessoais

Nome Alberto Olavo Advincula Reis

Nome em citações bibliográficas REIS, Alberto Olavo Advincula

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Inf. Av. Dr Arnaldo 715 2º andar
Cerqueira Cesar
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667126 Fax: (11) 30850240
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

- 1989 - 1993** Doutorado em Saúde Pública
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, *Ano de Obtenção.*
Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga.
Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise Institucional; Desenvolvimento e crescimento.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Cuidado à saúde das populações humanas.
- 1974 - 1977** Mestrado em Psicologia.
Université de Paris VII - Université Denis Diderot, U.P. VII, França.
Título: Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Chi psychiatrie infantile., *Ano de Obtenção:* 1977.
Orientador: MarieAnne Martin.
Palavras-chave: Psicopatologia infantil; Análise institucional.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Psicologia.
Setores de atividade: Saúde humana.
- 1986 - 1986** Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- 1968 - 1971** Graduação em Psicologia. Université de Paris VII - Université Denis Diderot, U.P. VII, França.

Formação complementar

- 2003 - 2003** Introdução Bioestatística.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.