



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

RAÍSSA HEROLD MATIAS RICHTER

**O PROCESSO DE ALTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CAPSIJ NA
PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

SÃO CARLOS

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

RAÍSSA HEROLD MATIAS RICHTER

**O PROCESSO DE ALTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CAPSIJ NA
PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos na ocasião do Exame de Defesa, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Terapia Ocupacional. Área de concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional. Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

Orientação: Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid.

SÃO CARLOS

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Raissa Herold Matias Richter, realizada em 25/02/2019:

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid
UFSCar

Profa. Dra. Maria Luísa Gazabim Simões Ballarín
PUCCAMP

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar

Profa. Dra. Bruna Lídia Taño
UFES

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Bruna Lídia Taño e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid

Dedico esta dissertação às crianças e adolescentes que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico e às suas famílias – com o desígnio de que haja força, coragem, amor e possibilidades em seus cotidianos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade que tive de realizar o Mestrado em Terapia Ocupacional na UFSCAR, e resalto que o fiz com muita dedicação, prazer e entusiasmo! Considero que esta experiência foi fundamental em minha formação profissional e em minha vida pessoal, onde pude ampliar meu saber, construir conhecimento junto aos coletivos e também ter novas descobertas sobre mim durante todo o processo. Por isso, há muito que agradecer, e há muitas pessoas a quem quero agradecer pela partilha deste percurso...

Agradeço à minha professora orientadora tão querida, Maria Fernanda Barboza Cid, que desde o início foi parceira, acolhedora e próxima de mim. Fer, obrigada por esta construção compartilhada, por seus ensinamentos, suas diversas correções quanto à composição (em nível das ideias e da organização) desta dissertação, e dedicação a esta pesquisa de modo geral! Te admiro muito enquanto profissional e ser humano e te agradeço por tudo!

Agradeço às professoras incríveis que se debruçaram nesta pesquisa e dedicaram sua energia corrigindo-a, avaliando-a e pensando em possibilidades para o seu melhor desenvolvimento! Obrigada professoras Maria Luisa G. S. Ballarin, Thelma S. Matsukura e Bruna L. Taño – este trabalho não seria o mesmo sem a composição de vocês!

Agradeço também a todas as professoras, professores, mestrandos e doutorandos do PPGTO com os quais convivi nesses dois anos de formação! Obrigada pelo conhecimento compartilhado, pelo fomento ao pensamento crítico e construtivo, pela amizade, pelas conversas, trocas, abraços, risadas e saídas!

Em especial às professoras Taís Quevedo Marcolino, Lilian Magalhães, Claudia Martinez, Mirela Figueiredo, Patrícia Della Barba, Regina Joaquim, Daniel Marinho, Sabrina Ferigato e Teresinha Cid, as quais participaram de alguma forma de minha pesquisa ou de algum (ns) momento (s) desta minha trajetória de formação.

Em especial às amigas queridas Viviana Leon, Ana Carolina C. Mello, Bárbara Depole, Bruna Martins, Mariana Giorgio e Beatriz Moura, com quem convivi mais proximamente neste período, e com quem pude desenvolver amizades e parcerias enquanto terapeutas ocupacionais, além de compartilhar bons momentos!

Agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para a realização desta pesquisa.

Pensando ainda em meu processo de formação como terapeuta ocupacional, não posso deixar de agradecer professoras e professores que considero fundamentais em minha vida: Celina Camargo Bartalotti, Marisa Takatori, Solange Tedesco, Marisa Samea, Michele

Karaguilla, Ana Paula Ratier, Silmara Nicolau, Aline Sorcinelli, Jacqueline Nakachima, Beatriz Takeiti, Mário Battisti, Júnia Cordeiro... E faço questão de manter aqui as reticências, para abarcar alguém que porventura não tenha sido citado.

Agradeço a todas as pessoas com quem trabalhei no contexto do CAPSij de Vila Prudente, muito queridas e importantes no início da minha prática enquanto terapeuta ocupacional. Em especial àquelas com quem convivi mais neste contexto: Marisa Siebert, Gisele Estela, Marisa Nascimento, Solange Di Stasi, Mirian Rejani, Cristina Conrado, Edna Longui, Edna Albino, Elza Peron, Amélia, Décio, Aline, Mariana, Dr. Quintas, Angélica...

Agradeço às pessoas com quem trabalhei no contexto do CAPSij de São Mateus. Em especial à Rose e à Vera, com quem pude partilhar diversas vezes minhas dúvidas, questões, ideias e também a potência de momentos vivenciados no cuidado em saúde mental infantojuvenil. Obrigada pelo acolhimento, escuta e parceria!

Agradeço muito a todas as pessoas com quem trabalho atualmente no Centro de Práticas Naturais (CPN) de São Mateus, o encontro com vocês no meio desta trajetória foi uma das melhores experiências que eu poderia ter tido, a qual vem ampliando minhas formas de se fazer saúde por meio das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), principalmente neste momento da minha vida... Equipe que trouxe maior leveza aos meus dias e também me apoiou de diversas formas quanto ao desenvolvimento da minha pesquisa! Em especial, agradeço à Bete Morishige, Bruna Cardoso, Joelma Russo, Marcelo Spiandon, Camila Siquieri e Joana Nunes. Obrigada também aos residentes em PICS, que trazem sempre fortalecimento e esperança ao nosso cotidiano de trabalho!

À possibilidade de estar no CPN, faço questão de agradecer, também, à Supervisão de Saúde de São Mateus, a qual acreditou no meu trabalho e me concedeu essa oportunidade. Sou grata.

À Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e às Supervisões Técnicas de Saúde, que possibilitaram e viabilizaram que esta pesquisa fosse realizada no contexto da saúde pública, junto às (aos) terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) dos CAPSij da cidade de São Paulo.

Agradeço às (aos) participantes desta pesquisa, pela disposição, pelo compartilhamento do seu pensar e por demonstrarem interesse pelo tema desta pesquisa. Sem vocês tal pesquisa não existiria.

Agradeço a todas as crianças, aos adolescentes e as famílias que atendi enquanto trabalhei no contexto da saúde mental infantojuvenil especificamente, desde meus primeiros atendimentos enquanto ainda ocupava o cargo de estagiária! Sempre gostei de trabalhar com a

infância e juventude, por ser um período de importância enorme no desenvolvimento das pessoas! Assim, agradeço pela confiança que tiveram em mim e em meu trabalho. Ressalto que esta pesquisa é para toda a sociedade, é para os profissionais de toda a Rede de Atenção à Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial, do CAPSij, e é para vocês, é de vocês, crianças, adolescentes, famílias e cuidadores! Que ela possa ressoar desenvolvendo novas formas de se compreender e fazer saúde, em seu sentido mais amplo possível, não só na teoria, mas principalmente na prática de cuidado!

Agradeço aos meus amigos e familiares! Àqueles com os quais partilho meus dias, minhas histórias, minhas expectativas, realidades, planos e emoções!

Agradeço à minha família, que mesmo em tempos difíceis, nunca deixou de me apoiar. Obrigada Fernando, Mauro e Helena! Vocês são parte disso.

Agradeço ao Daniel, parceiro amado e presente que a vida me concedeu, mesmo considerando que não tenha palavras suficientes por todo seu apoio, suporte e amor.

Por fim, agradeço a Deus pela vida, força, fé, alegria e oportunidades!

Os trabalhadores que interrogam de modo produtivo o seu fazer manicomial, o que lhes entristecem e exaurem, abrem a oportunidade de se ressituaem em relação à novas possibilidades antimanicomiais.

Emerson Elias Merhy, 2004

RICHTER, Raíssa Herold Matias. O processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij na perspectiva de terapeutas ocupacionais. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, São Carlos, 2019.

RESUMO: Políticas e diretrizes atuais de saúde têm destacado a relevância de uma prática que seja eficiente, eficaz e resolutive. Esta tendência vem se estabelecendo em toda a Rede de Atenção em Saúde, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial. Assim, desenvolve-se um cenário que convoca a ampliação da discussão sobre os processos de alta, também nos serviços de atenção à saúde mental infantojuvenil do Sistema Único de Saúde (SUS). Na literatura nacional e internacional observa-se escassez de estudos que abordam o tema da contribuição da terapia ocupacional no processo de alta de crianças e adolescentes no campo da saúde mental, assim como processos de alta de modo geral. Assim, o objetivo deste trabalho foi compreender o processo de alta de crianças e adolescentes em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais. Para isto, foi realizada pesquisa de campo, do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, sendo a população-alvo constituída por 15 terapeutas ocupacionais que atuam em CAPSij no município de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados deste estudo demonstraram como se dá o processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij, considerando os aspectos relacionados à compreensão e utilização do termo “alta” neste contexto, à descrição de como acontece, à reflexão sobre seus critérios e sobre seus desafios na prática; além da percepção das crianças, adolescentes e familiares com relação ao processo de alta. Identificou-se também que as (os) terapeutas ocupacionais envolvidas (os) neste estudo, participam dos processos de alta no contexto dos CAPSij em que trabalham, seja enquanto membro da equipe multiprofissional ou enquanto profissional da área da terapia ocupacional. Observou-se que a contribuição da terapia ocupacional no processo de alta está relacionada a uma avaliação e análise mais ampliada e contextualizada da criança/adolescente candidata à alta, ao fortalecimento das famílias, à atuação como referência técnica dos usuários, ao trabalho compartilhado com a equipe interdisciplinar e ao empoderamento dos sujeitos para apropriação dos espaços sociais extra-muro CAPSij. Constatou-se que a efetivação da função de referência técnica, da participação ativa da criança/adolescente/família, da articulação dos CAPSij com a rede intersetorial, e da reflexão acerca dos conceitos de “alta” e “encaminhamento” no contexto da saúde mental infantojuvenil (SMIJ) constituem-se como fatores determinantes para que o processo de alta de crianças e adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico aconteça de forma implicada, corresponsável e segura. Quanto à participação da terapia ocupacional no processo de alta, observou-se avanço com relação às ações destas (es) profissionais no âmbito da SMIJ, as (os) quais vêm se destacando ampliadas, concretas e contextualizadas, em resposta às atuais demandas deste campo de atuação. Considera-se que esta pesquisa pôde aprofundar a compreensão e discussão sobre o processo de alta, ora abordando-o em suas especificidades, ora em seus aspectos mais amplos, contribuindo assim tanto para a produção de conhecimento no campo da SMIJ quanto para o da saúde mental e da terapia ocupacional.

Palavras-Chave: Terapia Ocupacional. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Alta do Paciente.

ABSTRACT: Current health policies and guidelines have highlighted the relevance of a practice that is efficient, effective, and resolute. This trend has been established throughout the Health Care Network, including the Psychosocial Care Network. Thus, a scenario is developed that calls for the expansion of the discussion about discharging processes, also in the services of mental health care for children and adolescents of Unified Health System (SUS). In the national and international literature, there is a shortage of studies that address the theme of the contribution of occupational therapy in the discharging process of children and adolescents in the field of mental health, as well as discharging processes in general. Thus, the objective of this study was to understand the children and adolescents' discharging process at Child Psychosocial Care Centers (CAPSij) from the perspective of occupational therapists. For this purpose, a descriptive and exploratory field study was carried out with a qualitative approach. The target population consisted of 15 occupational therapists working at CAPSij in the city of São Paulo, with experience for at least one year. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed using the Collective Subject Discourse (DSC) technique. The results of this study demonstrated how the discharge process of children and adolescents occurs at CAPSij, considering the aspects related to the understanding and use of the term "discharge" in this context, the description of how it happens, the reflection on its criteria and its challenges in practice; in addition to the perception of children, adolescents and families regarding the discharge process. It was also identified that the occupational therapists involved in this study participate in the discharging processes in the context of the CAPSij in which they work, either as a member of the multi-professional team or as a professional in the area of occupational therapy. It was observed that the contribution of occupational therapy in the discharging process is related to a more extensive and contextualized evaluation and analysis of the child / adolescent candidate for discharge, to the strengthening of the families, to acting as a technical reference of the users, to the work shared with the interdisciplinary team and the empowerment of the subjects for appropriation of the social spaces extra-wall CAPSij. It was found that the implementation of the technical reference function, the active participation of the child / adolescent / family, the articulation of the CAPSij with the intersectoral network, and the reflection about the concepts of "discharge" and "referral" in the context of child and adolescent mental health are determining factors for the process of discharging children and adolescents who experience psychic suffering to occur in an implicated, co-responsible and safe manner. Regarding the participation of occupational therapy in the discharging process, there was progress in relation to the actions of these professionals within the scope of the child and adolescent mental health, which have been highlighted in an expanded, concrete and contextualized way, in response to the current demands of this field. It is considered that this research was able to deepen the understanding and discussion about the discharging process, either approaching it in its specificities, or in its broader aspects, thus contributing both to the production of knowledge in the field of child and adolescent mental health as well as to health mental and occupational therapy.

Key Words: Occupational Therapy. Mental Health. Unified Health System. Child Health. Adolescent Health. Patient Discharge.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Experiências das (os) participantes anteriores ao CAPSij.	48
Gráfico 2 - Demandas da população-alvo atendida em CAPSij.	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Representatividade dos CAPSij no período de fevereiro/2018.	41
Quadro 2 - Representatividade das (os) terapeutas ocupacionais vinculadas (os) aos CAPSij no período de fevereiro/2018.	41
Quadro 3 - Características das (os) terapeutas ocupacionais participantes.	44
Quadro 4 - Áreas de realização de pós-graduação lato sensu das (os) participantes.	46
Quadro 5 - Áreas de realização de pós-graduação stricto sensu das (os) participantes.	46
Quadro 6 - Características da experiência profissional das (os) participantes.	49
Quadro 7 - Composição das equipes técnicas dos CAPSij.	53
Quadro 8 - Setores de encaminhamento para continuidade do cuidado.	102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

AC: Ancoragem

AGPP: Assistente de Gestão de Políticas Públicas

AOTA: American Occupational Therapy Association

ATA: Assistente Técnico Administrativo

AVD: Atividades de Vida Diária

CAPS Adulto: Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSij: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CCA: Centro para Crianças e Adolescentes

CECCO: Centro de Convivência e Cooperativa

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CER: Centro Especializado de Reabilitação

CEU: Centro Educacional Unificado

CID: Classificação Internacional de Doenças

CIEJA: Centro de Integração de Educação de Jovens e Adultos

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

COREN-SP: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CPN: Centro de Práticas Naturais

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde

DI: Deficiência Intelectual

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ECH: Expressão-chave

ESF: Estratégia Saúde da Família

GLOW: Graduating Living skills Outside the Ward

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC: Ideia Central

MIS: Museu da Imagem e do Som
MTOD: Método Terapia Ocupacional Dinâmica
NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NIR: Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA: Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
NPV: Núcleo de Prevenção à Violência
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONG: Organização Não Governamental
OS: Organização Social
OSS: Organização Social de Saúde
PCD: Pessoa Com Deficiência
PDE: Plano de Desenvolvimento da Educação
PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMSP: Prefeitura Municipal de São Paulo
PPGTO: Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional
PTS: Projeto Terapêutico Singular
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RAS: Rede de Atenção à Saúde
REUNI: Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RH: Recursos Humanos
SASF: Serviço de Assistência Social à Família
SESC: Serviço Social do Comércio
SMIJ: Saúde Mental Infantojuvenil
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA: Transtorno do Espectro Autista
TGD: Transtorno Global do Desenvolvimento
TO: Terapia Ocupacional
UBS: Unidade Básica de Saúde
UFSCAR: Universidade Federal de São Carlos
WFOT: World Federation of Occupational Therapy
WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Saúde mental infantojuvenil no SUS.....	30
2 OBJETIVO.....	36
2.1 Objetivo geral.....	36
2.2 Objetivos específicos.....	36
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 Método.....	37
3.2 Participantes.....	37
3.3 Local.....	37
3.4 Instrumentos para a coleta de dados.....	38
3.5 Aspectos éticos.....	39
3.6 Procedimentos.....	39
3.6.1 Adequação do roteiro de entrevista semiestruturado.....	39
3.6.2 Identificação e localização dos participantes.....	40
3.6.3 Procedimentos de coleta de dados.....	41
3.6.4 Procedimentos para a análise dos dados.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1 Seção 1 - Caracterização das (os) participantes e instituição.....	44
4.1.1 Faixa etária, gênero e formação das (os) participantes.....	44
4.1.2 Experiência (s) profissional (is) das (os) participantes.....	48
4.1.3 Forma de administração dos CAPSij e regime de contratação das (os) profissionais.....	51
4.1.4 Composição das equipes técnicas dos CAPSij.....	53
4.1.5 População-alvo atendida nos CAPSij.....	56
4.1.6 Estratégia de cuidado - Referência Técnica.....	59
4.1.7 Estratégia de cuidado - Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	61
4.2 Seção 2 - O processo de alta de crianças e adolescentes no CAPSij.....	64
4.2.1 Conceito de alta no contexto do CAPSij.....	64
4.2.2 Conceito de alta da equipe do CAPSij.....	71
4.2.3 Utilização do termo “alta” no cotidiano do trabalho.....	76
4.2.4 O processo da alta no CAPSij.....	80
4.2.4.1 Frequência com que a alta acontece.....	80
4.2.4.2 Descrição de como acontece a alta.....	83
4.2.4.3 O planejamento para a alta.....	90

4.2.4.4 Critérios que determinam/indicam a alta dos usuários dos CAPSij.....	93
4.2.4.5 Existência de readmissão de crianças e adolescentes ao CAPSij	97
4.2.5 Locais de encaminhamento.....	102
4.2.6 O papel da Referência Técnica nos casos de alta	108
4.2.7 Diferenças entre a alta da criança e do adolescente	111
4.2.8 Percepção das (os) participantes sobre como as crianças e os adolescentes compreendem e/ou percebem seu processo de alta	115
4.2.9 Percepção das (os) participantes sobre como as famílias compreendem e/ou percebem o processo de alta	120
4.3 Seção 3 - A participação das (os) terapeutas ocupacionais no processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij.....	125
4.3.1 A formação em terapia ocupacional para a alta	125
4.3.2 Participação das (os) terapeutas ocupacionais no processo de alta.....	128
4.3.3 Critérios ou condições que as (os) terapeutas ocupacionais consideram essenciais para a alta	136
4.3.4 A alta ideal do CAPSij na concepção das (os) terapeutas ocupacionais	142
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	168
APÊNDICE B – TCLE APLICAÇÃO-TESTE.....	173
APÊNDICE C – TCLE PARTICIPANTES	176
APÊNDICE D – TCLE JUÍZES.....	179
APÊNDICE E – EXEMPLO DO MÉTODO DSC.....	182
ANEXO A	184
ANEXO B	187

APRESENTAÇÃO

Proponho aqui apresentar-me por meio da minha trajetória profissional e apresentar minha pesquisa de mestrado, a qual está relacionada a esta trajetória.

Sou terapeuta ocupacional, graduada pelo Centro Universitário São Camilo em 2012 e pós-graduada em Saúde Pública pela mesma instituição em 2015. Fui bolsista integral em ambas as formações e faço questão de mencionar isto, porque se não fossem os programas de apoio estudantil, eu não teria tido esta oportunidade nesse momento de minha vida. Considero-me uma terapeuta ocupacional do SUS, talvez por entender na prática o valor das políticas públicas, ou pelo fato de sempre ter trabalhado neste contexto, ou ainda por acreditar na proposta da saúde pública brasileira como um caminho possível... Talvez, e muito provavelmente, por tudo isso junto.

Minha proximidade com a saúde mental iniciou em 2010, quando realizei estágio extracurricular por dois anos consecutivos no CAPSij Vila Prudente. Junto a uma equipe que sempre considerei muito potente em suas ações cotidianas, eu aprendi infinitas coisas! Foi neste contexto que comecei a aprender na prática a ser terapeuta ocupacional, a ser profissional de cuidado em saúde mental, a ser parte de uma equipe interdisciplinar, a desenvolver um raciocínio crítico e também aprender a me colocar diante das situações apresentadas pelos usuários e seus familiares, a lidar com os desafios e impotências diante da rede e das realidades vivenciadas pelas diversas famílias, a compartilhar as conquistas e também as durezas de um trabalho que não é simples, e por vezes, nos exige mais do que conseguimos oferecer.

Depois desta experiência, trabalhei em um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), por três anos, onde tive muita experiência com o público infantil de forma geral e, se eu dissesse que não atendi saúde mental naquele contexto, estaria mentindo. A saúde mental é ampla e percebo que mesmo no NIR, onde o meu maior enfoque como terapeuta ocupacional era a “reabilitação física”, eu realizei ações que também abarcavam a saúde mental – no sentido de focalizar o indivíduo e não sua patologia/diagnóstico – e, por isso, não quis deixar de mencionar aqui esta experiência.

Em meio a isso, eu aguardava ser convocada para ocupar o cargo de servidora pública, o que aconteceu em 2016 e me colocou novamente no campo da saúde mental infantojuvenil. A partir daí fui trabalhar num CAPSij na Zona Leste de São Paulo, onde percebi que foi uma realidade mais árdua e difícil para mim com relação a diversos aspectos, os quais me levaram a um questionamento interno sobre o que eu acreditava (e permaneço acreditando) acerca do cuidado em saúde mental, seus caminhos, processo de lutas e conquistas e também enormes

desafios ainda existentes. É justamente na crise que se pode avançar, certo? Foi justamente neste período e dentro desta situação, onde me enxergava limitada, que busquei o mestrado, almejando, algo novo, uma luz, algo que me trouxesse um novo respiro.

Lembro-me que ainda na graduação, em conversas com professoras como Celina Camargo Bartalotti, Marisa Takatori e Solange Tedesco, eu já me via interessada pela pesquisa e por aprofundar os estudos em Terapia Ocupacional, então, já tinha esse “sonho” guardado comigo, o qual pude reaver anos depois, exatamente no momento que defino como “crítico” em minha experiência.

Dessa forma, a experiência do mestrado e, especialmente, da construção da minha pesquisa foi muito significativa, pois, por meio das conversas e discussões coletivas com estudantes e professoras (es), dentro, mas também fora das aulas, das leituras dos referenciais teóricos, das orientações, em especial da professora Maria Fernanda, minha orientadora, que inclusive me acolheu e ofertou escuta em momentos que eu precisei, pude ir ressignificando a prática, esta que me trouxe tantas reflexões e questionamentos.

O fato de eu vivenciar esses dois papéis, ser terapeuta ocupacional na clínica/assistência e ser pesquisadora do campo, é, ao mesmo tempo, um desafio e uma riqueza, porque percebo que uma posição alimenta a outra, e aqui afirmo a relação disso tudo com minha pesquisa de mestrado “O processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij na perspectiva de terapeutas ocupacionais”, a qual trata especificamente da alta e seu processo de realização no campo da saúde mental infantojuvenil.

As minhas experiências profissionais em CAPSij – e também nos demais equipamentos em que já trabalhei – por diversas vezes me levaram a refletir sobre a alta, em especial pela dificuldade em “dar alta” para os sujeitos e suas famílias, seja por aspectos burocráticos dos equipamentos; por falhas da rede de assistência e rede intersetorial; por situações de dúvida quanto ao momento em que a alta deve acontecer; pelo fato de as expectativas por parte da família não serem alcançadas; pela discordância de raciocínio clínico intraequipe; pela resistência da família e/ou do usuário, que muitas vezes sentem que perdem um dos seus poucos, para alguns único, espaços de pertencimento e participação social; ou pelo fato das famílias e/ou usuários não quererem cindir vínculos construídos e mantidos, por vezes, há anos; ou mesmo pelo receio deles de como será o acompanhamento em outro local... Enfim, há mais justificativas vivenciadas na minha prática para estudar este tema, mas compreendo as apresentadas aqui como as principais.

Por fim, compreendo que pensar a alta em saúde mental já é um desafio a ser trilhado, mediante a história desse campo... E que pensar a alta no campo da saúde mental infantojuvenil

é ainda mais desafiador, a meu ponto de vista, devido às diversas variáveis com as quais trabalhamos no cotidiano: família, escola, vínculos sociais, habilidades, desempenho e engajamento nas diversas atividades cotidianas realizadas pelas crianças e adolescentes, interesses e motivação, desenvolvimento psíquico, lida com dificuldades, pertencimento a coletivos, enfim, há muitas variáveis e possibilidades! Isso! É disso também que minha pesquisa quer falar, das possibilidades de um processo de alta, das possibilidades da vida fora CAPSij, na rede, no território e nos espaços de participação social! Assim, desejo que esta pesquisa seja um produção que fortaleça os campos da saúde mental, da saúde mental infantojuvenil e da Terapia Ocupacional; as políticas e os programas brasileiros de saúde pública; o Sistema Único de Saúde; e, principalmente, as crianças e os adolescentes com sofrimento psíquico e suas famílias.

1 INTRODUÇÃO

Políticas e diretrizes atuais de saúde, a nível mundial, tem destacado a relevância de uma prática que seja eficiente, eficaz e resolutive – nos diversos setores e campos assistenciais – de forma a considerar aspectos relacionados às demandas dos usuários, aos resultados, ao tempo e ao financiamento dos tratamentos/acompanhamentos em saúde. Embora as discussões de tais diretrizes estejam mais presentes no cenário internacional (DONABEDIAN, 2002; MELTZER, 2001) se pode visualizá-las, também, no Brasil, por meio de estudos que abordam o complexo econômico-industrial da saúde; os processos de gestão, avaliação, planejamento, inovação em saúde; e os indicadores de saúde (ALMEIDA, 2018; COSTA, 2017; FURTADO et al., 2018; SILVA, 2018).

Em consonância a esta tendência, torna-se fundamental compreender o conceito, os objetivos, o planejamento, suas possibilidades e os demais processos relacionados à alta – os quais estão associados idealmente com a obtenção de resultados esperados e, conseqüentemente, com uma prática resolutive, além da diminuição dos custos com os cuidados de saúde (CIETO et al., 2014; GANZELA; ZAGO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define alta como “a liberação de um paciente de um centro de cuidados, usualmente referindo-se a data em que o paciente deixa o hospital”, e o planejamento de alta como “o processo em que as demandas dos pacientes são antecipadas, planejadas ou organizadas” objetivando a ocorrência de sua alta/saída da internação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.26, tradução nossa). O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) define que o plano de alta é uma forma organizada de expressar as atividades determinadas pelas condições específicas de cada paciente e deve ser elaborado com a participação de todos os profissionais que atuam diretamente com ele (COREN-SP, 2010).

Dessa forma, o termo “alta” é utilizado no campo da saúde, de forma geral, para se referir a processos de finalização de tratamentos e/ou acompanhamentos em saúde, principalmente nos setores de atenção estratégica ou de alta complexidade. Quanto ao contexto da atenção primária em saúde, Reis (2012, p.11) aponta que:

É preciso compreender que não existe alta nos processos de cuidado na Atenção Básica, pois a vinculação do usuário com a equipe deverá ser fortalecida todo o tempo, já que ela é responsável pela saúde de uma família e pela longitudinalidade do cuidado.

Nesta perspectiva compreende-se que a função da Atenção Básica (AB) é manter e articular o cuidado de forma longitudinal, oferecendo apoio para que o usuário transite por diferentes serviços de saúde e buscando a responsabilização do cuidado dos usuários em rede, o que está previsto em políticas de saúde brasileiras (BRASIL, 2010; 2012; 2014b), não estando isenta de lidar também com o conceito de “alta” e de “encaminhamento” dos usuários acompanhados por ela. É válido ressaltar que “desfecho” pode ser uma variação deste termo, porém, utilizado em menor proporção na literatura e documentos oficiais – por isso optou-se pela utilização do primeiro termo no decorrer deste trabalho.

Na literatura nacional pode-se encontrar estudos que abordam o tema da “alta”, especialmente em contexto de hospitalização, bem como publicações no campo da enfermagem, focalizando populações-alvo que apresentam, em boa parte das pesquisas, demandas físicas e neurológicas, e também estudos com enfoque em processos educativos junto aos pacientes e familiares (FLESCHE; ARAÚJO, 2014; GOES; CABRAL, 2017; PAIVA; VALADARES, 2013). Observa-se em tais estudos consenso na crítica a modelos de processos educativos descontextualizados e reducionistas, com prescrições prontas que precariamente orientam usuários e familiares sobre a necessidade de haver uma articulação adequada com serviços comunitários/territoriais onde se deve dar a continuidade do acompanhamento.

O estudo de revisão integrativa da literatura desenvolvido por Ganzella e Zago (2008), que teve o objetivo de avaliar a alta hospitalar entre pacientes adultos e idosos com problemas clínico-cirúrgicos e seus cuidadores em publicações no período entre 2000-2005, encontrou 23 artigos que abordavam aspectos de eficiência e ineficácia no planejamento da alta hospitalar. Os resultados apontaram que a maior parte das publicações foi produzida por enfermeiros; e que os pacientes e familiares assistidos identificaram que: a participação ativa no processo; as intervenções educativas focadas nas orientações e nas demandas apresentadas; a continuidade do cuidado após a alta hospitalar; a adequada comunicação entre profissionais, sujeitos, hospital e serviços comunitários; são os principais fatores de satisfação com relação ao planejamento da alta. O estudo ainda apontou para a carência de publicações com o tema de planejamento da alta, embora este processo seja reconhecido pelo SUS como uma estratégia importante para a integralidade do cuidado e para a resolutividade na assistência em saúde.

Assim, idealizar e executar um plano de alta é considerado uma tarefa clínica importante (TICKLE-DEGNEN, 2011), inclusive para a Terapia Ocupacional, profissão que tem o campo da saúde como um importante contexto de intervenção, dentre outras possibilidades – como educação, assistência social e, cultura. De acordo com a Federação Mundial de Terapia

Ocupacional (WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY, 2012, p.1), a terapia ocupacional é uma:

[...] profissão da saúde centrada no cliente, preocupada com a promoção da saúde e do bem-estar através da ocupação. Seu principal objetivo é permitir que as pessoas participem das atividades da vida cotidiana. Os terapeutas ocupacionais alcançam esse resultado trabalhando com pessoas e comunidades para seu desempenho nas ocupações/atividades que desejam, precisam ou devem fazer, ou modificando sua ocupação/atividade ou o ambiente para melhor apoiar seu envolvimento ocupacional (tradução nossa).

Autores do campo da terapia ocupacional apontam que é necessário contextualizar o processo de alta a partir do processo de intervenção e/ou do plano de tratamento, o qual, segundo eles, deve contemplar as seguintes etapas: avaliação; análise dos dados e identificação/definição do (s) problema (s); planejamento do tratamento; implementação e execução do plano de tratamento; reavaliação do sujeito e do plano de tratamento; alta do tratamento e a indicação de acompanhamento se necessário (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015; MOYERS, 1999; PEDRETTI; EARLY, 2004; ROGERS; HOLM, 2011). Quanto ao processo de terapia ocupacional, Hagedorn (2003b, p. 58) define que “é o nome dado à sequência de ações que um terapeuta realiza para fornecer serviços ao paciente ou cliente. [...] É um método sistemático de organizar a prática”.

A American Occupational Therapy Association (AOTA) destaca que, apesar do processo de terapia ocupacional ser apresentado de forma linear, na realidade “ele não ocorre de forma sequenciada, passo-a-passo [...], pelo contrário, ele é fluido e dinâmico”, a fim de permitir que os profissionais possam refletir continuamente e mudar o plano global para acomodar novas realidades dos sujeitos e ideias ao longo do caminho (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015, p. 10). Pedretti e Early (2004, p. 50) ressaltam que “talvez um dos propósitos mais importantes de se escrever um plano de tratamento seja o planejamento, a análise e a contínua reavaliação do rumo de ação proposto”.

A seguir será apresentada uma síntese das etapas do processo de intervenção da terapia ocupacional, a partir de autores e autoras considerados (as) referências na área. No entanto, destaca-se que, ainda que tais autores (as) descrevam o processo de terapia ocupacional a partir de um mesmo raciocínio, este advém do campo da saúde em geral, o que, embora permita uma ampliação para outros contextos de intervenção da profissão, pode ser insuficiente para a compreensão de suas possibilidades e alcances.

A avaliação inicial é a primeira etapa do processo de terapia ocupacional e pode ser feita por meio de entrevista, de relatórios relativos a intervenções anteriores, observação clínica,

observações formais e informais, avaliações padronizadas e não padronizadas – sendo o objetivo desta etapa reunir dados que permitam ao terapeuta ocupacional compreender a história ocupacional da pessoa, seus padrões de vida diária, seus interesses, seu contexto, valores e necessidades (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015; DORNELAS; GALVÃO, 2007; HAGEDORN, 2003b; MOYERS, 1999; PEDRETTI; EARLY, 2004; ROGERS; HOLM, 2011; SUMSION, 2003).

Após a primeira etapa espera-se que o terapeuta ocupacional já possua elementos para iniciar a análise dos dados e a identificação das necessidades do sujeito. Considera-se importante identificar o contexto e os elementos que dão suporte ou que atuam como barreiras com relação ao desempenho da pessoa. Há autores que consideram estas ações como subetapas da avaliação (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015; DORNELAS; GALVÃO, 2007; MOYERS, 1999).

O planejamento do tratamento em terapia ocupacional deve se basear em referenciais teóricos e evidências, a fim de se estabelecer os resultados-alvos a serem alcançados, o que deve ser feito em colaboração com a pessoa que será acompanhada em terapia ocupacional (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015; DORNELAS; GALVÃO, 2007). É importante que se faça a seleção das metas do tratamento de curto e longo prazo e a seleção das estratégias de intervenção, considerando as características individuais e situacionais dos sujeitos (MOYERS, 1999; PEDRETTI; EARLY, 2004) e tendo em vista a relevância da parceria entre o terapeuta e o cliente para se atingir tais metas (SUMSION, 2003). Rogers e Holm (2011, p. 486) ressaltam que “os resultados são estabelecidos no sentido de estipular o momento de encerramento da terapia e para servir como marcadores da eficácia do programa de tratamento” e Sumsion (2003) afirma que a intervenção termina quando a meta foi alcançada – portanto já fazendo uma referência à alta.

A implementação e execução do plano de tratamento é o processo de aplicação daquilo que foi pensado para determinada pessoa, ou seja, colocar em prática as ações e as intervenções terapêuticas ocupacionais com o objetivo de atingir os resultados estabelecidos (ROGERS; HOLM, 2011), podendo o tratamento ser realizado por meio das perspectivas de: remediação/restauração; compensação/adaptação; prevenção de incapacidades e/ou promoção de saúde; a depender das demandas do sujeito (MOYERS, 1999).

A reavaliação consiste em retornar à reunião de dados coletados inicialmente e compará-los com os dados novamente coletados após a intervenção realizada, sendo o objetivo principal desta etapa “determinar se os resultados foram alcançados e se o encerramento é apropriado, caso contrário, determinar a ação subsequente” (ROGERS; HOLM, 2011, p. 486). Nesta etapa,

o terapeuta ocupacional tem a possibilidade de avaliar a progressão das metas, modificá-las ou mudar os métodos de intervenção (MOYERS, 1999), o que, a depender da abordagem utilizada, pode ser feito também em parceria com o sujeito (SUMSION, 2003).

Por fim, Moyers (1999) destaca que a intervenção da terapia ocupacional é descontinuada quando ocorre uma ou mais das seguintes situações: os objetivos/resultados foram alcançados; ocorrem complicações que interferem na participação do sujeito nas intervenções; é indicado que o programa de terapia ocupacional deve ser mantido de forma independente ou com assistência; e/ou o sujeito solicita a alta. A autora ainda destaca que encaminhamentos potenciais devem ser identificados nesta etapa.

Vale pontuar também o conceito de raciocínio clínico ou raciocínio terapêutico, o qual permeia todo o processo da terapia ocupacional, desde a avaliação até o processo de alta, sendo que ele consiste no pensamento que norteia ou conduz todo o processo de intervenção, a partir de conexões entre os eventos, situações e demandas vivenciadas pelos sujeitos, os quais vão possibilitando deliberações sobre o que seria indicado para determinado caso, em determinado contexto, e seu desenvolvimento efetivo requer tempo e também exige repetição das experiências vivenciadas pelos terapeutas ocupacionais (MARCOLINO, 2012; SCHELL, 2011).

Para o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), entre outras funções, “é competência do terapeuta ocupacional [...] dar alta nos serviços de terapia ocupacional, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas [...]” (COFFITO, 1987, p.2).

Em uma busca não sistematizada na literatura nacional, especialmente nos periódicos científicos da área de terapia ocupacional, utilizando-se os termos “alta” e “terapia ocupacional”, foram encontradas 13 publicações que abordam ambos os termos. Observou-se que dentre estas publicações, seis retratam a alta em hospital geral (CASEIRO et al., 2013; JOAQUIM; EL-KHATIB; BARBA, 2016; JORGE; TOLDRÁ, 2017; OTHERO, 2012; PERUZZOLO et al., 2014; SANTOS; FERREIRA, 2015), três discorrem questões de documentação clínica e registros das intervenções em prontuários (BOMBARDA et al., 2018; PANZERI; PALHARES, 2013; PELISSARI; PALHARES, 2015) e quatro abordam a alta especificamente em saúde mental.

Das quatro publicações que abordam a alta no contexto da saúde mental, duas tratam da alta em contexto hospitalar, sendo que a publicação de Reis, Ceccato e Marcolino (2017) consiste em uma análise da prática de um relato de experiência no âmbito de uma enfermagem

psiquiátrica de um hospital geral e a pesquisa de Montrezor (2013) consiste em um estudo comparativo de caso realizado em instituição de internação intensiva em saúde mental. Além destas, identificou-se também um relato de experiência que aborda a alta da população adulta no contexto do CAPS (MARIOTTI et al., 2014) e um artigo teórico que discute especificamente o processo de alta em terapia ocupacional (FERIGATO; BALLARIN, 2011), conforme será explanado nos parágrafos seguintes.

O relato de experiência de Reis, Ceccato e Marcolino (2017) apresenta uma intervenção da terapia ocupacional realizada com uma pessoa com quadro de esquizofrenia em situação de internação breve em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral. O objetivo do relato de experiência foi, por meio da análise da prática, discutir a internação breve para a atenção psicossocial, as estratégias de produção de sentido e o potencial da terapia ocupacional à luz do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Os resultados destacam que instigar a realização de atividades, estimular o reconhecimento do sujeito para consigo mesmo e instaurar o desejo pela construção de novas histórias são elementos significativos para avaliar a alta em contextos de curto prazo, como se prevê que sejam as internações por questões de saúde mental.

Considerando o mesmo cenário, se apresenta o estudo comparativo de caso, desenvolvido por Montrezor (2013) que teve por objetivo demonstrar a efetividade da clínica da terapia ocupacional na alta hospitalar de pacientes com transtornos mentais. Esta pesquisa foi realizada em uma instituição de internação intensiva em saúde mental do Estado de São Paulo. Foram selecionados quatro grupos terapêuticos do setor de terapia ocupacional, para a quantificação e análise dos participantes, resultando-se na comparação entre o número total de altas desses mesmos pacientes e o tempo de sua internação com o número total de reinternações na instituição ocorridas no período do estudo, que foi entre julho a dezembro de 2010.

Assim, identificou-se que os pacientes que participaram dos grupos terapêuticos apresentaram “uma melhora significativa em seu quadro clínico, receberam alta hospitalar no período predeterminado pela instituição e retomaram suas atividades na sociedade” e “[...] apresentaram uma taxa de reinternação menor do que os demais e alguns não voltaram à internação nessa mesma instituição” (MONTREZOR, 2013, p.535). Discutiu-se a importância da contribuição dos grupos de terapia ocupacional para a efetividade da alta hospitalar.

Mariotti et al. (2014) relataram a experiência de um docente e um grupo de estagiários na implantação e desenvolvimento de um Estágio Supervisionado de Prática em Terapia Ocupacional, onde se caracterizou o campo de estágio, descreveram-se as etapas do processo de ensino-aprendizagem e se propôs intervenções de terapia ocupacional com enfoque no grupo de usuários do regime não intensivo, por estarem mais próximos da alta. Os resultados deste

relato de experiência demonstraram que os usuários do CAPS, “ao invés de almejem a alta, gostariam de retornar aos regimes semi-intensivo ou intensivo, objetivando recuperar direitos ao auxílio-doença e transporte, o que denota grande contradição no sistema” (MARIOTTI et al., 2014, p.409).

Os autores discutem essa contradição identificada no sistema dos CAPS, destacando-se o funcionamento da alta como um reforço negativo, a situação de impotência para os profissionais de saúde mental, especialmente o terapeuta ocupacional, a interlocução entre os aspectos da saúde e econômico-sociais, a situação de privação ocupacional, a demanda por ampliação de intervenções no território, em consonância à proposta da atenção psicossocial (MARIOTTI et al., 2014).

Ressalta-se que o ensaio de Ferigato e Ballarin (2011) é a única publicação que explora, de forma mais aprofundada, a discussão da alta em terapia ocupacional e em saúde mental, com ênfase nos impasses que terapeutas ocupacionais vivenciam no término do tratamento. Com base no Referencial da Filosofia da Diferença, as autoras discutem sobre as dificuldades e demandas encontradas neste processo por parte dos profissionais e pacientes (tais como discordância sobre a possibilidade da alta e o envolvimento da família no processo); sobre critérios de alta na clínica da terapia ocupacional (relacionados ao fortalecimento do sujeito, à ampliação do seu grau de autonomia e à coerência com os objetivos terapêuticos definidos inicialmente); e dão enfoque para a construção de agenciamentos – elemento fundamental que consiste na criação de novos territórios existenciais, novas redes sociais de apoio, novas formas de produção de subjetividade, novos papéis ocupacionais, novas funções – associada ao processo da alta (FERIGATO; BALLARIN, 2011).

As autoras fazem ainda uma reflexão crítica acerca da possível existência de dois tipos de “alta terapêutica”, uma que normalmente é mais centrada na redução dos sintomas e melhora da doença, denominada pelas autoras de “alta”, e outra que está relacionada à possibilidade do próprio sujeito adquirir a capacidade de desprender-se da terapia, por entender já ter adquirido autonomia suficiente para lidar com a continuidade da vida, denominada por elas de “auta” (Idem, *ibid.*).

Ao serem explanadas tais produções nacionais, observou-se que o enfoque das mesmas foi na alta da população adulta que vivencia o sofrimento psíquico. Mesmo o estudo de Ferigato e Ballarin (2011), de caráter teórico, apresenta como exemplos situações vivenciadas por adultos, o que aponta para a existência de uma lacuna que demanda pela ampliação do conhecimento da realidade da população infantojuvenil quanto ao aspecto da alta.

Outra observação importante é com relação ao uso do termo “paciente” ainda utilizado em larga escala no contexto nacional, apesar de existir uma crítica com relação ao seu uso, tanto internacional quanto nacionalmente. O Ministério da Saúde apresenta tal crítica no “Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS” e propõe a substituição do termo paciente por cliente, objetivando evitar colocar o sujeito no lugar daquele “que sofre [...], que se submete passivamente, sem criticar o tratamento recomendado” e buscar implicá-lo enquanto detentor de “capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos” (BRASIL, 2010, p. 69).

Quanto ao termo “cliente” também existe críticas, especificamente por sua conceituação ser originária da economia, o que o aproxima de uma característica de consumo e o afasta da saúde, que é definida, constitucionalmente e pelo SUS, como um direito social (SAITO et al., 2013). É válido ressaltar que existem pesquisas brasileiras, especialmente no campo da saúde mental, que tem evitado o uso dos termos “paciente” e “cliente”, devido às questões conceituais apresentadas, tendo sido dada preferência para o uso do termo “usuário”, que conta com um significado mais abrangente.

Quanto à alta no contexto internacional, observa-se que existe uma relação entre esta e os resultados terapêuticos ocupacionais alcançados, considerando que o resultado alvo é o objetivo final esperado no processo de terapia ocupacional. Neste sentido:

Os resultados terapêuticos ocupacionais podem ser descritos de duas maneiras. Alguns resultados são mensuráveis e utilizados na elaboração do planejamento de intervenção, no monitoramento e na previsão de alta. Estes resultados refletem o alcance das metas de tratamento que se relacionam com o envolvimento em ocupação. Outros resultados são experimentados pelos clientes quando esses percebem os efeitos do envolvimento na ocupação, sendo capazes de retornar aos seus hábitos, rotinas, papéis e rituais desejados (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015, p.33).

Terapeutas ocupacionais teóricos e pesquisadores, principalmente internacionais, sinalizam para a importância do procedimento da alta em diferentes áreas e em equipamentos de saúde diversos, incluindo seu planejamento e seus resultados. Eles ressaltam como essencial o fator da resolutividade e resultados satisfatórios para o paciente/cliente, incluindo o fator custo-benefício para a instituição de saúde (HAGEDORN, 2003a; MATTHEWS; JABRI, 2005; PEDRETTI; EARLY, 2004; ROGERS; HOLM, 2011); a necessidade de se considerar o ambiente domiciliar e contexto social de apoio, visando a pós-alta hospitalar (CRUZ, 2012; SAMES, 2011); a documentação adequada do processo de alta, detalhando como deve ser feito o resumo de alta (MATTHEWS; JABRI, 2005; SAMES, 2011); o encaminhamento para outros

serviços comunitários (MOYERS, 1999); o enfoque nas intervenções educativas junto aos pacientes e familiares, na participação do indivíduo na vida comunitária e na necessidade do planejamento da alta ocorrer ao longo de todo o programa de tratamento (PEDRETTI; EARLY, 2004).

Vale apontar que em uma busca não sistematizada pela literatura internacional nas bases de dados disponíveis no Portal Capes utilizando os termos “*discharge*” ou “*discharge planning*” e “*occupational therapy*” no campo do título, e restringindo resultados ao período dos últimos 10 anos, foram encontradas 31 publicações que abordam o tema da alta e da terapia ocupacional com enfoque na população adulta e idosa, apresentando quadro de alterações neurológicas ou físicas, e abordando temáticas de segurança, de custo-efetividade, além de intervenções voltadas ao procedimento da alta, especialmente no contexto hospitalar. Dentre as 31 publicações observou-se que, pelo menos 15 abordam a temática da avaliação domiciliar enquanto intervenção realizada pelo terapeuta ocupacional (DUROCHER et al., 2015; NIX; COMANS; BECON, 2017; SAMPSON et al., 2014; WALES et al., 2018). Tais achados se assemelham aos dados nacionais apresentados, no que se refere a sua relação com o contexto hospitalar e a população adulta/idosa com demandas físicas e neurológicas.

Ainda sobre as 31 publicações, constatou-se que 4 se referem a pesquisas que abordam a terapia ocupacional e o processo de alta no campo da saúde mental, foco do presente estudo, sendo característica comum a elas a relação com o contexto hospitalar – incluindo a transição hospitalar para o domicílio – e o enfoque na população adulta com transtornos mentais (BIRKEN; HENDERSON; SLADE, 2018; HO; TSAO; WONG, 2009; MILLER et al., 2018; ODES et al., 2011).

O estudo de Birken, Henderson e Slade (2018) apresenta o desenvolvimento de uma intervenção para adultos com transtornos psicóticos no contexto de pós-alta hospitalar, tendo como objetivo a ampliação da participação no autocuidado, lazer, bem estar e qualidade de vida, além da redução do uso de serviços de atenção à crise.

Por meio de revisões sistemáticas e bibliográficas da literatura e de grupos focais realizados com pessoas com transtornos psicóticos e equipes clínicas – para entender os problemas que a intervenção deveria abordar e as abordagens para resolvê-los – desenvolveu-se um manual de intervenção chamado *Graduating Living skills Outside the Ward* (GLOW)¹, para uso de terapeutas ocupacionais. Esta intervenção acontece pelo período de quatro meses na própria casa da pessoa e em locais da comunidade, e almeja ampliar o desempenho

¹ Ampliando Habilidades de Vida Fora da Enfermaria (tradução nossa)

ocupacional no autocuidado pessoal e doméstico, no lazer e em alguns papéis produtivos. Os autores ressaltam a importância deste estudo para comprovar a eficiência de serviços de saúde mental comunitários, reduzir admissões hospitalares e uso de serviços de atenção à crise (BIRKEN; HENDERSON; SLADE, 2018).

Vale pontuar, resumidamente, o conteúdo dos outros três estudos encontrados. O estudo de Ho, Tsao e Wong (2009), realizado na China, apresenta uma intervenção junto às pessoas com transtornos psiquiátricos de alto risco denominada *Home Leave Programme*². O objetivo da intervenção foi promover uma alta hospitalar mais efetiva por meio da terapia ocupacional, a qual visou ações de reconstrução da rotina diária, o preparo para o trabalho e a melhora das habilidades para a vida comunitária – contribuindo para uma alta hospitalar mais efetiva e oferecendo maior suporte aos pacientes. O estudo de Odes et al. (2011), realizado em Israel, apresenta que a intervenção da terapia ocupacional junto às pessoas com esquizofrenia em contexto hospitalar contribui para uma menor taxa de readmissão após sua alta, o que foi identificado por meio de avaliação do nível das funções cognitivas, comunicativas e sociais. Os autores destacam esta avaliação enquanto indicador para a alta hospitalar.

O estudo de Miller et al. (2018), realizado na Austrália, apresenta o uso de uma ferramenta denominada *Behavioural Assessment Tool of Cognition and Higher Function* (BATCH)³ como indicadora do planejamento de alta de pessoas com transtornos neuropsiquiátricos em âmbito hospitalar. O objetivo desta ferramenta é complementar o teste cognitivo formal e contribuir enquanto apoio ao raciocínio clínico em torno do planejamento da alta, o que está relacionado com o tempo de internação, ao seu diagnóstico e pontuação total do instrumento.

Diante disso, ainda com o intuito de ampliar a localização de publicações a respeito da alta no campo da saúde mental, foi realizada uma busca não sistematizada também na base de dados do Portal Capes com os termos “saúde mental” e “alta” no campo do assunto, considerando o âmbito nacional, e os termos “*mental health*” e “*discharge planning*”, considerando o âmbito internacional, o que será explanado a seguir.

Quanto aos achados internacionais, restringindo-se aos últimos 5 anos, foram encontrados 16 estudos, dos quais pelo menos 9 discutem especificamente o processo de alta de pessoas adultas com transtornos mentais em contextos hospitalares, ambulatoriais e comunitários de atenção à saúde mental (KISELY et al., 2017; NAKANISHI et al., 2015;

² Programa Saída para Casa (tradução nossa)

³ Ferramenta de Avaliação Comportamental das Funções Cognitivas e Superiores (tradução nossa)

NOSEWORTHY et al., 2014) e 1 dos estudos consiste numa revisão integrativa de literatura revisada por pares (NURJANNAH et al., 2013).

O estudo de Nurjannah et al. (2013) teve por objetivo identificar as evidências relacionadas ao planejamento de alta em contexto de serviços de saúde de atenção à crise e comunitários. A sua realização se deu por meio de busca em duas bases de dados significativas da área da enfermagem, considerando o período de 1990-2011 e utilizando-se o termo “*discharge planning*” associado a outros como “*psychiatry*”, “*mental health services*”, “*mental disorders*”. Os 19 artigos que preencheram os critérios desta revisão, permitiram identificar: que a comunicação entre os profissionais de saúde, as pessoas com transtornos mentais e os seus familiares é um fator que amplia a eficácia do processo de alta; que a complexidade das necessidades de saúde da pessoa com transtorno mental influencia o processo de planejamento de alta e os impactos nas taxas de adesão e readmissão aos serviços; e que existe uma quantidade limitada de pesquisas sobre as percepções das famílias quanto ao nível de informação necessário para o planejamento eficaz da alta e o nível de envolvimento de indivíduos com transtornos mentais em seu próprio planejamento de alta. Os autores concluem em seu estudo que um planejamento abrangente da alta pode resultar na redução das readmissões tanto para os serviços de saúde mental emergenciais como para os comunitários (NURJANNAH et al., 2013).

Quanto aos achados nacionais, considerando-se os últimos cinco anos, foi encontrado um único estudo que discorre acerca do processo de alta de usuários que realizam acompanhamento em CAPS adulto (GUEDES et al., 2017). Ampliando para o período dos últimos 10 anos foram encontrados mais 2 estudos, estes contextualizados em âmbito ambulatorial (CARDOSO; GALERA, 2011) e hospitalar (DIMENSTEIN; BEZERRA, 2009).

Guedes et al. (2017) realizaram um estudo de caso por meio do referencial metodológico “avaliação de quarta geração” cujo objetivo foi avaliar o processo de alta de usuários de um CAPS adulto no Estado de Santa Catarina em 2014. Por meio de observações de campo, registros em diários de campo e grupos realizados junto aos profissionais, usuários e familiares, os autores identificaram que a alta dos usuários de CAPS deve ser compreendida para além do encaminhamento, por meio da lógica da “transferência de cuidados”; que os CAPS devem ser serviços transitórios, sendo necessário que o usuário siga sua trajetória em outros pontos da rede ao demonstrar estabilidade; e que é preciso haver diálogo entre usuário, família e equipe “a fim de que todos estejam engajados no processo de alta e sintam-se seguros quanto aos fluxos no território” (GUEDES et al., 2017, p. 5).

A partir disso, a discussão de Guedes et al. (2017) se desenvolve problematizando o uso do termo alta no contexto da saúde mental, a função do CAPS enquanto serviço estratégico de atenção à crise e o receio dos usuários quanto à continuidade do cuidado na atenção primária. Aborda também a discussão da possível (des) continuidade medicamentosa e o fator da insegurança do usuário/familiar/trabalhador quanto ao processo de alta, destacando-os como impeditivos à alta na perspectiva da “transferência de cuidados”, e considera que é necessário que haja a promoção de vínculo do usuário com outros espaços do território, a fim de se efetivar a alta em direção a este conceito mais ampliado, demandado, especialmente, ao campo da saúde mental (Idem, *ibid.*).

Diante do exposto, observa-se que são escassos os estudos que exploram a temática da alta no contexto da saúde mental e da terapia ocupacional, sendo que os que existem, demonstram, de forma geral, que o maior enfoque está em contextos hospitalares, na população-alvo de adultos e em avaliações/ações relacionadas à capacidade dos sujeitos para lidarem com a saída do hospital e o retorno ao seu cotidiano. Cabe ressaltar aqui a aparente ausência de estudos que se debruçam sobre a alta no campo da saúde mental infantojuvenil (SMIJ).

Especificamente no que se refere ao campo da SMIJ, Bueno (2013)⁴, em sua dissertação de mestrado, caracterizou a inserção do terapeuta ocupacional no CAPSi do Estado de São Paulo e identificou as ações desenvolvidas por estes profissionais neste contexto, abordando, entre outros assuntos, pontualmente o tema da alta. Sobre o processo da alta, ela destacou os seguintes resultados: 1. Existência de baixo número de altas, o que pode estar relacionado, segundo a autora, à carência de serviços e fragilidade da rede de serviços de diversos setores ou a alta complexidade do sofrimento psíquico vivenciado pelos usuários; 2. Identificação dos principais critérios de alta, tais como remissão dos sintomas/melhora, altas por abandono do tratamento, encaminhamentos para atenção básica, casos de primeiro surto sem reincidência, transferência de serviço em função da idade, sendo que dentre 24 participantes, 9 informaram não haver relação entre a alta e algum tipo específico de problemática ou diagnóstico; 3. Famílias recebem atenção e orientação no momento da alta; 4. Encaminhamentos são feitos geralmente para projetos profissionalizantes, centros comunitários, espaços culturais, outros serviços de saúde do SUS, Organizações Não Governamentais (ONGs) e serviços de assistência social.

⁴ Estudo de Mestrado, desenvolvido junto ao PPGTO-UFSCar.

Bueno (2013, p. 61) ainda sinalizou para a necessidade de novos estudos que pudessem contribuir para a compreensão dos aspectos referentes à alta no CAPSi, fornecendo elementos para questionamentos, tais como:

Estaria o CAPSi se constituindo como um novo tipo de institucionalização? Casos mais graves e severos precisam de outras formas de cuidado e/ou de institucionalização, de que tipo? Quais espaços que promovam a saúde mental desta população podem e devem ser maximizados, utilizados e frequentados?

A partir do exposto até aqui, reafirma-se a escassez de estudos nacionais e internacionais que abordem a alta no campo da saúde mental e sua relação com a terapia ocupacional, de uma forma geral, incluindo, portanto, a saúde mental infantojuvenil, muito embora a saúde mental seja um campo tradicional de atuação da profissão.

Deve-se considerar que o campo da saúde mental, constituiu-se, historicamente, como cenário importante para o desenvolvimento da profissão da Terapia Ocupacional, tanto nacionalmente quanto internacionalmente, sendo compreendido, portanto, como um campo tradicional de atuação da profissão até o período contemporâneo (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001; LIMA, 2006; MÂNGIA; NICÁCIO, 2001); e que mais especificamente, o campo da saúde mental infantojuvenil teve seu desenvolvimento muito depois, se comparado ao campo da saúde mental voltado à população adulta (TAÑO; MATSUKURA, 2015) – assunto que será tratado na sequência, a fim de contextualizar o leitor acerca da atual política nacional de saúde mental infantojuvenil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do qual os serviços de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes tem se organizado.

1.1 Saúde mental infantojuvenil no SUS

Estudos epidemiológicos internacionais tem apontado um crescimento nos índices de prevalência de problemas de saúde mental na população de crianças e adolescentes. Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) apresentam que a taxa média global de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes é de 15,8%. Com relação ao contexto brasileiro, identificam-se as taxas de prevalência entre 7 a 12,7% (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; PAULA, MIRANDA; BORDIN, 2016). Ressalta-se, ainda, que os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes nesta população, seguidos dos comportamentais, de humor e de uso de substâncias, considerando-se que “a frequência dos transtornos mentais na infância e na adolescência varia entre os estudos em função da metodologia empregada” (MERIKANGAS; NAKAMURA; KESSLER, 2009, p. 16).

No entanto, mesmo com este cenário, observa-se que políticas e investigações direcionadas a essa problemática ainda são recentes tanto nacional quanto internacionalmente – situação que vem sendo discutida por pesquisadores e autores da área, conforme se discorre nos parágrafos a seguir.

Pesquisadores têm relatado que os cuidados para crianças e adolescentes e a inclusão da saúde mental infantojuvenil nas políticas públicas ocorreram tardiamente, se comparados com a população adulta. Isso se deu devido a alguns fatores, tais como: o próprio histórico do desenvolvimento do conceito de saúde mental e da construção da compreensão do que é ser criança e adolescente na sociedade; a exigência de uma avaliação complexa que a atenção em SMIJ exige; os conhecimentos acerca dos prejuízos e consequências na vida adulta serem recentes, a ausência de evidências empíricas nacionais e internacionais sobre a efetividade e eficácia de tratamentos para transtornos mentais infantis; e a dificuldade de integração e comunicação intersetorial de serviços de cuidado às crianças e adolescentes (FERNANDES; MATSUKURA, 2015; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) desenvolveu um relatório denominado “*Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources*”⁵, o qual aponta um panorama de índices relacionados à SMIJ no mundo. Um dos índices apresentado neste relatório é que “em menos de 1/3 de todos os países é possível claramente identificar uma instituição ou órgão governamental com responsabilidade pelo programa de saúde mental infantojuvenil” (p. 17, tradução nossa), sendo, portanto, esta área administrada por ministérios mais amplos, os quais promovem pouco, ou menos do que o suficiente, o desenvolvimento efetivo de políticas e programas no campo da SMIJ.

Este relatório também identifica barreiras importantes à efetivação do cuidado em SMIJ, a nível mundial: falta de transporte em meios rurais e urbanos; recursos financeiros limitados; estigma presente em crianças, adolescentes, famílias e até serviços de saúde; dificuldade de comunicação efetiva; falta de conhecimento público acerca do sofrimento mental na infância e juventude; desenvolvimento de poucos programas nacionais que destaquem as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes, e quando isso ocorre, é quase que exclusivamente em países desenvolvidos; e o fato da conscientização pública sobre questões de SMIJ estar significativamente atrás de outros problemas relacionados à saúde nos diversos países, exceto nos mais ricos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

⁵ Atlas: Recursos de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (tradução nossa)

Faz-se necessário neste momento, retornar às bases da constituição da SMIJ no Brasil, a fim de contextualizar e compreender melhor os desafios atuais deste campo. Quanto ao percurso histórico da SMIJ, Taño e Matsukura (2015), apresentam que “as primeiras ações destinadas à saúde mental infantojuvenil surgem conjuntamente com as primeiras iniciativas neste campo para os adultos”, e que tais ações “acompanharam o plano político, ideológico e social” (p. 440) da história brasileira, especialmente após seu processo de independência.

O tratamento às crianças e adolescentes, especialmente os mais comprometidos, se dava por meio de reclusão em alas conjuntas com a população adulta nos contextos hospitalares psiquiátricos e manicomiais (ARBEX, 2013; TAÑO; MATSUKURA, 2015), o que demonstra que a SMIJ no contexto brasileiro esteve marcada por “ações de proteção que culminaram em reclusão e institucionalização com evidentes situações de privação de direitos e liberdade” (TAÑO; MATSUKURA, 2015, p. 442).

Foi na década de 1970 que estas práticas abusivas começaram a ser denunciadas – partindo do estímulo dos movimentos coletivos internacionais em direção às mudanças na forma de tratar a loucura, em especial a experiência de Basaglia⁶ na Itália – e novas alternativas para o cuidado no campo da saúde mental começaram a ser pensadas no contexto brasileiro. Alguns marcos importantes para o desenvolvimento do cuidado em SMIJ a partir deste período foram: a criação da Constituição da República (BRASIL, 1988) e a criação e implementação do SUS (BRASIL, 1990a; 1990b), a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2017) e a proposta da diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos acompanhado pela promoção de serviços comunitários de atenção à saúde mental a partir da Lei 10.216 (BRASIL, 2001; BUENO, 2013; REIS et al., 2016a; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Contudo, Taño e Matsukura (2015) pontuam que apesar destes marcos e do movimento da reforma psiquiátrica ter assinalado a importância do cuidado às crianças e adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico, identifica-se que as ações voltadas à população infantojuvenil estiveram em segundo plano, se comparadas às ações propostas como estratégias de cuidado para a população adulta em condições semelhantes de sofrimento psíquico.

Atualmente preconiza-se que a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes ocorra por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual se baseia na lógica da Atenção Psicossocial e prevê que os cuidados sejam ofertados e articulados entre os diversos serviços e equipamentos, integrantes dos âmbitos da Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Núcleo

⁶ Franco Basaglia foi médico, psiquiatra e precursor do movimento da reforma psiquiátrica italiana.

Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Cultura); da Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis); da Atenção de Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento); da Atenção Residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento); e da Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, leitos de saúde mental no hospital geral) (BRASIL, 2004; 2005, 2014a).

Segundo Morato e Lussi (2018), a atenção psicossocial vem se consolidando enquanto atual modelo que norteia o cuidado em saúde mental, sendo que este se apresenta em um conjunto de práticas, saberes e políticas de orientação da assistência na área de cuidado em saúde mental.

Considerando que o CAPSij é o equipamento de atenção estratégica na assistência em saúde mental para a população infantojuvenil, se faz necessário destacar sua definição:

Serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidas psiquicamente, estando incluídos nesta categoria comprometimentos como autismo, psicoses, neuroses graves, e todos aqueles que por sua condição psíquica, estejam impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004, p. 23).

Ainda quanto à definição deste equipamento, ressalta-se que em 2011 foi criada a Portaria 3.088, que institui a RAPS para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, ampliando, portanto, a assistência à população infantojuvenil que vivencia o sofrimento relacionado ao uso e à dependência de substâncias psicoativas. A portaria afirma que o CAPSij é responsável por atender “crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011b, p. 6).

A Portaria 3.088 reforça que os CAPS constituem-se enquanto serviços abertos e de caráter comunitário, atuam por meio de equipe multiprofissional e da lógica interdisciplinar, devendo ter como prioridade que o trabalho neste equipamento aconteça em espaços coletivos e “[...] de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes [...]” (BRASIL, 2011b, p.5).

Lykouropoulos e Pèchy (2016, p.93) destacam que o CAPSij é:

[...] um dispositivo de cuidado que se compõe e se organiza com a rede toda vez que é preciso responder de forma ágil e flexível, lançando mão de

diferentes estratégias no seu processo de trabalho, com vistas à estabilização das condições de agravamento psíquico e produção de saúde mental.

Neste sentido, os documentos norteadores do campo enfatizam a necessidade do estabelecimento de parcerias intersetoriais (saúde, educação, assistência social), ligadas ao cuidado da população infantojuvenil a fim de garantir a integralidade das ações junto às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental (BRASIL, 2005; 2014).

Neste contexto, ressalta-se a importância da compreensão da clínica ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto diretrizes de cuidado em saúde mental. De acordo com a Política de Humanização do SUS, a clínica ampliada propõe que haja compromisso primeiramente com a pessoa e não com sua doença; que se estabeleça uma relação de confiança entre o trabalhador de saúde e o usuário atendido; que se efetive o trabalho nos moldes multiprofissionais e transdisciplinares; e que todos os atores envolvidos sejam corresponsabilizados pelo cuidado dos sujeitos – demonstrando uma mudança de paradigma quanto à clínica tradicional, cujos “cuidados” pautam-se na doença e não no sujeito (BRASIL, 2010).

O documento norteador “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” define que o PTS é um conjunto de atendimentos que respeita a particularidade do sujeito, que personaliza o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e propõe atividades e permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (BRASIL, 2004). O PTS deve ser construído em conjunto pela equipe técnica, familiares e usuário; além de ser compartilhado com demais equipamentos da RAPS, a fim de atender ao sujeito em sua integralidade (BRASIL, 2014).

Dessa forma, alinhando-se continuamente aos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, acompanhamento longitudinal, descentralização e controle social), à lógica da atenção psicossocial e aos processos de trabalho que procuram considerar a clínica ampliada e o PTS, a assistência em saúde mental às crianças e adolescentes no contexto brasileiro segue as diretrizes descritas e caminha na direção de uma mudança de paradigma relativa à forma de cuidado e atenção às pessoas com transtornos mentais, preconizada na reforma psiquiátrica, exigindo esforços contínuos, reinvenção constante do fazer, mudança em nós mesmos e nas representações sociais que atravessam nosso cotidiano (LYKOUROPOULOS; PÈCHY, 2016).

Portanto, considerando que os estudos sobre a alta no campo da SMIJ são escassos, a atenção à SMIJ tardia quando comparada à saúde mental da população adulta no contexto brasileiro, e que os CAPSij são equipamentos relativamente recentes, o presente estudo

pretendeu contribuir, focalizando o processo de alta no contexto da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, especificamente nos CAPSij, por se tratar de um equipamento estratégico neste cuidado, proposto em lei, em contrapartida aos hospitais psiquiátricos, buscando ampliar a compreensão sobre tal processo a partir da ótica de terapeutas ocupacionais.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Compreender o processo de alta de crianças e adolescentes acompanhadas em CAPSij sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais.

2.2 Objetivos específicos

Descrever como se desenvolve o processo de alta de crianças e adolescentes no CAPSij a partir do discurso das (os) terapeutas ocupacionais;

Identificar os critérios utilizados por terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) ⁷ de CAPSij na alta de crianças e adolescentes;

Analisar os fatores que limitam ou facilitam a realização da alta de crianças e adolescentes neste contexto;

Identificar as percepções das (os) terapeutas ocupacionais sobre sua participação e contribuição na alta de crianças e adolescentes no contexto do CAPSij.

⁷ Ressalta-se que toda referência feita aos participantes desta pesquisa está no plural-feminino seguido da identificação masculina entre parênteses, objetivando destacar a população-alvo de maior representatividade (13 mulheres), mas também validar a participação das minorias (2 homens) neste trabalho. Mais detalhes constam em “4.1 Seção 1 – Caracterização das (os) participantes e instituição”.

3 METODOLOGIA

3.1 Método

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. Pesquisas dessa natureza requerem a capacidade de incorporar as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (COUTINHO, 2008; MINAYO, 2004).

Optou-se pela abordagem qualitativa para o desenvolvimento deste estudo porque:

[...] é intrinsecamente uma forma de pesquisa mais *crítica* e potencialmente *emancipatória*, pois permite a compreensão de como as pessoas concebem seu mundo, de como o representam, e de quais sentidos atribuem às suas experiências. E ao acessar tais níveis de compreensão do real, aponta possíveis caminhos para se trabalhar mudanças de atitudes e valores societários: aí reside o caráter crítico e potencialmente emancipatório de toda pesquisa social qualitativa (LONGO; NARITA, 2014, p.44).

Dessa forma, compreende-se que os objetivos deste estudo estão alinhados a esta abordagem metodológica.

3.2 Participantes

Participaram do estudo 15 terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) do município de São Paulo. Foram critérios de inclusão para participação nesta pesquisa: profissionais com formação em terapia ocupacional com atuação mínima de um ano em CAPSij na cidade de São Paulo e que aceitaram participar da pesquisa. Foram critérios de exclusão: terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) de CAPSij com atuação em função administrativa/gerência de unidades; terapeutas ocupacionais com menos de um ano de atuação no CAPSij; e terapeutas ocupacionais que não concordassem em participar voluntariamente da pesquisa.

3.3 Local

O contexto de realização do estudo foram os CAPSij do município de São Paulo, que tem uma população estimada de 12.176.866 habitantes, considerando o ano de 2018, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do município de São Paulo, existem atualmente 84 CAPS no município, sendo que destes, 31 são destinados para a população adulta, 25 são para pessoas com uso abusivo de álcool e álcool e outras drogas – CAPSad – e 28 para a população infantojuvenil – CAPSij (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/CNES, 2018a).

A respeito destes 28 CAPSij, 24 deles são caracterizados como sendo do tipo II e 4 do tipo III⁸, e em relação à distribuição deles por região do município de São Paulo, observa-se que 8 estão localizados na região sudeste da cidade, 6 na região leste, 6 na região sul, 5 na norte e 3 na centro-oeste (Idem, *ibid.*).

Ressalta-se que, para o presente estudo, houve a participação de terapeutas ocupacionais vinculadas (os) a nove destes equipamentos, distribuídos em três regiões da cidade (região A, B e C). Optou-se pela não identificação das regiões e/ou CAPSij envolvidos nesta pesquisa, a fim de preservar a identidade e sigilo das (os) terapeutas ocupacionais participantes, sendo estas nomeadas, portanto, por letras.

3.4 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados do presente estudo, foi elaborado pelas pesquisadoras envolvidas – com base nos objetivos da pesquisa, na revisão de estudos sobre a alta e na literatura do campo da atenção à saúde mental infantojuvenil (BARROS; LEHFELD, 2012; BRASIL, 2005, 2014; BUENO, 2013; ROLLENBERG, 2013) – um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A), constituído por 41 questões que abordavam a temática desta pesquisa, divididas em três partes, a saber:

Parte A – Dados gerais das (os) participantes: composto por 10 questões fechadas que visavam a caracterização das (os) participantes: idade, gênero, formação graduada e pós-graduada, experiências profissionais, tempo de atuação no campo da saúde mental e saúde mental infantojuvenil, jornada de trabalho e situação de duplo vínculo empregatício;

⁸ A diferença entre as modalidades de CAPS de tipo II e III está: 1. No nº de habitantes atendidos no território - O tipo II atende acima de 70.000 habitantes por território e o tipo III atende acima de 200.000 habitantes por território; 2. No horário de funcionamento - o tipo II funciona de segunda à sexta-feira, em horário comercial, e o tipo III funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana; 3. E na composição mínima das equipes - o tipo II exige um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio, e o tipo III exige dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio (BRASIL, 2004).

Parte B – Instituição, população atendida e intervenções: formada por um roteiro semiestruturado de 10 questões abertas que abordavam características do CAPSij, ao qual a(o) participante é vinculada(o), população-alvo atendida, equipe de trabalho e atividades desenvolvidas; e

Parte C – O processo de alta e a participação da terapia ocupacional: constituída por 21 questões abertas que abordavam o processo de alta de crianças e adolescentes usuárias dos CAPSij de vínculo das (os) participantes, bem como o papel da equipe multiprofissional e da terapia ocupacional no processo.

Ressalta-se que para esta dissertação, tendo em vista seus objetivos, foram consideradas para a análise as questões da Parte A, as questões nº 1 até nº 5 da parte B, e as questões da parte C (exceto nº 13, 14, 18 e 19), devendo as demais questões serem analisadas em outra oportunidade. Tal recorte justifica-se pelo volume de dados coletados, especialmente nas partes B e C, o qual será apresentado com mais detalhes na seção 3.6.3, tendo sido necessário optar pela seleção das questões prioritárias para o desenvolvimento deste estudo.

3.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), expresso pelo parecer nº 2.363.458 (ANEXO A) e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), parecer nº 2.455.921 (ANEXO B) e, somente após sua aprovação os procedimentos para a coleta de dados foram iniciados.

Nessa direção, ressalta-se que a participação no presente estudo foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B e C).

3.6 Procedimentos

3.6.1 Adequação do roteiro de entrevista semiestruturado

Visando tornar o roteiro de entrevista mais pertinente aos objetivos deste estudo, após sua elaboração, foi realizado um processo de adequação (MANZINI, 2003), de forma que o instrumento foi encaminhado para a avaliação de sete juízes especialistas, ou seja, profissionais terapeutas ocupacionais e/ou pesquisadores atuantes em saúde mental infantojuvenil e/ou com experiência em pesquisas qualitativas, os quais foram convidados e aceitaram participar desta

etapa da pesquisa. Apesar de não serem participantes diretos desta pesquisa, os juízes assinaram TCLE (APÊNDICE D), de acordo com exigência do CEP da SMS-SP.

Dessa forma, as contribuições dos juízes foram tabuladas, categorizadas e analisadas pelas pesquisadoras, sendo que os apontamentos e sugestões de alteração coincidentes entre pelo menos três deles foram incorporados na versão final do roteiro, que por sua vez, passou por uma fase de aplicação-teste, junto a três terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental infantojuvenil, que não constituíram o grupo de participantes final do presente estudo. O objetivo desta etapa foi familiarizar a pesquisadora com o roteiro e processo de entrevista, bem como verificar a compreensão das questões junto aos entrevistados, a pertinência da ordem das questões e estimar o tempo de duração da entrevista.

3.6.2 Identificação e localização dos participantes

Quanto à identificação e localização das (os) participantes, inicialmente foi realizado contato com os profissionais responsáveis de cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da cidade de São Paulo para apresentar a pesquisa e documentação de aprovação dos CEPs. Entre cinco coordenadorias (norte, sul, leste, centro-oeste e sudeste), houve o aceite inicial de quatro delas e uma não respondeu ao convite.

Posteriormente a este contato inicial, foi feito contato telefônico com 17 unidades de CAPSij, previamente autorizados pelas coordenadorias de 4 regiões para identificar a presença do profissional terapeuta ocupacional na equipe, apresentar a proposta desta pesquisa e fazer o convite para participação da mesma. Foi dada preferência por conversar diretamente com a (o) terapeuta ocupacional ou o (a) gerente do equipamento. Dentre as 17 unidades, identificou-se que 4 CAPSij não tinham o profissional terapeuta ocupacional na composição da equipe no momento da pesquisa, 2 CAPSij não autorizaram a participação dos terapeutas ocupacionais de suas equipes, 2 CAPSij autorizaram a participação das (os) profissionais, mas estas (es) não deram devolutiva acerca do convite⁹, e em 9 unidades houve autorização da gerência e aceite por parte das (os) terapeutas ocupacionais, sendo envolvidas na pesquisa 3 regiões do município de São Paulo (A, B e C), conforme já explanado anteriormente.

⁹ Ressalta-se que nesta situação, não houve contato da pesquisadora diretamente com a (o) terapeuta ocupacional, e sim com a Supervisão Técnica de Saúde e gerência do equipamento, ocasionando dúvida se o convite foi realmente repassado às (aos) possíveis participantes ou se elas (es) receberam o convite, mas não tiveram interesse em participar.

De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do município de São Paulo, é possível observar que no mês de fevereiro/2018 – período em que foi feito o contato para a coleta de dados – havia 56 terapeutas ocupacionais vinculados aos 28 CAPSij do município de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/CNES, 2018a).

No momento da coleta de dados, as regiões A, B e C juntas somavam 34 profissionais terapeutas ocupacionais vinculados aos CAPSij. Portanto, dos 34 terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) destas regiões, participaram da pesquisa 15, sendo, coincidentemente distribuídos de forma equilibrada entre as regiões: 5 eram vinculados à região A, 5 eram vinculados à região B e os outros 5 à região C. Nota-se que a amostra deste estudo reuniu aproximadamente 27% do total de terapeutas ocupacionais do município.

Participaram das entrevistas de um a três terapeutas ocupacionais por CAPSij, o que variou de acordo com a composição das equipes e disponibilidade das (os) profissionais.

Entende-se que os dados apresentados são relevantes para contextualizar a amostra desta pesquisa, portanto, além do conteúdo descrito e explicado em detalhes, seguem os Quadros 1 e 2, que sintetizam as informações, relacionadas à seleção das (os) participantes terapeutas ocupacionais do presente estudo.

Quadro 1 - Representatividade dos CAPSij no período de fevereiro/2018.

CAPSij	Nº
Unidades de CAPSij no município de São Paulo	28
Unidades de CAPSij no município de São Paulo com terapeutas ocupacionais	24
Unidades de CAPSij autorizadas pela CRS para participação	17
Unidades de CAPSij participantes	9

Fonte: Ministério da Saúde/CNES/2018a. Elaborado pela autora.

Quadro 2 - Representatividade das (os) terapeutas ocupacionais vinculadas (os) aos CAPSij no período de fevereiro/2018.

Terapeutas Ocupacionais	Nº
Terapeutas ocupacionais vinculadas (os) à CAPSij no município de São Paulo	56
Terapeutas ocupacionais vinculadas (os) à CAPSij das regiões participantes	34
Terapeutas ocupacionais localizadas (os) e contatas (os)	19
Terapeutas ocupacionais participantes	15

Fonte: Ministério da Saúde/CNES/2018a. Elaborado pela autora.

3.6.3 Procedimentos de coleta de dados

Com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, foram agendadas as entrevistas por meio de contatos telefônicos, mensagens de e-mail e/ou whatsapp® combinando

data, local e horário de acordo com as possibilidades e preferências das (os) participantes. Com autorização das gerências, as entrevistas foram realizadas na própria unidade de trabalho das (os) profissionais, o que contribuiu para facilitar a participação das (os) terapeutas ocupacionais, considerando questões relacionadas a transporte e tempo disponível para a entrevista.

Nos CAPSij em que houve mais de uma (um) terapeuta ocupacional interessada (o) na participação da pesquisa, foram acordados horários diferentes para cada uma (um) delas (es) e as entrevistas foram realizadas de forma individual, preferencialmente no mesmo dia, conforme previsto. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2018.

Assim, com autorização prévia dos participantes e garantia de sigilo e segurança acerca da identificação de seus relatos, as 15 entrevistas foram gravadas integralmente em áudio e posteriormente transcritas a fim de possibilitar uma análise de dados com o conteúdo integral.

Quanto ao volume de dados coletados, o tempo de gravação de cada entrevista variou entre 45 minutos e 1 hora e 28 minutos. As transcrições das entrevistas das (os) 15 participantes variaram entre 8 a 20 páginas, gerando o total de 219 páginas de material para análise.

Após a transcrição das entrevistas, as mesmas foram enviadas às (aos) respectivas (os) participantes por via eletrônica (e-mail), para que tivessem a oportunidade de ler e revisar suas respostas e pudessem fazer qualquer alteração que desejassem (foi dado o prazo de 20 dias para reenvio das possíveis alterações). O objetivo deste procedimento foi proporcionar aos participantes a oportunidade de refletirem, avaliarem e validarem o conteúdo das suas respostas, possibilitando que mudassem alguma informação, se assim desejassem, garantindo maior fidedignidade nos dados para posterior análise. Para as (os) participantes que não enviaram modificações, após o prazo de um mês, foi considerado o material já obtido na entrevista.

Com relação à possibilidade das (os) terapeutas ocupacionais participantes realizarem alguma alteração nas respostas das entrevistas realizadas, pontua-se que entre as (os) 15, 4 participantes responderam ao e-mail. Destas (es) 4, apenas 2 fizeram modificações, ampliando as respostas de poucas questões.

Foi acordado com todas (os) as (os) terapeutas ocupacionais envolvidas (os) na pesquisa que após a sua conclusão, a pesquisadora fará o envio do relatório completo da dissertação via e-mail.

3.6.4 Procedimentos para a análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e seu conteúdo analisado por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que objetiva revelar as diferentes formas e conteúdo

de opiniões referentes a um determinado tema, por meio de representações sociais (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009). Observa-se que, no procedimento de tratamento dos dados, foram adotados códigos alfanuméricos para identificar as (os) participantes, a fim de garantir seu anonimato.

É por meio da discursividade, daquilo que os sujeitos professam que se dão as representações sociais, os pensamentos, as ideias e as opiniões. O discurso não é um dado definido e/ou exato, ele pode ser construído enquanto o próprio pensamento se desenvolve. Assim, considerando que esta é uma característica própria e indissociável do pensamento coletivo, os dados desta pesquisa foram analisados a partir da soma dos discursos de todos os participantes, a qual gerou um único “eu” que fala em nome do coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O método contém as seguintes figuras metodológicas: expressões-chave (ECH), ideias centrais (IC), ancoragem (AC) e o discurso-síntese (DSC). As ECH consistem na essência do depoimento, apresentam-se na forma de expressões literais e corporificam os DSCs; as IC são descrições sintéticas do sentido do depoimento, consiste na nomeação do que se está falando; a AC compõe-se de afirmações genéricas que enquadram situações específicas. E o DSC trata-se de um discurso redigido na 1ª pessoa do singular (eu), o qual é composto pelas ECH que tem as mesmas IC ou AC (Idem, *ibid.*).

Os DSCs são criados por meio de tabulação dos dados, sendo necessário para o seu desenvolvimento: analisar a resposta de todos os participantes, considerando uma mesma pergunta; identificar as ECH das IC e das AC com grifos; identificar tais IC e AC em categorias de letras observando se são equivalentes, complementares ou opostas; criar uma IC-síntese ou AC-síntese que reúna o sentido de todas daquele determinado grupo já nomeado por uma letra; construir um DSC para cada agrupamento identificado no processo anterior a partir das respectivas ECH, atentando-se para a sequência da escrita, uso de conectivos e eliminação de particularismos e repetições de ideias ditas literalmente iguais (Idem, *ibid.*). Um exemplo desta construção pode ser observado no Apêndice E.

Esse método de análise tem por objetivo tornar mais claras as representações sociais de determinados grupos, promovendo também uma interação dialética, tendo sido esta a pretensão com o grupo de terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) de CAPSij e a investigação sobre sua percepção acerca da alta e de sua participação como parte da equipe neste processo. Observa-se aqui conformidade entre a proposta da pesquisa e o método escolhido para análise de seus dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo serão apresentados em três seções, a saber: “Seção 1 - Caracterização das (os) participantes e instituição”, “Seção 2 - O processo de alta de crianças e adolescentes no CAPSij”, e “Seção 3 - A participação da Terapia Ocupacional no processo de alta de crianças e adolescentes no CAPSij”.

4.1 Seção 1 - Caracterização das (os) participantes e instituição

Os resultados provenientes desta seção, se referem à caracterização das (os) participantes deste estudo e das instituições CAPSij nas quais estão inseridas (os), portanto contou-se com uma análise descritiva, sendo que sua apresentação se dará a seguir, por meio de recursos gráficos e quadros, seguidos das discussões.

4.1.1 Faixa etária, gênero e formação das (os) participantes

No Quadro 3, a seguir, apresentam-se os resultados que caracterizam as (os) participantes quanto à idade, ao gênero e ao ano de conclusão da graduação em terapia ocupacional.

Quadro 3 - Características das (os) terapeutas ocupacionais participantes.

Participantes	Idade	Gênero	Ano de graduação em terapia ocupacional
P1	34	F	2008
P2	26	F	2013
P3	37	F	2009
P4	39	M	2002
P5	28	F	2012
P6	32	F	2009
P7	30	F	2010
P8	28	F	2012
P9	41	F	1998
P10	27	F	2012
P11	27	F	2015
P12	33	F	2006
P13	31	M	2008
P14	31	F	2005
P15	30	F	2010

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme ilustrado no Quadro 3, das (os) 15 terapeutas ocupacionais participantes do presente estudo, 12 estão na faixa etária de 26 a 35 anos e 13 são mulheres.

Os resultados com relação ao gênero das (os) participantes deste estudo reafirmam as considerações da literatura que indicam que a terapia ocupacional é uma profissão constituída principalmente por mulheres, assim como outras do campo da saúde, o que pode ter relação com reflexos históricos e culturais de vinculação do cuidado ao feminino (GOZZI; OGATA; CARRETTA, 2016; MARIOTTI et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2014; BUENO, 2013; VOGEL; BENETTON; GOUBERT, 2002).

Além disso, verificou-se que a maioria das (os) participantes (12) são pessoas jovens, com idade entre 26 e 35 anos, que se formaram entre 2006 e 2015, o que condiz com a expansão dos cursos de terapia ocupacional no período de 2004 a 2012, especialmente na cidade e no Estado de São Paulo (BIANCHI; MALFITANO, 2018; VASCONCELOS et al, 2014). Bianchi e Malfitano (2018) afirmam que esta ampliação de escolas de formação graduada em terapia ocupacional também se deu na maioria dos países da América-latina, considerando o período entre 2000 e 2013, o que ocorreu de forma expressiva e promoveu grande expansão do ensino e do número de profissionais neste continente.

Quanto ao Brasil, especificamente, as autoras destacam que a expansão dos cursos de graduação em terapia ocupacional neste período ocorreu devido “às políticas públicas de fomento ao ingresso no ensino superior, tanto na esfera privada, quanto principalmente, no âmbito público” (Idem, p. 43). Nesse sentido, cita-se o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), o qual integra o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) e foi instituído pelo Decreto nº 6.096 em abril de 2007, sendo umas de suas ações a ampliação das vagas nos cursos de graduação com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais no país (BRASIL, 2007).

Outra discussão que se faz importante é com relação ao fato de que 14, entre as (os) 15 terapeutas ocupacionais, concluíram sua graduação pós-reforma psiquiátrica, ou seja, após a Lei 10.216, de Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A partir da instituição desta lei, a atenção em saúde mental caminhou em direção às estratégias de desinstitucionalização e desenvolvimento de políticas baseadas na perspectiva da atenção psicossocial.

Com relação a este aspecto, pode-se afirmar que as (os) participantes são terapeutas ocupacionais contemporâneas (os) e compõe uma geração de profissionais que iniciaram sua prática em um contexto onde a reforma psiquiátrica brasileira já havia sido estabelecida, pelo

menos a nível teórico, e cujas diretrizes já estavam estabelecidas para a prática, que inclusive já era priorizada em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tais como os CAPS, em todo território nacional. Tal discussão é destacada como relevante, visto que os resultados apresentados no decorrer das seções 4.2 e 4.3 mostram-se implicados com este fato. Além disso, tais resultados podem ser comparados aos do estudo de Bueno (2013), que objetivou caracterizar as (os) terapeutas trabalhadoras (es) de CAPSij do Estado de São Paulo no período de setembro de 2011 a abril de 2012, e identificou que dentre 24 participantes, 5 haviam sido formadas (os) na década de 1980 e as (os) demais (19) haviam se formado entre de 2000 em diante, o que já expressava uma geração pós-reforma psiquiátrica também.

Com relação aos aspectos da formação graduada das (os) participantes, observou-se que oito delas (es) se formaram em universidades públicas e sete em particulares, o que demonstra equilíbrio acerca da natureza das instituições de formação na amostra desta pesquisa; e que todas (os) se formaram no Estado de São Paulo, mesmo local em que trabalham atualmente.

Dando continuidade aos resultados desta seção, a seguir apresentam-se as características das (os) participantes relativas aos aspectos de formação pós-graduada, destacando-se a área de pós-graduação lato sensu (Quadro 4) e stricto sensu (Quadro 5), considerando apenas aquela (s) concluída (s) até o momento de realização da entrevista.

Quadro 4 - Áreas de realização de pós-graduação lato sensu das (os) participantes.

Áreas de pós-graduação lato sensu	Nº de participantes que realizou estudos nesta área
Saúde Mental; Terapia Ocupacional em Saúde Mental; Saúde Mental na Infância e Adolescência; Psicopatologia e Saúde Pública	9
Intervenção Precoce; Terapia Ocupacional Pediátrica; Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual	3
Saúde Coletiva; Atenção à Saúde	2
Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD)	2
Terapia de Mão	2
Gerontologia	1
Terapia Ocupacional aplicada à Neurologia	1
Terapia Ocupacional Hospitalar	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 - Áreas de realização de pós-graduação stricto sensu das (os) participantes.

Áreas de pós-graduação stricto sensu	Nº de participantes que realizou estudos nesta área
Ciências da Saúde	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se que nove das (os) participantes possuem pós-graduação lato sensu em saúde mental, mesma área em que exercem seu trabalho no CAPSij, apontando para a situação em que terapeutas ocupacionais demonstram buscar conhecimento inerente a sua prática profissional.

Observou-se também, de forma geral, que todas (os) as (os) participantes possuem formação pós-graduada lato sensu, sendo que seis participantes apresentam duas ou mais formações posteriores à graduação. Considerando especificamente os tipos de pós-graduação realizadas pelas (os) participantes, destaca-se que 13 terapeutas ocupacionais realizaram especialização, 1 realizou aprimoramento, 1 realizou residência – formações classificadas como lato sensu – e apenas 1 realizou mestrado – formação classificada como stricto sensu.

Estes dados reafirmam a caracterização das (os) terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) de CAPSij observadas há quase 10 anos atrás no estudo de Bueno (2013, p. 43), que pontua que “há um esforço por parte das terapeutas ocupacionais pela busca na formação continuada, visando aprimorar seus conhecimentos e, conseqüentemente, suas ações”. Tal demanda por parte das (os) terapeutas ocupacionais do campo da saúde mental, está relacionada, de acordo com Lins e Matsukura (2018) à necessidade de desenvolverem uma prática a partir de modelos baseados nas diretrizes da atenção psicossocial, de se prepararem e capacitarem a nível pessoal para atuarem com a população que apresenta sofrimento em saúde mental e de se sentirem-se seguras (os) e apropriadas para a atuação neste campo específico.

A necessidade da formação continuada e de melhorar a qualificação das (os) terapeutas ocupacionais que atuam em saúde mental são aspectos considerados e discutidos também em outros estudos (CARVALHO et al., 2017; SILVA; OLIVER, 2016).

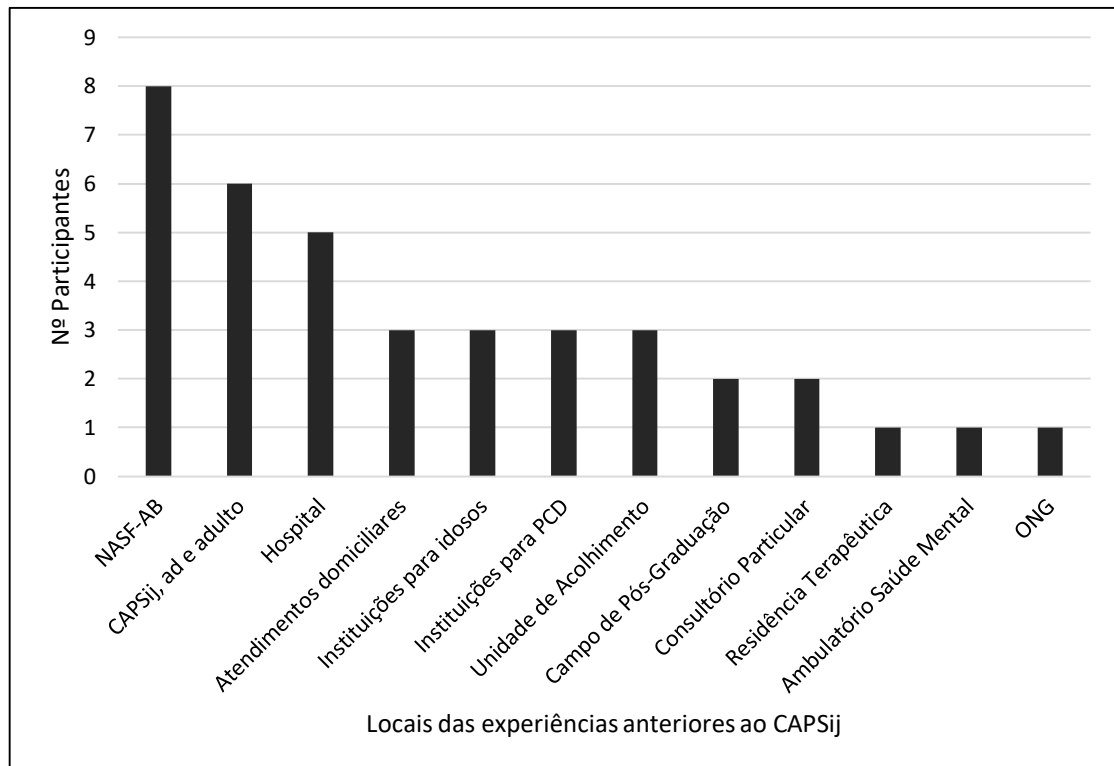
Outro ponto importante a se ressaltar é com relação ao baixo número de pós-graduações stricto sensu realizados pelas (os) participantes, o que corrobora com outras pesquisas também (MARIOTTI et al., 2016; BUENO, 2013). Acerca disso Mariotti et al. (2016, p. 318) afirmam que “embora estes números sejam pequenos, demonstram um crescimento”, se comparado aos anos anteriores.

Neste sentido, ressalta-se que no Brasil é recente a formação pós-graduada stricto sensu especificamente na área de Terapia Ocupacional. O Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) caracteriza-se como o primeiro desta categoria, tendo sido criado em 2010 pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Destaca-se que apesar de recente, desde sua criação, a produção na área da SMIJ desenvolvida neste programa vem se mostrando expressiva (BUENO, 2013; MOURA, 2018; SANTAROSA, 2016; TAÑO, 2014).

4.1.2 Experiência (s) profissional (is) das (os) participantes

No Gráfico 1 são apresentadas as experiências profissionais das (os) participantes, realizadas anteriormente ao trabalho no CAPSij.

Gráfico 1 - Experiências das (os) participantes anteriores ao CAPSij.



Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se observar que oito das (os) participantes já trabalharam em Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), serviço integrante da atenção primária à saúde do SUS. Em seguida, observa-se que seis participantes também já trabalharam em outros tipos de CAPS (infantojuvenil, adulto e álcool e drogas). Estes dados refletem um pequeno panorama da inserção do terapeuta ocupacional no mercado de trabalho atual, sendo que os campos de atuação na área da Atenção Básica (NASF-AB), seguida pela da Saúde Mental (CAPS), destacam-se enquanto as mais citadas pelas (os) participantes deste estudo.

Furlan e Oliveira (2017) pontuam que a inserção da Terapia Ocupacional no SUS ocorreu tradicionalmente no âmbito da média e alta complexidade devido modelos biomédicos e centralizadores preconizados na época, e que após a implementação do SUS, a qual se deu a partir das Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), o campo de atuação para a terapia ocupacional ampliou dos ambientes hospitalares e asilares para centros de saúde

e unidades básicas de saúde, conforme proposto pelo novo modelo de cuidado. Este aspecto caracterizou-se histórica e politicamente e fortaleceu a categoria da terapia ocupacional no Brasil, ainda que de forma desigual nos diversos estados brasileiros (FURLAN; OLIVEIRA, 2017; MALFITANO; FERREIRA, 2011).

Dessa maneira, os resultados desta pesquisa destacam a saúde mental enquanto um campo que continua absorvendo parte dos terapeutas ocupacionais e a atenção básica em saúde como um campo que também, nas últimas décadas, vem se destacando no cenário nacional com a contratação de equipes multidisciplinares, incluindo o profissional terapeuta ocupacional. Outras pesquisas ainda colocam como um desafio à inserção do terapeuta ocupacional no campo da atenção básica (MARIOTTI, et al., 2016). No Quadro 6, a seguir, são apresentados dados referentes ao tempo de experiência das(os) participantes na área da SMIJ, ao tempo de experiência no atual CAPSij e à situação de duplo vínculo de trabalho no momento da pesquisa.

Quadro 6 - Características da experiência profissional das (os) participantes.

Participantes	Tempo de experiência em SMIJ	Tempo de experiência no atual CAPSij	Situação de duplo vínculo de trabalho
P1	8 anos	7 anos	Sim
P2	3 anos e 8 meses	3 anos e 8 meses	Não
P3	2 anos e 2 meses	2 anos e 2 meses	Não
P4	10 anos e 6 meses	1 ano e 6 meses	Não
P5	4 anos	2 anos e 11 meses	Sim
P6	7 anos	1 ano e 6 meses	Sim
P7	5 anos	5 anos	Sim
P8	4 anos e 6 meses	4 anos e 6 meses	Sim
P9	16 anos	2 anos e 6 meses	Sim
P10	4 anos e 8 meses	2 anos e 8 meses	Sim
P11	2 anos e 10 meses	2 anos e 6 meses	Não
P12	5 anos	5 anos	Não
P13	10 anos	6 anos	Não
P14	6 anos	2 anos e 8 meses	Não
P15	2 anos	2 anos	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

É possível observar que nove participantes possuem de dois a cinco anos de experiência na área de saúde mental infantojuvenil, e que nove participantes possuem de um a três anos de experiência no CAPSij que estão trabalhando atualmente. Nota-se que oito participantes relataram possuir maior tempo de experiência em saúde mental infantojuvenil em relação ao tempo de experiência em CAPSij. Pode-se observar que as (os) participantes que relataram já ter trabalhado com saúde mental infantojuvenil, sem ser neste contexto, destacaram a Atenção Básica (NASF-AB) como contexto mais comum onde também atuaram nesta área.

A partir disso, pode-se inferir que os resultados relativos ao tempo de experiência das (os) participantes na saúde mental infantojuvenil e ao tempo de experiência das (os) mesmas (os) no CAPSij apresentam que a atuação no campo da SMIJ não se limita a serviços estratégicos de saúde mental, visto que terapeutas ocupacionais vem demonstrando compreender a possibilidade de trabalhar saúde mental de crianças e adolescentes em outros âmbitos de atenção à saúde, dado que também está de acordo com a pesquisa do Bueno (2013), tal como a atenção básica, especificamente no Estado de São Paulo. Nota-se que a ampliação da atenção em saúde mental para além do cenário especializado é um tema muito necessário e que vem sendo desenvolvido em outros estudos também (ANDRADE; FALCÃO, 2017; LIMA e FALCÃO, 2014).

Também se verificou que sete participantes relataram possuir duplo vínculo de trabalho no momento da pesquisa, sendo que estas (es) não trabalham necessariamente com a mesma população-alvo atendida nos CAPSij. Entre as (os) oito participantes que atualmente não possuem duplo vínculo de trabalho, quatro relataram que já vivenciaram trabalhar em dois locais concomitantemente, em outros momentos de suas carreiras.

Destaca-se também que todos os terapeutas ocupacionais participantes possuem jornada de trabalho de 30 horas semanais no contexto dos CAPSij, sendo que o que varia entre eles é o período de trabalho, que pode ser matutino ou vespertino, ou ainda períodos mistos para um mesmo profissional. Nesta direção, Bueno (2013, p. 44) também discute sobre a saúde mental dos próprios profissionais terapeutas ocupacionais:

O cumprimento de uma jornada de trabalho de 20 ou 30 horas permite ao profissional desenvolver suas atividades laborais em mais de um local, o que muitas vezes, se faz necessário [...]. Sabe-se que a saúde mental é um campo de trabalho que gera desgaste nos profissionais que prestam assistência a esta população. Diante deste desdobramento e duplas ou até triplas jornadas de trabalho somado a tal desgaste, como fica a saúde mental destes profissionais?

Para Mângia, Muramoto e Marques (2010), que pesquisaram a formação profissional e a inserção de terapeutas ocupacionais em serviços de saúde mental do SUS, “a obrigatoriedade dos contratos de 30 horas para os terapeutas ocupacionais, ao invés de proteger os profissionais, os abriga a assumir dois vínculos, o que os sobrecarrega” (p. 151). Tais autoras também levantam uma crítica a este e outros aspectos inerentes à prática profissional do terapeuta ocupacional, focalizando o âmbito da saúde mental.

Lins e Matsukura (2018) abordam a característica da carga emocional a partir da literatura do campo da saúde mental que indica que “esta é uma área na qual o profissional está vulnerável à sobrecarga emocional, uma vez que há o intenso e cotidiano contato com pessoas

com dificuldades emocionais nos mais diversos níveis [...]” (p. 102), e enfatizam que é preciso que estes profissionais possam cuidar de si enquanto sujeitos que possuem demandas também.

Por fim, destaca-se, neste momento, o estudo de Mariotti et al. (2016), que ao traçar o perfil profissional e sociodemográfico dos terapeutas ocupacionais do Estado do Paraná no ano de 2015, abordou diversos aspectos apresentados até o momento nesta pesquisa, ora reafirmando os resultados, ora contradizendo, o que reflete que apesar de haver direcionamentos a nível federal e nacional, as realidades locais e regionais diferem quanto às características desta categoria profissional.

As autoras ainda chamam a atenção para o fato de que o desenvolvimento de pesquisas de identificação dos aspectos sociodemográficos dos terapeutas ocupacionais “[...] é um caminho para o conhecimento da realidade e o planejamento de ações das entidades de classe e das instituições de ensino em prol do desenvolvimento da profissão” (MARIOTTI et al., 2016, p. 314). Nesse sentido, mais estudos que se debruçam sobre essa temática são necessários.

4.1.3 Forma de administração dos CAPSij e regime de contratação das (os) profissionais

Esta questão teve por objetivo identificar a forma de administração dos CAPSij participantes desta pesquisa e o tipo de regime de contratação das (os) profissionais, a fim de caracterizar a instituição quanto aos aspectos organizacionais e burocráticos, os quais se compreende que estão relacionados com os processos de alta em algum nível, e portanto podem contribuir quanto ao desenvolvimento e aprofundamento das discussões nesta pesquisa.

Entre os nove equipamentos CAPSij envolvidos nesta pesquisa, sete são administrados indiretamente por OSS e dois diretamente pela PMSP, o que explicita o movimento de crescimento da administração de setores públicos por meio de órgãos privados, especialmente no município de São Paulo.

Relacionado à forma de administração dos CAPSij está o fator do regime de contratação dos profissionais inseridos nestes serviços. Com relação a isso, a maior parte das (os) participantes (13) relatou que a administração dos CAPSij em que trabalha é realizada de forma indireta, por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS), e afirmou possuir vínculo empregatício do tipo da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), portanto são celetistas. As (os) outras (os) duas (dois) relataram que os CAPSij em que trabalham são administrados diretamente pela prefeitura municipal de São Paulo (PMSP) e que elas (es) possuem vínculo de trabalho direto com a prefeitura, caracterizando-se como servidoras (es) públicas (os) municipais.

As Organizações Sociais (OS) são definidas pela Lei nº 9.637/1988 (BRASIL, 2016) como títulos concedidos pelo Poder Público a uma associação ou fundação privada:

[...] regida exclusivamente pelo Código Civil e instituída por particulares, para o estabelecimento de uma relação de parceria e fomento público na realização de atividade ou serviço de interesse público, de natureza continuada, por meio da celebração de um contrato de gestão (Idem, p. 17).

A OS é considerada como um modelo de cooperação entre o Poder Público e a sociedade civil organizada, sem fins lucrativos, sendo que, especificamente na área de saúde, espera-se que tal contrato de gestão contemple os princípios do SUS estabelecidos na Lei nº 8.080/1990 já referida nesta pesquisa (BRASIL, 2016). Espera-se que em serviços estratégicos de saúde mental, tal contrato de gestão contemple a Portaria 3.088, documento atualizado que apresenta diretrizes para os processos de trabalho e a organização dos CAPS (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, o estudo de Taño (2014), que objetivou identificar as práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPSij para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, traz uma discussão deste panorama de serviços do SUS que vem sendo cada vez mais administrados e geridos por meio das OSS. A autora destaca tanto pontos de vista positivos a esta forma de gestão, quanto negativos, descritos por estudiosos da área, e ainda ressalta que os serviços participantes de seu estudo:

[...] mesmo com formas de gestão distintas possuem questões semelhantes de funcionamento e estrutura, à exceção apenas do padrão de lotação dos CAPSij, em que as unidades geridas por OSS contam com maior número de profissionais (Idem, p. 63).

O aspecto da expansão das OSS na cidade de São Paulo vai ao encontro de pesquisas recentes que aprofundam, especificamente, este tema, tais como a de Moraes et al. (2018), que analisou este processo de ampliação das OSS no contexto nacional entre 2009-2014; e a de Coelho e Greve (2016) que investigou as dinâmicas políticas e organizacionais relativas ao avanço das OSS e seus impactos sobre a oferta de serviços e à saúde da população, tendo enfoque a atenção básica do SUS, considerando o Estado de São Paulo.

Coelho e Greve (2016) pontuam que a gestão de serviços públicos por meio das OSS contribui para a flexibilização da gestão dos recursos humanos; o aprimoramento da gestão quanto ao planejamento, avaliação do cumprimento das metas estabelecidas; a prestação de contas; e a facilidade de contratação de profissionais, consequentemente garantindo a ampliação da rede de serviços nas periferias. Já para Moraes et al. (2018, p. 11), cujas ideias vão ao encontro das defendidas nesse estudo, o aumento da gestão através das OSS, está associado a um cenário de intensiva mercantilização do setor saúde, haja visto que:

[...] ao mesmo tempo em que as OSS se afirmam por estratégias mais atuais [...] do sistema do capital [...], elas tornam a referendar antigas práticas que vão distanciando o sistema de saúde brasileiro de sua condição de público e democrático.

4.1.4 Composição das equipes técnicas dos CAPSijs

O presente estudo buscou verificar a composição das equipes técnicas dos nove CAPSijs, onde trabalham as (os) participantes desta pesquisa. Observam-se os resultados no Quadro 7.

Quadro 7 - Composição das equipes técnicas dos CAPSijs.

Região	CAPSijs	Equipe técnica do CAPSijs
Região A	CAPS 1	3 terapeutas ocupacionais, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 fonoaudiólogos, 2 enfermeiros, 3 ou 4 auxiliares de enfermagem; 1 farmacêutico, 1 auxiliar de farmácia, 1 educador físico, 2 oficineiros, 1 psicopedagogo, médicos.
	CAPS 2	2 terapeutas ocupacionais, 2 psicólogos, 1 assistente social, 2 fonoaudiólogos, 3 enfermeiros, 2 auxiliares de enfermagem, 1 farmacêutico, 1 técnico de farmácia, 2 oficineiros, 2 psiquiatras.
	CAPS 3	1 terapeuta ocupacional, 3 psicólogos, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 3 ou 4 auxiliares de enfermagem, 2 estagiários de psicologia, 1 estagiário de serviço social, 1 médico.
Região B	CAPS 4	3 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 fonoaudiólogo, 3 enfermeiros, 6 auxiliares de enfermagem, 1 farmacêutico, 2 auxiliares de farmácia, 2 oficineiros, 1 psicopedagogo, 1 musicoterapeuta, 3 psiquiatras infantis, 1 neuropediatra.
	CAPS 5	2 terapeutas ocupacionais, 4 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 fonoaudiólogo, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, 1 farmacêutico, 2 auxiliares/técnicos de farmácia, 1 artesã, 2 psiquiatras, 1 neurologista.
	CAPS 6	2 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 fonoaudiólogo, 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 1 farmacêutico, 2 auxiliares de farmácia, 1 educador físico, 2 oficineiros, 1 psicopedagogo, 1 musicoterapeuta.
Região C	CAPS 7	4 terapeutas ocupacionais, 4 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 enfermeiros, 3 auxiliares de enfermagem, 2 educadores físicos, 3 oficineiros, 3 médicos.
	CAPS 8	3 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 fonoaudiólogos, 2 enfermeiros, 5 auxiliares de enfermagem, 1 farmacêutico, 1 técnico de farmácia, 2 oficineiros, 2 psiquiatras.
	CAPS 9	1 terapeuta ocupacional, 3 psicólogos, 1 assistente social, 1 fonoaudiólogo, 1 enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem.

Fonte: Elaborado pela autora.

Ressalta-se que além das categorias destacadas no quadro, outras também foram citadas na composição das equipes de trabalho dos CAPSij: gerente, assistentes administrativos de recursos humanos (RH), auxiliares administrativos e/ou assistentes técnicos administrativos (ATAs), assistentes de gestão de políticas públicas (AGPPs), pessoal da portaria/segurança, auxiliares de limpeza, auxiliares da cozinha e motorista.

O número total de profissionais de cada CAPSij variou entre 18 e 45, considerando que nem todos os participantes apresentaram essa informação com exatidão e que esta questão foi conduzida de forma aberta. Seis, dos nove CAPSij, apresentaram entre 20 a 35 profissionais na composição de suas equipes de trabalho, envolvendo todas as pessoas que trabalham no equipamento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 27) define que “o papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico” e determina que as equipes tem como responsabilidade o acolhimento dos usuários e familiares, o desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o compartilhamento do espaço de convivência, a lida com problemas inesperados e o trabalho a partir da lógica da atenção psicossocial.

Outro aspecto importante a ser observado e discutido é o fato de que, de acordo com as participantes deste estudo, sete CAPSij parecem, de forma geral, responder à normativa relacionada à composição das equipes multiprofissionais para este tipo de serviço, a qual, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 26), exige que os CAPSij do tipo II sejam compostos por:

Um médico (psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental), um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico do equipamento), e 5 profissionais de nível médio (técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Dois CAPSij envolvidos na pesquisa parecem não apresentar profissionais médicos na composição de suas equipes técnicas, segundo os relatos das (os) participantes, o que estaria em descumprimento das portarias para o funcionamento dos CAPSij. É preciso considerar que também existe a possibilidade das (os) participantes terem se esquecido de citá-los, haja visto que a questão foi conduzida de modo aberto.

Ainda considerando os profissionais médicos, observou-se que nos discursos das (os) profissionais, esta categoria não foi citada imediatamente à pergunta como as demais, e sim, em muitos casos, posteriormente, quando era lembrada a partir do disparo de outras questões – sendo consideradas para a composição do quadro, visto que esta questão foi analisada e

apresentada de forma descritiva. Neste sentido, apenas 6 terapeutas ocupacionais, entre as (os) 15, incluíram os médicos logo que a questão foi feita, o que leva a hipótese de que estes profissionais não tenham sido lembrados como integrantes da equipe, talvez por não comporem as atividades promovidas pelo serviço em conjunto com os demais da equipe e ainda vivenciarem uma prática mais ambulatorial.

Com respeito ao papel do médico nos CAPSij, Lugon (2016) faz uma crítica importante inerente a este assunto, enquanto médico que discorre acerca de sua própria categoria profissional neste contexto. No entanto, apesar do autor defender a superação do paradigma biomédico e do raciocínio puramente de “diagnosticar e receitar” – o que já é um avanço – descreve o papel do médico aproximando-o ainda de uma lógica mais individualizada se comparado aos demais profissionais que compõe a equipe técnica, e considerando o aspecto mais prático e das diversas atividades/ações promovidas pelo CAPSij, o que pode estar relacionado à formação acadêmica deste profissional e ao valor que lhe é atribuído socialmente enquanto detentor de poder, sendo o pano de fundo deste cenário o próprio processo histórico-cultural brasileiro.

Barbosa et al. (2016), por sua vez, pontua a importância da essência transdisciplinar e de um fazer clínico ampliado enquanto potências da equipe de um CAPSij. Para as autoras, o trabalho em equipe consiste num dos pilares de sustentação do CAPSij. Dessa forma destaca-se que a composição das equipes técnicas do CAPSij apresenta-se como um aspecto relevante e que está relacionado à qualidade da atenção e cuidado prestado, não somente pelo seu número de profissionais, mas especialmente pela integração destes profissionais enquanto equipe que é capaz de sustentar as ações desenvolvidas por este importante equipamento de cuidado em SMIJ.

Vale ressaltar que a questão da natureza do trabalho desenvolvido pelas equipes dos CAPSij e a inserção do médico em tais equipes não foi foco do presente estudo, o que impediu uma análise mais aprofundada neste momento. Destaca-se a importância deste tema, suscitando que este possa ser explorado em estudos futuros.

Por fim, aponta-se, ainda, a presença de mais de um terapeuta ocupacional na maioria dos CAPSij (sete) envolvidos nesta pesquisa, o que indica que a terapia ocupacional vem se fortalecendo cada vez mais no campo da SMIJ. Este resultado acentua-se ainda mais, considerando que entre os meses de fevereiro a novembro de 2018, o CNES ampliou de 56 para 67 o número terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) de CAPSij, o que demonstra o aumento de 11 terapeutas ocupacionais nos CAPSij do município de São Paulo em 9 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/CNES, 2018b).

Levando em conta o número total de profissionais trabalhadores dos CAPSij, observou-se também que as equipes com menor número de profissionais (18-20), de acordo com o relato das (os) participantes, são administradas diretamente pela PMSP, o que corrobora com e reforça a discussão realizada a pouco na seção 4.1.3, a qual pontua o direcionamento da saúde pública via administrações privadas em detrimento da responsabilização administrativa municipal, o que pode ser assimilado como parte do cenário de dificuldades e precariedade do desenvolvimento e manutenção do SUS.

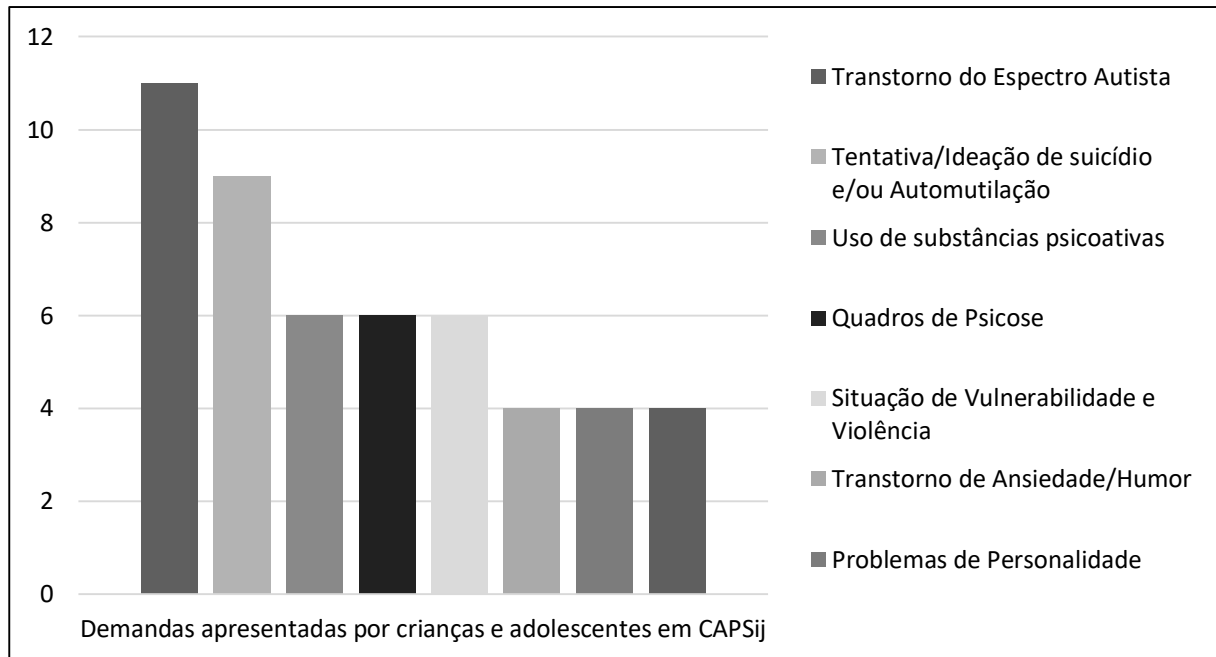
Quanto à lotação de profissionais nas unidades, entende-se que a quantidade por si só não é um elemento que configura a qualidade, porém trata-se de um fator que contribui diretamente para que a assistência seja prestada de melhor forma aos usuários dos serviços, ou seja, uma equipe que conta com maior número de profissionais possui mais recursos para conduzir o cuidado e assistência em seu cotidiano de trabalho.

4.1.5 População-alvo atendida nos CAPSij

Foi solicitado às (aos) participantes que descrevessem a população-alvo atendida no CAPSij em que trabalham, com o objetivo de identificar, a partir de sua visão, quem são as crianças e os adolescentes que o CAPSij atende. Compreendendo que São Paulo é uma cidade com diversidades territoriais e locais, foi colocado a elas (es), que fizessem esta descrição considerando as especificidades do território e da realidade local de inserção do CAPSij.

Em suas repostas, as (os) terapeutas ocupacionais abordaram tanto a população infantil quanto a adolescente no contexto do CAPSij, na faixa etária dos 0 aos 18 anos, e em alguns relatos, chegou a ser citada a população de jovens adultos (19-21 anos). Identificou-se também em alguns relatos, que as (os) participantes pontuam as portarias e diretrizes de atenção em SMIJ, as quais ressaltam o aspecto prioritário de cuidado para a população em sofrimento mental moderado à grave.

O Gráfico 2, a seguir, destaca as principais demandas apresentadas pelas crianças e adolescentes em CAPSij, segundo o relato das(os) participantes deste estudo. Nota-se que a construção deste gráfico se deu a partir das demandas descritas pelas (os) próprias (os) participantes, respeitando a forma com que as (os) mesmas (os) as identificaram e nomearam.

Gráfico 2 – Demandas da população-alvo atendida em CAPSij.

Fonte: Elaborado pela autora.

Além das demandas apresentadas no gráfico acima, foram citadas pelas (os) participantes, porém em menor escala, o transtorno global do desenvolvimento (TGD)¹⁰ (3), a deficiência intelectual (DI) (3), as alterações do comportamento (2), o transtorno de aprendizagem/fala/demanda escolar (2), as neuroses (1) e quadro de epilepsia (1).

Observou-se nos relatos que três terapeutas ocupacionais, ao responderem esta questão, evitaram abordar as hipóteses diagnósticas dos usuários atendidos, de forma que construíram seus discursos abordando as demandas de prejuízos nas atividades cotidianas realizadas pelas crianças, adolescentes e famílias mediante a gravidade do sofrimento psíquico vivenciado. Este resultado, em específico, permite discutir a mudança do paradigma biomédico, o qual enfatiza a doença e o diagnóstico em detrimento do sujeito, para um paradigma que coloca a prioridade no sujeito enquanto ser capaz e potente. Esta discussão está intimamente ligada à alta e à terapia ocupacional, conforme será explanado nas seções seguintes.

Dessa forma, o transtorno do espectro autista (TEA), seguido pela tentativa/ideação suicida e automutilação, pelo uso de substâncias psicoativas e pelos quadros de psicose foram as demandas mais citadas pelas (os) participantes deste estudo. Ressalta-se que esta questão, assim como outras, também foi conduzida de forma aberta.

¹⁰ Observa-se que o TGD e o TEA, podem ter sido compreendidos pelas (os) participantes como a mesma demanda e/ou como demandas diferentes, não tendo sido enfoque deste estudo fazer esta diferenciação. Por isso, optou-se por manter ambos os termos separados, tendo sido o TEA citado mais vezes pelas (os) participantes em comparação ao TGD.

Tais resultados divergem dos encontrados em outros estudos da área. Reis et al. (2016b), que visaram caracterizar, em nível epidemiológico e sociodemográfico, os CAPSij do Estado de São Paulo, encontraram que os transtornos mais frequentes são os do comportamento e emocionais (24,7%), os transtornos do desenvolvimento psicológico (19,8%), o retardo mental (12,5%), os transtornos do humor (afetivos) (10,6%), a esquizofrenia e os transtornos delirantes (7,2%) e os transtornos neuróticos (4,4%). Os resultados encontrados por Bueno (2013) corroboram com os dados do estudo de Reis et al. (2016).

Hipotetiza-se que a presente investigação diverge quanto a este achado por conta da forma adotada para a coleta e análise dos dados, podendo esta questão ter sido compreendida pelas (os) participantes pela ideia de gravidade, ou seja, considerando de quais demandas os CAPSij mais se ocupam, ao invés da ideia de proporção, que está ligada às demandas mais frequentes, apontada no estudo do parágrafo anterior.

Outra hipótese, mediante o fato do TEA ter sido a demanda mais citada pelas (os) participantes, é que a assistência a esta população, em específico, possa estar mais direcionada aos profissionais terapeutas ocupacionais das equipes, em comparação a outros profissionais, o que não ficou claro e nem foi explorado nesta pesquisa, mas considera-se uma possibilidade a ser futuramente investigada. Leva-se em conta a existência das limitações deste estudo, inclusive porque a caracterização da população-alvo atendida no CAPSij não foi o seu enfoque.

Por fim, hipotetiza-se também que estes resultados se refiram à proporção de demandas atendidas nos CAPSij e expressem o desenvolvimento de uma mudança no cenário prático do cuidado na SMIJ, sendo que a demanda da tentativa/ideação de suicídio e automutilação tem sido acolhidas por estes equipamentos com maior frequência (JUCÁ; VORCARO, 2018).

De qualquer forma, este estudo sinaliza que a população com TEA é população-alvo prioritária dos CAPSij do município de São Paulo; apresenta a tentativa ou ideação suicida e a automutilação como situações que vem emergindo de forma expressiva no contexto de cuidado à SMIJ; e coloca o uso de substâncias psicoativas enquanto uma realidade do município, a qual vem sendo apropriada pelos CAPSij enquanto demanda de cuidado na SMIJ, respondendo, portanto, à Portaria 3.088 que preconiza a prioridade de cuidado à crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, também (BRASIL, 2011b).

É importante destacar um ponto em comum entre este estudo, o de Reis e colaboradores (2016) e o de Bueno (2013), referente à menor presença de crianças e adolescentes com DI, os quais eram muito presentes anteriormente no contexto dos CAPSij, conforme apresenta-se a seguir:

Os principais transtornos mentais apresentados pelo conjunto da população infantojuvenil indicam que os CAPSi acolhem ou identificam uma população muito diferente da que, historicamente no Brasil fora objeto durante todo o período anterior à Reforma Psiquiátrica. No período pré-reforma psiquiátrica, o cuidado incidia seletivamente sobre as questões identificadas como déficit intelectual na figura da criança e déficit social na figura do delinquente juvenil (REIS et al., 2016, p. 194).

Salienta-se que esta situação também leva ao pensamento crítico relativo à história do uso dos termos de “DI” e “TEA”, sendo que muitas das pessoas que antes eram diagnosticadas com DI, hoje são denominadas com TEA e, portanto, podem estar inseridas em acompanhamento nos CAPSij. É preciso aprofundar esta reflexão, que é atual e relevante para os processos de trabalho nos CAPSij e para a assistência na SMIJ.

Dessa forma, as necessidades da população atendida em CAPSij parecem variar com o tempo, de acordo com as influências provocadas pela dinamicidade da realidade social e dos respectivos tempos históricos que vão dando o contorno do sofrimento psíquico dessa população. Estudos que focalizem esse aspecto, considerando diferentes contextos e tempos históricos seriam interessantes, no sentido de contribuir para o maior entendimento do que está envolvido nos processos de sofrimento psíquico infantojuvenil, bem como nas formas de cuidado dispensadas a essa população.

4.1.6 Estratégia de cuidado - Referência Técnica

As (os) participantes do estudo foram questionadas (os) se os equipamentos CAPSij em que trabalham adotam a Referência Técnica enquanto estratégia de cuidado. Observou-se que entre as (os) 15 participantes, 3 delas (es) tiveram certa dúvida quanto ao significado da expressão “referência técnica” – associando este termo ao CAPSij enquanto referência para outros equipamentos de saúde do território.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) descreve que o técnico de referência ou terapeuta de referência é responsável pelo monitoramento PTS juntamente com o usuário, por manter o contato com a família do usuário, e por avaliar o alcance das metas deste PTS dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS, além de destacar que o aspecto do vínculo que o usuário estabelece com o técnico de referência é fundamental no processo de tratamento. Sendo assim, as compreensões desta função parecem estar de acordo com o que foi estabelecido pelas diretrizes nacionais de saúde mental.

Partindo desta compreensão, nove terapeutas ocupacionais descreveram que a referência técnica, nos CAPSij em que trabalham, acontece por meio de uma divisão e uma subdivisão

das equipes interdisciplinares. Elas (es) relatam que as equipes são divididas em “miniequipes” mesclando profissionais de áreas diferentes e de horários de trabalho diferentes – as quais ficam responsáveis pela referência e cuidado de usuários de determinados territórios. Nesta configuração, dentro de cada miniequipe, os profissionais se subdividem em referências técnicas para os usuários e familiares, o que pode acontecer de forma individual, em duplas ou trios, a depender da forma de organização das miniequipes. Um mesmo CAPSij pode ter miniequipes que se organizam de formas diferentes, segundo as falas das (os) participantes. Além deste formato, duas (dois) participantes relataram que a referência técnica, nos CAPSij em que trabalham, se dá a partir das miniequipes como um todo, sem subdivisões de profissionais dentro destas.

Barbosa et al. (2016) discorrem que este modelo de referência técnica por meio de “miniequipes de referência” vem sendo desenvolvidos na tentativa de aproximação com o território adscrito e o compartilhamento de estratégias de cuidado e corresponsabilização dos casos. Neste sentido, os resultados desta pesquisa apontam que o funcionamento da referência técnica por miniequipes de referência territoriais parece ser um caminho que os serviços e equipes vem almejando, visto que o fator territorial facilita a apropriação, articulação e condução dos casos acompanhados nos CAPSij.

Ademais, duas (dois) participantes relataram que a referência técnica acontece por divisão de profissionais, sendo um único profissional responsável por um determinado número de usuários que são acompanhados no equipamento. Uma (um) participante relatou que a referência técnica acontece pela coordenação de grupos, sendo que quem conduz o grupo fica responsável por ser referência dos participantes daquele grupo. E, por fim, uma (um) participante relatou que o trabalho não é feito a partir de referência técnica, mas que isso acontece de uma forma mais “informal” no acompanhamento dos usuários.

Ainda de acordo com os relatos, observou-se o fato da estratégia de referência técnica ter sido relatada pelas (os) participantes como um processo que ainda está em reformulação e/ou construção em parte dos CAPSij envolvidos na pesquisa, o que foi pontuado por três participantes.

Observa-se, portanto, que, de forma geral, a estratégia de cuidado por meio da Referência Técnica parece estar presente nos CAPSij, de acordo com as percepções das (os) participantes deste estudo, ainda que sejam desenhadas de formas distintas de acordo com as realidades de cada serviço ou estejam em processo de planejamento e implementação.

4.1.7 Estratégia de cuidado - Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Todas (os) as (os) participantes relataram acerca do PTS e como esta estratégia vem sendo realizada nos CAPSij em que trabalham. Treze participantes afirmaram que “o PTS é realizado” e duas (dois) participantes afirmaram que “o PTS é realizado parcialmente ou com certas controvérsias” no CAPSij, devido existirem diversas compreensões e formas de condução do mesmo.

Ao descreverem como ocorre o PTS, as (os) terapeutas ocupacionais, de modo geral, destacam que o mesmo se dá após a chegada da criança e/ou adolescente e familiar ao CAPSij, o acolhimento, a avaliação – que pode ocorrer individualmente ou em grupo – e a conversa com equipe, usuário e família. Ressalta-se que, apesar deste processo minimamente comum aos CAPSij, os relatos não foram uniformes e cada terapeuta ocupacional ampliou um determinado aspecto desse processo, demonstrando a pluralidade de uma mesma estratégia de cuidado, o PTS.

Neste momento, destacam-se alguns pontos observados nestes relatos. Doze terapeutas ocupacionais abordam a presença do usuário e família na elaboração do PTS, sendo que destes, nove participantes descrevem que o PTS é “feito/elaborado/pensado/traçado” “em conjunto/junto com” (termos utilizados nas descrições) usuário e família, demonstrando tentativas de construção desta estratégia envolvendo equipe interdisciplinar do CAPSij, usuário e família; duas (dois) participantes descreveram a participação da família de uma forma mais passiva e/ou receptiva, como se os mesmos recebessem o PTS já formulado pelo profissional que avaliou e/ou equipe que discutiu o caso, e um trouxe enfoque para o contrato terapêutico, o qual considera a frequência nos grupos, as situações de faltas e de atrasos.

Oito participantes destacam a avaliação ou (re) avaliação como elemento associado ao PTS da criança/adolescente. Seis afirmaram que o PTS é compartilhado e discutido entre a equipe interdisciplinar do CAPSij. Sete ressaltaram que os PTS de crianças e adolescentes são organizados a partir de grupos terapêuticos existentes no próprio contexto do CAPSij, de acordo com o perfil, interesse e disponibilidade para participação por parte dos usuários.

Cinco terapeutas ocupacionais pontuaram que o PTS inclui atividades externas ao CAPSij, objetivando que mesmo durante o período de acompanhamento neste equipamento, a criança já participe de atividades em outros espaços sociais, em seu território, e nesse sentido ainda, houve quatro participantes que abordaram a importância de se discutir a estratégia do PTS com enfoque nestas atividades fora do espaço do CAPSij.

Por fim, quatro terapeutas afirmaram que nos CAPSij em que trabalham existe um papel e/ou documento físico para realização do PTS, enquanto três terapeutas afirmaram que não existe uma formalização ou protocolo para esta ação.

Observa-se que, de acordo com as (os) terapeutas ocupacionais participantes, que a estratégia do PTS é realizada em seus contextos de trabalho, ainda que sejam conduzidos de formas distintas, com maior ou menor participação da família e usuários. Destaca-se que o PTS é fundamental para o seguimento e organização do acompanhamento do sujeito no CAPSij, incluindo seu processo de alta (BRASIL 2004; DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016 GRIGOLO; PAPPANI, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) as crianças e adolescentes acompanhados em CAPSij devem ter um PTS que consiste em:

[...] um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (Idem, p.16).

Complementando esta definição, o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde, destaca que o PTS consiste num “[...] recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde”, que ao ser denominado como “singular”, afirma que é fundamental levar em consideração não somente o indivíduo, mas todo seu contexto social, familiar e territorial (BRASIL, 2011a, p. 21).

Outros aspectos importantes tratam da participação da criança e/ou adolescente e família no desenvolvimento do PTS, sobre o qual é possível refletir o quanto isto vem acontecendo de forma ativa ou passiva por parte dos usuários; e de que se deve considerar que as metas e os objetivos terapêuticos na construção do PTS, (BRASIL, 2004; DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016) podem estar associados ao entendimento da alta, tema que será abordado na próxima seção.

Sabe-se que o PTS implica a participação do usuário, da equipe e dos familiares a fim de envolver todos os atores sociais e de se estabelecer compromissos de cuidado. A pesquisa de Vasconcelos et al. (2016, p. 320) destacou o pouco protagonismo destes atores na construção do PTS no sentido dialógico, de negociação e corresponsabilização, sendo que “[...] os planos terapêuticos seriam para a negociação coletiva, e não poderiam ser definidos por um ou outro ator social, mas numa perspectiva coletiva, participativa e de produção de autonomia”. O estudo de Randemark e Barros (2014), que aborda exclusivamente a participação das famílias, no

contexto do CAPS, também identifica as fragilidades das famílias em detrimento ao seu potencial terapêutico, e confirma a importância da inclusão das mesmas no PTS dos usuários.

Por fim, considerando que sete participantes falaram do aspecto da existência ou inexistência de uma formalização do PTS, demonstrou-se que não há uniformidade acerca desta questão. Há CAPS que possuem o “documento do PTS” e há CAPS que não possuem um documento formulado ou estabelecido.

Quanto a isso, Oliveira (2007), cujo estudo abordou o PTS como recurso que contribui para a mudança das práticas de saúde, apresenta que a sua operacionalização pode se dar por meio de roteiros estruturados, os quais servem como guias e “pretendem facilitar o entendimento e diminuir a possibilidade de que uma equipe, durante a formulação do PTS, se perca no processo, diminuindo as possibilidades que esse dispositivo proporciona” (Idem, p. 91). Em consenso, o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, já citado, indica que é necessário que haja clareza na delimitação das tarefas propostas na elaboração do PTS e destaca que “[...] uma boa prática é a retomada periódica dos PTS para atualizar o caminhar dos casos, repactuar e reformular os novos PTS e, também para avaliar o que deu certo e o que não deu” (BRASIL, 2011a, p. 24).

Portanto, levanta-se o questionamento se a ampliação das possibilidades de formalização desta estratégia de cuidado poderia trazer benefícios aos usuários, famílias e equipes no contexto do CAPSij, já que está prevista como facilitadora no processo de cuidado. Levando em consideração a advertência de Oliveira (2007) de que tais roteiros não sejam pensados como normatizações e/ou protocolos de operacionalização do PTS, o que tenderia a transformar o cuidado em um processo inflexível e não mais singular.

Observa-se, também, que as (os) profissionais deste estudo reconhecem o PTS e o identificam claramente na dinâmica do cuidado nos CAPSij, ainda que não fique claro como ele se dá no contexto do trabalho, especialmente no que se refere à real participação dos usuários, familiares e de outros atores e serviços da rede de atenção psicossocial. De qualquer forma, a despeito das dificuldades, nota-se uma apropriação das (os) profissionais e serviços, além de um comprometimento com a implementação das diretrizes de cuidado expressas na política nacional de saúde mental, demonstrando uma potência dessa rede de cuidado na busca da garantia do mesmo de forma mais democrática e participativa.

4.2 Seção 2 - O processo de alta de crianças e adolescentes no CAPSij

A seguir, apresentam-se os resultados referentes à percepção das (os) profissionais terapeutas ocupacionais participantes do presente estudo a respeito do processo de alta e de como este ocorre no contexto do CAPSij.

4.2.1 Conceito de alta no contexto do CAPSij

Nesta seção apresentam-se os resultados relativos à compreensão das (os) participantes sobre o conceito de alta no contexto do CAPSij.

De forma geral, foi possível observar que apesar desta pesquisa ter sido realizada especificamente com terapeutas ocupacionais, os discursos demonstram que as respostas das (os) participantes envolveram toda a equipe e não somente a visão e compreensão desta categoria em específico.

A análise das entrevistas permitiu a construção de oito DSCs, que ilustram diferentes enfoques relacionados a tal processo. Dentre os relatos, verificou-se que a alta está relacionada: à melhoria e estabilização do quadro/transtorno mental (dimensão biomédica presente na prática de saúde mental); à vida cotidiana da criança/adolescente em situação mais funcional e organizada; ao empoderamento familiar e do usuário; à ampliação da participação social da criança/adolescente. Também emergiram relatos que demonstram o entendimento de que a alta deve responder às demandas e diretrizes do CAPSij, com prioridade para os casos mais graves; considerando as situações de alta devido ao fator da idade do usuário; e estando associada à necessidade da continuidade do cuidado na rede. Além de percepções de que a decisão da alta passa pelas subjetividades dos profissionais envolvidos. Seguem os DSCs¹¹:

“É quando a crise foi minimizada, a criança ou o adolescente já saiu do seu quadro de crise, já saiu de uma certa intensificação. Então o paciente tem uma melhora ou estabilização desse quadro patológico, comportamental e das questões medicamentosas por um tempo adequado. Ele consegue lidar com os problemas que essa patologia possa trazer, consegue se perceber melhor, se fortalecer e lidar com as situações de maneira mais saudável e consegue dar conta disso do jeito dele, e aí não precisa mais de intervenção profissional ou acompanhamento frequente específico para aquela demanda. Ressalto que quando eu falo melhora eu não estou dizendo cura. Aqui a gente não fala de cura, mas sim de um transtorno que ele vai carregar, mas

¹¹ Objetivando facilitar a leitura dos DSCs e relacioná-los às ICs correspondentes, observa-se que estas estão destacadas ao final de cada DSC entre parênteses.

como ele pode carregar isso de um jeito mais fácil ou de um jeito menos turbulento, e que não precise da gente a vida inteira? Isso pode ser trabalhado ao longo da vida, fazendo uma atividade física, estando inserido num grupo, fazendo alguma coisa que ele gosta, que se interessa, e trabalhando algumas das dificuldades. Então eu entendo que a alta pode ser por uma melhora, mas ainda tendo dificuldades, ainda precisando de um suporte” (IC: melhora e estabilização do quadro/transtorno mental).

“Se dá quando o paciente está com uma vida funcional, então ele consegue, independente da sua patologia, e dentro das possibilidades dele, conduzir sua vida, ter mais autonomia, se organizar no seu dia-a-dia, executar funções laborais, ter uma vida mais independente nas atividades básicas, fazer coisas que antes ele não conseguia, desde conseguir se alimentar sozinho, tomar banho sozinho, até voltar pra escola” (IC: vida cotidiana da criança/adolescente em situação mais funcional e organizada).

“O vínculo familiar está mais organizado e mais saudável, a família consegue entender o que a criança tem, consegue se fortalecer quanto ao manejo com a criança, já está empoderada pra agir por conta, conseguindo acolher mais a situação desse sujeito como ele é. A criança, o adolescente, também já tem recursos saudáveis pra lidar com situações adversas do dia a dia, então eles conseguem ter escolhas pra fazer, eles tem oportunidades, possibilidades, de lugares pra estarem, de pessoas com quem contar quando estão passando por alguma situação difícil, fazer escolhas pra enfrentar aquele problema, estar numa rede e saber com quem contar em determinada situação” (IC: empoderamento familiar e do usuário).

“É quando ele está com uma circulação e uma relação melhor na escola, está conseguindo aprender algumas coisas, ter amigos, se relacionar do jeito dele, lidar com as dificuldades do meio social, está inserido em outros espaços, de saúde, educação, cultura, lazer... É a questão da participação social... Quando essa criança, quando esse adolescente, está ampliando o seu repertório social, repertório ocupacional, sendo mais ativo nisso, mais protagonista, pra mim esse é momento de dar alta” (IC: ampliação da participação social da criança/adolescente).

“O CAPS atende demandas graves, então a criança e o adolescente que está no CAPS teve alguma ruptura aí, ele está excluído do dia a dia dele, o dia a dia não está funcionando, ele não está na escola, não brinca, não tem amigos, ou são todas essas coisas juntas... Então, dependendo da gravidade da situação a gente vai se vendo correndo contra o tempo porque o CAPSij tem um tempo de trabalho. Além disso, também vão aparecendo outras demandas, mas eu tenho que focar em quais foram as demandas iniciais dele aqui, porque outras demandas vão aparecer, mas será que é o CAPS que tem que suprir tudo isso? Então, dentro do conceito de CAPS, pensando o que é o CAPS e na

demanda que a gente atende de moderado à grave, a alta é o momento que essas demandas de CAPS foram resolvidas, e as demais a gente tenta direcionar pra rede” (IC: resposta às demandas e diretrizes do CAPSij, com prioridade para os casos mais graves).

“Também acontece a situação que o paciente ainda não está pronto, mas a idade dele já está chegando num momento onde este equipamento não vai poder ficar com ele por muito mais tempo. Porque a gente tem uma regulamentação, uma diretriz, que o CAPSij pode atender o paciente até os 21 anos, mas a gente sabe que vai chegando os 18, 19, e que o tempo que a gente tem pela frente não vai ser suficiente pra pensar na alta dele” (IC: fator da idade do usuário).

“Vai precisar de um acompanhamento longitudinal, de uma alta compartilhada com uma rede de serviços, porque é preciso acompanhar pra gente ter certeza de que as demandas não vão voltar. A própria UBS é longitudinal, é integral, então eu acho que tem que garantir e manter esses princípios do SUS. Então a gente dá alta, mas não a alta pura, a gente dá a alta pra rede. Então, teve alta do CAPS porque não tem mais uma gravidade, mas precisa de um outro espaço, de cultura, de educação, de lazer, de saúde... A gente pede o acompanhamento da equipe NASF, a gente pede acompanhamento pra equipe CER... Que a gente tenha parceiros no território pra lidar com isso, porque eu não daria alta pra alguém que não está assistido de alguma maneira em algum lugar, nem que seja na escola, alguém que apoie essa criança, esse adolescente, em algum lugar” (IC: necessidade de continuidade do cuidado na rede).

“Entender qual é o momento da alta é uma coisa bem difícil pro usuário e pra nós profissionais também. A alta pode acontecer porque eu recomendo ou por uma decisão da pessoa. Existe uma percepção muito intuitiva da alta, de sentir como eles estão caminhando no processo da alta, como ele chegou e como ele está agora... Nesse sentido, também é preciso ir tomando muito cuidado com os nossos ideais, o meu ideal de melhora muitas vezes não é o ideal de melhora do paciente, ele conseguiu chegar naquilo e aquilo a gente tem que valorizar como um passo gigante, então não precisa ser do jeito que eu queria” (IC: a decisão da alta passa pela subjetividade dos profissionais envolvidos)

De modo geral, observa-se a presença de compreensões de alta tanto vinculadas ao binômio saúde-doença e aos processos de melhoria e cura de sintomas psiquiátricos, quanto que relacionam o sujeito, seu sofrimento e seu contexto de vida e inserção. Isto parece representar que, ainda que o campo da saúde mental tenha tido um avanço e uma complexificação das formas de cuidado, evolução esta acompanhada pela terapia ocupacional, o desafio da mudança de paradigma (da doença para a saúde mental) nos processos de cuidado, ainda é presente,

inclusive no campo da infância e adolescência (LIMA, 2006; RODRIGUES; PEIXOTO JUNIOR, 2014; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

A compreensão de alta vinculada aos processos de melhoria dos sintomas da criança/adolescente é abordada em um dos DSCs, e pode ser justificada pela expectativa da sociedade como um todo (família, escola, demais atores) que se apresenta aos profissionais e serviços de saúde. Tal fato se relaciona aos processos históricos e culturais associados ao modelo biomédico ainda predominante em vários sentidos, especialmente no campo da saúde mental, que segue com os desafios que permeiam a compreensão do sofrimento psíquico em detrimento ao estigma da loucura e de sua expressão social.

Observou-se também, um discurso que busca o rompimento com a lógica fortemente estabelecida da relação obrigatória entre alta e cura, a qual pode ter por base inclusive o entendimento de que “saúde é o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” definido em 1948 pela OMS. A amplitude de tal conceito acarretou críticas de natureza técnica e política, sendo que por este prisma a saúde seria algo ideal e inatingível (SCLIAR, 2007; SEGRE; FERRAZ, 1997).

A despeito desta complexa relação entre alta x saúde x cura, é possível verificar que no mesmo discurso que focaliza a alta por meio de uma análise que abarca a supressão de sintomas psiquiátricos, também há uma compreensão que se amplia para outros fatores, inerentes ao indivíduo e ao seu contexto de vida, demonstrando a influência do paradigma psicossocial tanto na compreensão do processo de alta quanto na configuração do cuidado.

Moura (2018), cuja pesquisa objetivou compreender a atenção à crise de crianças e adolescentes vinculados ao CAPSij, também abordou a complexidade da relação alta x cura, discorrendo que os familiares de crianças/adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico expressam a esperança com relação à cura e/ou encerramento de situações de crise. A autora ressalta que a expectativa da cura é um fenômeno compreensível diante de todo sofrimento vivenciado pelos usuários e famílias e que pode, inclusive ser entendida como “uma maneira de lidar com o sofrimento gerado por uma condição tão devastadora como as crises de um filho adolescente” (Idem, p. 66).

Portanto, compreende-se que as expectativas acerca da cura das crianças e adolescentes com sofrimento psíquico seja importante tema de discussão no contexto do CAPSij, e não envolvendo apenas a família, mas todos os atores do cuidado em saúde mental infantojuvenil, visto que tal enredamento permeia a todos, em algum nível. Nesse sentido, Constantinidis e Cunha (2016) destacam que o trabalho de desinstitucionalização está ligado à transformação do modo como as pessoas são tratadas e ao entendimento de que o cuidado deve se desenvolver a

partir da produção de vida dos sujeitos, ao invés de ter sua ênfase na cura. Na infância e adolescência esta produção de vida está ligada a “[...] ampliação e garantia dos direitos políticos da criança: direito à voz, à participação no espaço público, à legitimidade de sua presença e ação enquanto ator social [...]” (VICENTIN, 2016). Na infância e adolescência esta produção de vida está ligada a “[...] ampliação e garantia dos direitos políticos da criança: direito à voz, à participação no espaço público, à legitimidade de sua presença e ação enquanto ator social [...]” (VICENTIN, 2016), e isso pode ser visualizado no DSC que trata da participação social da criança e do adolescente, quando este refere que tais atores possam ser os protagonistas de suas vidas.

Abordar o protagonismo de crianças e adolescentes, exige a correlação com referenciais teóricos que são marcos na saúde mental de modo geral. Além do referencial da atenção psicossocial que já foi abordado na introdução, tem-se o referencial da reabilitação psicossocial, que se mostra amplamente utilizado neste campo de cuidado. As autoras Morato e Lussi (2018), que estudaram as contribuições da perspectiva da reabilitação psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental discorrem, complexificam e diferenciam ambos os referenciais, atentando para a singularidade de cada um. No entanto, para esta pesquisa, pretende-se destacar que ambos preconizam o desenvolvimento de articulação com recursos intersetoriais de um determinado território, numa lógica cultural e política à fim de promover a contratualidade social dos sujeitos com sofrimento psíquico (BALLARIN; CARVALHO, 2007; MORATO; LUSSI, 2018; PITTA, 1996).

Além da atenção psicossocial e da reabilitação psicossocial, relaciona-se a este contexto o conceito de “*recovery*”, que consiste em um processo, evolutivo, mas não linear, em que a pessoa que vivencia o sofrimento psíquico tem mais oportunidades de participar e interagir na comunidade, apesar de viver com tal sofrimento, não sendo esperada a situação de cura ou de remissão de sintomas, mas sim uma tentativa cotidiana destas pessoas e de seu entorno em lidar com seu sofrimento e participar da vida (DUARTE, 2007).

O *recovery* considera as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico detentoras da condução das suas vidas, buscando que exercitem a voz de forma ativa e o poder de decisão quanto sua vida e seu tratamento. Ricci (2017), terapeuta ocupacional que estudou esta abordagem de cuidado com pessoas adultas com esquizofrenia, afirma que os CAPS são equipamentos pertinentes para o acolhimento e o estímulo aos processos de *recovery*, e outros pesquisadores deste conceito reforçam que esta nova visão convoca os serviços para uma mudança em termos dos seus valores, objetivos e práticas no sentido de maximizarem as oportunidades de participação das pessoas que convivem com o sofrimento psíquico,

considerando que o *recovery* ainda é pouco conhecido entre os trabalhadores de saúde mental (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012; DUARTE, 2007).

Cabe a esta pesquisa propor a necessidade de se ampliar o conhecimento do conceito de *recovery* no cenário brasileiro, especialmente nos contextos de saúde mental de crianças e adolescentes, considerando que se trata de uma população com singularidades relacionadas especialmente ao processo de crescimento. De qualquer forma, as (os) profissionais participantes deste estudo, ao relatarem sobre o processo de alta no contexto do CAPSij, refletem alguns aspectos do *recovery*, na medida em que associam a alta à vida cotidiana da criança/adolescente em situação mais funcional e mais organizada, para além do diagnóstico e dentro das possibilidades de cada um, mesmo que este termo não tenha aparecido concretamente em seus discursos.

Portanto, reforça-se a influência do paradigma psicossocial na compreensão da alta pelas (os) terapeutas ocupacionais, bem como na execução de suas práticas de cuidado nas equipes, e igualmente quanto à necessidade de maior compreensão e sistematização de conhecimento sobre como tais conceitos e propostas se materializam no contexto de cuidado direcionado à infância e adolescência, já que foram desenvolvidos historicamente tendo como pano de fundo o cuidado a saúde mental de adultos.

Outro ponto, advindo dos resultados e que contribui para o aprofundamento desta reflexão, é a sinalização das (os) profissionais participantes a respeito de que a alta não deve ser dada de forma definitiva, mas sim “para a rede”, indicando que as (os) terapeutas ocupacionais estão atentas à necessidade da continuidade do cuidado em rede das crianças e adolescentes acompanhados. Considera-se que este é um ponto forte e recorrente nos DSCs produzidos nesta pesquisa, o qual será retomado e referido diversas vezes ao serem apresentadas as demais dimensões relativas ao processo de alta.

Observa-se que o cuidado em rede intersetorial é uma diretriz estabelecida na política nacional de SMIJ, a qual prevê o encaminhamento implicado e corresponsável, que vai além da lógica de referência e contra referência, de modo que os profissionais promovam o “acompanhamento do caso até a sua inclusão e o seu atendimento em outro serviço, muito diferente de um atendimento administrativo e burocrático de preencher uma guia de encaminhamento para outro serviço” (BRASIL, 2014, p. 24).

Nesta direção, Couto e Delgado (2016, p. 164) salientam que a organização da atenção em SMIJ “não pode ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental, devendo ser potencializada pela articulação e pelo cuidado colaborativo entre diferentes setores públicos voltados ao cuidado da infância e adolescência”.

Assim, a existência de uma rede de cuidado em saúde mental infantojuvenil, que extrapola, inclusive, o setor saúde, parece estar fortemente implicada no processo de alta de crianças e adolescentes no contexto do CAPSij, segundo a percepção de algumas (uns) participantes do presente estudo. Quanto à dimensão do cuidado continuado em outros espaços, estes primeiros DSCs que abordam o conceito que as (os) participantes tem da alta apontam para uma perspectiva, que este não se limita necessariamente e/ou unicamente à assistência em saúde, mas parece estar associado a um cuidado mais amplo, o que ainda será explorado nas questões seguintes.

De acordo com algumas (uns) participantes do presente estudo, o conceito de alta envolve também que o CAPSij cumpra seu papel de cuidado das crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico, trazendo para a discussão, a reflexão sobre o conceito de gravidade no contexto do CAPSij. As (os) terapeutas ocupacionais destacam que o CAPS é um serviço de atenção às crianças e adolescentes com demandas moderadas à graves, e de acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS foram criados com o objetivo de substituir os hospitais psiquiátricos, e atender, no caso da modalidade infantojuvenil, crianças e adolescentes gravemente comprometidas psiquicamente e que estejam impossibilitadas de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

Taño (2014), ao abordar o conceito de gravidade junto à trabalhadores de CAPSij do Estado de São Paulo, identificou que não há um consenso quanto a este conceito, sendo considerado e compreendido de diferentes formas. A gravidade de crianças e adolescentes acompanhadas em CAPSij foi relacionada: à ideia de risco e vulnerabilidade, ao sofrimento pessoal e na impossibilidade de estar no mundo, às pessoas que exigem muitas e complexas ações intersetoriais, ao abandono escolar, aos sintomas e diagnósticos psiquiátricos, ao preconceito e exclusão, a presença de comorbidades, à dimensão familiar afetada, à impossibilidade de exercer a autonomia e a todos os usuários do CAPSij (TAÑO, 2014).

Ainda pensando na colocação do DSC, de que os sujeitos tem alta quando as demandas graves/moderadas foram equacionadas, juntamente com a necessidade de compreender o conceito de gravidade, posto como indício para que o sujeito permaneça ou saia do contexto do CAPSij, as autoras Lykouropoulos e Péchy (2016) ao discorrerem sobre o que é um CAPSij e a quem se destina este serviço acentuam que uma visão reducionista acerca da gravidade do sofrimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico seria baseada apenas nos códigos internacionais das doenças. Contudo, elas ampliam esta visão ao afirmarem que a população-alvo dos CAPSij são:

Crianças e adolescentes com comprometimento complexo do curso natural do seu desenvolvimento psicossocial e em situação de risco que implique maior vulnerabilidade ao agravamento de sua condição mental em determinado momento da vida (Idem, p.89).

Em outras palavras, para as autoras, o CAPSij deixa de ser:

[...] apenas um serviço de referência verticalizada para ‘casos graves’ e passa a ser um dispositivo de cuidado que se compõe e se organiza com a rede toda vez que é preciso responder de forma ágil e flexível, lançando mão de diferentes estratégias no seu processo de trabalho com vistas à estabilização das condições de agravamento psíquico e produção de saúde mental (LYKOUROPOULOS E PÉCHY, 2016, p. 93).

Entende-se que o conceito de gravidade que se prevê nos CAPSij está intimamente ligado ao processo de alta, sendo um dependente do outro na prática técnica, organizacional e dinâmica do trabalho, o que se reforça com as considerações do estudo de Taño (2014) apresentadas sobre a compreensão deste termo. Mais adiante, quando forem abordados os critérios/indicadores para a alta, o assunto da “gravidade” da crianças e adolescentes será retomado e ampliado.

4.2.2 Conceito de alta da equipe do CAPSij

Ainda sobre o entendimento da alta, buscou-se identificar, através da voz das (os) participantes, qual é a compreensão da equipe interdisciplinar com a relação à alta no contexto do CAPSij. A diferenciação desta questão da anterior (4.2.1) foi pontuada às (aos) participantes no momento da entrevista, esclarecendo para as (os) mesmas (os) que na primeira situação a intenção consistia no conceito delas (es) próprias (os), enquanto nesta segunda questão, a intenção estava no conceito que a equipe tinha da alta no CAPSij.

Assim, as respostas constituíram 10 compreensões diferentes, a saber: a alta enquanto um processo coletivo que envolve profissionais do CAPSij e da rede intersetorial; a alta e sua relação com os objetivos do CAPSij; a alta como ação que deve estar associada à continuidade do cuidado na rede intersetorial; o processo de alta gera dúvidas e incertezas na equipe diante da resistência da família; dúvidas diante das demandas do usuário; e dificuldades diante da falta de retaguarda da rede; existem compreensões divergentes dentro da mesma equipe sobre o conceito de alta; a alta relacionada à estabilização dos sintomas; a alta associada a maior participação da criança/adolescente nas atividades cotidianas; e que a alta é uma temática pouco discutida em equipe. Seguem os DSCs correspondentes:

“A alta é discutida frequentemente nas reuniões de miniequipe ou equipe geral e com os equipamentos da rede intersetorial. Em nenhum momento a decisão é só minha de dar alta, a gente como equipe sempre pensa juntos nesse processo, no por que desse processo. Quando chega aos 18 anos ou quando está muito tempo no serviço aqui, a equipe pensa muito na questão da alta” (IC: processo coletivo que envolve profissionais do CAPSij e da rede intersetorial).

“Em alguns casos chegamos nesse entendimento de que ele não vai mais se beneficiar dessa terapia, que aqui não tem mais o que oferecer, que fica estagnado, chegou no limite, é hora de dar alta, pensar em outras articulações, agora ele tem que vivenciar as coisas da rotina dele, da vida dele. A gente já teve bastante dificuldades com relação à questão da alta, a gente fala da questão do ‘encapsular’, porque o objetivo não é que o CAPS seja um hospício, uma manicômio de porta aberta... Então essa criança e adolescente tem que estar na rede” (IC: relação com os objetivos do CAPSij).

“A gente nunca faz uma alta sem nenhum tipo de encaminhamento, sem nenhum tipo de continuidade nesse cuidado que foi oferecido aqui. Não é desligou, pronto e “tchau, eu nunca mais vou te ver, a gente nunca mais vai saber de você...” A equipe constrói essa saída da criança com os equipamentos sociais, discute com a UBS na reunião de rede e identifica o paciente que está tendo alta, ele é direcionado, é chamada toda equipe que faz parte do território dele, inclusive escola se necessário, pra essa criança não ficar perdida ou ficar só em casa, porque às vezes a mãe não chega a levar a nossa documentação... Por isso a gente sempre tende a deixar tudo bem amarradinho com a rede quando a gente vai dar alta. A gente vai entendendo a necessidade da rede estar parceira, da rede estar próxima da família” (IC: continuidade do cuidado na rede intersetorial).

“O profissional, às vezes, tem uma questão de pegar o paciente e o sofrimento daquela família pra ele e, mesmo o paciente estando já com o quadro bem estável, tem essa dificuldade de dar a alta. Às vezes o profissional tem a ciência de que ele está bem pra alta, só que como a família traz um discurso ‘ai meu Deus como vai ser?’, aí o profissional entra na dúvida ‘poxa, mas será que ele precisa de alta?’” (IC: processo que gera dúvidas e incertezas na equipe diante da resistência da família).

“Em alguns casos de demandas que não são exclusivas de CAPS, às vezes a equipe tem dúvidas... O quanto um paciente é pro CAPS ou não, porque às vezes você tem uma questão neurológica ou de vulnerabilidade, mas ele não tem nenhum transtorno ou alguma questão que necessite ficar no CAPS. E aí, o que a gente faz? A gente vai dar uma alta? Mas e esse contexto todo dele? Porque a gente não vai cuidar? Então a gente entende que não é, mas fica na responsabilidade de cuidar daquilo que às vezes não está nem ao nosso

alcance” (IC: processo que gera dúvidas diante das demandas do usuário).

“Nós temos muita dificuldade de dar alta pro paciente, por questões burocráticas da rede, porque às vezes não tem o apoio que nós precisamos, ele ainda precisa do acompanhamento psicológico na UBS ou neurologista, mas temos fila de espera ou não tem o profissional... A gente tem a sensação de que não consegue dar alta pra essas pessoas, muitas vezes começou o acompanhamento aqui, ficou só aqui, e os outros serviços querem que fique apenas aqui. A gente tem muita resistência da rede. Os serviços ainda tem a leitura de que a alta tem que ser pela cura” (IC: dificuldades diante da falta de retaguarda da rede).

“A gente vê muitas divergências, tem muito da forma que cada um tem de ver as situações, alguns entendem que a alta é quando a crise acabou, outros entendem que é quando o sofrimento está sanado, outros entendem que algumas crianças nunca vão ter alta e vão fazer carreira CAPS... Às vezes um acredita que está na hora de apostar que ele possa ficar sem o CAPS, mas parte da equipe fala “ah não, é o único espaço que ele frequenta, ele está tão bem aqui...”, então eu acho que é diferente, de fato não tem um consenso sobre o momento da alta, mas quando a gente não está alinhado, a gente sempre tem os espaços pra gente discutir o porquê e tentar entrar em um consenso enquanto equipe” (IC: compreensões divergentes dentro da mesma equipe).

“É quando a gente avalia que a criança ou o adolescente não está mais com o sofrimento, houve estabilidade do quadro de saúde mental, pensando na questão psíquica mesmo, então o remédio dela é ok, os sintomas deram uma baixada, não teve mais surtos psicóticos, está conseguindo dormir bem, está conseguindo se alimentar bem” (IC: estabilização dos sintomas).

“É quando ele está conseguindo ter mais independência nas atividades de vida diária, no meio social, na vida fora do CAPS e na busca de outros espaços que possa oferecer outras atividades que contribuem pra vida dessa pessoa” (IC: maior participação da criança/adolescente nas atividades cotidianas).

“Esse é um tema que as pessoas discutem muito pouco, o momento da alta, os critérios pra alta, isso é muito pouco discutido em reunião de equipe” (IC: temática pouco discutida em equipe)

Os resultados desta questão, cujo enfoque foi a compreensão da equipe sobre a alta no CAPSij, obtidos por meio da visão das (os) terapeutas ocupacionais, apresentam conteúdos semelhantes aos resultados da questão anterior, no entanto priorizando e aprofundando os aspectos relativos ao processo de trabalho no CAPSij e a própria ação da equipe multiprofissional neste contexto. Uma hipótese para a semelhança destes resultados é que a

compreensão das (os) terapeutas ocupacionais e das suas equipes de trabalho quanto à alta estão, em sua maioria, em consonância. Outra hipótese seria a possibilidade de as (os) participantes terem tido dificuldade para responderem pelo seu coletivo de trabalho, e portanto terem associado esta resposta à mesma, ou próxima da que foi dada anteriormente.

Apesar do aspecto de similaridade com as respostas da questão anterior, ressalta-se que também emergiram discursos que abordaram a alta associada a uma decisão coletiva da equipe, à possibilidade de consensos e dissensos intraequipe, à existência de incertezas/dificuldades/insegurança quanto ao processo de alta, relacionadas à análise do contexto de pertença da criança/adolescente e família e às dificuldades da parceria e responsabilização do cuidado na rede de saúde e intersetorial – conteúdos novos e diversos que permitiram o aprofundamento do conceito de alta.

Tais resultados remetem à discussão sobre a pluralidade das questões envolvidas no processo de alta no CAPSij, tal como os relatos de insegurança e de dúvidas compartilhadas pelos (as) profissionais da equipe. Tais situações ocorrem, por exemplo, por conta de receio em relação às crianças e adolescentes terem o CAPSij como única referência para a vida (“encapsulamento”), dúvidas acerca das demandas de gravidade que justifiquem a permanência no CAPSij, existência de divergências entre a equipe sobre o momento adequado para a alta, falta de suporte e de dificuldade na articulação com a rede intersetorial, e por fim, a vivência de sofrimento que todo esse conjunto gera nos próprios profissionais. Portanto, fica evidente nos DSCs que a efetiva articulação com a rede e sua parceria se configuram como condição para a consolidação dos processos de alta.

Em relação às equipes de saúde mental, o Ministério da Saúde (2004, p. 23) define que “as equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas”. Na dinâmica do trabalho, essa atuação pode se concretizar por meio das reuniões de equipe, de encontros para discussão de casos, de organização de espaços de escuta entre os próprios profissionais no cotidiano do trabalho, e supervisões clínicas ou institucionais (BRASIL, 2010; OLIVEIRA; MIRANDA, 2015).

Ainda considerando o trabalho em equipe, especialmente aos sentimentos de dúvida e incerteza vivenciados pelos profissionais e relacionados a um sentimento de impotência diante dos processos de alta. Barbosa et al. (2016), sinalizam que podem ser consequência das más condições físicas, da escassez de recursos humanos, da falta de materiais, da limitação dos outros equipamentos da rede e da falta de uma política que estabeleça cuidado aos trabalhadores de saúde mental.

As autoras ainda ressaltam que é comum, na prática cotidiana do campo da saúde mental, “algumas instituições de saúde sofrerem do sintoma que tratam e muitas vezes os trabalhadores apresentarem-se exaustos e deprimidos” (Idem, p. 106), o que pode vir a acontecer em situações em que o profissional “pega o paciente e o sofrimento daquela família pra ele”, ou então se responsabiliza pelo cuidado de algo que “não está ao seu alcance” conforme observado nos DCS apresentados.

Ainda nesse sentido, Oliveira e Miranda (2015), cujo estudo objetivou apresentar os aspectos do funcionamento de um CAPSij, relatam sobre a sensação dos profissionais que compõe a equipe de sobrecarga, preocupação e cansaço devido “terem que dar conta de tudo”. Acerca disso as autoras pontuam que esta sensação, além de gerar sofrimento nos profissionais, pode impedir criação de soluções e gerar mais dependência ainda dos usuários ao CAPSij, à medida que as responsabilidades vão ficando unicamente sobre este equipamento. É importante atentar para este tipo de situação que pode ser vivenciada neste contexto, porque “esse cenário reproduz, ainda que parcialmente, algumas facetas do modelo manicomial que se pretende superar” (Idem, p. 108), sendo fundamental pontuar que a citada lógica manicomial, que a atenção psicossocial busca romper, está presente não só na dinâmica do CAPSij, mas em toda rede, quando esta não consegue acolher as singularidades das demandas e potências das crianças/adolescentes e famílias em situação de sofrimento psíquico.

Observa-se, novamente, o destaque para o papel da rede de cuidado na efetivação dos serviços de saúde mental, que parece estar relacionada a todas as dificuldades apontadas pelas (os) participantes do presente estudo. Tal rede é política de saúde mental e demonstra que é potente, na medida em que permite o curso e a implementação da alta no contexto do CAPSij, ampliando e efetivando o cuidado. Por outro lado, quando esta rede está fragilizada, atravança tal curso, desembocando nas inúmeras dificuldades encontradas, algumas inclusive já apresentadas nos discursos apresentados até o momento.

Nesse sentido, sinaliza-se que a efetivação da política de saúde mental, expressa pela RAPS no campo da saúde mental infantojuvenil reflete potência, assim como o reconhecimento e o comprometimento dos profissionais na implementação desta diretriz política. O desafio está, dentre outras coisas, na necessidade do planejamento de estratégias que permitam o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, por meio de gestões que também reconheçam e se comprometam com a efetividade, a articulação, a ampliação e a consolidação do cuidado.

4.2.3 Utilização do termo “alta” no cotidiano do trabalho

A fim de explorar o uso prático da palavra “alta” no cotidiano de trabalho das (os) terapeutas ocupacionais e, inclusive da equipe de trabalho como um todo, questionou-se se este termo/palavra vem sendo utilizada e em que situações isso acontece no CAPSij. A análise dos relatos constituiu-se em sete DSCs que representam o entendimento das (os) participantes quanto ao uso deste termo. Os DSCs abordam que a palavra “alta” é usada em diversas situações, dentro e fora do CAPSij; no matriciamento; nos contextos de grupos; nas reuniões de miniequipe; em situações administrativas-burocráticas como o registro das altas em livros; é trazida nos discursos das próprias famílias no CAPSij; e é pouco falada no cotidiano do CAPSij, conforme se observa a seguir:

“Usamos em várias situações: quando o paciente vai sair do serviço, quando o paciente não precisa mais ficar no acolhimento noturno, na programação de alta, nas reuniões de equipe, nas discussões de caso depois dos grupos, nas reuniões com as famílias, nos grupos de famílias, nas assembleias e nas discussões com a rede” (IC: em diversas situações dentro e fora do CAPSij).

“No matriciamento com Unidades Básicas ou outros serviços falamos sempre, pra eles entenderem o motivo da alta, porque a gente deu alta, que a alta não é cura, a gente não cura, não fazemos milagres, mas melhoramos e por isso estamos pensando na alta” (IC: no matriciamento).

“Nos contextos de grupos, pensando em jovens na idade dos 18 anos, começa a aparecer muito a questão da alta” (IC: nos grupos).

“Nas reuniões de miniequipe a gente tem a possibilidade de estar menor e pensar só naquele determinado território, assim a gente consegue pensar um pouco melhor esses processos de alta e de que forma eles vão se dando, a gente vai se perguntando, por exemplo, ‘quais são os objetivos pra alta?’, ‘quando ele alcançar isso, já está pronto pra uma alta?’, ou ‘já pode dar alta pro paciente?’, ‘a gente acha que essa criança já vem apresentando melhoras, já tem evoluído no quadro, está conseguindo lidar bem com as situações, já está fazendo coisas fora, já não está mais tomando medicação, então já pode entrar em processo de alta’” (IC: nas reuniões de miniequipe).

“Com relação a parte burocrática, tem o livro onde a gente registra as altas, a gente tem que pôr alta pra questão de guardar os prontuários, pois eles tem categorias de arquivamento, e temos que justificar o número pra Supervisão de Saúde. Aqui a gente tem que dar sequência ao acompanhamento do paciente também, então se durante um mês ele

não aparece, tem que ser justificado no prontuário o que está acontecendo” (IC: em situações administrativas-burocráticas).

“As famílias falam essa palavra ‘quando vai ter alta?’, a alta é o que a família espera desde que entra aqui” (IC: nos discursos das famílias).

“É bem raro a gente falar essa palavra, a gente fala muito mais de alta por abandono, por desistência do que alta construída, trabalhada. E a gente também não fala muito porque eu vejo bastante esse sentido materno de ter que ficar porque sempre tem um pouco mais pra melhorar e a rede não dá conta... Então essa é uma palavra que eu queria ouvir mais aqui, dela acontecer efetivamente” (IC: a palavra alta é pouco falada).

A leitura do primeiro DSC apresentado nesta seção, permite observar uma visão mais ampla das situações em que a “alta” é falada no cotidiano das (os) participantes, destacando que isso acontece tanto em contextos internos quanto externos ao CAPSij. Os demais DSCs deixam claro que o termo “alta” é amplamente utilizado na dinâmica de trabalho do CAPSij, inclusive o último DSC que afirma que esta palavra é pouco falada, e no entanto, aproxima seu relato ao sentido da frequência da alta e não da sua “(in)existência”. A “alta” é falada tanto por profissionais quanto pelas famílias e usuários, conforme se identifica nos DSCs.

Além disso, um dos DSCs apresenta uma afirmação de que as famílias desenvolvem uma expectativa com relação à alta, havendo a hipótese de que elas esperam pela cura de suas crianças/adolescentes para que a alta aconteça.

Em várias destas situações descritas, a alta parece ser dita em situações em que a mesma está em planejamento ou vai acontecer, mais voltada para uma dimensão prática do que burocrática ou administrativa, por exemplo: nas reuniões de matriciamento, em grupos com jovens de 18 anos, em discussões de caso com miniequipes do CAPSij. Não houve relatos que indicaram que a alta pudesse ser pensada ou falada inicialmente na chegada do usuário ao CAPS ou mesmo durante a elaboração ou avaliação do PTS.

Ainda dentro desta questão, as (os) terapeutas ocupacionais relataram sobre os diversos tipos de alta existentes no contexto do CAPSij, de modo que foi possível identificar mais sete DSCs, os quais estão relacionados à alta por melhora; alta por abandono ou desistência do tratamento; alta por não aderência ao CAPSij; alta por transferência; alta por mudança de território; alta não indicação para o CAPSij; e alta a pedido – conforme se apresenta:

“A gente tem a alta por melhora, que é quando a gente define que não necessita mais da terapia, não precisa mais do CAPS” (IC: alta por melhora).

“Abandono ou desistência do tratamento é usado pra aqueles pacientes que não chegaram aqui ou quando a criança deixa de vir ao acompanhamento, e ainda não tinha sido alcançado o que a gente queria. Isso pode acontecer porque a família às vezes não quer mais, ou acha que aqui é muito difícil pra chegar, ou está passando no convênio e não quer vir mais aqui, ou tem uma resistência grande de perceber a gravidade do quadro da criança e os pais dão alta... Tem vezes que nós também não conseguimos mais contato. Em algumas dessas situações a gente comunica o Conselho Tutelar, quando a gente entende que existe uma gravidade a ser cuidada” (IC: alta por abandono ou desistência do tratamento).

“A não aderência é quando ele vem, só que com uma irregularidade muito grande e nunca consegue ter um avanço, a gente entra num acordo com a família de que assim não vai conseguir ter uma evolução” (IC: alta por não aderência ao CAPSij).

“A alta por transferência é quando a gente pensa num processo de continuidade em um outro lugar, por exemplo, quando o caso não é pro CAPS, ou porque o paciente já completou 18 anos e agora as demandas dele são de um adulto, então ele precisa de um lugar onde há outros adultos jovens que estão procurando emprego, enfrentando outras barreiras” (IC: alta por transferência).

“A alta por mudança de território é quando mudou, aí a gente tenta contra referenciar pra um serviço daquele outro território” (IC: alta por mudança de território).

“A alta por não indicação é quando, por exemplo, a criança veio, foi encaminhado da escola, mas é uma criança que não tem a necessidade de um serviço da complexidade do CAPS, ou quando ela tem uma dificuldade muito restrita à aprendizagem, que é algo que a gente não trabalha, aprendizagem em si, apesar de passar por isso indiretamente, não é o foco de uma equipe de saúde mental, então nesse caso não tem uma indicação pro CAPS” (IC: alta por não indicação).

“E a alta a pedido da família, que é quando a família tem o direito de dizer ‘não quero mais’, ou quando eles dizem ‘eu optei por continuar apenas no convênio’, mas aí, por uma questão de se tratar de infância e adolescência, a gente compromete essa família a assinar um documento, de que ela está ciente das necessidades, que ela foi orientada que existe uma gravidade maior” (IC: alta a pedido).

Esta segunda parte de DSCs, que aborda os diferentes e possíveis tipos de alta no CAPSij, demonstra que este termo vem sendo utilizado para tratar de um procedimento mais burocrático deste equipamento de saúde. O uso da palavra alta, nesta perspectiva, aproxima-se do uso que se faz do mesmo termo no campo da saúde de forma geral, tal como em centros de

saúde, em ambulatorios e em hospitais. Sobre isso, a literatura aponta que a palavra “alta” vem sendo usada histórica e culturalmente em situações que preveem a cura e/ou remissão de sintomas, portanto dispara-se um possível questionamento deste termo ser, ou não ser, o mais adequado para uso no contexto da saúde mental, incluindo a SMIJ, já que, assim como proferido pelas (os) participantes, avança-se na elaboração dos conceitos de saúde-doença, busca-se evitar o conceito de cura na assistência aos usuários que apresentam sofrimento psíquico, e tem-se estabelecido tanto teórica quanto praticamente o entendimento de que a alta deve acontecer com o direcionamento para a rede (GUEDES et al., 2017; LIMA, 2006; RODRIGUES; PEIXOTO JUNIOR, 2014).

Assim, os resultados desta pesquisa vão levantando o questionamento “de que alta estamos falando?” e também reforçando a compreensão de que o conceito da alta no âmbito do cuidado em saúde mental, sob a perspectiva teórica e prática da atenção psicossocial, difere-se deste mesmo termo em outras áreas da saúde. No entanto, questiona-se se este entendimento está claro tanto para profissionais trabalhadores da SMIJ, quanto para as crianças e adolescentes e familiares que são acompanhados nos CAPSij, a fim de alinhar as possíveis expectativas às possíveis, variadas e potentes formas de cuidado neste campo de atenção.

Esta importante discussão também é feita no estudo de Guedes et al. (2017), o qual já foi explanado na introdução desta pesquisa e agora é retomado aqui. As autoras propõe a necessidade de se constituir uma nova compreensão sobre a alta de usuários de saúde mental diante, justamente, do fato deste termo remeter ao ideal de cura, conforme já discutido outrora. Elas afirmam que:

[...] a alta no campo da saúde mental ultrapassa essa compreensão, pois os cuidados neste contexto devem ser longitudinais, em rede e em diferentes serviços de saúde e outras instituições, para além da concepção de que saúde mental é somente contemplada em serviços especializados (Idem, *ibid*, p. 6).

Pontua-se que os resultados do presente estudo estão em consonância com esta discussão realizada no estudo de Guedes e colaboradoras, o qual preconiza que a alta seja compreendida pelo prisma da “transferência de cuidados”, especialmente no contexto da saúde mental, e mais especificamente, a SMIJ.

Esta transferência de cuidados, especificamente na infância e adolescência, está atrelada à efetividade das ações intersetoriais, as quais envolvem contextos de saúde, educação, cultura, lazer, esportes, assistência social, habitação, entre outros. A respeito da intersetorialidade, Couto e Delgado propõe que esta “[...] requer a intervenção de uma presença viva para sua constituição” a fim de que as parcerias para o cuidado possam ser potencializadas, escapando

de entraves como comportamentos de rivalidade e também de delegação de responsabilidades entre os atores do cuidado (2016, p. 278). É papel do CAPSij ser esta presença viva no território e é função do território respeitar e acolher a presença do CAPSij, caminhando assim para a construção da rede e da possibilidade da transferência de cuidado no campo da SMIJ.

É importante deixar claro que o presente estudo não está em desacordo com o uso literal da palavra “alta”, no cotidiano do CAPSij, mas propõe uma crítica construtiva, no sentido de que este termo, no campo da saúde mental e da SMIJ, exige uma conceituação mais complexa, ampliada e aprofundada. Compreende-se que este tema ainda demanda mais elementos e reflexões que podem ser alvo de novos estudos científicos.

4.2.4 O processo da alta no CAPSij

Considerando que todas (os) as (os) participantes afirmaram que existem casos de alta no CAPSij, os tópicos que constituem essa seção apresentam os resultados referentes à percepção das (os) terapeutas ocupacionais sobre o procedimento/ação/intervenção da alta, abordando com qual frequência acontece, se existe seu planejamento, se ela tem critérios e quais são estes critérios, e, por fim, se existem situações de readmissão ou retorno do usuário após a alta.

4.2.4.1 Frequência com que a alta acontece

As (os) participantes discorreram sobre a frequência com que acontecem altas nos CAPSij. A partir dos seus relatos, foram desenvolvidos seis DSCs que abarcam as seguintes percepções: a frequência de alta é média-baixa; as altas por abandono são mais frequentes; a frequência da alta é relativa e irregular, dependendo do período anual e da disponibilidade de tempo da equipe para se dedicar às articulações necessárias; a alta está acontecendo com uma maior frequência, comparando-se a períodos anteriores, devido uma maior atenção às mesmas por parte das equipes. Além disso, as (os) participantes também ressaltaram em suas falas necessidades e dificuldades quanto ao tema em questão e abordaram sobre as estratégias da equipe frente a isso. Seguem os DSCs:

“É pouco, é uma frequência média-baixa, se a gente pontuasse critérios formais num documento eu acho que ela aconteceria com maior intensidade. Eu acho que damos poucas altas” (IC: a frequência de alta é média-baixa).

“Altas por abandono, por desistência por mudança de endereço, por transferência tem mais frequência... Agora a alta do serviço mesmo, que é construída, essa é mais raro” (IC: altas por abandono são mais frequentes).

“Depende muito do mês e tem muito a ver com o tempo que a gente tem pra se debruçar sobre o caso, pra conseguir programar a alta e planejar tudo direitinho como vai ser, porque às vezes é necessário articular muito a rede, às vezes isso demora e a gente precisa de tempo pra fazer isso. Então a frequência da alta é muito relativa, não é algo regular, e também não é uma obrigação ou uma meta dar alta todo mês” (IC: a frequência da alta é relativa e irregular).

“A gente tem conseguido olhar mais pra isso, refletir bastante sobre isso, e fazer isso melhor... Pensando nessa lógica do CAPS enquanto lugar de crise, e aí passada a crise, vamos ver quais articulações podem ser feitas além desse espaço... Então hoje a alta tem acontecido com uma certa frequência, comparando com antes, quando a gente chegava a tutelar mesmo as crianças, a gente tinha muita dificuldade em fazer esse planejamento de alta, porque a gente não tinha uma rede de suporte, porque a rede de cuidados aqui na nossa região tem diversas fragilidades em escolas, assistência social, saúde, ainda tem algumas questões muito importantes que precisam ser pensadas, e que a gente entende que algumas crianças e adolescentes, precisam de uma continuidade de acompanhamento, só que diante dessa fragilidade a gente por vezes deixava essa criança no serviço até que a gente pudesse chegar numa rede ideal... Eu acho que, com o passar dos anos a gente foi fazendo diversas discussões, diversos aprofundamentos em cima dessa temática, e uma articulação melhor com a rede de cuidados, e a gente foi bancando muito mais esse processo de alta de uma forma mais frequente” (IC: a alta está acontecendo com maior frequência em comparação a períodos anteriores devido maior atenção da equipe para este tema).

“A gente percebe que nas reuniões de discussão de casos a equipe sempre acaba discutindo os casos novos e comete esse erro de não parar pra olhar de novo os casos que a gente já está acompanhando há algum tempo... Além disso, eu acho que a gente precisaria ter um serviço muito menos sobrecarregado e inchado, pra gente também ter mais qualidade de acompanhamento para as pessoas que realmente precisam, mas por toda a dificuldade dessas pessoas serem inseridas nesses outros espaços de cuidado, além do CAPS, muitas acabam ficando e ficando, quando na verdade a gente já tem uma leitura de que não precisaria mais de um serviço na lógica do CAPS, que é um serviço de gravidade, de complexidade... Então eu acho que a gente tem muitos entraves pra dar alta. Isso dificulta e faz com que a frequência de altas seja menor do que o que a gente deveria fazer” (IC: dificuldades relacionadas à frequência da alta).

“A gente não tem dado alta do CAPS, às vezes a gente dá alta de um grupo e aí passa pra um outro projeto. Isso a gente tem experimentado com um pouco mais de frequência, é algo que tem acontecido mais, então o paciente evoluiu pelo desenvolvimento emocional, mental, não cabe mais naquele grupo que está muito infantilizado, vai pra outro grupo, ou a demanda dele tem mais a ver com outro grupo mais velho, com outra proposta, então a gente faz essas mudanças. E a gente também construiu um fluxo de avaliação pra ser um pouco mais rápido, especialmente pra demandas que não são de CAPS” (IC: estratégias da equipe relacionadas à frequência da alta).

Como pode ser observado nos DSCs, esta questão parece ter provocado uma reflexão nas (os) participantes que, além de responderem sua percepção sobre a frequência da alta no CAPSij, também desenvolveram raciocínios que justificam tal frequência ser baixa, na concepção delas (es), ou seja, a falta de critérios mais bem definidos para a alta e de um fluxo efetivo, a dificuldade da equipe em priorizar a discussão da alta em suas reuniões e a fragilidade da rede intersetorial que dá pouco respaldo ao CAPSij. De qualquer forma, com respeito à alta, observou-se que ela acontece, ainda que uma análise mais quantitativa e sistematizada não tenha sido realizada.

O quinto DSC, na ordem de apresentação, que trata das dificuldades relacionadas à frequência da alta, aborda aspectos relativos aos processos de trabalho no CAPSij. Este DSC aponta para o fato de que nas reuniões de discussão de casos, geralmente são trazidos os casos novos para discussão, enquanto aqueles que já estão inseridos há mais tempo não são repensados e priorizados, o que, na percepção das (os) participantes é um erro. Acredita-se que essa situação pode ser uma realidade vivenciada pelos CAPSij, considerando a grande demanda de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que chega para admissão no CAPSij. No entanto, esta situação colabora justamente para a superlotação dos serviços, pois as crianças e adolescentes vão permanecendo neste espaço, o que foi inclusive destacado pelas (os) participantes como um dos motivos deste “erro”, gerando assim um ciclo de admissões frequentes e altas pouco frequentes.

Para dar alta é preciso tempo para que a equipe faça as articulações necessárias, se debruce sobre o caso e faça o seu planejamento, conforme foi destacado no terceiro DSC que discursa que a alta é relativa e irregular. Apesar do desenvolvimento de um olhar ampliado e mais cuidadoso com relação ao processo de alta, o que já se pode identificar como um avanço nos caminhos da SMIJ, apresentado no DSC que relata que a alta está acontecendo com maior frequência, é preciso pontuar que tais resultados refletem que os processos de trabalho dentro do CAPSij também estão ligados à frequência da alta.

Nesta direção, os dados e discussão apresentada nesta seção, configuram-se como elementos fundamentais para os profissionais e gestores dos CAPSij, no sentido de repensar a dinâmica, os processos de trabalho e a gestão do cuidado nestes equipamentos de SMIJ.

Uma estratégia relatada no último DSC é a alta de um grupo para outro dentro do próprio CAPSij, que pode acontecer com maior frequência se comparada à alta do serviço. Esta parece ser uma estratégia que permite tanto aos profissionais quanto às crianças e/ou adolescentes e seus familiares perceberem os seus percursos e demandas na trajetória do cuidado, formando portanto, parte do processo de alta.

Em relação à percepção das (os) participantes sobre a frequência da alta, observou-se que os resultados observados aqui são similares aos do estudo de Bueno (2013), que também identificou que esta acontece de forma reduzida, segundo terapeutas ocupacionais trabalhadoras de CAPSij do Estado de São Paulo, sendo pontuado pela autora que:

Este baixo número de altas pode estar relacionado a uma carência de serviços nos quais estes usuários possam ser inseridos e um reflexo da fragilidade da rede de serviços dos diversos setores que assistem às crianças e aos adolescentes, além da complexidade dos quadros dos usuários (Idem, p. 61)

Outras justificativas discutidas ainda na pesquisa de Bueno (2013), que também corroboram com o presente estudo, dizem respeito ao fato de alguns profissionais da equipe protegerem e evitarem dar alta aos usuários; a classificação dos usuários por patologias; a hierarquia da psiquiatria como detentora do poder; e a dificuldade de haver a horizontalidade entre os profissionais – entre si e com as famílias e usuários.

Diante de tais resultados e reflexões, percebe-se que a temática da alta parece, de modo geral, ainda ser pouco explorada e problematizada no âmbito das equipes dos CAPSij. Nesse sentido, o presente estudo contribui, na medida em que pauta a questão e permite identificar aspectos que podem ajudar a repensar algumas dinâmicas do processo de trabalho, capazes de otimizar e facilitar o curso do cuidado e, inclusive, da alta de crianças e adolescentes.

4.2.4.2 Descrição de como acontece a alta

Ao descreverem a dinâmica de como acontece o processo de alta no CAPSij, todas(os) as(os) participantes falaram por meio de uma sequência de etapas, não necessariamente abarcando a todas elas em suas respostas. Dessa forma, optou-se por construir os DSCs conforme as etapas relatadas, de forma geral, sendo elas: a alta acontece de forma processual e gradual; identificação da melhora e discussão do caso com a equipe; avaliação médica e do uso

da medicação; conversa com o usuário e familiar; encaminhamento e articulação com a rede; conversa com a escola; como acontece em outros tipos de alta; reflexões sobre as dificuldades relacionadas à rede; e reflexões sobre as dificuldades relacionadas ao vínculo. Seguem os DSCs na sequência:

“A alta é um processo que a gente vai fazendo de forma gradual. Nós fazemos um trabalho de alta, então não é uma coisa de repente, não é uma coisa do tipo ‘a alta é no próximo atendimento’. A gente vai percebendo, vai entrando nesse processo, vai conversando, vai preparando eles pra essa alta, porque muitas vezes tem resistência deles. A gente observa como a criança fica, até porque às vezes elas tem uma regressão nesse período, a gente vai trabalhando a família de que ele tem que estar em outros espaços, vai orientando sobre o que é essa alta, a gente também fala com o grupo ‘olha, essa pessoa vai entrar em alta’ e a gente explica o porquê disso. Então vai indo gradativamente” (IC: a alta acontece de forma processual e gradual).

“Considerando a alta por melhora, a gente vem acompanhando essa criança ou adolescente a algum tempo nos grupos ou nos atendimentos individuais, e observamos que essa pessoa está muito melhor, com relação à maneira como chegou aqui. Então o técnico de referência leva o caso pra discussão em reuniões de equipe, ou então, os profissionais que estão envolvidos no atendimento direto dessa criança, como os técnicos de cada grupo por exemplo, acabam trazendo para as reuniões. A gente leva o prontuário pra discussão, onde a equipe vai trazendo todo esse funcionamento de como foi o projeto terapêutico dele aqui desde que começou, apresentando indicadores de melhoras e de compreensão acerca do sofrimento, da dinâmica daquela criança durante o período dela aqui com a gente. A equipe participa dessa alta, na sua maioria é algo coletivo. Então se é de consenso da equipe, a gente começa a pensar o processo da alta e entrar no processo de intervenção de alta” (IC: etapa de identificação da melhora e discussão de caso com a equipe).

“É verificada a questão do uso da medicação em conjunto com o médico de referência, se é uma medicação que pode ser feita ou acompanhada por uma UBS. A psiquiatra faz uma revisão se vai sair com a medicação ou não, e se ela achar que tem que tirar a medicação, a pessoa vai passar um tempo a mais pra gente ver como ele está sem a medicação. Às vezes ela vai precisar continuar tomando os medicamentos ainda por um tempo, então a médica faz uma cartinha especificando por quanto tempo ela vai tomar os medicamentos. Acho que um dos casos que a gente tem mais dificuldade é com quem toma ritalina já a muito tempo, como o CAPS é quem prescreve o metilfenidato, a gente vai entendendo muitas vezes que a equipe fala ‘não vejo sentido dessa criança, desse adolescente continuar tomando essa medicação, ele está muito bem...’ e a gente tem muita resistência dessa família, então é um trabalho bastante difícil que a equipe toda precisa

estar alinhada junto com os médicos, porque às vezes a gente faz um discurso com a família e o médico continua prescrevendo o metilfenidato e aí desmorona toda a construção que a gente vinha fazendo pra eles perceberem que aquela criança, aquele adolescente estava melhor, então nesses casos tem que ser uma alta ali mais na barra, é mais sofrida” (IC: etapa de avaliação médica e do uso da medicação).

“Depois que discuti com a equipe e com o psiquiatra, começamos a fazer o processo de alta com a família e com o usuário. O paciente é chamado para um atendimento de referência, então a gente conversa com a família e com o usuário, escuta o lado deles e eles trazem as melhoras que teve... A gente também dá uma devolutiva do que temos percebido no processo do usuário e traz as melhoras que a gente vê dentro dos grupos desde quando ele chegou. Então a gente fala que ele está iniciando o processo de alta, a gente diz ‘olha, estamos pensando no seu processo de alta, você concorda?’. Nesses atendimentos aos familiares é explicado o porquê dessa alta, sensibilizando e informando da importância de buscar outros espaços sem ser o CAPS, espaços saudáveis com atividades diversas... Às vezes o familiar tem mais dificuldades na alta do que a própria criança, porque pra muitos é um sofrimento perder a referência do CAPS, muitas famílias não querem a alta principalmente por conta de terem o psiquiatra e a medicação aqui. Então pra eles se sentirem seguros, pra família ir se preparando e pra gente poder fazer essa alta, a gente sempre avisa um tempo antes de que a gente está pensando nesse processo. A gente tenta trabalhar esse empoderamento pra que eles entendam o que é esse processo de alta, o que é essa alta, o que é não estar mais no serviço. Nós também explicamos que o fato de ele sair não quer dizer que ele nunca mais vá voltar, e que este serviço vai estar de porta aberta” (IC: conversa com o usuário e familiar).

“A gente começa o processo de articulação com a rede. A referência começa a articular outros espaços, começa a encaminhar relatórios e em alguns casos, é feito a visita nesses espaços junto com o paciente, pra ele conhecer, pra ele saber que existe, e de repente despertar o interesse. A gente faz um relatório de alta pra eles e o encaminhamento. A UBS é o lugar onde a gente sempre aciona nos momentos de alta, todo mundo que sai do CAPS a gente escreve o encaminhamento pra UBS de referência pra avisar essa UBS que essa pessoa está recebendo alta por tais e tais motivos e que pede que eles continuem monitorando essa família, que mantenham o acompanhamento clínico, que a gente esperava que já estivesse acontecendo, e continuem o cuidado lá, pois entendemos que a UBS é quem tem que ser centralizadora da vida dessa pessoa e que todo paciente é da Básica. Se a gente percebe que precisa de mais alguma coisa, que tem algo a ser melhorado, aí a gente faz o encaminhamento pra onde a gente achar que tem. Então a gente consegue discutir o caso nos matriciamentos, dizer como foi aqui no CAPS, como foi que chegou, o que a gente foi sentindo no decorrer do acompanhamento, e porque está sendo dado a alta agora. Se ele veio

encaminhado de alguma unidade de saúde, de algum outro equipamento da saúde, ou até mesmo de algum órgão social, a gente também notifica a alta pra esses serviços. Por fim, tem sempre a particularidade da família, porque é a família que vai ter que, a maioria das vezes, dar um empurrãozinho pra criança ou adolescente fazer essa segunda alternativa. Quando a família é bem estruturada a gente só encaminha, mas alguns casos que a gente vê que é muito difícil ou a gente espera a criança ser efetivada nesse serviço ou a gente acaba fazendo junto pra manter, porque a gente sabe que se não fizer, volta pior” (IC: encaminhamento e articulação com a rede).

“Nós também conversamos com as escolas, porque muitas vezes a queixa que vem quando a criança chega é da escola, a escola que encaminhou, a escola está sentindo que a criança está muito agitada, então a gente dá um parecer pra escola também” (IC: conversa com a escola).

“Depende muito do caso, mas na alta por abandono em que a gente entende que a pessoa ainda está muito grave, por exemplo, ainda tem ideação suicida, ainda se corta, mas não quer vir no CAPS de jeito nenhum, essa pessoa não acessa o serviço a mais de um ano, mas a gente sabe que essa pessoa não está bem, que tem necessidades... Nestas situações a gente vai indo atrás pra trazer essa pessoa, a gente faz visita domiciliar, a gente vai tentando, vai articulando com o Conselho Tutelar, com a Vara da Infância... Já em situação de alta por não identificação de perfil pra inserção aqui no CAPS, ele chega em acolhimento aqui, a gente faz a avaliação, a gente vê que não tem perfil pra cá, então já fazemos essa alta e de qualquer forma a gente encaminha pra um posto de saúde informando que passou por aqui, mas que não teve essa necessidade” (IC: como acontece em outros tipos de alta).

“O que acontece em muitos casos é sempre retornar pro nosso serviço, porque é um serviço que acolhe, é um serviço que cuida, e às vezes sai daqui, por mais que a gente faça tão amarradinho, no posto de saúde é uma vez por mês, é só de vez em quando a consulta, e às vezes eles tem uma carência muito grande de cuidado, de acolhimento mesmo. Eu vejo que o CAPS tem um diferencial, com qualidade de trabalho, e de possibilidade de qualidade, que os outros não tem... Como que um médico vai dar um atendimento de qualidade em 15 minutos? A gente aqui tem uma flexibilidade pra isso, o que eu acho que possibilita esse atendimento diferenciado... Por isso, às vezes eles acabam voltando, e muitas vezes eles aumentam o quadro pra tentar estar de volta” (IC: reflexões sobre dificuldades relacionadas à rede).

“Em alguns casos a gente acaba tendo uma dificuldade, não é tão fácil assim dar alta, porque muitos aqui começam na segunda infância e quando chegam na adolescência tem muito vínculo com o serviço, com os profissionais daqui, com as atividades... Nesse sentido, a gente vai percebendo que cria-se uma dependência desse espaço em alguns

momentos, que a gente vai entendendo como sendo uma falha, porque a gente precisa justamente que eles entendam que o CAPS não vai dar conta de todas as necessidades da vida deles, quem vai dar conta é a rede e são eles indo atrás dessa rede” (IC: reflexões sobre as dificuldades relacionadas ao vínculo).

Observa-se nos DSCs que, considerando as crianças e adolescentes usuários ativos do CAPSij, parece haver uma preocupação da equipe, segundo a percepção das (os) terapeutas ocupacionais, com o processo da alta, no sentido de que ele ocorra de forma gradual, compartilhado e acordado com a própria criança/adolescente, sua família, a equipe interdisciplinar, incluindo o médico psiquiatra, e a rede de cuidados. Não houve relatos que sinalizam o fato de a alta ser pensada desde o momento da inserção, bem como o PTS não foi mencionado nesse processo. No entanto, as equipes sinalizam um compromisso com a continuidade do acompanhamento de seus usuários no caso da ocorrência de alta do CAPSij.

O maior entrave, considerando sua presença em diversas questões até aqui, parece estar relacionado ao encaminhamento da criança e adolescente para a rede, visto que além do DSC que aponta sobre esta etapa, há outros DSCs que abordam esta questão, e em outras já apresentadas, que destacam as dificuldades para se efetivar esta corresponsabilização dos casos. Identifica-se que é um desafio que a saúde mental e o cuidado estejam presentes na rede efetivamente, e, portanto coloca-se aqui, novamente, esta discussão, mas apontando novos prismas.

Sobre isso, Vicentin (2006) enfatiza que as ações de atenção à criança e ao adolescente devem se dar por meio de uma clínica ampliada, na medida em que os conflitos e sofrimentos da população infantojuvenil atingem todo o campo social, apresentando desafios e questionamentos aos ideais adultos, envolvendo-os. Dessa forma, seus conflitos se expandem para as famílias, escolas e demais instituições, chamando o mundo adulto a analisar e avaliar permanentemente seu posicionamento.

Acerca da dificuldade de se efetivar o cuidado na rede, Delfini et al. (2016) discorrem sobre a lógica do encaminhamento, ponderando que esta pode gerar condutas com sentidos diferentes, ou seja, “enquanto alguns encaminhamentos tem o sentido de passar a responsabilidade do caso para outro serviço ou profissional, outros significam um compartilhamento de situações” (Idem, p. 214). A primeira situação demonstra um encaminhamento indiscriminado que compromete o desenvolvimento da clínica ampliada, e a segunda vincula-se ao denominado encaminhamento implicado, definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Os discursos apresentados indicam que as (os) participantes e suas equipes vem buscando exercitar este encaminhamento implicado. E novamente na saúde mental é preciso situar que o termo “encaminhamento” diverge do que é compreendido e realizado nas demais áreas da saúde. Ao se encaminhar os sujeitos para a rede de forma implicada, ou realizar a alta com a transferência de cuidado (GUEDES et al., 2017), se prevê o compartilhamento do cuidado de uma criança e/ou adolescente e se espera que esta criança/adolescente possa continuar desenvolvendo-se enquanto pessoa, participando de outros espaços, e engajando-se em seus interesses.

Sobre estes outros locais, Couto, Duarte e Delgado (2008) pontuam que o entrave que existe no Brasil para a efetivação da intersetorialidade não está na ausência absoluta de dispositivos de oferta de cuidado em SMIJ, ainda que exista sim demanda por sua ampliação, mas sim e principalmente na presença desarticulada e fragmentada dos recursos existentes, assinalando que há recursos disponíveis, porém pouco articulados com a rede de SMIJ, e, portanto, pouco indicados e utilizados pela população de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

Outra hipótese que possa buscar entender a causa de alguns entraves destacados até o momento, e que deve ser considerada ainda nesta discussão, é a possibilidade deste “trabalho em rede”, da “intersetorialidade”, não acontecer durante o acompanhamento das crianças e adolescentes no CAPSij e sim, somente ou principalmente, no momento da alta destas pessoas. Nesse sentido, tanto na perspectiva da atenção psicossocial, quanto da reabilitação psicossocial, se prevê que aconteça o envolvimento e a contratualidade com a rede e o território também enquanto acontece o processo de cuidado nestes equipamentos de SMIJ. Este parece ser um ponto intrincado, que não fica evidente nos discursos, e que, portanto, necessita de maior exploração e aprofundamento.

Trabalhar para o aprimoramento e o desenvolvimento de novas políticas que efetivem estes aspectos na prática é destacado, novamente, nesta pesquisa como um dos principais propósitos da SMIJ, da saúde mental e da rede de cuidados que assistem às crianças e adolescentes visando os próximos anos. Couto e Delgado (2016) justificam essa importante demanda no seguinte trecho:

O estabelecimento da atual política de saúde mental da criança e do adolescente, fundamentada na articulação intersetorial e no reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos psíquicos, com história e experiências singulares a serem consideradas no processo de cuidado, tem sido o modo mais consistente de transformar e reorientar este cenário herdado do século XX (p. 166).

Contudo, fica claro que a alta no CAPSij, na visão das (os) terapeutas ocupacionais desta pesquisa, está condicionada ao encaminhamento implicado da criança e/ou adolescente para a rede intersetorial. Pensar a alta é algo diretamente associado à rede intersetorial, e para além disso, o cuidado desta população está diretamente associado à rede intersetorial também. A possibilidade de dissociação de tais elementos, certamente contribui para os retrocessos no campo da saúde mental, e mais especificamente na SMIJ.

Outro entrave apontado como significativo ao processo de alta que aparece nas falas das (os) profissionais nesta questão, é em relação às crianças e adolescentes que fazem uso de medicação psiquiátrica, especialmente o metilfenidato, provocando dúvidas na equipe, em situações que o usuário ou demonstra estar preparado para vivenciar um processo de alta, ainda que necessite manter a medicação; ou apresente melhorias que incluem a retirada do medicamento e a alta, mas a família não concorda com isso; ou, ainda exista divergência entre equipe interdisciplinar e médico acerca do uso de medicamento a determinado usuário do serviço. Entende-se que especialmente nas situações que envolvem a alta da criança/adolescente associada à manutenção de medicamentos, o apoio matricial em saúde mental na atenção básica dê conta de desenvolver estratégias que promovam esta possibilidade, ferramenta esta que será explanada conforme a leitura avança.

Estes achados, relacionados aos medicamentos psiquiátricos, remetem à reflexão a respeito do processo de medicalização do sofrimento de crianças e adolescentes, que pode se dar quando questões de origem social ou até mesmo políticas desembocam em sofrimento, o qual muitas vezes se expressa no prejuízo do comportamento e das relações da criança/adolescente, sendo que esta situação é considerada unicamente sob a ótica da medicina, ou seja, um problema do indivíduo que, no caso, necessita ser tratado, em detrimento da determinação coletiva do fenômeno (COLLARES; MOYSES, 2009).

A medicalização da infância vem sendo amplamente discutida no âmbito da saúde mental infantojuvenil, especialmente por conta da epidemia de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e consequente medicalização das crianças que recebem tal diagnóstico. Brzowski e Caponi (2013) pontuam que a produção de diagnósticos e de tratamentos na infância exigem que cada vez mais as crianças sejam medicadas, sendo o principal objetivo o tratamento de sintomas, muitas vezes desconsiderando o contexto de vida e individualidades destes sujeitos. Para as autoras, o ponto em questão que exige atenção está no fato de questões sociais passarem a ser compreendidas como biológicas, sendo que desta forma, “as instâncias de poder podem facilmente ser isentas de algumas responsabilidades, tais como diminuir as desigualdades sociais ou oferecer um ensino de qualidade, que respeite as

individualidades, já que os problemas estão no âmbito de doenças [...] tratáveis com medicamentos” (Idem, p. 127).

Portanto, observa-se que o processo de alta no CAPSij demonstra ser dificultado diante do fenômeno da ampla medicalização de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico. Associado a isto, outra dificuldade enfrentada neste processo em específico, é a forma com que a escola lida com a alta e também com as possibilidades de (des) medicalização de suas crianças/adolescentes. As representações sociais e o impacto da medicalização de crianças e adolescentes com TDAH no contexto escolar é um tema que vem estudado por outros pesquisadores também (SCHICOTTI; ABRÃO; JUNIOR, 2014).

Nestes DSCs que abordam como se dá o processo de alta, parece que a família pouco lida com a discussão da “saída para a vida” antes do momento em que isto começa a ser planejado pela equipe do CAPSij. Desta forma, ao se visualizar discursos que apontam para a resistência da família diante da alta, pode-se pensar na hipótese de que isso seja ainda mais forte no contexto de atenção da SMIJ, já que a família é considerada responsável pelo cuidado das crianças e adolescentes que a compõe e deve responder legalmente por este e, ainda, carrega os medos, anseios e inseguranças que emergem na produção da vida atravessada pelo sofrimento psíquico, ainda tão estigmatizado pelas instituições e sociedade como um todo.

Sendo assim, esta pesquisa reforça a importância do processo de alta ser abordado desde o início do acompanhamento com as famílias, por entender que isso pode facilitar quanto à compreensão da alta no contexto da saúde mental, ao desenvolvimento de expectativas reais e possíveis, à responsabilização da mesma quanto ao tratamento da criança/adolescente e quanto à demanda por sua participação efetiva neste processo de cuidado da criança/adolescente. Outros DSCs, de questões futuras, ainda irão retomar o aspecto da resistência da alta apresentada tanto por famílias quanto por usuários, sendo posteriormente apresentada a discussão com relação a esta característica também.

4.2.4.3 O planejamento para a alta

As (os) participantes também falaram sobre o planejamento para a alta no CAPSij. Observaram-se percepções de que o planejamento existe e é feito efetivamente pela equipe; acontece a depender do técnico de referência; e tem pouco planejamento porque se atende mais do que está previsto na portaria; não manter o foco nos objetivos iniciais dificulta o planejamento da alta. Além disso, outro discurso aponta novamente que a equipe vem

ampliando as suas reflexões e questionamentos com relação à alta e seu planejamento no CAPSij. Seguem os DSCs correspondentes:

“Sim, tem um planejamento, é algo cuidadoso, um processo mesmo, não é de uma hora pra outra. Também não é protocolado, a gente não acolhe pensando nisso de uma forma tão direta ‘quando alcançou tal e tal objetivo vamos dar alta’, mas tem um raciocínio pra se pensar na alta, a gente prepara esse terreno pra alta. Nesse sentido, a gente faz uma avaliação, vê que a criança vai melhorando, tem as reuniões com a mãe que vai trazendo uma fala ali, uma fala aqui, e aí a gente vai planejando essa alta. Então a gente escuta o usuário, fala com a família e isso é construído junto. Nós vamos devolvendo para a criança, para o adolescente, para a família, sobre as melhoras e o quanto é importante que ela circule em outros espaços que não seja só de saúde, mas que vá construindo outras redes de suporte pra favorecer o desenvolvimento. Às vezes a gente consegue fazer mais o planejamento do que a alta... As altas que não tem um planejamento são aquelas que realmente abandonam” (IC: o planejamento existe e é feito efetivamente pela equipe).

“Às vezes, porque isso vai muito do técnico de referência, a não ser que seja alguém que esteja inserido em muitos espaços e em muitos grupos, e que a maior parte da equipe tenha conhecimento do caso... Aí as pessoas vão comentando, vão discutindo em reuniões, de que ele está meio pronto pra alta, do contrário fica bastante pro técnico. E quando a gente tem dificuldades externas, e às vezes até de olhar ‘picado’ dentro da equipe, por exemplo, quando eu acho que essa pessoa já pode ter alta, mas meu colega às vezes não, e aí acaba que às vezes cada um tem um discurso pra família e a família vai ficando confusa, que eu acho que é um erro quando isso acontece, mas acontece... Então a gente tenta fazer ela trabalhada, mas muitas não são, poderiam ser melhor trabalhadas” (IC: o planejamento depende do técnico de referência).

“Eu acho que falta, que tem pouco, que a gente não consegue fazer esse planejamento tão claro porque a gente está atendendo muito mais do que está na portaria que a gente deveria atender, e como tem muita gente e pouco profissional, a gente acaba tendo uma dificuldade maior em planejar essas altas, em se organizar pra pensar nisso. Eu acho que dava pra ser feito de uma forma mais efetiva um planejamento, a gente já até pensou por exemplo, em grupo de alta, pra quando está nesse processo, mas a gente não consegue pôr em prática, é muito difícil organizar a agenda” (IC: tem pouco planejamento porque se atende mais do que está previsto na portaria).

Outra questão que dificulta é que a gente vai perdendo o objetivo inicial que a gente tinha, porque quando o paciente chega a gente detecta aquela dificuldade mais evidente que é a maior queixa da família, aí a gente vai estabilizando, só que, como qualquer ser

humano, ela vai ter outras dificuldades e é aí que eu acho que a gente vai se perdendo nisso, querendo arrumar tudo, querendo potencializar muito...” (IC: dificuldade de manter o foco nos objetivos iniciais dificulta o planejamento da alta).

“A gente sempre pensa nisso das altas, como a gente poderia organizar, como a gente poderia fazer pra sentar, pra pensar na equipe toda, nas miniequipes, quais são as possíveis altas, o que já dá pra gente ir engajando... A gente está melhorando, a gente está tendo essa crítica de que ‘porque a gente está há tanto tempo com esse caso?’, ‘eu não posso falar que um paciente está em crise há seis anos’, e a gente tem pacientes aqui há seis anos... Então isso nos faz pensar numa alta de outra forma, porque a gente não está dando?” (IC: a reflexão e questionamento da alta e de seu planejamento tem ampliado).

De modo geral, a existência de um planejamento para a alta é abordada pelas (os) participantes, que relatam que este pode depender de diversos aspectos. Observa-se que foi descrito, inclusive na questão anterior, sobre uma preocupação das (os) participantes quanto à intenção de que a alta aconteça por meio de um planejamento e de forma graduada e não repentina no contexto do CAPSij, o que vai ao encontro do primeiro DSC apresentado nesta questão, concordando que esta é uma consideração legítima que as(os) terapeutas ocupacionais procuram respeitar na condução da alta. Isso pode estar relacionado ao fato de que é necessário tempo para que as crianças e adolescentes e seus familiares se apropriem de outros espaços e de outros fazeres, realizando assim o movimento de desterritorialização do CAPSij e reterritorialização nestes outros locais ou outros fazeres existenciais (FERIGATO; BALLARIN, 2011; FERIGATO; SILVA, 2016).

Neste sentido, o planejamento da alta parece estar associado à necessidade de elaboração da família quanto a isso e as (os) terapeutas ocupacionais vão pontuando que é preciso ir construindo de forma conjunta e parceira com os usuários e familiares a apropriação de outros espaços existentes na rede. Pontua-se novamente a importância de que o trabalho na rede aconteça durante o próprio acompanhamento das crianças/adolescentes e famílias no CAPSij, como prevê a atenção psicossocial, pensando que esta ação pode facilitar o processo de alta, o qual já se espera que aconteça futuramente.

Apesar disso, os demais DSCs vão destacando barreiras que impossibilitam o planejamento da alta, tal como o posicionamento ou forma de trabalhar do técnico de referência do sujeito, a não concordância de todos os profissionais envolvidos sobre a alta de determinada criança e/ou adolescente, o excesso de demanda dos profissionais, a falta de tempo e de agenda disponível dos profissionais para conseguirem dedicar-se ao planejamento da alta dos usuários

do serviço, e a situação de renovação de demandas por parte dos usuários já acompanhados no CAPSij.

Notam-se relatos que expressam um desejo da equipe em discutir e melhorar o processo da alta, considerando, especialmente, aqueles casos que estão vinculados ao CAPSij há muito tempo. Sobre este aspecto, observou-se que esta pesquisa estimulou a reflexão e elaboração das (os) profissionais quanto a alguns assuntos, o que pode ser visto no último DCS, onde é feita a autocrítica de que não é possível que um usuário esteja em crise por seis anos, e mesmo assim há usuários que estão a este tempo no serviço.

Por fim, cabe ressaltar novamente que as (os) terapeutas ocupacionais envolvidas (os) nesta pesquisa demonstram um alto nível de responsabilidade e compromisso com os usuários e famílias atendidas, sendo descrito nos discursos as tentativas destas (es) profissionais em fazer um trabalho planejado e coerente com a proposta da atenção psicossocial, o que é esperado na SMIJ, apesar das dificuldades pessoais e coletivas na condução deste processo.

4.2.4.4 Critérios que determinam/indicam a alta dos usuários dos CAPSij

Questionou-se às (aos) participantes sobre a existência de critérios que determinam ou indicam a alta das crianças e adolescentes no CAPSij. Sobre esta questão parte das (os) participantes abordaram que não existem critérios fixos e que se trata de algo mais subjetivo, além disso, apontam que os critérios são pensados, discutidos e construídos em equipe, conforme demonstram os DSCs a seguir:

“Não existem critérios claros, formais, específicos ou estabelecidos pela instituição, é mais subjetivo. Acho que é muito do paciente, às vezes parece que o paciente melhorou, mas tem uma família muito conturbada, então o processo de alta dele não vai ser o mesmo daquele que tem a família estruturada. Por isso é difícil apontar um critério, então é realmente uma comparação de como ele chegou e como ele está hoje. Cada um é um, eu não posso generalizar, cada um vai apresentando a sua necessidade. Não tem uma listinha, um ‘check list’ de ‘olha, ele já está fazendo assim, assim, pronto, acho que já está no momento da alta’. É uma coisa mais subjetiva mesmo que a gente vai percebendo de cada um. Então não se fecha critérios comuns, não tem nenhum marcador que fale ‘agora é a alta’. Por um lado eu acho que isso é bom porque a gente vai validando a história de cada um, o contexto de cada criança, por outro eu acho que talvez a gente pudesse ter critérios mais claros, pra gente conseguir se basear pra essa alta” (IC: não existem critérios fixos).

“Tem a ver com o que a gente vai percebendo de recursos que as crianças e adolescentes estão conseguindo criar, estão conseguindo construir, pra lidar com as situações diárias. Nós, em equipe, pensamos nisso ao longo das reuniões e nas discussões dos casos, onde a gente vai percebendo o processo, vai fazendo essa compreensão, essa construção coletiva, quando um colega traz falando como está o atendimento, o que tem acontecido, então a gente vai pensando juntos se talvez não seja a hora de fazer essa construção para o processo de alta desse serviço” (IC: os critérios são pensados, discutidos e construídos em equipe).

Ainda dentro desta questão, parte das (os) profissionais abordou que existem critérios e os descreveu como: a melhora/estabilização do quadro; a participação da criança/adolescente em seu cotidiano; a situação de não-indicação para o CAPSij; a família acreditar no acompanhamento; a continuidade do cuidado em rede; o esgotamento de possibilidades; a idade do usuário; e haver uma ação/intervenção para a execução da alta - aspecto burocrático do serviço. Abaixo os DSCs referentes a estes resultados:

“A melhora ou estabilização do quadro dentro das possibilidades dele, desde que seja por um tempo e a gente avalie isso como positivo no tratamento, sendo que não necessariamente ele vai estar curado pra ter alta, ou seja, ele estar minimamente seguro, ele não estar em crise” (IC: melhora/estabilização do quadro).

“O levantamento do funcionamento do paciente no cotidiano dele, então um fator muito importante pra gente é se ele voltou pra escola, porque muitos abandonam, se ele está conseguindo se socializar bem, se tem interagido mais, se está circulando mais pelos espaços, pela comunidade, no território dele, se está desenvolvendo mais independência e autonomia, se está conseguindo ter atividades prazerosas e de lazer, se a família está segura, conseguindo dar conta melhor das dificuldades que ele está apresentando, conseguindo se reorganizar, se a criança está conseguindo ficar mais calma” (IC: participação da criança/adolescente no seu cotidiano).

“Tem a situação de não indicação” (IC: situação de não indicação)

“Tem a situação de ver se a família está vendo sentido nesse espaço e se acredita nesse acompanhamento” (IC: a família acreditar no acompanhamento).

“Outro critério muito importante é que ele tenha uma rede lá fora pra dar sustentação pra ele, a gente nunca dá alta pra alguém sem encaminhamento pra outro serviço ‘ele não precisa mais do CAPS, ele está bem, mas a UBS precisa dar uma olhadinha nele de vez em quando pra ver se está tudo bem mesmo’, ou então vai ser encaminhado pro

CER, ou então vai ser encaminhado pra outras instituições. Se a gente não tem pra onde mandar, não sabe o que fazer com ele, a gente não dá alta, a gente segura pra poder pensar na rede pra ver quem pode ajudar essa criança, esse adolescente, na rede” (IC: continuidade do cuidado em rede).

“E também tem o esgotamento de possibilidades, que é uma das coisas que faz a gente repensar numa alta, que é quando a equipe já tentou fazer articulação de rede, já tentou conversar com os outros serviços, já tentou tantas coisas e levou a um esgotamento, a gente fica chovendo no molhado, parece que a gente não sai do lugar” (IC: o esgotamento de possibilidades).

“O único critério formal é a idade, mas até assim temos exceções, como em casos de jovens adultos de 18 anos com deficiência intelectual muito grave, que a gente acaba mantendo um pouco mais no CAPS infantil, pra ir trabalhado questões de responsabilidade, pra depois fazer a transferência para o CAPS adulto” (IC: a idade do usuário).

“Pensando no serviço, temos alguns critérios. Pra gente fazer uma alta, temos que fazer uma ação, que pode ser um atendimento pessoalmente, uma visita domiciliar, uma discussão com a UBS em matriciamento ou reunião de rede intersetorial, reuniões em si. Nesses casos é contado como ação pra poder arquivar... Contato telefônico não conta como ação, então eu não posso fazer uma alta por telefone, se a pessoa liga e fala ‘eu não vou mais aí...’, isso não conta. E pra caracterizar a alta por abandono tem que ter no mínimo três meses que a pessoa não vem ao serviço, apesar de às vezes eu saber que essa pessoa não vai mais vir, não conta como abandono antes disso” (IC: a realização de uma ação/intervenção – aspecto burocrático do serviço).

Observa-se nos DSCs tanto falas que afirmam a não existência de critérios fixos, pré-estabelecidos, na medida em que o processo de alta é disparado e trabalhado por meio de análises denominadas por parte das (os) participantes de “mais subjetivas”, feitas pela equipe e a depender do caso; quanto relatos que indicam a existência de critérios adotados pela equipe, tais como a melhoria ou estabilização do quadro, não estar em crise, uma análise da funcionalidade da criança/adolescente em seu cotidiano, a concordância e o preparo da família, o usuário ter uma rede de sustentação e o esgotamento de possibilidades, além dos critérios administrativo-burocráticos. É notável também que estes resultados se aproximam muito dos resultados da primeira questão desta pesquisa que trata do que as (os) terapeutas ocupacionais compreendem sobre alta no contexto do CAPSij, o que fica mais evidente ainda ao comparar a similaridade quanto ao número de ICs, além de seu conteúdo.

Com relação ao critério da idade, que parece ser de uma ordem mais burocrática, e que já surgiu enquanto aspecto relevante em outras questões ao longo deste estudo, o Ministério da

Saúde aponta a faixa etária do 0 aos 9 anos para caracterizar o período da infância e dos 10 aos 19 anos para caracterizar o período da adolescência – faixas etárias pelas quais o CAPSij é responsável por atender (BRASIL, 2014). A partir dessa idade, conforme observado nos discursos, se prevê que os usuários sejam direcionados a outros serviços para darem continuidade ao seu cuidado, que podem ser os CAPS adulto ou CAPSad.

Observa-se que este parâmetro se dá mediante a necessidade organizacional deste equipamento e que, apesar de estar estabelecido como diretriz, parte das (os) terapeutas ocupacionais relatam que existe uma flexibilidade quanto à permanência destas pessoas no CAPSij por um tempo a mais, quando se observa essa necessidade. Tal atitude pode ser justificada, pelo fato de os próprios profissionais trabalhadores de CAPSij compreenderem a necessidade de condutas flexíveis no contexto da saúde mental, respeitando os usuários em sua singularidade; e também pelo fato de esta situação parecer gerar angústia aos profissionais da equipe. Aponta-se para a necessidade de estudos futuros que abordem essa temática.

Nota-se que, ainda que haja o relato da existência de critérios, com exceção dos que são da ordem mais burocrática e administrativa, estes parecem se estabelecer de alguma forma mais solta ou pouco pré-determinada. É possível que isso aconteça devido ao contexto de cuidado em saúde mental infantojuvenil ser complexo e influenciado por multifatores que podem interferir tanto na admissão das crianças/adolescentes quanto na sua alta do serviço.

Nesta questão, não houve nenhum discurso relacionado ao cumprimento do PTS ou à retomada a este recurso; ou ainda referência à avaliações que auxiliem os profissionais na identificação de critérios. Quanto a isso, fica o questionamento sobre se este tipo de recurso poderia apoiar ou, pelo contrário, enrijecer as ações no CAPSij. Os relatos também permitem a reflexão e hipótese que a inexistência de critérios mais padronizados e/ou parametrizados somado à possível ausência de retomada ao PTS, identifique um processo de alta mais frágil quanto a sua análise e sustentação. Mais estudos que pudessem se debruçar sobre esta questão seriam interessantes no sentido de melhor explorar o processo de execução, implementação, avaliação e desfecho dos PTS no contexto do CAPSij, considerando diferentes demandas de cuidado e distintos atores envolvidos.

De qualquer forma, os resultados aqui apresentados sobre os critérios para a alta nos remetem à reflexão sobre os critérios para a admissão de crianças e adolescentes no CAPSij, considerando, numa análise mais bruta, que uma situação está inversamente associada à outra. Ou seja, para identificar os critérios da alta, pode-se direcionar o pensamento para os critérios da admissão ao CAPS.

É possível exercitar este raciocínio trazendo Lykouropoulos e Péchy (2016) novamente para discussão, visto que elas descrevem sobre os determinantes de diagnóstico situacional e indicadores de risco: o tempo de comprometimento da criança e/ou adolescente, as esferas comprometidas e os níveis de comprometimento da vida, os graus de prejuízo natural do desenvolvimento da pessoa e sua inferência na autonomia e independência da pessoa e a estrutura de suporte e proteção com a qual a pessoa pode contar. Assim, o pensamento sobre estes aspectos pode embasar a equipe de profissionais dos CAPSij ao avaliarem uma criança e/ou adolescente para inserção no CAPS, mas também podem embasar na avaliação para a alta, pois são fatores relevantes em ambas as situações.

Pode-se afirmar, portanto, que parte dos pensamentos indicadores da inserção da criança no CAPSij são os mesmos indicadores da alta da criança no CAPSij.

4.2.4.5 Existência de readmissão de crianças e adolescentes ao CAPSij

Todas (os) as (os) participantes afirmaram que existem casos de readmissão e/ou reinscrição de crianças e adolescentes nos CAPSij e discorreram a respeito das situações em que isso acontece: casos em que não houve a continuidade do cuidado na atenção básica por incompreensão dos profissionais trabalhadores deste âmbito assistencial; casos em que não houve continuidade do cuidado na atenção básica devido à dificuldade de conseguirem assistência neste contexto; situações em que houve abandono ou não-aderência do usuário e/ou sua família ao CAPSij; casos específicos de usuários que tiveram alta durante a infância e retornam com novas demandas ou piora do quadro no período da adolescência; casos de adolescentes que são encaminhados para acompanhamento na rede e retornam ao CAPSij devido a piora do quadro; casos de famílias resistentes com relação à alta; e casos de crianças e adolescentes cujas escolas questionam e resistem à alta. A seguir os DSCs que demonstram tais resultados:

“Casos de pacientes encaminhados pra dar continuidade na Atenção Básica ou em algum outro serviço, que são retornados aqui pro CAPS, então a Atenção Básica muitas vezes volta eles pra gente. Por exemplo, quando chega lá, o pediatra da UBS vê uma criança ou um jovem com dificuldades e aí ele fala ‘não! Esse é do CAPS!’ e manda essa família de volta pra cá. Alguns serviços não concordam com essa alta e até incitam as famílias ‘faz uma ouvidoria, vai não sei aonde, eles tem que te atender’” (IC: casos em que não houve a continuidade do cuidado na AB por incompreensão dos profissionais).

“Outra situação também é de casos que gente referencia para a Unidade Básica de Saúde pra continuidade desses acompanhamentos, mas que a rede deu uma falhada, não conseguiu dar suporte pros usuários, que eles não conseguiram acompanhar, que a UBS não conseguiu dar conta de prevenir o agravo, aí eles acabam por vezes se desorganizando, eles tem uma recaída e voltam com a gente. Por exemplo, a gente deu alta e vai fazer segmento longitudinal, às vezes o usuário está estável, está bem, está pensando nos projetos, só que aí tem o momento de fragilidade, tem o momento de recaída, e aí ele está inserido, num posto de saúde, ele não vai ter o suporte de uma urgência como ele teria no CAPS que é porta aberta, que é assim, quando a pessoa não está bem, ela vem aqui. Já pensando na UBS, ela tem que marcar, vai uma vez por mês, enfim, acaba não tendo esse suporte, e tem situações que eles também não conseguem marcar nenhum tipo de pediatra ou clínico. Nesse sentido, temos uma reincidência importante que precisaria ser olhada com maior cuidado, que se dá pela fragilidade da nossa rede de cuidado” (IC: casos em que não houve a continuidade do cuidado na AB devido dificuldade de conseguirem assistência neste contexto).

“Principalmente em casos que não dão continuidade, que não aderem ao tratamento e ao serviço, e que tem uma demanda, que já foram acolhidos, inseridos em PTS e não aderem ou abandonam... Isso faz acontecer um retorno porque muitas vezes há uma piora da condição da criança, ela volta pior. A gente tem uma demanda grande de reincidências em casos de vulnerabilidade social que tem uma gravidade, quando tem uma família desestruturada, quando a mãe não dá continuidade no acompanhamento, então essa criança não mantém a constância no serviço e acaba abandonando... Se nós percebemos que a situação é muito grave naquele momento, nós fazemos busca ativa. Já teve casos de a gente ver que dava pra fazer o tratamento adequado, que a criança ia ter uma melhora, mas a mãe não aderiu, não trouxe, depois já voltou adolescente, muito pior do que se ela tivesse feito esse acompanhamento. Então em alguns casos de alta por abandono a gente vai articular com o posto de saúde mesmo, explicar a situação, e em outros, quando a gente entende que é uma questão de negligência, nós notificamos e articulamos a escola, o Conselho, e tempos depois essa criança reaparece, ou porque teoricamente a família foi obrigada a vir por uma orientação do Conselho, ou porque a situação piorou muito” (IC: situações em que houve o abandono ou não aderência do usuário e/ou sua família ao CAPSij).

“Casos de adolescentes, que a gente dá alta na infância, porque estavam bem, mas que voltam quando adolescentes por conta de novos desafios que eles não estão conseguindo lidar, das questões hormonais, mudanças na adolescência. Casos que voltaram a piorar, regrediram, que a família viu que estava melhor e parou de dar o remédio, parou de levar na terapia de outro lugar... Por exemplo, acontece muito de meninos que chegaram aqui com 10 anos, com dificuldade escolar que não necessariamente seriam meninos pra cá, aí voltam depois já

adolescentes em situação de uso de substâncias, aí a gente percebe que ele não deu conta, ele já tinha um dificuldade escolar, aquele território não ofereceu oportunidades, a escola muito ruim, não conseguiu segurar aquela criança, daí ele vai e escapa por outros meios e assim volta pra cá de novo com outras coisas” (IC: casos que tiveram alta do CAPSij no período da infância e retornam na adolescência com piora do quadro).

“Outra situação ainda de adolescentes, é quando eles vem com um sintoma mais deprimido, aí ficam bem por um período, melhoram por um tempo, mas aí acontece alguma coisa, uma desorganização na família ou na escola, aí eles retornam... Por exemplo uma adolescente que eu atendia que estava em sofrimento psíquico, a gente fez as abordagens, a gente viu que ela estava bem, estava melhor, e fizemos o encaminhamento pra psicoterapia em outro serviço, em que ela foi acompanhada por um tempo lá, mas ela entrou em sofrimento psíquico de novo e precisou voltar a passar com a equipe do CAPS” (IC: casos de adolescentes que são encaminhados para acompanhamento na rede e retornam ao CAPSij devido piora do quadro)

“Tem os casos que voltam porque a família não aceita que é um quadro estável, a família quer o atendimento do CAPS. Geralmente são famílias que não necessariamente tem uma demanda, que tem uma insegurança, que acham que dependem muito do CAPS e tem uma barreira, uma resistência de ter alta daqui, as mães ficam muito presas nessa coisa médica... Daí mais pra frente elas voltam, e a gente tem que fazer esse trabalho de novo... ‘olha, seu filho está muito bem, ele não precisa daqui, aqui é um espaço de gravidade...’, aí temos que explicar de novo pra que serve o CAPS” (IC: casos de famílias resistentes com relação à alta)

“Às vezes acontece muito com as escolas, elas questionam bastante a alta, tem muita resistência, algumas não concordam com essa alta, então muitas vezes elas redirecionam as famílias pra cá. A gente tem uma grande solicitação das escolas por reavaliação porque acham que a criança não melhorou. Às vezes essas escolas tem pouco conhecimento do fluxo, então como o posto de saúde demora pra agendar o atendimento, e aqui é porta aberta no sentido do acolhimento, elas acabam encaminhando muito pra cá de volta, em vez de falar ‘olha, já passou pelo CAPS, talvez poderia ir para o posto de saúde...’. São raras as UBSs que tem esse contato direto com as escolas” (IC: casos de crianças e adolescentes cujas escolas questionam e resistem à alta)

Os discursos demonstram que as situações de readmissão de usuários ao CAPSij acontecem, sendo que suas causas demonstram ser variadas nas percepções das (os) terapeutas ocupacionais, porém há um destaque especial para as situações em que os sujeitos e suas famílias encontram barreiras na tentativa de acessar os serviços da rede de saúde e rede

intersetorial, ou seja, novamente se pontua o fator “rede” enquanto um entrave para o efetivo cuidado na SMIJ.

Associado à realidade de dificuldades existentes na rede, relatada pelas (os) participantes, os discursos também apresentam a escola e a família como responsáveis pelas situações de readmissão das crianças e adolescentes ao CAPSij, já que ambas parecem não possuir os recursos necessários para lidar com a ausência do cuidado estratégico do CAPSij, e portanto, retornam ao serviço solicitando a retomada do cuidado intensivo. Esta realidade parece indicar uma fragilidade na participação de tais atores no curso do processo de cuidado da criança/adolescente, incluindo a alta.

A política de SMIJ enfatiza que a efetividade da atenção depende de que o trabalho produzido pela equipe de saúde mental não se restrinja ao indivíduo no CAPS, mas sim extrapole e alcance a família, a escola, a sociedade, e todos os contextos de vivência da criança/adolescente (BRASIL, 2014).

O envolvimento da família nas diversas e possíveis intervenções realizadas no CAPSij – seja no acolhimento das demandas trazida por ela, seja promovendo e construindo de forma colaborativa sua participação no contexto do cuidado – é fundamental para o alcance de bons resultados das ações em SMIJ (BRASIL, 2014).

Taño e Matsukura (2017), a partir de estudo que, dentre outras coisas, objetivou compreender a participação dos familiares nos CAPSij, concluíram que eles não se sentem incluídos nas ações de cuidado dos serviços, de forma que as trocas entre as famílias e os profissionais não constituem uma prática frequente no cotidiano dos serviços. Frente a isso, as autoras indicam – e o presente estudo reforça essa consideração – a importância da participação ativa dos familiares na construção do cuidado, para além de ações que a coloquem em situação de receptora de orientação, considerando, inclusive questões éticas com relação aos cuidados em saúde, especialmente no que se refere à saúde mental infantojuvenil (TAÑO; MATSUKURA, 2017).

O estudo de Moura (2018) também identificou situação de baixa participação dos familiares em CAPSij, além de baixa oferta de atividades por parte dos serviços a este grupo, em específico, demonstrando, portanto uma contradição no processo de demanda-intervenção, pois o contexto familiar foi indicado pelas equipes interdisciplinares do CAPSij como uma das principais problemáticas que envolvem as situações de crise, e em contrapartida a isso, observa-se que as famílias pouco participam das atividades propostas, reforçando que:

[...] não há como garantir que um CAPS alcance seus objetivos sem a participação das famílias nos processos de reinserção social, fortalecimento dos laços familiares e comunitários e construção da cidadania. Ainda mais quando se trata de crianças e adolescentes, no qual a vivência do sofrimento psíquico está intimamente interligada com o contexto familiar em que estão inseridos (Idem, p. 87).

Assim, supõe-se que uma maior participação da família na dinâmica do cuidado em saúde mental no contexto do CAPSij poderia facilitar a jornada do PTS desde seu princípio e, conseqüentemente, o processo de alta, favorecendo o empoderamento tanto das famílias quanto dos usuários, e a produção das diferentes formas de vida nos territórios de circulação das crianças e adolescentes, evitando, assim, o reconhecimento do CAPSij como a única referência de cuidado.

Vale observar que não se trata de desconsiderar a possibilidade do retorno dos usuários ao CAPSij quando necessário, ou seja, quando as questões de sofrimento/exclusão retornam e exigem cuidado novamente – já que este equipamento deve ser entendido como retaguarda estratégica e territorial para pessoas em crise – mas sim de ampliar as oportunidades de lidar com a experiência do sofrimento, bem como os contextos de suporte a serem buscados nas situações mais difíceis, indo ao encontro do que é proposto pela atenção psicossocial.

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, acredita-se que práticas de cuidado mais participativas e democráticas no contexto do CAPSij podem ser estratégias que amenizem o problema do abandono e da não adesão de crianças, adolescentes e famílias ao processo de cuidado, ponto este que também foi colocado por algumas (uns) participantes do presente estudo enquanto um fator que pode contribuir para a readmissão das crianças/adolescentes ao serviço estratégico.

A não adesão ao cuidado no CAPSij tem sido abordada, especialmente, em estudos que focalizam a atenção psicossocial de adolescentes, os quais, de forma geral consensam sobre o fato de este ser um desafio para a SMIJ (GALHARDI, MATSUKURA, 2018; SILVA; CID; MATSUKURA, 2018). Taño (2014) acrescenta que ainda é uma tarefa difícil para os serviços, a criação de linhas de cuidado para os adolescentes que estão em sofrimento psíquico, na medida em que a política de SMIJ é pensada para crianças e adolescentes como um todo, sem considerar as especificidades dessa faixa etária.

Independente de tais apontamentos, os resultados do presente estudo remetem à necessidade de maior atenção e esforço dos profissionais e serviços envolvidos na assistência em relação às crianças, adolescentes e famílias que apresentam situação de abandono do acompanhamento e dificuldade na adesão ao processo de cuidado, considerando que este fato

pode prolongar a desassistência e, conseqüentemente, prejudicar o curso da vida da criança/adolescente com sofrimento psíquico.

4.2.5 Locais de Encaminhamento

Nesta seção, os dados acerca dos serviços e seus respectivos campos para os quais as crianças e adolescentes em alta do CAPSij são encaminhados são abordados de forma descritiva. A seguir, apresenta-se o Quadro 8 com resultados gerais:

Quadro 8 - Setores de encaminhamento para continuidade do cuidado.

Setores de encaminhamento	Nº de Participantes
Saúde (Atenção Básica e Estratégica)	15
Lazer, Cultura e Esporte	13
Educação e Cursos Profissionalizantes	9
Assistência Social	6

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que o setor mais citado para o encaminhamento das crianças e adolescentes na alta, objetivando a continuidade do cuidado, é o da Saúde. Todas (os) as (os) participantes fizeram essa afirmação. Dentro dessa grande área, as (os) participantes citaram os locais de encaminhamento, sendo eles: Unidade Básica de Saúde (UBS) com 15 referências, Centro Especializado em Reabilitação (CER) ou Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) com 9 referências, serviços para pessoas com deficiência intelectual (7), Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) citado por 5, Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS) ou Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) citado por 3, e Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA) citado por 1 participante.

A leitura desta questão exige retomar o conceito de encaminhamento implicado, conforme já abordado anteriormente. Esta é uma consideração que deve ser feita continuamente, pois é assim que as políticas e diretrizes de SMIJ estabelecem este tema e é nesta direção que as (os) profissionais de saúde mental precisam caminhar para exercerem o cuidado da melhor forma junto à população infantojuvenil atendida nos CAPSij. (BRASIL, 2004; 2005; 2014; DELFINI et al., 2016).

Observa-se que todas (os) destacaram a UBS como local de referência para as crianças e adolescentes na alta e que apenas cinco participantes destacaram os NASFs-AB, os quais também fazem parte da atenção básica e estão diretamente associados às UBSs, o que pode ter acontecido pela falta destas equipes em determinados territórios.

Delfini et al. (2016, p. 209) abordam que a rede de AB do SUS constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) “[...] tem sido cada vez mais convocada a contribuir em questões que envolvam saúde mental” e Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016) pontuam que a rede de AB deve realizar ações de cuidado em saúde mental, tendo como diretrizes facilitadoras o apoio matricial, a priorização de saúde mental na formação das equipes da AB, e as ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na AB.

É preciso reforçar esta competência da AB, porque, ainda segundo estes autores “os benefícios do cuidado em saúde mental na atenção básica são, entre outros: melhora da acessibilidade da atenção, distribuição geográfica mais equitativa, maior cobertura, maior aceitabilidade, menor estigma” (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016, p.158). No entanto, a articulação da SM e AB ainda se configura como um desafio.

O fato de todas (os) participantes terem citado as UBS enquanto local de encaminhamento para efetivação da alta e o conteúdo teórico apresentado pelos autores acima se demonstram coerentes com as diretrizes da Portaria 3.088 de 2011, que ao criar a RAPS, reformula alguns aspectos do cuidado em saúde mental de modo geral, passa a dar ênfase e direcionar à atenção básica a responsabilidade de organização e coordenação dessa rede de cuidados.

Na sequência do quadro têm-se os campos de Lazer, Cultura e Esportes que também foram citados por 13 participantes. Este resultado indica que o CAPSij e seus profissionais parecem estar se apropriando mais significativamente destes recursos disponíveis no território, para além da saúde.

O encaminhamento implicado para a rede intersetorial acontece quando a criança e/ou adolescente é vinculado a serviços diversos, que não sejam necessariamente de saúde, mas também de outras esferas, tal como é o caso das atividades esportivas, culturais e de lazer. Quanto a este fenômeno, Couto e Delgado (2016) destacam que a ação intersetorial foi inscrita definitivamente no campo da saúde mental pública após a tomada de responsabilidade pelo tratamento e cuidado da população infantojuvenil, sendo que este marco de referência vem revelando novas possibilidades e desafios, especialmente neste campo de cuidado.

Estes resultados assemelham-se aos encontrados no estudo de Bueno (2013, p. 76), que afirma que a parceria com esta rede intersetorial “[...] retrata um avanço na proposta de desconstrução do modelo hospitalocêntrico e da promoção à saúde mental”, indicando também que “[...] tais ações vão ao encontro da atenção psicossocial”.

Quanto ao setor de Educação e Cursos Profissionalizantes, as (os) participantes citaram: serviços que oferecem cursos profissionalizantes (cinco), escolas/aulas de reforço (três), serviços que oferecem acompanhamento em psicopedagogia (três), e Centro de Integração de Educação de Jovens e Adultos (CIEJA) que foi referido por uma (um) participante. Ressalta-se que o SUS não oferece acompanhamento em psicopedagogia diretamente, então nestes casos as (os) participantes relataram que não fazem o encaminhamento comum, não entregam o documento de referência e contra referência, eles apenas sugerem e/ou apresentam esse tipo de acompanhamento, conscientizando a família da sua existência – o que revela a existência de lacunas na assistência integral à SMIJ.

Os participantes também abordaram o setor da Assistência Social, dentro do qual, crianças e adolescentes são encaminhadas para os seguintes locais: serviços de atenção à pessoa em situação de violência (cinco), serviços de convivência (três), Serviço de Assistência Social à Família (SASF) citado por duas (dois) participantes, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) citado por duas (dois), e Conselho Tutelar (um). Observa-se que este setor constitui-se como referência para encaminhamento inclusive durante o próprio período de acompanhamento da criança no CAPSij e não somente, ou especificamente, em situação de alta, conforme parece, geralmente, acontecer nas demais áreas apresentadas.

Acerca deste fato, este estudo sugere o desenvolvimento de pesquisas futuras que possam investigar o fenômeno dos encaminhamentos implicados à rede de assistência social e também demais esferas, que acontece durante o próprio período em que a criança e/ou adolescente realiza seu acompanhamento no CAPSij.

Além de relatarem sobre os locais de encaminhamento, as (os) participantes foram questionadas (os), também, acerca de como ocorre a prática de articulação com estes equipamentos, sendo que os DSCs abordam sobre matriciamento e reuniões de rede; descrevem os diversos recursos que facilitam tal articulação; destacam visitas aos serviços junto com os usuários; abordam o recurso do relatório de alta; abordam o recurso do documento de referência e contra referência, enquanto aspectos administrativos; e demonstram a existência de dificuldades na prática destas articulações com tanto com a rede de saúde quanto com a intersetorial. Seguem os DSCs:

“Nós temos o matriciamento, as reuniões de rede, as reuniões intersetoriais, as reuniões de discussão de casos, o Fórum das Escolas. Nestas reuniões estão envolvidos equipamentos de saúde, educação, assistência, pra falar do território. Então a gente conhece os serviços, eles falam um pouco qual é a demanda deles, pra gente entender melhor

o que pode ser encaminhado ou não, pra quando a gente for fazer o encaminhamento ser algo resolutivo” (IC: matriciamento e reuniões de rede).

“A gente sempre tenta fazer uma discussão de caso mesmo, então vamos discutir, conversar, explicar o porquê estamos dando alta, sobre a possibilidade de eles darem continuidade no acompanhamento e o que vai precisar da parte desse serviço pro caso ficar bem. Essa aproximação com os serviços e equipes que vão receber essa criança ou adolescente, e esses espaços intersetoriais para discussão de casos, com uma frequência, são dispositivos que favorecem e facilitam o encaminhamento e o ‘dar alta do CAPS’. Se a gente não tem reunião, a gente vai até o serviço, faz uma visita pra conversar pontualmente acerca da alta de determinada criança ou adolescente. Ou então, se não é possível nos reunirmos pessoalmente, vamos então conversar por telefone. A gente liga no serviço, pergunta se daria certo, como vai ser pra ele conseguir a vaga, e a gente orienta em relação a isso. E a gente também faz por e-mail quando os serviços pedem pra gente formalizar isso, ou por grupos de whatsapp® quando tem alguma questão que não dá pra esperar a próxima reunião pessoalmente” (IC: recursos facilitadores da articulação com a rede).

“A gente já levou os adolescentes até lá pra participarem de atividades, conhecerem o serviço e a equipe de lá, principalmente quando o adolescente, a mãe e o pai são muito vinculados ao CAPS e aos nossos profissionais, aí gente acaba indo junto... Ou então tem alguns atendimentos que eu faço de ir junto com ele até esse lugar, especialmente quando estou direcionando e insistindo que essa pessoa faça uma atividade fora... Nesses casos eu tento fazer essa articulação, de mostrar o trajeto, de apresentar o espaço, de ver se ele gosta daquele lugar... Isso muito com os adolescentes também, então a gente vai juntos naquele lugar. Essa é uma articulação que eu gosto muito de fazer, mas não são todos da equipe que costumam fazer” (IC: visitas aos serviços junto com os usuários).

“Nós fazemos um relatório de alta para entregar no serviço, seja por solicitação de mais informações por parte do próprio serviço que a criança está sendo encaminhada, seja porque esse relatório vai ter o CID pra eles conseguirem renovar o bilhete único, ou até porque tem situações que se a gente não colocar no papel, a coisa não fica tão concreta, se não for uma coisa mais formal, fica meio que perdido... Nesse relatório constam nossas impressões e mais informações sobre a criança ou adolescente. Então a gente fala sobre o processo dele aqui, sobre o funcionamento dele, porque ele chegou, qual foi a queixa que veio, como ele está saindo, o que foi feito ao longo do tempo pra gente ter conseguido alcançar como ele está hoje e o porquê está acontecendo a alta” (IC: relatório de alta).

“Tem os documentos de referência e contra referência, que é o encaminhamento feito por meio de um papel, uma guia. São usados

quando a gente não consegue entrar em contato com o serviço que estamos encaminhando. Eles também facilitam o acesso das crianças aos serviços” (IC: documentos de referência e contra referência).

“Algumas articulações são muito difíceis porque existem resistências. Então quando a criança ou adolescente vai sair com medicamento, por exemplo, porque não é todo médico que quer fazer receita, que se sente à vontade pra refazer receita, mesmo quando não é medicação que é tão psiquiátrica, tipo fluoxetina... Aí isso vai sendo trabalhado aos pouquinhos, a gente vai com a médica no matriciamento pra dar esse suporte, a gente fica como uma retaguarda, se ele der uma piora por conta da medicação, a nossa psiquiatra pode fazer um atendimento compartilhado com o médico da família na própria UBS... E quando a gente está super bem com isso, aí muda, vem outro médico e a gente tem que trabalhar tudo de novo...” (IC: dificuldades na prática da articulação com a rede de saúde).

“Essa questão da resistência depende muito da UBS também, tem casos que funcionam e outros que não, infelizmente. Algumas acabam colocando todas as expectativas na gente mesmo, quando são casos gravíssimos assim, casos que teoricamente nem seriam pra cá, de deficiência mental grave ou com deficiência física, e aí a galera da UBS não quer atender, que seria uma retaguarda médica, então o neuro fala ‘é do psiquiatra isso, psiquiatra é com vocês’. E essa resistência não se limita à saúde, existe nos espaços culturais, que observamos nas conversas que temos feito com essa galera, onde eles relatam ‘mas sem profissional da saúde, como é que a gente vai cuidar dessa criança?’ ” (IC: dificuldades na prática da articulação com a rede intersetorial).

O matriciamento e as reuniões de rede parecem ser práticas bastante presentes no contexto do CAPSij na articulação com a rede de saúde principalmente, mas também com a rede intersetorial, visto que foram apontados como principais dispositivos facilitadores do processo de encaminhamento de crianças e adolescentes que estão em processo de alta do CAPSij. Além disso, os discursos demonstram diversos recursos facilitadores para que o encaminhamento possa ocorrer de forma implicada e corresponsável, sendo que enquanto uns são mais burocráticos-administrativos, outros são mais práticos.

Observou-se que os termos “matriciamento” e “reuniões de rede” são utilizados pelos participantes sem diferenciação quanto aos seus conceitos, havendo na prática pequenas variações de acordo com a realidade do território, por exemplo, são variáveis os tipos de serviços participantes nestes encontros. Cabe a este estudo esclarecer que ambas as ações diferem conceitualmente, sendo que o “matriciamento” ou o “apoio matricial” é uma proposta que “visa alterar o organograma tradicionalmente vertical dos serviços para um modelo

horizontal, a fim de garantir atenção integral aos usuários por meio de equipes que atuam de maneira compartilhada” (DELFINI et al., 2016, p. 211).

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, define que o matriciamento é “[...] um novo modelo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica” (BRASIL, 2011a, p.15) e que no cenário brasileiro esta estratégia, constituída por Gastão Wagner Campos em 1999, tem sido norteadora em todo o território nacional, no desenvolvimento de um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica (BRASIL, 2011a).

As “reuniões rede”, por sua vez, podem ser compreendidas como espaços coletivos onde diversos serviços do território e da rede ampliada de atenção à SMIJ se encontram para discutir assuntos específicos, realizar educação permanente, planejamento de ações territoriais, discussões de casos e encaminhamentos. Apesar de poder haver algum direcionamento por parte dos profissionais ou até alguma ação de caráter matricial, o que até pode ocorrer mediante as variadas dinâmicas dos equipamentos e territórios, geralmente não se prevê que nestes contextos haja o caráter técnico e pedagógico que há no matriciamento (BRASIL, 2011a). Contudo, é possível hipotetizar que no futuro o cuidado à SMIJ possa requerer que tal caráter técnico-pedagógico não esteja presente somente no matriciamento, mas também nas reuniões de rede de saúde e de rede intersetorial.

Um aspecto relevante tanto com relação ao matriciamento quanto às reuniões de rede diz respeito aos seus formatos pré-estabelecidos, os quais podem, por vezes, impor limites à integralidade do cuidado na prática, sendo que pensar numa rede intersetorial para crianças e adolescentes deveria considerar “crianças e adolescentes” como temática de tais encontros, e não somente se dar pelo recorte da saúde mental – até porque o período da infância e juventude acarretam mudanças e transformações constantes, demandando dinamicidade e integralidade do cuidado assistencial. Aponta-se, portanto para a importância desta reflexão, na qual entende-se que os trabalhadores e pesquisadores da SMIJ precisarão se debruçar.

Os resultados desta questão demonstram um avanço por parte das ações de cuidado das (os) profissionais participantes deste estudo, especialmente observando o terceiro DSC, o qual apresenta que estas (es) profissionais estão tentando responder às demandas dos usuários de forma inovadora, flexível e contratual, por exemplo, indo junto com o adolescente intermediar o acesso ao novo espaço que se espera que aconteça o vínculo desta pessoa. Isso claramente é um avanço identificado nesta pesquisa.

4.2.6 O papel da Referência Técnica nos casos de alta

Considerando a função da referência técnica como gerenciadora dos PTS dos usuários, conforme resultados já apresentados na seção 4.1.6, as (os) participantes foram convidadas (os) a falar sobre o papel da equipe de referência técnica ou do profissional de referência técnica, a depender da realidade de cada serviço, e sua relação com o processo de alta das crianças e adolescentes no CAPSij.

A análise dos resultados das respostas das (os) participantes permitiu a constituição de cinco DCSs que abordam a compreensão de e referência técnica¹² tem a função de gerenciar e organizar a alta; que este é o profissional com quem família desenvolve maior vínculo e relação de confiança (justificativa da função); e que a referência técnica tem uma responsabilidade que pode se tornar prejudicial; que nem sempre é a referência técnica que organiza e administra o processo de alta; e acerca de estratégias de mudança de referência técnica e de organização territorial como facilitadoras do processo de trabalho. A seguir os DSCs:

“A referência técnica tem o papel de ser o grande gerenciador do caso no serviço. Ela tem a função de ficar de olho nas demandas da criança e do adolescente, de pensar quanto tempo ele está nesse lugar, se a família tem aderido ou não e na questão da idade também, que é uma burocracia que a gente tem. Ela vai administrar e conduzir o processo de alta. É ela que vai fazer a revisão do projeto terapêutico, conversar com a equipe, observar o usuário, pegar todos os materiais necessários pra entender se o usuário necessita de uma alta, que vai sentar e conversar com a família pra pensar nos objetivos. A referência assume a tarefa de pensar as ligações do paciente fora do CAPS, é quem faz todas as articulações possíveis pra alta, faz contato com espaços culturais, com espaços de lazer, com as escolas, com a UBS, por meio do matriciamento, quando há a necessidade de continuidade do cuidado, sendo como um fio condutor nesse processo. É um trabalho bem concreto que a referência técnica tem no acompanhamento desse usuário e seus familiares, chegando às vezes a acompanhá-los em acolhimentos ou visitas ao local pra onde estão sendo encaminhados. É claro que tudo isso acontece com a assessoria e auxílio da equipe toda. É importante pensar também que apesar de ela ser responsável pela comunicação, por articular mais, por estar mais próximo daquele usuário ou por estar mais em suas mãos, a decisão de dar alta não é da referência técnica, essa decisão é construída em conjunto com toda equipe, com a participação de todos” (IC: a referência técnica tem a função de gerenciar e organizar a alta).

¹² Esclarece-se que o termo “referência técnica” nesta discussão não se limita necessariamente a um único profissional, mas também se refere às equipes de profissionais, denominadas por mini equipes de referência técnica pelas (os) participantes.

“A referência técnica é fundamental pro processo de alta. Geralmente é ela quem cuida desse processo, porque é a pessoa tem o maior conhecimento do paciente, sabe da história dele por completo, que está ali pra tirar as dúvidas diretas e conversar com a família, que a mãe conversou e se identificou durante todo o tratamento, que a família criou um maior vínculo e que ela mais confia pra falar que o filho está pronto pra sair do serviço. A referência é quem vai ter essa sensibilidade pra conseguir ver o que está sendo saudável para o usuário naquele momento, se ele está tendo um bom aproveitamento desse atendimento ou se não está. Nesse sentido, levando em consideração o vínculo das famílias conosco, a referência tem um papel muito importante nesse processo de alta, pra que seja finalizado de uma forma muito cuidadosa, porque é ela quem faz a alta, é ela quem fala com a família e com o usuário sobre isso” (IC: é com a referência técnica que a família desenvolve maior vínculo e relação de confiança).

“Ser referência técnica é muita responsabilidade, é muito difícil, porque a gente vai se cobrando de coisas ou vão nos cobrando de coisas que fogem da nossa alçada, então vai tendo esse peso... Por isso a gente tem que tomar muito cuidado com a responsabilidade que vai ficando em cima dessa referência técnica, e isso é uma angústia da equipe inteira, do quanto a referência vai virando mais responsável do que a família... Fora isso, às vezes a família demanda de uma tal maneira que você fica meio presa, eles ficam arrumando pretextos, ficam arrumando sintomas e coisas pra permanecer no serviço, então às vezes a gente tem esse dificuldade da alta porque acaba virando um processo terapêutico bem difícil às vezes de você desvincular” (IC: a referência técnica tem uma responsabilidade que pode se tornar prejudicial a ela).

“A referência técnica é a pessoa que deveria estar mais próxima daquele usuário, que teria a função de ligar, de articular, de fazer relatório, de fazer encaminhamento... Eu digo ‘deveria’ porque nem sempre é o que acontece, visto que no dia a dia do serviço não necessariamente é ela que vai estar junto desse usuário, aí quem vai falar se ele está bem pode ser outra pessoa da equipe” (IC: nem sempre é a referência técnica que organiza e administra o processo de alta).

“Quando a referência reconhece ‘eu acho que não estou conseguindo atingir o que ele precisa, já tentei de tudo, estou desgastada, não sei mais o que faço, eu levei pro meu pessoal...’, uma coisa que a gente faz aqui é mudar a referência, pra ver se flui um pouco mais” (IC: estratégia de mudança de referência técnica).

“Outra estratégia é a referência técnica estar organizada a partir do território dos pacientes, isso é super importante porque a gente consegue ter mais aproximação com os postos de saúde, saber qual é a forma de cuidado deles, de que forma eles costumam fazer as coisas, qual UBS a gente vai ter mais facilidade, quais os recursos que eles

têm, e conhecemos melhor os grupos que tem na rede... Isso porque a gente faz reuniões mais contínuas, mais frequentes com essas UBSs, então a gente já consegue ter mais essa intimidade pra discutir o caso e entender como aquele profissional vai receber ou entender, como ele vai poder ajudar a gente em relação aquilo, a gente vai criando uma sintonia que é muito boa para o processo de alta quando a divisão é feita dessa forma” (IC: estratégia de organização territorial da referência técnica).

Conforme já discutido no item 4.1.6, retoma-se brevemente que o profissional ou a equipe de referência técnica, de acordo com a Política de Saúde Mental, tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu PTS, podendo (re) definir, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no CAPS, além de ser também responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no PTS, dialogando tanto com o usuário quanto com a equipe técnica do CAPS e pensando, também, sobre o vínculo que o usuário está estabelecendo com o serviço e com os profissionais, estimulando-o a participar de forma ativa de seu tratamento e da construção de laços sociais (BRASIL, 2014).

A partir dos DSCs, verifica-se o entendimento de que este profissional/equipe é, de fato, o responsável por gerenciar e conduzir o processo de alta das crianças e adolescentes. O vínculo com o usuário e sua família é destacado no segundo DSC como parte da função deste profissional.

O terceiro DSC, por sua vez, aborda o aspecto da sobrecarga, peso e dificuldades em exercer a função de referência técnica, o que se dá diante da responsabilidade que o técnico de referência tem ou que ele toma para si em relação às demandas apresentadas pelos usuários. Nota-se pelos relatos que este é um aspecto, que mesmo que a referência aconteça por meio das equipes, é possível gerar-se um peso ou uma sobrecarga, a qual parece ser vivenciada pelos profissionais de forma mais individual e menos coletiva, justamente até pela questão do vínculo e da própria relação de confiança que se desenvolve entre profissional-usuário-familiar na atenção em saúde mental.

Acerca deste arranjo de trabalho dos CAPSij, constituído pela função da referência técnica, Barbosa et al. (2016, p. 105) afirmam que se trata de um paradoxo, porque “se por um lado possibilita uma relação única entre profissional e usuário [...], por outro lado, impõe ao profissional de referência o ‘peso’ direto de todas as demandas dos usuários, da família e da equipe”. As autoras ainda pontuam que existe o risco de que as decisões e ações propostas ao usuário não circulem entre os profissionais da equipe, por vezes, ficando apenas

para o técnico de referência a tomada de decisão, o que também pode lhe atribuir peso e sobrecarga.

Outro aspecto observado é o fator da exceção citado por algumas (uns) participantes, quando não é o profissional de referência técnica que cumpre esta função de condução e organização do processo de alta da criança/adolescente, e sim outro profissional que atua mais próximo ao usuário nos grupos terapêuticos, por exemplo. Esta situação levanta dúvidas quanto a: se isso ocorre porque de fato a alta vem sendo efetivada pela equipe que é responsabilizada pelos usuários como um todo?; ou, se esta situação acontece porque determinados profissionais técnicos de referência não cumprem esta função e outros profissionais, portanto, a assumem? As possíveis respostas para estas questões também parecem estar, de alguma forma, associadas ao fator da sobrecarga de profissionais trabalhadores do CAPSij.

Ainda quanto ao fator de sobrecarga devido execução da função de referência técnica, observa-se um avanço no último DSC que destaca a estratégia de mudança de profissional de referência de determinado usuário, mediante situações de dificuldades apresentadas pelo próprio profissional de referência. Esta parece ser uma forma de cuidado e suporte intraequipe desenvolvida pelos próprios profissionais do CAPSij.

Grigolo et al. (2015, p. 54) reforçam a importância do técnico de referência quanto ao acompanhamento e mediação do percurso terapêutico do usuário, no CAPS e em toda a rede de cuidados, além do diálogo e pactuação com o próprio usuário acerca do seu acompanhamento, em seu contexto e envolvimento das equipes de referência e de apoio neste percurso, incluindo o processo de alta.

4.2.7 Diferenças entre a alta da criança e do adolescente

Considerando que a população-alvo do CAPSij é composta por crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, ou seja, entende-se que este equipamento abarca grande diversidade de possibilidades e demandas, desde o período de desenvolvimento infantil da primeira e segunda infância, o período da puberdade, e o período de desenvolvimento da vida adulta, sendo que em todas essas situações as intervenções e os direcionamentos podem ser bem diferentes para se respeitar tais singularidades. Assim, as (os) profissionais foram convidadas (os) a discorrer sobre a existência de possíveis diferenças nos processos de alta da criança e nos processos de alta do adolescente.

A análise das entrevistas permitiu entender que parte das (os) participantes identificam que as diferenças estão nos espaços para os quais as crianças e adolescentes são encaminhados;

nas demandas apresentadas pelos sujeitos e não na sua faixa etária; que na situação de alta de crianças há uma preocupação em envolver mais a família até do que a criança no processo; que na infância chegam muitos casos de demandas familiares no CAPSij e as crianças recebem alta com encaminhamento para outros locais; que o adolescente é envolvido de uma forma mais participativa no processo de alta, estando esta implicada com aspectos da autonomia no cotidiano dele; que os adolescentes podem vivenciar experiências de alta devido alcançarem idade máxima para acompanhamento no CAPSij; que os adolescentes às vezes apresentam demandas que, com o tratamento, permitem uma alta mais rápida do que alguns casos mais graves que chegam no período da infância; e que não há diferenças no processo de alta da criança e do adolescente. Seguem os DSCs:

“O que muda são os espaços que a gente tem pra encaminhar, então existe diferença de locais. A gente sabe qual local a gente conta com maior contorno pro adolescente e com qual a gente conta com maior contorno pra infância. A criança, quando tem alta, pode dar continuidade em espaços de saúde, em espaços culturais, e é feita uma sensibilização com a escola também. Ela só vai pra outro CAPS se ela mudar de território mesmo. Já os adolescentes geralmente buscam espaços saudáveis, então são cursos profissionalizantes, espaços culturais, com cursos diversos, a busca do primeiro emprego” (IC: a diferença está nos espaços para os quais são encaminhados).

“É a demanda e os objetivos que vão tornar a diferença, independentemente de ser criança ou adolescente, porque a gente tem casos graves, tanto na infância quanto no adolescente, então entendo que existem diferença de alta pra todos os sujeitos. A diferença da alta vai estar na demanda e não na faixa etária” (IC: a diferença está nas demandas apresentadas e não na idade).

“Na alta da criança a gente trabalha muito com os pais, tem muito a figura da família, as famílias acompanham mais, sustentam mais esse processo, até porque a criança ainda não consegue ter aquela independência de ir e vir sozinha. Quando é criança a gente até tenta buscar qual é o interesse, qual é a busca da criança, mas ela vai depender de um adulto pra isso. Então até para falar da alta, no caso da criança, a gente costuma avisar primeiro a mãe e depois a criança. A gente tem que fortalecer muito a família, pensar bem nas orientações e articular bem com a rede pra que a família não se sinta insegura” (IC: na alta da criança a família participa mais).

“Muitas crianças chegam com demandas de contexto familiar e percebemos que muitas não precisam continuar, em comparação com alguns adolescentes que apresentam alguma questão muito difícil de resolver, diluir, então quando tem alta, elas acabam indo pra algum outro lugar” (IC: na infância chegam muitos casos de demandas

familiares no CAPSij, sendo dada alta com encaminhamento para outros locais nestas situações).

“O adolescente participa um pouco mais dessa alta. Na prática eu posso chamar primeiro o adolescente pra falar da alta e depois chamar a mãe dele. É possível trabalhar dessa forma porque o adolescente tem uma compreensão e uma autonomia que a criança ainda não tem. Quando eles são adolescentes, a gente até trabalha com os pais junto nesse processo, porém a gente consegue dar mais responsabilidade e empoderamento pra eles sobre a sua própria vida, então a gente vai trabalhando os projetos de vida dele, se ele está pensando no que vai fazer quando crescer, o que ele está buscando, se é estudo, se é cursinho, se vai fazer faculdade, se vai fazer algum curso profissionalizante, se ele está pensando nessa questão de emprego e da inserção no mercado de trabalho, entregar currículo, vamos pensando como estão as relações afetivas dele, enfim vamos trabalhando o fortalecimento, a independência e autonomia diretamente dele. E nós fazemos isso porque quando é adolescente eles podem ir atrás, eles podem procurar, buscar, muitos deles podem ir e vir porque tem autorização dos pais pra isso. Neste contexto, em contrapartida, às vezes é difícil também porque tem famílias que não estão a par do que acontece aqui porque os filhos adolescentes vem por conta própria, isso acontece por questões reais de trabalho de necessidade de vida, e às vezes por negligência também, e aí eles não tem esse respaldo da família pra ajudar eles a chegarem a outros espaços, então a gente vai tendo que trabalhar só com ele, mas ele ainda é um adolescente também, ele ainda não pode tomar todas as decisões, ele ainda depende de outros pra muitas coisas” (IC: o adolescente é envolvido de forma mais participativa no seu processo de alta por ter maior autonomia em comparação à criança).

“Acontece também altas de adolescente porque ele passou da idade, ele está aqui já com 18 ou 19 anos e vai pra um CAPS adulto ou CAPSad. Nessas situações acabamos indo junto no serviço ou tendo uma aproximação maior porque somos todos da rede de saúde mental do território” (IC: adolescentes podem vivenciar a alta por idade).

“No caso dos adolescentes, quando há uma demanda depressiva, por exemplo, e isso vai sendo trabalhado e superado, eles acabam tendo uma alta mais rápida em comparação com as crianças que já chegaram aqui com um transtorno grave com cinco ou seis anos e que ficam com a gente até seis ou sete anos depois. Isso porque a demanda que o adolescente traz, às vezes é, não menos grave, a gente não pode pontuar a gravidade, mas é de uma gravidade que às vezes o tratamento anda um pouco mais rápido, daí pensar a alta acaba ficando um pouco mais fácil porque ele já consegue voltar a frequentar a escola, ele já está melhor na família” (IC: às vezes as demandas apresentadas pelos adolescentes permitem uma alta mais rápida).

“Pra mim acaba sendo igual, eu não consigo pensar em nada específico sobre diferenças. Eu vou sempre me basear na questão do sofrimento e da crise, então eu acho que tanto a criança como o adolescente, se eu entendo que minimizou esse sofrimento, que precisa participar de outros espaços, a gente acaba fazendo essa transposição” (IC: não há diferenças no processo de alta da criança e do adolescente).

Embora no último DSC tenha sido expresso que não há diferenças entre o processo de alta de crianças e adolescentes, os demais DSCs evidenciam a existência de diferenças, tendo sido pontuado pelas (os) participantes, de forma geral, que no período da infância há uma maior implicação da família neste processo, pois a criança ainda não consegue tomar decisões ou responsabilizar-se por si própria; e na adolescência há uma maior implicação com o desenvolvimento e empoderamento deste sujeito quanto a sua autonomia no cotidiano.

Quanto a este aspecto Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016) apontam para a importância de se considerar que:

[...] crianças e adolescentes são sujeitos em desenvolvimento e as diferentes etapas deste desenvolvimento influenciam sua vulnerabilidade aos problemas de saúde mental, como esses se manifestam e qual a melhor maneira de tratá-los. Crianças na primeira infância que tem problemas de saúde mental demandam cuidados diferentes dos dirigidos aos adolescentes ou mesmo a crianças mais velhas, o que reforça a necessidade de singularidade nas intervenções terapêuticas (Idem, p. 149).

Identificar estas diferenças possibilita aos profissionais planejarem a alta orientando-se por estes períodos, a fim de efetivá-la de forma mais qualificada e mais responsiva às demandas da criança e/ou adolescente e familiares no campo da SMIJ.

Quanto às crianças é válido, mesmo que brevemente, também levantar o questionamento se estas participam menos por sua possível e justificável “incompreensão” acerca do processo de alta, ou se, é porque, histórica e culturalmente, sempre foi considerada sem voz ou incapaz, o que também a impossibilitaria de participar de forma mais ativa de seu processo de alta. A este respeito, Vicentin (2016) discorre sobre o fenômeno de menorigação das crianças e dos adolescentes, destacando que o público infantojuvenil é “construído/colocado na posição de carência, da anormalidade e do perigo, tendo como resposta a tutela, a distância e/ou a segregação” (Idem, p.33).

Compreende-se que é fundamental que a participação da criança e do adolescente em todo seu processo no CAPSij, especialmente em seu processo de alta, aconteça de forma ativa, legítima e protagonista, enquanto atores sociais, e não “objetos de proteção” (VICENTIN, 2016), sem desconsiderar seu processo de desenvolvimento e maturação, porque desta forma

se efetiva o cuidado em saúde mental e se cumpre a proposta da atenção psicossocial na especificidade da infância e da adolescência.

Pretende-se que a reflexão feita por Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016) e Vicentin (2016), apesar de discorrem sobre aspectos diferentes relativos às características da infância, seja compreendida numa perspectiva complementar e que fomente o debate e a dinâmica entre si, cooperando para que o conhecimento se desenvolva por meio de tal discussão.

Quanto aos adolescentes, especificamente, é possível identificar diferenças em vários sentidos: é mais participativo, trabalha-se na dimensão dos projetos de vida, corresponsabiliza-se mais, confere-se mais autonomia, vivencia-se a alta por limite de idade – até porque, conforme referido, há situações em que as famílias acabam não acompanhando tanto os adolescentes aos atendimentos, ficando por vezes mais à parte do PTS deles, o que também exige atenção por parte dos profissionais do CAPSij. Ressalta-se que este é o retrato de uma parcela dos adolescentes e que não cabe a esta pesquisa generalizar para todos os adolescentes que realizam acompanhamento em CAPSij, novamente a questão da singularidade aparece aqui como característica inerente à atenção na SMIJ. Pontua-se aqui a necessidade de estudos futuros que aprofundem esta temática.

Nota-se avanço também nos discursos das (os) profissionais, ao pontuarem que as diferenças não se colocam em questões fixas ou fechadas como a idade por si só, à exceção do fator de diretriz do CAPSij que propõe a faixa de 18 anos como limite para a inserção neste equipamento, mas sim nos fatores relacionados à idade, que consistem basicamente no nível de compreensão e de responsabilidade por si próprio.

4.2.8 Percepção das (os) participantes sobre como as crianças e os adolescentes compreendem e/ou percebem¹³ seu processo de alta

Buscou-se compreender junto as (os) participantes sobre os aspectos relacionados à compreensão e percepção das crianças e adolescentes quanto à alta. Dessa forma, os resultados são destacados a seguir por meio dos DSCs, abarcando as seguintes ideias: como a criança compreende/percebe a alta; como o adolescente compreende/percebe a alta; a compreensão/percepção sobre o processo de alta é singular e variável; algumas crianças e adolescentes ficam muito felizes; algumas crianças e adolescentes ficam surpresos; crianças e

¹³ Optou-se por utilizar ambos os termos “compreensão” e “percepção” à fim de explorar os aspectos tanto de entendimento do que a alta, quanto também de percepção da vivência, lida com a alta.

adolescentes podem desestabilizar quando se fala sobre a alta; muitas crianças e adolescentes não querem a alta e apresentam resistência sofrimento e dificuldade de desvinculação do CAPSij nesse processo; comportamento de resistência específico da criança; comportamento de resistência e sabotagem específico do adolescente; e estratégias da equipe diante das situações de sofrimento e resistência quanto à alta de crianças e adolescentes do CAPSij – conforme constam nos DSCs, a seguir:

“Para a criança eu vejo que é mais difícil a compreensão, talvez uma criança menorzinha não compreenda tanto quanto o adolescente. Então a gente chama a criança pra explicar, dependendo da idade, falar que ela veio pra cá com alguns objetivos, porque ela não estava muito bem e que agora ela melhorou, mas eu não sei se para a criança fica sempre tão claro que é a última vez que ela está vindo, o quanto isso é assimilado por ela. A gente tenta pontuar e marcar que é a última vez que ela está vindo, mas acho que ela acaba não entendendo mesmo o que significa esse ‘não vir mais’. Por exemplo, às vezes você vê no último grupo que não está tendo uma despedida, que ela não está se desvinculando mesmo” (IC: como a criança compreende/percebe a alta).

“Eu acho que com os adolescentes é mais elaborado, eles percebem mais a situação e sentem mais do que a criança, talvez, porque eles tem um alcance melhor do que está sendo isso. Com eles a gente tem uma conversa bem franca, tudo é muito bem explicado, e eles entendem. Há situações, inclusive, que os adolescentes pedem, por eles terem essa facilidade, essa autonomia para solicitar mesmo ‘quando vai ser a minha alta?’, ‘não quero mais vir, não estou gostando’, então a gente vai entendendo que precisa mapear o que está acontecendo, mas também dar voz ativa aquele sujeito” (IC: como o adolescente compreende/percebe a alta).

“Eu acho que isso depende do caso, é muito singular, é variável, tem diversas formas e cada um encara de um jeito” (IC: a compreensão/percepção é singular e variável).

“Alguns gostam muito, ficam muito felizes, adoram, dão graças a Deus ou porque eles vão sentindo que não precisam mais daqui, que é isso mesmo, tem que ir embora, e se sentem bem; ou porque não querem vir mais pra cá... Tem uma coisa que muitos enfrentam falas na escola do tipo ‘ah você vai no CAPS então você é louco’, e eles falam ‘eu não quero vir pra cá, eu não sou louco’. Porque eles vem aqui e se deparam com pessoas com bastante dificuldade, então muitos não querem estar aqui e quando a gente fala que não precisa mais vir, alguns falam ‘eu legal, recebi alta, não preciso vir mais aqui, não vou ser mais taxado de doente’, então alguns adolescentes e crianças soltam fogos! A gente já viu cenas hilárias deles pularem, de ficarem super felizes” (IC: algumas crianças/adolescentes ficam muito felizes).

“Quando a gente fala da alta eles ficam até surpresos, esse é o momento que eles param pra refletir sobre isso” (IC: algumas crianças/adolescentes ficam surpresos).

“É preciso ter muito cuidado porque às vezes falar de uma alta pode desestabilizar mesmo, acontece. O médico é um grande parceiro nisso porque ele tem o poder do remédio, então ‘olha, você não está mais precisando disso, você está bem, a gente já está reduzindo a medicação...’, aí o profissional de referência ou todos os outros profissionais vão contribuindo pra ele se sentir mais tranquilo. Eu imagino que é muito difícil, você vai num lugar, conta toda sua vida, mostra seus piores momentos, e de repente você tem que sair? Então a gente vai fazendo isso com muita cautela” (IC: crianças e adolescentes podem desestabilizar quando se fala sobre a alta).

“Muitos não querem a alta, ficam muito inseguros ou com medo, tem uma resistência grande em ter a alta, principalmente aqueles que estão há muitos anos aqui no nosso serviço, porque acabam adquirindo vínculo importante aqui com outros usuários e com os técnicos também. Isso acontece com a criança e com o adolescente. Justamente por conta da escassez de espaços para estarem, para alguns o CAPS vai virando, às vezes, infelizmente, o único lugar que eles se identificam, que eles podem ser eles de verdade, eles falam muito assim ‘aqui eu posso ser o que eu sou, aqui as pessoas me ouvem, aqui as pessoas me acolhem’, então aqui o espaço é muito protegido pra eles, é um lugar de pertencimento, de importância e de desenvolvimento. Por isso para alguns é muito sofrido, a alta não é vista de um bom jeito, e há um sofrimento pra eles se desligarem do serviço mesmo” (IC: muitas crianças/adolescentes apresentam resistência, sofrimento e dificuldade de desvinculação na alta).

“A maioria das crianças, pela dificuldade e pelo momento do desenvolvimento, não entende aqui como um tratamento e sim como um lugar pra vir brincar. Elas gostam desse espaço e também criam vínculos aqui. E daí se desligar desse lugar é muito sofrido, muitas vezes elas entendem como uma expulsão, como um castigo, como algo negativo, porque está muito associada ainda a algo ruim do tipo ‘eu não vou vir mais brincar aqui, não vou ter mais isso no meu dia a dia’, então é mais difícil de fazê-los entender e participar juntos. Se ele melhorou a gente sempre tenta trazer que se ele está tendo alta e não vai mais precisar vir aqui, significa que ele está muito bem, então a gente vai abordando a alta de um jeito mais lúdico ‘é isso aí, você conseguiu, parabéns’, ‘você vai brincar em outro lugar, não precisa ser aqui, você tem que aprender, você vai continuar na escola...’, ‘a tia vai sentir saudades, quando você quiser você vem me visitar’. Dessa forma, a gente procura fazer de um jeito cuidados pra que as crianças não se sintam rejeitadas, abandonadas, e entendam a alta como algo positivo e isso acaba levando mais tempo, a gente acaba dando mais

tempo pra essa criança poder ir elaborando” (IC: comportamento de resistência específico da criança).

“Tem adolescente que não quer sair porque já tem amigos aqui e aí a gente tem que explicar que essas amizades têm que ir pra fora, que a gente não pode se apegar a um serviço de saúde, que a gente tem que viver além do CAPS. Quando o adolescente adere é porque ele gostou e se ele gostou é difícil de tirar dele aquilo que ele tanto gostou. Tem aqueles adolescentes que sabotam essa alta, quando a gente começa a falar sobre processo de alta. Às vezes ele começa a apresentar os sintomas iniciais de quando chegou aqui, ele começa a dizer que não quer mais a alta por n questões, ele volta a se cortar se ele não estava se cortando mais, ele faz uma tentativa de suicídio. Por exemplo, uma adolescente que a gente está conversando e pensando na alta dela porque ela melhorou, e aí uma semana depois ela volta dizendo que está ouvindo vozes, que isso, que aquilo. Então, acontece que quando a gente está começando a trabalhar a alta, eles percebem o movimento da equipe e tentam sabotar isso porque não querem perder esse espaço” (IC: comportamento de resistência e sabotagem específico do adolescente).

“A gente vai fazendo um trabalho de alta mostrando as potencialidades deles e apresentando outras perspectivas, conversando sobre outras possibilidades, sobre outros recursos da rede que tem. A gente vai falando que o CAPS vai continuar existindo, que os funcionários vão continuar aqui e trabalhando com eles a questão de que aqui é um lugar de passagem, que a ideia não é criar uma relação de dependência daqui, que aqui é lugar justamente pra ele se fortalecer e seguir a vida deles. Assim a gente fala pra eles ‘olha, quando tiver festa aqui você pode vir ou vem visitar a gente pra falar como você está, o que você está fazendo’, ‘não vai ser um acompanhamento, não vai ser um atendimento, mas é pra vir e dizer como estão as coisas, não vai ser uma falta, não vai ser uma perda, vai ser uma conquista, na verdade’. Nossa porta nunca está fechada, a gente é porta aberta. A gente oferece todas as nossas festas, de final de ano, no meio do ano, pra eles virem pra rever a equipe e a gente recebe muita visita aqui de adolescente que a gente deu alta, eles vêm pra conversar, vem pra saber como a gente está, vem pra contar as conquistas que eles tiveram... ‘ah, eu estou trabalhando...’, ‘eu consegui tal coisa...’. Eu acho que talvez falte a gente colocar isso pra eles quando eles entram, a gente tem tentando falar mais disso, vou sentindo um movimento de toda equipe colocar mais isso ‘olha, o objetivo de você estar vindo aqui é justamente pra você não vir mais aqui, de você não precisar mais desse espaço que é de gravidade, é você conseguir lidar com essas coisas de outras formas’ ” (IC: estratégias da equipe diante das situação de resistência das crianças/adolescentes).

Os primeiros dois DSCs demonstram que a compreensão/percepção da criança acontece de forma diferente do adolescente. Parte das (os) participantes relatam que parece não ficar tão

claro para a criança que ela está vindo pela última vez, por exemplo, essa compreensão não demonstra ser completa. Já com relação ao adolescente, segundo as (os) participantes, esta compreensão já é mais elaborada, então eles entendem o que está acontecendo e por isso podem até “sentir” mais esse processo, segundo os relatos apresentados. A estratégia em ambos os casos é o diálogo, sendo que com as crianças existe a demanda pelo fator lúdico nessa conversa. Esta característica demonstra fazer parte, de modo geral, da condição e do tempo de desenvolvimento que o usuário está vivendo, sobre o qual se discutiu na seção anterior.

Observa-se na maioria dos discursos, o aspecto da resistência por parte das crianças e adolescentes com relação à alta, o que requer atenção e manejo por parte da equipe do CAPSij, visto que pode-se, inclusive, ocasionar situações de desestabilização e comportamentos de autossabotagem, os quais não acontecem necessariamente de forma consciente e influem na saúde dos próprios sujeitos. Em resposta a isso, as (os) terapeutas ocupacionais pontuaram ações que possibilitam reencontros, como as festas promovidas pelos CAPSij e ações de fortalecimento da compreensão do papel do CAPSij junto aos usuários, pontuando que se trata de um local de passagem e não de permanência. É importante ressaltar que os resultados apontam também que se houvesse a explicação sobre o papel no CAPSij no início do acompanhamento, possibilitaria que as pessoas melhorassem a forma de lidar com esta questão.

Os achados dos estudos de Mariotti et al. (2014) e de Guedes et al. (2017), mesmo sendo atrelados à população de adultos, corroboram com os resultados deste estudo quanto ao aspecto do comportamento de resistência apresentado pelos usuários e seus familiares diante da alta do CAPS. O fator da insegurança, do desejo pela manutenção de direitos de auxílio-doença e transporte contribuem para que as pessoas não desejem sair do CAPS segundo os autores citados.

Nesse sentido, Mariotti et al. (2014) descrevem que há “[...] situações nas quais as pessoas manifestam explicitamente seu desejo de não melhorar ou até mesmo de piorar [...]” (p. 416). Trazendo para o contexto da infância e adolescência, hipotetiza-se que, diferentemente do adulto, a sua preocupação e receio diante da alta, estejam na sensação de “perda deste espaço de pertencimento”, “perda de vínculos”, “perda de possibilidade de ser e fazer”, o que se traduz de forma prática no medo de perder amigos, de se sentir rejeitado, e de não vivenciar este protagonismo em outros espaços sociais.

Outro aspecto que deve ser pontuado para reflexão é que parte dos usuários que manifestam felicidade em receber a alta tem por explicação que o CAPS não é um lugar que eles desejam estar porque é um lugar para “pessoas loucas”, o que os fazem vivenciar situações

de exclusão em contextos sociais, tal como a escola. Esta situação também é vivenciada pelos familiares no processo de alta, conforme observa-se adiante.

4.2.9 Percepção das (os) participantes sobre como as famílias compreendem/percebem o processo de alta

Da mesma forma, buscou-se compreender junto as (os) participantes sobre os aspectos relacionados a compreensão e percepção das famílias quanto à alta. De modo geral, observou-se que 10 participantes destacam a polaridade entre a família aceitar bem a alta e a família resistir e sofrer com o processo da alta; e 5 participantes destacam especificamente os aspectos de resistência e sofrimento vivenciados pelas famílias no processo de alta. Optou-se por esta apresentação descritiva e numérica inicialmente, nesta seção, a fim de caracterizar que a polarização entre boa aceitação e resistência foi algo significativo, além do fato de que as (os) participantes que não o fizeram, relataram especificamente o aspecto da resistência da família quanto ao processo de alta.

Dessa forma, os resultados são destacados a seguir por meio dos DSCs: as famílias podem compreender a alta em duas polaridades; a compreensão da alta depende de cada família; a família que já está mais saudável entende a alta com mais facilidade. Os seguintes DSCs pontuam que tem famílias que: ficam felizes; fazem ouvidoria e/ou entram com processo porque não queriam a alta; resistem à alta para não perderem os benefícios; sentem raiva com a alta; apresentam comportamento de resistência porque se sentem inseguras na responsabilidade de cuidares de seus filhos; sofrem porque entendem que o CAPS é um serviço de apoio para a vida toda; sofrem porque sentem que vão perder o lugar de acolhimento que o CAPS é para elas; apresentam resistência de ter alta do CAPSij por causa dos empecilhos da rede; apresentam resistência quando os filhos são encaminhados para o CAPSad. Por fim, o último DSC aponta para estratégias e manejos do CAPSij junto às famílias no processo de alta.

“Você tem as duas polaridades, você tem aquela família que vai adorar que recebeu alta porque o filho sai desse lugar da criança que tem alguma questão de saúde mental, que vai estar segura para isso, e tem aquela família que vai se sentir insegura, que ainda vai ser muito difícil de aceitar todo esse processo, então tem as duas coisas. Nós temos exemplos que foram super bem e outros que não” (IC: as famílias podem compreender a alta em duas polaridades).

“Eu acho que é muito singular, depende da família. Cada família é de uma forma, o que tem super a ver com a família e com o seu

funcionamento, mas também tem a ver como a pessoa trabalha isso no processo de alta” (IC: a compreensão da alta depende de cada família).

“Eu acho que quando a gente consegue mesmo trabalhar que é o momento da alta do paciente, é porque a família também já está no momento mais saudável e entende isso com mais facilidade” (IC: a família que já está mais saudável entende a alta com mais facilidade).

“Tem famílias que ficam bem felizes com a alta, que aceitam numa boa e lidam super bem com isso, algumas até pulam e vibram. São famílias muito bacanas, ativas, que participam e se envolvem no processo de alta com a equipe, no sentido de elas falarem ‘ele está bem, que bom’, ‘que bom, meu não filho não é doente, posso pensar em outras possibilidades pra ele’, ‘eu vejo que o meu filho está melhor, que ele mudou, que tudo bem ter essa alta, eu vou procurar outras coisas pra ele, eu já até vi uma aula de ballet...’. Então são famílias que entendem que teve uma melhora, sabem que o filho melhorou, que está tudo bem, que não precisam mais desse espaço” (IC: tem famílias que ficam felizes).

“Já aconteceu de ter famílias fazerem ouvidoria porque a gente deu alta, às vezes tem mães que entram com processo e a gente responde processo jurídico... Já teve mãe que não era daqui, era da reabilitação e ela entrou com processo porque ela queria que fosse aqui e não fosse lá o acompanhamento, então a gente tem que lidar com isso também” (IC: tem famílias que fazem ouvidoria e/ou entram com processo contra o CAPSij).

“Tem famílias que, infelizmente, conseguem algum benefício, mesmo a gente entendendo que essa criança não tem nada, e aí é muito difícil a alta daqui. São famílias que querem acreditar que o filho tem uma doença, pensando no ganho secundário” (IC: tem famílias que resistem à alta para não perderem os benefícios).

“Tem famílias que quando a gente fala da alta causam, que levam com muita raiva a nossa fala, e é por vários motivos, por exemplo quando a gente usa do critério da alta terapêutica, que é quando elas precisam ter alta para ter um limite de que o tratamento não funciona só vindo de vez em quando, que a gente entende que a alta vai ser um limite pra mãe também. Aí a gente pontua pra eles ‘se você, a família, perceber que precisa se tratar, você volta a nos procurar, porquê desse jeito a gente não está conseguindo tratar a situação apresentada’, ‘agora é a senhora que vai ter que tomar conta, se empoderar nesse cuidado, nós estaremos aqui, mas agora é com você’. Geralmente são famílias que não tem um entendimento do porque o filho está aqui, que não estão abertas à discussão e à proposta de tratamento, e por isso a alta nesses casos é importante pra família reconhecer isso” (IC: tem famílias que sentem raiva).

“É difícil falar de alta, por causa da insegurança de cuidar do filho dela, dessa responsabilidade que agora é dela, porque eles têm esse movimento de que quando eles chegam na recepção, por exemplo, eles soltam as crianças ‘agora não é mais responsabilidade minha, se acontecer alguma coisa...’, então eu acho que essa alta mexe muito com esse sentido de ‘eu vou ter que me responsabilizar mais pelo cuidado do meu filho’. E também de a família poder se olhar e pensar ‘se meu filho não tem nada, porque não estou dando conta de cuidar dele? ‘será que eu é que não estou sabendo cuidar do meu filho?’, isso é difícil para a família” (IC: tem famílias que apresentam resistência por insegurança quanto ao cuidado dos filhos).

“As famílias resistem à alta porque entendem que o CAPS é um serviço de apoio para sempre. Tem mãe que acha que o filho tem que estar aqui pra vida toda. Algumas não compreendem e são bem resistentes, chegando a voltar diversas vezes com o discurso que ‘meu filho ainda precisa sim, que ele tem que ficar aqui, que ele não está bom” (IC: tem famílias que apresentam resistência porque entendem que o CAPS é um serviço de apoio para a vida toda).

“Tem famílias que se sentem angustiadas, desamparadas e acham que a gente está largando elas, que a gente não quer mais elas aqui. Percebemos que às vezes para a família é mais difícil do que para as crianças e os adolescentes, porque elas se vinculam mais do que eles até e por mais que a gente faça o planejamento de alta e trabalhe isso com eles, aquela família acaba ficando meio que dependente daqui. Tem famílias que vão tendendo a ter um isolamento também, eles vão evitando cada vez mais estar nos espaços, e isso vai fazendo que eles se afastem de outros grupos familiares, de outros adultos. Então, quando eles chegam ao CAPS, na maioria das vezes eles pensam aqui como um lugar de muito apoio, e quando eles vão vendo que a criança vai ter alta, está entrando em processo de alta, pra eles é difícil não ter mais esse espaço, pra eles vem muito o sentido de uma perda, porque o espaço acabava sendo não só para o atendimento das crianças, mas para eles também o espaço de escuta e de acolhimento. Nesse sentido, elas questionam ‘e agora o que eu vou fazer?’, ‘onde eu vou poder ser a mãe do fulano? porque na rua tem os olhares...’, ‘com quem eu vou buscar uma ajuda, um alívio?’, então tem tudo isso, é muito difícil porque elas acabam tendo a gente como referência para seu cuidado também” (IC: tem famílias que apresentam resistência devido a perda do local de pertença e acolhimento que o CAPSij é para elas).

“Algumas famílias tem muita resistência, sofrem, sentem muita dificuldade de sair desse espaço e não querem receber alta de jeito nenhum porque acham que tem muitas falhas na rede. Elas colocam pra nós empecilhos relacionados à rede como ‘eu não vou ter médico pra atender meu filho’, ‘quem é que vai fazer os laudos?’, ‘quem vai me ajudar a conseguir os benefícios?’. Essas famílias acreditam que ficarão desamparadas pro cuidado do filho e que não vão encontrar outros locais que vão entender esse funcionamento desse filho. Muitas

se prendem à questão da medicação, porque no serviço público algumas medicações são prescritas por profissionais específicos e no serviço público é muito demorado conseguir agendamento pra obter isso. Algumas famílias, que as crianças passam com o médico, ficam em pânico por conta de perder o psiquiatra, mesmo que às vezes a criança nem tome medicação, elas ficam desesperadas de perder isso. Isso acontece porque elas acham que só aqui o filho vai ser atendido, porque a gente tem psiquiatra e a rede não tem. Um exemplo disso é quando acontece de a criança ou adolescente estar passando só no médico aqui no CAPS, e aí a gente consegue médico fora do CAPS pra ele, porque o nosso enfoque não é ser ambulatorial, e mesmo assim a família coloca ‘Mas meu filho precisa do CAPS...’ ” (IC: tem famílias que apresentam resistência por causa dos empecilhos da rede).

“Quando a gente transfere pro CAPSad a gente tambémouve ‘ah, mas lá só tem drogados’, mesmo que o filho dela use drogas também...” (IC: tem famílias que apresentam resistência pelo fato de os filhos serem encaminhados para o CAPSad).

“A alta tem uma importância muito grande, por isso precisa ser um processo, pra não acontecer de ‘de repente não ter mais o CAPS’, então é isso que a gente vai fazendo, não só com a criança ou o adolescente, mas também com a família para que ela vá entendendo. Nós procuramos ir ensinando essa família que agora ela tem que lidar com a criança e o adolescente, explicando que ela tem que procurar outras coisas e outros acessos, trabalhando o empoderamento dela. A gente vai fazendo esses manejos e amarrações, por exemplo, vamos junto com a família na Unidade Básica da Saúde para que ela sinta confiança em levar o seu filho ali para fazer o acompanhamento” (IC: estratégias e manejos da equipe do CAPSij junto às famílias no processo de alta).

Angústia, resistência, desamparo, abandono, insegurança, raiva e medo parecem ser os sentimentos e sensações que a maioria dos discursos apresenta – o que corrobora com os resultados apresentados na seção anterior acerca da compreensão e percepção por parte das crianças e adolescentes mediante a alta.

Uma discussão imprescindível que este estudo se propõe a fazer agora se dá a partir do seguinte questionamento: “o que o CAPSij significa para as crianças e/ou adolescentes e suas famílias que são acompanhadas?”. Esta pergunta levanta diversas hipóteses a partir dos relatos das (os) participantes, iniciando por constituir-se enquanto um lugar de pertença a estas pessoas, que por vivenciarem o sofrimento mental, se veem limitadas a pertencerem a outros espaços. Tanto os usuários quanto as famílias, quando aderem ao CAPSij, parecem considerar que neste contexto eles podem ser eles mesmos, não lhes sendo exigido que apresentem apenas o que eles têm de bom, como o é nos diversos espaços sociais, especialmente os não protegidos, mas que

neste contexto os usuários podem inclusive viver as suas dificuldades e problemas com maior aceitação do outro.

Estes dados corroboram com os resultados do estudo de Bueno (2013) que também identificou a existência do sentimento de perda do serviço por algumas famílias atendidas nos CAPSij do Estado de São Paulo.

Segundo os discursos, mesmo as famílias que demonstram receber bem a alta, também associam-na ao filho “não ser mais doente”, ou seja, à cura e à remissão de sintomas. É preciso destacar que não houve discurso positivo quanto à alta que considerasse a permanência das dificuldades apresentadas pela criança, a possibilidade da vida com e apesar do sofrimento mental, isso não aconteceu aqui, assim como não deve ser comum que aconteça mesmo em outros equipamentos de atenção à SMIJ; o que se trata de uma hipótese também, haja visto as profundas marcas de um conceito de saúde estabelecido com base na ausência de doenças, como se preconiza especialmente nos países ocidentais.

Outro receio destacado nos discursos é quanto ao atendimento que eles receberão na rede para a qual serão encaminhados. As famílias, diante da própria experiência e também do imaginário, que reforça as desqualificações do SUS como um todo, apresentam receio de que o filho não consiga atendimento neste outro local, que haja descontinuidade nas receitas dos medicamentos, que haja perda de benefícios por não ter mais o médico especialista disponível, como o é no CAPSij, para fazer os laudos necessários... Enfim, aspectos que podem influir na vida prática, no cotidiano dessas pessoas, e, portanto, dificultar e até retomar problemas já tidos como resolvidos.

Quanto a resistência diante da compreensão que as famílias têm sobre as falhas da rede, Bueno (2013, p.63) destaca a hipótese de que no CAPSij os familiares “[...] além de se reconhecerem amparados, têm crítica positiva acerca dos cuidados voltados para suas crianças/adolescentes, o que pode levar ao temor de desvinculação do serviço”.

É fundamental destacar aqui a legitimidade das sensações e sentimentos vivenciados pelas famílias no processo de alta, porque de fato os fatores identificados como dificuldades e ou problemas nos discursos das (os) participantes – que geram os movimentos de resistência – podem acontecer. Isso exige que a equipe do CAPSij promova juntamente às famílias estratégias para o enfrentamento destas situações, tais como o acolhimento, a escuta qualificada, as ações de cuidado direcionadas às famílias e cuidadores no próprio CAPSij, o encaminhamento para outros equipamentos da rede de atenção à saúde (RAS), entre outras.

Uma estratégia que esta pesquisa vai compreendendo como essencial é que as intervenções do CAPSij e o PTS possam envolver a participação ativa da família desde o início

do acompanhamento da criança/adolescente, objetivando alinhar as expectativas da família ao cuidado oferecido e aos desfechos pretendidos.

Para apoiar tanto os usuários quanto às famílias a lidarem com os diversos aspectos da resistência, as (os) profissionais relatam buscar estratégias como os espaços de conversa, os convites para a participação em festas promovidas pelo serviço e a orientação de que o CAPSij continuará de portas abertas, caso seja necessário o retorno dessa pessoa. Pontua-se que as (os) profissionais vêm desenvolvendo, portanto, um trabalho de cuidado a estas pessoas, considerando aqui, em específico, o processo de alta. O cuidado à família e a corresponsabilização do encaminhamento são pressupostos do Ministério da Saúde para o campo da SMIJ (BRASIL, 2004; 2014).

4.3 Seção 3 - A participação das (os) terapeutas ocupacionais no processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij

Nesta seção são apresentados os resultados referentes, especificamente, à participação das (os) terapeutas ocupacionais no processo de alta de crianças e adolescentes no CAPSij.

4.3.1 A formação em terapia ocupacional para a alta

Com o intuito de explorar o processo formativo das (os) participantes em relação à alta, foi questionado, por meio de pergunta aberta, se as (os) mesmas (os) tiveram alguma disciplina em sua formação graduada ou pós-graduada que abordou o tema da alta.

Onze participantes responderam não ter tido disciplina que abordasse especificamente o tema da alta, duas (dois) afirmaram ter tido disciplinas que abordaram especificamente o tema e duas (dois) relataram não se lembrar. Além disso, complementando suas respostas duas (dois) participantes responderam ter participado de discussões do tema em disciplinas gerais e duas (dois) afirmaram que tiveram discussões sobre a alta nos campos de estágio.

Observa-se, então, que com exceção de duas (dois) participantes, as (os) demais relataram que não tiveram, ou não se recordam de disciplinas, nas quais o tema da alta tenha sido abordado especificamente, sendo que quatro delas (es) pontuam que discutiram a alta ou em algumas disciplinas mais gerais ou no decorrer das vivências de estágio, onde se espera que as questões relativas ao processo terapêutico sejam trabalhadas na prática.

A aparente ausência da discussão sobre processos de alta no decorrer da graduação das (os) participantes deste estudo faz pensar na possibilidade de que este tema seja tratado de forma

tão vinculada a outras temáticas referentes ao processo de cuidado em terapia ocupacional, que, talvez, passe despercebido ou, ainda, pode se dever ao fato de que a formação em terapia ocupacional extrapole o campo da saúde de tal forma que não dê ênfase a determinadas nomenclaturas e conceitos mais vinculados a processos médicos e de adoecimento – as quais compõe a caracterização do campo profissional da saúde em geral – tratando do processo de cuidado e de sua finalização ou desfecho de forma mais ampliada.

Isso faz sentido quando, ao retomar os autores da terapia ocupacional que se debruçam sobre a alta, de modo geral, identificamos o enfoque em processos e vivências, muitas vezes relacionados à realidade da hospitalização e/ou transição hospitalar para casa (DUROCHER et al., 2015; JORGE; TOLDRÁ, 2017; OTHERO, 2012; PERUZZOLO et al., 2014; SAMPSON et al., 2014). Quanto àqueles que se dedicam ao estudo da alta no campo da saúde mental, apesar de serem escassos, observa-se, ainda, maior enfoque nos contextos de internação hospitalar (MILLER et al., 2018; MONTREZOR, 2013; ODES et al., 2011; REIS; CECCATO; MARCOLINO, 2017), e/ou de transição hospitalar para domiciliar (BIRKEN; HENDERSON; SLADE, 2018; HO; TSAO; WONG, 2009); mas também já se pode vislumbrar o conceito de alta em estudos que contextualizam os serviços comunitários de saúde mental (FERIGATO; BALLARIN, 2011; MARIOTTI et al., 2014).

E em relação especialmente ao campo da saúde mental, outra hipótese que surge é que mesmo com a formação graduada da maioria das (os) profissionais tendo ocorrido após a instauração da reforma psiquiátrica, ou seja, no modelo de atenção em saúde mental baseado nos pressupostos da atenção psicossocial, pouco se discute nos contextos de formação os aspectos referentes à alta e sua conceituação, a qual deve ser diferente da esperada nos demais contextos de saúde, conforme pontuado em seções anteriores.

Em outro sentido, Bianchi e Malfitano (2018), cujo estudo objetivou a construção de um panorama atual da formação graduada em terapia ocupacional no contexto da América Latina, destacam a forte característica do modelo biomédico nos cursos de graduação em terapia ocupacional no contexto latino-americano, afirmando que, em geral, eles se apresentam por meio de sistemáticas curriculares e campos de formação bastante semelhantes e com enfoque no campo biomédico, apontando lacunas no ensino da área social.

Em consonância a isso, Mângia e Muramoto (2009), há 10 anos, já pontuavam que apesar das diretrizes e considerações preconizadas pelas políticas públicas brasileiras, a formação de profissionais de saúde ainda baseia-se em modelos que não cabem mais na realidade contemporânea, revelando contradições entre as demandas da prática em relação aos processos formativos em saúde.

A tese de doutorado de Palm (2014), que objetivou descrever a formação em saúde mental nos cursos de graduação de terapia ocupacional na região sul do Brasil, identificou que, no que diz respeito à carga horária de disciplinas de graduação das instituições participantes de seu estudo, os conteúdos das Ciências Biológicas e de Saúde apresentam uma carga horária maior do que os de Ciências Sociais e Humanas – o que, segundo a problematização feita pela autora, que corrobora com esta, pode causar certo impacto na formação do terapeuta ocupacional na área da Saúde Mental, sendo que as disciplinas relativas às Ciências Sociais e Humanas são fundamentais para a atuação na perspectiva da atenção psicossocial, e portanto, para a compreensão e condução de processos de alta neste contexto.

Em contrapartida, a mesma autora descreve que além de os conteúdos de saúde mental adquirirem um caráter transversal, sendo abordados por diferentes disciplinas ao longo da graduação em terapia ocupacional, as instituições de ensino têm buscado inserir os estudantes de terapia ocupacional em estágios nos mais diferentes equipamentos da área de saúde mental, tais como equipamentos da Atenção Básica, CAPS, CAPSad e CAPSij, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Serviços de Residência Terapêutica, “[...] diversificando as vivências e, ao mesmo tempo, possibilitando a constatação da complexidade da atuação do terapeuta ocupacional em saúde mental” (PALM, 2014, p. 138) – o que demonstra uma perspectiva que avança no preparo e capacitação dos estudantes para atuarem a partir da atenção psicossocial com apropriação e segurança, conforme também já explanado nesta pesquisa por meio do estudo de Lins e Matsukura (2018).

Observa-se aqui a emergência de um paradoxo, ou seja, ainda que haja indícios de que os cursos de terapia ocupacional ainda se baseiem em modelos biomédicos, o conceito da alta, o qual pode ser fortemente associado a este modelo, histórica e culturalmente, parece não ser priorizado – o que pode indicar que a alta seja encarada enquanto conceito burocrático e não como processo de intervenção e estratégia de cuidado.

É preciso pontuar também que este estudo não pretendeu pleitear pela criação de uma disciplina em específico de processo de alta, e com base nos sucintos resultados apresentados também não defende a necessidade da sua criação. Defende-se sim o desenvolvimento de uma reflexão crítica que considere a importância desta temática para a formação e, conseqüentemente, atuação profissional, direcionando para a necessidade de sua abordagem em disciplinas tradicionais já existentes, inclusive nas disciplinas de intervenção em saúde mental. Observa-se que são precisos mais elementos que permitam conclusões mais consistentes. Sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas que possam pautar este tema e buscar compreender melhor os caminhos adotados pelos currículos de formação em terapia

ocupacional para tratar dos processos de cuidado, incluindo sua alta – ou seu desfecho – e neste sentido, considerar as especificidades dos diferentes campos de atuação desta profissão, incluindo a SMIJ.

4.3.2 Participação das (os) terapeutas ocupacionais no processo de alta

Nesta seção, apresentam-se os DCSs que abordam a participação das (os) profissionais terapeutas ocupacionais no processo de alta de crianças e adolescentes no contexto do CAPSij. A partir das análises, foi possível observar que, de forma geral, todas (os) participam do processo de alta, sendo que esta participação acontece ou por meio de uma atuação advinda do fato de serem profissionais da saúde mental ou relacionada à especificidade de serem terapeutas ocupacionais.

As ideias centrais que destacam a participação das (os) profissionais de forma mais geral, ou seja, sendo justificadas pelo fato de integrarem a equipe técnica do CAPSij abordam as seguintes ações desenvolvidas por elas (es): participação na conversa com a família e usuário; participação nos contextos grupais abordando a questão da alta; participação em casos de usuários que são acompanhados em grupos que as (os) terapeutas ocupacionais estão envolvidas (os); participação por meio das discussões em equipe; participação em reuniões de matriciamento; participação exercendo a função de referência técnica especificamente; e participação além da especificidade profissional. Seguem os DSCs correspondentes:

“Eu participo dos atendimentos de conversa com a família e com o usuário pra falar sobre o processo de alta, vou trazendo o feedback desse processo pros pais, vou enfatizando pra eles o quanto está bom e o que melhorou, vou localizando a mudança e o cenário mais positivo, e vou insistindo nisso, mesmo que eles tenham resistência” (IC: participação na conversa com a família e usuário).

“Participo trazendo a questão da alta nos grupos que eu coordeno, seja grupos de família ou de usuários. Eu trago essa questão pra gente conversar e falar sobre isso com eles” (IC: participação nos contextos grupais abordando a questão da alta).

“Participo da alta daqueles que estão inseridos nos grupos que eu estou, ou quando eu estou em algum espaço e percebo que alguma criança ou adolescente está bem, que está diferente de como chegou, que ele já dá conta sozinho. Mesmo que ele não seja da minha referência técnica ou da minha equipe de referência, eu tenho essa participação porque eu estou mais próximo dele, eu sirvo ali como uma referência pra aquele paciente também, e junto com outros técnicos eu

também faço a alta dele, às vezes” (IC: participação em casos de usuários acompanhados em grupos que as profissionais estão envolvidas).

“Eu participo das discussões nas reuniões de equipe, mesmo se é um paciente que não sou referência e independente de eu conhecê-lo ou não. A gente sempre discute e pensa na alta juntos. Geralmente o técnico de referência anuncia essa alta na reunião de mini equipe ou reunião de equipe geral pra que isso seja conversado com as pessoas que compõe esse projeto. Nesses espaços a gente discute e vê se há o entendimento de que tal criança ou adolescente realmente está nesse momento da alta. A alta só pode acontecer se for discutida com a equipe, principalmente as situações mais graves” (IC: participação por meio das discussões em equipe).

“Eu participo lá na UBS informando que o usuário vai sair de alta daqui” (IC: participação em reuniões de matriciamento).

“Eu participo como referência técnica, onde eu vou fazer o acompanhamento da criança ou adolescente como uma funcionária CAPS. Então aqui eu não sou a TO que estou dando alta pra ele, eu sou a técnica de referência da equipe multi. Nessas situações, necessariamente, eu preciso estar acompanhando e avaliando se é uma questão de alta. Cabe a mim ir pensando junto com o usuário sobre como vai ser esse processo de alta, convocar a família pra entender qual o momento que o paciente está vivendo, ter essa conversa com a família, fazer a elucidação, mostrar todo o desenvolvimento dele, incluindo a parte de fono, a parte psicológica. É meu papel fazer o contato com o equipamento, fazer ligações, reunião com a escola, ligar o usuário com a rede. Entendo que a nível de referência além de eu trabalhar isso com o adolescente, com a criança, com a família, eu tenho que trabalhar isso com essa rede também. Às vezes também acontece de, na hora da alta, a decisão ficar muito específico pro técnico de referência, apesar de compartilharmos muito os casos” (IC: participação exercendo a função de referência técnica).

“No CAPS eu tenho que entender que eu não sou só TO, eu não sou só psico, eu tenho uma questão de saúde pública, de saúde mental, e do social em volta. Então aqui no CAPS eu tenho que lidar com tudo isso, além da minha especificidade” (IC: participação além da especificidade profissional).

Na sequência, apresentam-se os DSCs relativos à participação das (os) profissionais no processo de alta, nos quais é focalizada a singularidade de serem terapeutas ocupacionais. Foi possível verificar nos relatos: participação na alta de atendimentos individuais de terapia ocupacional; participação na avaliação do desenvolvimento psíquico-biológico da criança/adolescente; participação da avaliação da autonomia e funcionalidade da

criança/adolescente no cotidiano; participação no desenvolvimento da ampliação do repertório de atividades da criança/adolescente, apresentando recursos e possibilidades existentes na rede; e participação nas reuniões de equipe, argumentando aspectos específicos da terapia ocupacional que justifiquem ou não a necessidade da alta. Seguem os DSCs:

“Participo em situação de acontecer a alta do atendimento individual que a gente faz, aí isso é mais fácil porque ela teve alta minha, mas vai continuar sendo assistido aqui de algum jeito, por exemplo, tem uma menina que atendo que tinha várias dificuldades de organização e de aprendizagem, e a gente foi trabalhando isso, hoje ela consegue ler, ela consegue escrever, consegue organizar tudo no tempo e no espaço, pronto, cumpri, precisa de uma alta agora a nível da TO” (IC: participação na alta de atendimentos individuais de terapia ocupacional).

“Eu vou pensando um pouco no funcionamento dessa pessoa, e no quanto ela consegue, de acordo com a idade e as fases de desenvolvimento, ter independência máxima possível, seja nas atividades mais básicas ou nas atividades mais práticas, se é uma criança mais novinha ou se é um pouco mais velha, se os pais estão orientados quanto a isso. A gente vai avaliando se essa criança ou adolescente está conseguindo ser empático, conseguindo se colocar no lugar do outro, observando como estão as estereotípias, a questão neuro-motora... Então o meu raciocínio clínico vai um pouco por esse sentido e atentando se essa criança ou adolescente está inserido em outros espaços, se ele tem outros lugares de vasão do sintoma” (IC: participação na avaliação do desenvolvimento psíquico-biológico da criança/adolescente).

“Participo fazendo a avaliação da criança ou adolescente nesse processo de alta. A gente traz a retrospectiva desse processo do usuário aqui e vai tentando olhar o quanto essa criança ou adolescente consegue desenvolver as capacidades dele, aplicar lá fora na sua vida cotidiana o que foi apreendido por ele aqui dentro, as atividades que ele não realizava e que ele passou a realizar. Querendo ou não, enquanto TO, a gente acaba focando um pouco mais nisso, se está funcional nas atividades do cotidiano, se já está mais autônomo, às vezes não vai ser totalmente independente, mas já tem um pouco de autonomia, a gente fica um pouco mais tranquila pra dar alta” (IC: participação na avaliação da autonomia e funcionalidade da criança/adolescente no cotidiano).

“Eu participo dessa ampliação de repertório, de apresentar recursos e possibilidades, de trabalhar essa questão do sair daqui, de trabalhar o local em que eles serão recebidos, de ir lá com a criança, dessa coisa do caminhar junto, de ajudar eles a chegarem até esse outro espaço que estamos pensando. Então eu tento trabalhar bastante as possibilidades que tem na rede, a questão do empoderamento mesmo,

de escolhas ‘qual local que você acha que a gente poderia ir junto?’, de buscar aquilo que gosta, de tentar experimentar pra ver se gosta, porque tem muitos que falam ‘ah, eu não gosto disso, não gosto daquilo’, mas nunca tentou, então é tentar trabalhar esse interesse, nesse processo de alta. É a busca por uma orientação de como fazer um currículo, o que pode ser feito, onde pode buscar, pedir pra eles trazerem um pouco sobre profissões de interesse, o que faz, onde trabalha, onde tem, em qual faculdade... Nesse sentido também participo enfatizando pros pais sobre o fortalecimento que eles precisam ter nos outros espaços, porque aqui é um lugar de passagem, não é lugar de permanência” (IC: participação na ampliação do repertório de atividades da criança/adolescente, apresentando recursos da rede).

“Eu participo mostrando os avanços que são específicos da TO nas reuniões junto à equipe. Então eu vou mostrar o que ele melhorou dentro da função dele, dentro da funcionalidade dele, e o que ele precisa ou não pra essa alta. Essa é a hora de colocar o meu olhar diante daquela situação e de mostrar pra equipe o meu olhar geral e o meu olhar específico da TO pra aquela criança ou adolescente. Se eu percebo que ele precisa de mais algum tempo no serviço ou se eu acho que ele não está pronto, eu problematizo isso, me expresso sobre isso, e, o meu olhar é levado em consideração, e aí de acordo com o restante da equipe isso é atendido ou não” (IC: participação nas reuniões de equipe, argumentando aspectos específicos da TO).

A partir dos discursos apresentados, nota-se que as (os) terapeutas ocupacionais, ainda que mantenham a defesa e reafirmem a vivência do trabalho na saúde mental enquanto um trabalho que extrapola as especificidades e especialidades advindas dos campos profissionais, dizem suas contribuições nas situações de alta das crianças e adolescentes sob a luz da terapia ocupacional enquanto profissão e campo de saber. Assim, como já indicado, os discursos apresentados nesta seção, revelam duas formas de atuação do terapeuta ocupacional, uma enquanto campo e outra enquanto núcleo, sobre as quais se discorre a seguir.

Os conceitos de campo e núcleo são abordados em estudo e guias de diretrizes das áreas da saúde mental e da saúde coletiva, sendo descrito pelo Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental que o núcleo demarca uma área de conhecimento e de prática profissional, enquanto o campo consiste em um espaço onde cada disciplina ou profissão inter-relaciona-se a outras com o intuito de cumprir suas tarefas teóricas e práticas (BRASIL, 2011a).

Campos e colaboradores (2014) aprofundam a definição de tais conceitos, justificando que ambos compõe a interdisciplinaridade, sem diluir a especificidade dos saberes, sendo que:

Eles permitem distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão, dos saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de

saúde. No núcleo haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais e determinados padrões de compromisso com a produção de saúde [...]. Já o campo seria um espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde deveria atuar, independentemente de sua categoria ou formação (p. 989).

Partindo desta conceituação teórica, enquanto campo é possível visualizar que a participação das (os) terapeutas ocupacionais no processo de alta de crianças e adolescentes, parece bem estabelecida e fortalecida, talvez por haver, inclusive a função de referência técnica, a qual já demanda ao profissional diversas funções a serem realizadas no contexto do CAPSij, o que associado às demais ações gerais atribuídas às (aos) participantes por serem profissionais da equipe, gera um repertório amplo de ações a serem implementadas em detrimento das atuações que pedem mais especificidade profissional.

Talvez, na execução dos trabalhos e na implementação das estratégias de cuidado, pensadas e planejadas em equipe, o fator interdisciplinar (e até o transdisciplinar em alguns contextos) fique mais evidente e, de fato, se sobressaia para além do que é próprio de cada profissão, circunstância que é defendida pelas políticas de saúde mental brasileiras e que também surge enquanto resultado de pesquisas realizadas na área da terapia ocupacional no campo da SMIJ (BUENO, 2013; SANTAROSA, 2016).

As terapeutas ocupacionais participantes do estudo de Bueno (2013) demonstram a complexidade deste tema, ao ponto que questionam a pertinência de questões de natureza da especificidade profissional, argumentando que a prática de ações únicas da terapia ocupacional vai contra ao trabalho interdisciplinar que é preconizado no CAPSij. Em consonância a isso, Santarosa (2016) cuja pesquisa investigou como se constituem as práticas de terapia ocupacional em equipes inter e transdisciplinares de atenção em SMIJ, também identificou que, neste contexto, os profissionais constroem o processo de cuidado dos usuários a partir de seus diferentes conhecimentos, os quais “muitas vezes se misturam, tornando-se todos ‘trabalhadores de saúde mental’, não havendo fronteiras bem definidas com relação às especificidades de cada profissão” (Idem, p. 101).

Nesta direção, Constantinidis e Cunha (2016) questionam o núcleo de competência do terapeuta ocupacional e a situação de uma certa (des) construção da identidade da profissão neste contexto, visto que ela parece se diluir enquanto especialidade, em relação às demais profissões na saúde mental. Isso se dá, por exemplo, com relação à realização de atividades, que deixa de ser exclusiva do núcleo de competência da terapia ocupacional e passa a ser

responsabilidade comum de várias profissões neste contexto (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2016).

Destaca-se que o fator de “responsabilização dos cuidados em saúde mental” somado à proposta da transdisciplinaridade “impedem a tendência dos profissionais em cristalizarem suas práticas em especialidades” (Idem, p.47), de modo que os terapeutas ocupacionais “[...] podem construir representações, projetos e investimentos no sentido de sobrepor o núcleo de competência profissional em função do campo de competência, evitando o especialismo que está vinculado ao discurso hospitalocêntrico” (Idem, p. 47). Em outras palavras, defende-se que a superação da clínica tradicional, moldada por meio das diversas especialidades; a desterritorialização do agir profissional em prol do ato coletivo do trabalho em equipe; a capacidade de se desvencilhar de uma postura/crença especialista devem ser o foco do terapeuta ocupacional que trabalha no campo da saúde mental (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2016).

Em complemento a esta reflexão as autoras trazem a fala de Merhy (2004), que afirma que a reconfiguração e desterritorialização do agir profissional e a busca do ato coletivo do trabalho em equipe consistem em formas de superar a clínica que fragmenta o sujeito em diferentes procedimentos técnicos, que a reforma psiquiátrica busca romper.

Esta perspectiva pode suscitar o seguinte questionamento “este raciocínio pautado na responsabilização dos cuidados em saúde mental e na transdisciplinaridade – apresentado por autores da área como fundamental na saúde mental – estaria defendendo a impossibilidade de uma contribuição específica da terapia ocupacional no contexto dos CAPSij?”, o qual ainda pretende ser mais esmiuçado nesta seção, visto que trata de uma temática cara aos terapeutas ocupacionais brasileiros e pertinente a sua atuação nos CAPSij.

Ainda que o presente estudo não apresente elementos que permitam generalizar para a realidade das outras profissões que compõe as equipes dos CAPSij, encontram-se estas discussões, quanto ao campo e ao núcleo profissional, em outras categorias da equipe do CAPSij também (OLIVEIRA; MIRANDA, 2015). Dessa forma, os resultados demonstrados aqui levam à hipótese de que na dinâmica do trabalho no campo da SMIJ as contribuições relativas às especificidades de formação dos diferentes membros que constituem as equipes multiprofissionais se materializam na composição das atividades coletivas de identificação de necessidades, planejamento, construção do PTS, nas reuniões de equipe para discussão dos casos e, também, do processo de alta.

Cabe aqui, então, questionar, entre os terapeutas ocupacionais, se sua participação, talvez prioritária ou mais aparente enquanto “campo” na SMIJ, vem se desenvolvendo em resposta genuína às políticas de SMIJ ou se configura uma particularidade do discurso do

terapeuta ocupacional, considerando a dificuldade que este profissional ainda enfrenta de constituir e/ou dimensionar seu trabalho diante da equipe e diante dos usuários, de acordo com o que tem sido apontado por alguns estudos da área (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2016; JUNS; LANCMAN, 2011).

De qualquer forma, destaca-se que os aspectos de consonância quanto ao trabalho em equipe são fundamentais no campo da SMIJ, incluindo o processo de alta, e fica claro que estes aparecem nesta pesquisa através dos discursos das (os) terapeutas ocupacionais. Compreende-se, portanto, que é importante que a reflexão deste assunto ressoe tanto para as (os) terapeutas ocupacionais, quanto para os demais profissionais integrantes das equipes multiprofissionais e interdisciplinares dos CAPSij, visto que compreender este fenômeno contribui para aprimorar sua prática.

Seguindo o raciocínio, baseando-se nos DSCs que revelam a participação das (os) terapeutas ocupacionais enquanto núcleo no CAPSij, observa-se a utilização dos termos “cotidiano”, “funcionalidade/funcionamento”, “autonomia”, “independência”, “desempenho”, “ampliação de repertório” nos diversos discursos, os quais constituem uma linguagem comum entre as (os) profissionais terapeutas ocupacionais. Além destes termos, de modo geral, as suas contribuições em situações de discussão da alta demonstram estar relacionadas à autonomia da criança/adolescente no cotidiano, a sua participação social nos contextos de vida, ao seu desempenho nas atividades de vida diária, a sua realidade quanto à rede de suporte social, e aos processos de avaliação e intervenção individual que tais crianças/adolescentes realizam com as (os) terapeutas ocupacionais – de onde possa emergir informações que contribuam na composição da argumentação da alta no CAPSij.

Os discursos também permitem observar que a alta para as (os) terapeutas ocupacionais, na atuação enquanto núcleo, parece ter dois grandes principais direcionamentos, sendo que primeiro deles destaca a especificidade na perspectiva da funcionalidade-desenvolvimentista, e foca na demanda pelo alcance de objetivos – o que vai ao encontro do que há na literatura da terapia ocupacional enquanto processo de trabalho desta área que foi apresentado na introdução. Já o segundo direcionamento estaria na ampliação de repertório e de recursos que viabilizam a vida, o transitar, o pertencer, o fazer, o ser.

Novamente se traz para a discussão os achados dos estudos de Bueno (2013) e de Santarosa (2016), os quais, apesar de destacarem fortemente a característica interdisciplinar enquanto demanda deste campo de atuação, também pontuam que os discursos das (os) terapeutas ocupacionais envolvidas (os) em suas pesquisas, abordam ações específicas da terapia ocupacional no contexto da SMIJ. Tais ações são descritas pelas autoras como a

promoção do desenvolvimento de autonomia e independência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, ações de organização da rotina e do cotidiano das crianças e adolescentes (BUENO, 2013), além de colocações mais subjetivas associadas ao “olhar” da terapia ocupacional em direção às capacidades, possibilidades e potencialidades do sujeito, aos interesses/desejos do sujeito, à rotina, ao cotidiano, ao contexto, e ao engajamento em atividades (SANTAROSA, 2016) – achados que demonstram consonância com os resultados desta pesquisa.

Um dos DSCs aborda que o trabalho das (os) terapeutas ocupacionais junto à equipe, na discussão de casos que se propõe a alta, consiste em apresentar o “olhar da terapia ocupacional” diante de determinada pessoa ou situação. Quanto a isso, Constantinidis e Cunha (2016) também abordam que o campo da saúde mental demanda que este olhar não seja especialista-reducionista, ou então que prevê o poder/controle sobre o outro, mas sim um olhar qualificado, de cuidado e de acolhimento que esteja associado à abertura para o encontro com a pessoa que vivencia o sofrimento psíquico.

Lima (2004) destaca a necessidade da construção de um “olhar” que acontece por meio de um trabalho de construção e desconstrução, no sentido de que o terapeuta ocupacional procura se despir daquilo que já é esperado ou sabido e avançar em direção à possibilidade de se afetar e ser afetado e acolher o que possa lhe ser estranho, ofertando aos usuários da terapia ocupacional um lugar no mundo compartilhado.

O quarto DSC – participação na ampliação do repertório de atividades da criança/adolescentes, apresentando os recursos da rede – especialmente, apresentado na segunda parte da seção, revela inovação e avanço quanto à participação das (os) terapeutas ocupacionais (núcleo) no processo de alta, visto que ele aborda uma intervenção viabilizada de forma concreta e que considera o contexto real da criança/adolescente, que precisa sim desenvolver sua autonomia, mas não sempre ou necessariamente pelo viés da funcionalidade-desenvolvimentista. Este DSC destaca-se para além desta dimensão e é proposto aqui como um possível direcionamento às práticas dos profissionais terapeutas ocupacionais no contexto de cuidado da SMIJ.

Parece haver aqui um sentido de compor o objetivo maior de que a criança/adolescente consiga efetivar sua participação social em outros espaços, empoderar-se a si e desenvolver seus próprios interesses, o que se coloca de forma especial nas situações de alta, em que se espera que estes aspectos já tenham sido trabalhados durante seu acompanhamento no CAPSij. Observa-se que ações como estas, compreendidas aqui enquanto possibilidades de participação da terapia ocupacional, considerando seu núcleo, mostram-se de grande valor no processo de

alta, pois tendem a viabilizar que esta aconteça efetivamente e de forma mais participativa pelas pessoas envolvidas neste processo.

Nesta direção, Fernandes e Matsukura (2016), afirmam que é compromisso da terapia ocupacional no campo da SMIJ realizar ações que busquem a garantia da inclusão social, das possibilidades de relações sociais, de cidadania, de expressão e de transformação dos usuários, as quais impliquem na condução de suas vidas cotidianas.

Por fim, Juns e Lancman (2011) pontuam que a atuação dos terapeutas ocupacionais nas políticas públicas de saúde mental vem avançando quanto ao modelo técnico-assistencial, e consideram que a especificidade da terapia ocupacional tem caminhado junto às necessidades dos objetos de sua intervenção, trazendo ganhos aos usuários atendidos no contexto dos CAPS. As autoras afirmam que a constituição da terapia ocupacional no contexto da saúde mental contemporânea e seus desafios para a produção de saúde não exige “um campo profissional com fronteiras rígidas e um monopólio sobre determinadas práticas, mas [...] uma perspectiva ampla, a partir de uma compreensão complexa e dinâmica dos contextos e recursos” (Idem, p. 34).

A partir do exposto, compreende-se que para a condução dos processos de alta de crianças e adolescentes o fator da especificidade profissional – principalmente no sentido da ampliação de repertório do existir e do fazer dos sujeitos – do terapeuta ocupacional parece ser considerado como uma importante e potente contribuição no contexto do CAPSij e do cuidado em SMIJ como um todo.

Na exploração da complexidade da relação entre campo e núcleo, este estudo compreendeu que os elementos de responsabilização do cuidado, da transdisciplinaridade e da especificidade profissional podem e devem ser considerados no contexto do CAPSij e da SMIJ, complementando-se, ora sendo um ora outro priorizado, a partir das demandas de cada caso, de cada serviço e de cada território. Mais estudos que se debruçam como tal especificidade é vista por diferentes atores que compartilham este âmbito do cuidado seriam interessantes no sentido de fornecer mais elementos para esta discussão.

4.3.3 Critérios ou condições que as (os) terapeutas ocupacionais consideram essenciais para a alta

Mantendo o foco na terapia ocupacional, esta seção apresenta os DSCs decorrentes das análises dos relatos sobre o que é essencial, especificamente para as (os) terapeutas ocupacionais, quando pensam na alta dos usuários dos CAPSij. Sete DSCs foram constituídos,

representando a compreensão de que, para as (os) participantes os critérios e condições essenciais para a alta dos usuários são: independência, autonomia e funcionalidade da criança/adolescente na vida cotidiana; (in) existência de prejuízos relacionados à saúde mental na rotina da criança/adolescente; atenção às áreas de desempenho ocupacional da criança/adolescente; descoberta e potencialização dos interesses da criança/adolescente; inserção e participação social no cotidiano (escola); inserção e participação nos diversos contextos de vida (rede); e a relação entre criança/adolescente e família. A seguir, os DSCs:

“Enquanto terapeuta ocupacional eu penso na independência, na autonomia, na funcionalidade e na qualidade de vida dessa criança e adolescente nos diversos contextos do seu cotidiano. Tem a questão do ganhar habilidades, se ele tinha um mau desempenho numa determinada função e se conseguiu melhorar isso, por exemplo, se conseguiu fazer toda lição da escola, se conseguiu prestar mais atenção, se agora conseguiu uma vaga em curso profissionalizante, se agora arranhou um emprego... Ou seja, se ele consegue dar esse link nisso de transpor pra vida dele fora do CAPS aquilo que foi ofertado para ele aqui, se ele está com uma vida minimamente organizada, se ele começa a ter mais voz ativa, consegue participar mais, então começamos a pensar na possibilidade de alta dele. Fica claro pra mim a percepção da terapia ocupacional dentro de tudo isso” (IC: independência, autonomia e funcionalidade da criança/adolescente na vida cotidiana).

“Penso se existem prejuízos na rotina, na vida dele, seja social, físico, mental ou familiar, e se ele estiver com algum desses prejuízos, eu penso se isso tem relação com a saúde mental ou não, porque também pode ser devido uma questão de vulnerabilidade, ou uma questão clínica” (IC: inexistência de prejuízos relacionados à saúde mental na rotina da criança/adolescente).

“Me guio bastante pelas áreas de desempenho ocupacional relacionadas à criança e ao adolescente que são o brincar, a educação, o lazer, o contexto familiar, as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária” (IC: atenção às áreas de desempenho ocupacional da criança/adolescente).

“Eu observo se ele está conseguindo descobrir o seu potencial e seus interesses, porque na saúde mental é muito comum que eles tenham um repertório de atividades e interesses muito empobrecido, então eu penso em vivências, principalmente na infância e adolescência, é uma vida que precisa viver” (IC: descoberta e potencialização dos interesses da criança/adolescente).

“A qualidade da inserção social, da socialização e da participação social deles em outros espaços. A TO fala muito disso, mas isso não é

só da TO. A rotina deles fica muito fechada nisso ‘casa escola, escola casa’, aí a gente vai trabalhando isso, que é importante viver nos mais diversos espaços, circular mais pela comunidade, que as atividades externas são necessárias. Eu considero se ele está na escola e como a escola está lidando com ele, como está a participação social deles lá” (IC: inserção e participação social na escola).

“É essencial pra mim que essa criança ou adolescente tenha um suporte lá fora, independente do que seja. A gente não pode dar alta daqui se a criança não frequentar outros espaços saudáveis que toda criança, todo adolescente tem que frequentar, por direito, tendo as questões individuais dele, específicas ou não... Então eu sempre tento pensar na participação, na interação social, no pertencimento aos espaços, na contratualidade mesmo. Às vezes alguém fala que a criança já está boa, que tem que dar alta, aí eu fico me questionando em relação à rede, a esses outros espaços, e às formas de se relacionar dessa criança, desse adolescente, e penso se ele está conseguindo manter os vínculos, manter as amizades, ou está tendo muitas rupturas” (IC: inserção e participação social na rede).

“A família precisa estar muito consciente da alta e o ambiente familiar precisa estar possível, então observo como os pais estão com eles e como eles estão com os pais” (IC: relação entre criança/adolescente e família).

Outros cinco DCSs abordaram questões específicas do período da infância e da adolescência, de modo que as (os) participantes destacam a necessidade de se avaliar o desenvolvimento infantil; o brincar na infância; a relação entre o adolescente e a família; o interesse do adolescente em desenvolver seus projetos de vida; e o aspecto das mudanças da imagem e expressão corporal dos adolescentes – conforme se observa nos DSCs seguintes:

“Especificamente na infância a gente tem esse olhar pro desenvolvimento e pro brincar. Então a gente vê se ele faz um jogo simbólico adequado pra idade e se ele está com a linguagem adequada pra idade” (IC: avaliação do desenvolvimento infantil).

“Pensando no brincar da criança, observo bastante como ela está significando ou (re) significando isso, se numa brincadeira em grupo ela consegue participar desse espaço, esperar a vez dela, ajudar um colega, ajudar a organizar a sala... Às vezes ela começa a avisar pro amiguinho ‘olha você está muito bravo hoje’, então é quando a gente fala que começa a ser um co-terapeuta, porque ela está contribuindo muito pro grupo” (IC: avaliação do brincar na infância).

“Um critério pra mim que fico mais atenta com os adolescentes é que mesmo eles ainda tendo dificuldades, eles já lidam melhor com as suas questões e com a família que eles vivem, mesmo o núcleo familiar deles

sendo muito grave, então eles lidam melhor com tudo isso e as relações estão mais saudáveis (IC: relação entre adolescente e família).

“Outra coisa dos adolescentes que observo é se eles estão se permitindo pensar nos seus projetos de vida, nas coisas que eles gostam, que eles têm interesse, que eles têm vontade de aprender” (IC: interesse do adolescente em desenvolver seus projetos de vida).

“E também é muito incrível pra mim essa coisa da imagem corporal, de ver como eles chegam e o quanto isso vai mudando ao longo do processo, eles chegam mais abatidos, vestidos de qualquer jeito, e aí ao longo do processo essa imagem corporal vai mudando, essa expressão vai mudando, então eles conseguem sorrir mais, contextualizar mais as emoções, isso é bem impressionante, principalmente com os adolescentes, eles vão mudando, parece até que vai abrindo o corpo ao longo do processo” (IC: expressão corporal do adolescente).

Os discursos apresentados nesta seção demonstram que as (os) terapeutas ocupacionais consideram aspectos a serem levados em conta no processo de alta, que vão muito além da remissão de sintomas psiquiátricos, convergindo, portanto com a proposta da atenção psicossocial e da clínica ampliada para o cuidado em SMIJ. Pode-se afirmar que para estas (es) profissionais, o enfoque consiste em como está a criança/adolescente e se ela está conseguindo ampliar sua participação nos diversos espaços e atividades que queira, precise ou tenha que realizar.

Novamente se observam relatos indicando que algumas (uns) terapeutas ocupacionais direcionam sua prática nos processos de alta, por meio de teorias desenvolvimentistas no contexto da SMIJ, especialmente quando abordam as especificidades do período da infância – o que parece auxiliar tais profissionais na composição de processos de avaliação das crianças e adolescentes. Este fato produz reflexões que passam desde a contribuição de tais teorias aos terapeutas ocupacionais em sua prática com a população infantojuvenil, até as limitações que seu uso como única referência para o cuidado de crianças e adolescentes pode gerar – na medida em que o sofrimento psíquico infantojuvenil acontece em meio a uma complexidade de fatores que devem ser considerados no cuidado, no sentido de criar e valorizar com usuários e familiares as diferentes possibilidades de produção e expressão da vida nos contextos de circulação.

De qualquer forma, percebe-se que estas teorias desenvolvimentistas, advindas da psicologia, compõem como um dos recursos adotados por algumas (uns) participantes em seu processo de atuação e reflexão sobre o cuidado na SMIJ.

Além disso, termos que foram bastante referidos nos relatos e que demandam uma reflexão, por onde se sustenta e se configura o raciocínio das (dos) terapeutas ocupacionais ao falarem da alta nos CAPSij, são: autonomia, independência, funcionalidade e participação social, sendo que a menção destes, geralmente, apresenta-se associada ao termo “cotidiano”. Desta forma, os dados do presente estudo permitem que se promova um breve diálogo entre a SMIJ e a terapia ocupacional, enquanto campo de conhecimento e de prática, visando avançar na análise dos resultados relativos ao processo de cuidado, e mais especificamente, ao processo de alta de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

O termo “autonomia” é entendido enquanto um princípio ético básico de aplicação em serviços de atenção à saúde mental e pode ser definido como “uma característica do paciente que consiste na habilidade de fazer escolhas e tomar decisões de forma independente, apesar da presença de sintomas ou incapacidades” (THORNICROFT; TANSELLA, 2010, p.38) ou então como a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente (KINOSHITA, 1996) ou ainda “a capacidade dos indivíduos compreenderem e atuarem sobre si próprios e sobre a vida, apesar da manutenção de certas situações de dependência” (FERIGATO; BALLARIN, 2011).

Leão e Salles (2016) associam o conceito de autonomia à clínica ampliada proposta pela reabilitação psicossocial, conferindo uma ampliação da produção do cuidado em saúde mental. As autoras reforçam a ideia de que a autonomia e a emancipação das pessoas com suas singularidades acontecem através do acesso aos direitos de cidadania, que por sua vez produz a inclusão social, e que isso consiste no “reabilitar” psicossocialmente (LEÃO; SALLES, 2016). Assad, Padrão e Cirineu (2016), ao descreverem as estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais nos CAPS, abordam a promoção da autonomia e da inserção social enquanto ações imprescindíveis deste núcleo profissional, neste contexto, o que vai ao encontro, novamente, das propostas da reabilitação psicossocial e da atenção psicossocial.

Alguns autores, que estudam o tema da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, discorrem sobre os termos “autonomia” e “independência” de forma associada e inter-relacionada, sendo que o primeiro parece estar mais próximo do desenvolvimento do poder contratual, e o segundo parece ser definido “pelo que não o é”, ou seja, que ser ou tornar-se independente não significa deixar de depender de tudo e de todos, pois ninguém é completamente independente e atua sozinho no mundo (CASTANHARO; WOLFF, 2014; GUERRA, 2004; MORATO; LUSSI, 2018; KINOSHITA, 1996; WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

A terceira edição do documento “Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo”, desenvolvido pela AOTA (2015), define que independência é “um estado [...] caracterizado por uma habilidade individual de participar em ocupações [...] de uma forma satisfatória sem restrição de quantidade ou tipo de auxílio externo” (Idem, p.44).

Em relação ao termo “funcional/funcionalidade/funcionamento”, que historicamente está mais associado à área da reabilitação física, apareceu nos DSCs ora mais atrelado à ideia do desempenho nas ocupações cotidianas, ao fazer/desempenhar tarefas e atividades rotineiras, sejam atividades básicas ou instrumentais de vida diária; ora mais associado a uma compreensão desenvolvimentista.

De qualquer forma, hipotetiza-se que uma das razões para o uso deste termo ter expandido da área da reabilitação física para outras áreas de atuação da terapia ocupacional – conforme se apresentou nesta pesquisa a área de SMIJ – tenha sido o desenvolvimento e propagação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF parece aproximar o conceito de funcionalidade ao conceito de desempenho ocupacional do sujeito em seu cotidiano, o que pode independer das funções de seu corpo, e articular-se com as condições ambientais, sociais, econômicas, físicas e culturais do sujeito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Dentre os conceitos trabalhados na CIF está, também, o de participação social que, por sua vez, integra as discussões propostas pelo paradigma da atenção psicossocial. Na CIF, participação social se refere ao “envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real”. Para Correia e Rocha (2016, p. 209) participação é como “algo que pode ser vivido ou não, e que possibilita os processos de engajamento em desenvolvimento local, e que, portanto para nós [terapeutas ocupacionais], desvela-se como uma questão comunitária”. Estes autores discorrem sobre a relação entre participação e ocupação e destacam que o engajamento ativo, crítico e democrático nas experiências cotidianas vivenciadas pelas pessoas são fatores que constituem o fenômeno da participação.

Considerando a perspectiva psicossocial, Detomini e Bellenzani (2015) discutem a participação social enquanto potencial ação qualificadora da assistência em CAPS e pontuam que é necessária a ampliação dos espaços coletivos de participação na prática destes serviços, em contrapartida a um cenário que ainda não tem a participação dos usuários enquanto prioridade da instituição e que, por vezes, ainda atua no modelo ambulatorial ou médico-centrado, considerando os resultados encontrados no estudo conduzido pelos autores.

Mediante este quadro, autores, propõe que as ações da terapia ocupacional na saúde mental, mais especificamente em contextos comunitários de cuidado, se aproximem dos

territórios, da vida cotidiana, das relações na comunidade, da cultura, e de um ser e fazer que extrapole os âmbitos institucionais, promovendo assim a participação social em seu sentido mais amplo, real e prático – e é exatamente este o ponto em que há forte aproximação do conceito de participação social com a área da terapia ocupacional, sendo esta responsável pela atenção às ocupações, às atividades, participações e formas de engajamento dos sujeitos em seus contextos cotidianos (CASTRO et al., 2016; CORREIA; ROCHA, 2016; FERIGATO; BALLARIN, 2011; MARIOTTI et al., 2014).

E, sobre o cotidiano, nas falas das (dos) participantes deste estudo, é possível observar uma estreita relação entre o processo de alta e o cotidiano, à medida que o primeiro parece depender da condição do segundo; e este parece ser compreendido enquanto pano de fundo no qual são vivenciados os conceitos já descritos. Para Leão e Salles (2016), o cotidiano pode ser a linha de orientação das ações em terapia ocupacional, visto que a realização das atividades diárias fomenta a vida, e pode ser usado pelos terapeutas ocupacionais como uma concepção teórica de suporte e como fio condutor da prática deste profissional, a qual se dá em interação constante com demais membros da equipe no CAPSij, promovendo “transformações no fazer e no dia-a-dia do sujeito, trabalhando para o empoderamento das pessoas com transtornos mentais e buscando a inclusão social” (p.73). As autoras ainda propõem que em meio às práticas interdisciplinares, já discutidas aqui, o conceito de cotidiano possa fundamentar e dar consistência aos terapeutas ocupacionais em seu diálogo com os demais profissionais da saúde.

Assim, considera-se que a autonomia, a independência, a funcionalidade e a participação social – no cotidiano – parecem ser, para além de aspectos a serem avaliados pelas (os) terapeutas ocupacionais nos processos de alta de crianças e adolescentes no CAPSij, parte dos componentes que conduzem estas (es) profissionais em sua prática, de forma que, somados às condições políticas e socioculturais que atravessam cada história, configuram um cenário que determina os caminhos do cuidado e as possibilidades de criação da vida, tecidos no processo da terapia ocupacional em seu encontro com a criança/adolescente em sofrimento psíquico.

4.3.4 A alta ideal do CAPSij na concepção das (os) terapeutas ocupacionais

Grande parte do conteúdo dos discursos apresentados até então, abordaram aspectos da prática real das (os) terapeutas ocupacionais participantes no âmbito da alta nos CAPSij. No entanto, as (os) mesmas (os) participantes também foram chamadas a falar suas percepções sobre a alta ideal neste mesmo contexto, visando compreender o que estas (es) profissionais

desejam, e/ou como gostariam que fosse com relação à alta, aos seus processos práticos e à sua forma de acontecer.

As análises geraram diversos DSCs, sendo que os cinco primeiros pontuam ideias centrais de diversos temas: que a alta ideal acontece quando há o empoderamento familiar e a família consegue dar suporte à criança/adolescente; quando a criança/adolescente já tem recursos desenvolvidos para lidar com situações e relacionamentos cotidianos; quando os objetivos iniciais são realmente alcançados por meio de um processo de trabalho gradual, integral e que considere as contribuições de todos os membros da equipe multiprofissional de forma igualitária, sem prazos fixos para sua efetivação; além das percepções de que a alta ideal seria a criança/adolescente não necessitar de continuidade “terapêutica” em outro serviço; e que não é possível vislumbrar a alta ideal. Seguem os DSCs:

“O ideal é quando nós conseguimos trabalhar junto com o paciente e com a família essa alta, quando a gente tem uma corresponsabilização entre terapeuta, criança ou adolescente e família nesse cuidado, então todas as partes conseguem chegar a um denominador comum, todos conseguem perceber e entender que eles não precisam mais estar dentro desse serviço. É quando conseguimos mostrar pra família e pro paciente a melhora dele e o quanto ele consegue lidar com os problemas da vida e a família também percebe essa melhora, aceita prontamente e segue as nossas orientações, porque ela está entendendo o processo saúde/doença e o papel dela como facilitadora nisso tudo. É ela estar interessada em continuar dando esse suporte que a criança ou adolescente precisa, de estar junto com ele, acreditando nele, conversando com ele, sendo participativa no cotidiano dele, inclusive quanto às questões de maternagem, de carinho, de brincadeiras... A alta ideal é quando a família está continente e empoderada, conseguindo puxar as rédeas de novo e dando conta das dificuldades, por exemplo, é quando a mãe consegue levar o filho em um shopping sem causar grande estresse pra ela” (IC: quando há o empoderamento familiar e a família consegue dar suporte à criança/adolescente).

“É quando a criança ou adolescente está minimamente estável, fora da crise, conseguindo se entender, se aceitar, se perceber dentro desse processo e conseguindo me dizer sobre melhoras. Ele conseguiu desenvolver recursos e o fortalecimento emocional pra lidar com as questões do dia a dia, com problemas, com as situações, com os relacionamentos. Nesse sentido é quando ele não é mais um paciente, mas ele vira o protagonista da sua história e consegue fazer os seus próprios encaminhamentos, como por exemplo ‘se eu estou precisando disso eu posso ir ali, eu posso contar com tal pessoa...’, ‘eu estou triste, será que vou me cortar ou eu posso fazer tal coisa...’” (IC: quando a criança/adolescente já tem recursos desenvolvidos para lidar com situações e relacionamentos cotidianos).

“O ideal é quando conseguimos, pensando na demanda, traçar objetivos gerais e específicos para o atendimento da criança ou adolescente e perceber que esses objetivos foram alcançados, não esperando que a criança ou o adolescente saia sem demanda ou problema nenhum, mas que eles saiam com possíveis demandas que conversem, que façam sentido para a fase do desenvolvimento que estão vivenciando. O ideal é quando essa alta vai sendo trabalhada gradativamente e nós vamos acompanhando a melhora vendo vários aspectos e não só um aspecto da vida dessa criança. É quando temos uma boa discussão com a equipe, então com a equipe que faz o grupo, com a equipe referência e com quem vê ele aqui no entorno. Nesse sentido da equipe, seria bom se todo mundo tivesse o mesmo poder de decisão perante os critérios ou não critérios, perante esse know-how de ações que a gente pode fazer, e que todo mundo tivesse a mesma voz, o mesmo poder, sem um ser maior do que o outro, sem ter tanta hierarquia... Por fim, penso na questão de não ter um prazo, um limite pra dar alta, então “em três sessões ele vai embora”, não, eu não posso te falar que em três sessões eu já vou conseguir dar alta pra ele, então é um processo de alta que pode demorar três sessões, dez, quinze ou vinte sessões” (IC: quando os objetivos iniciais são realmente alcançados por meio de um processo de trabalho gradual, integral, que considere as contribuições de todos os membros da equipe multiprofissional de forma igualitária).

“O ideal é a alta que a gente chama ‘pra vida’, que é quando a gente não necessita encaminhar a criança ou adolescente pra outro órgão, um NASF, um CER, ou um serviço de cuidado terapêutico, com psicólogo... É quando o encaminhamento pra UBS acontece pensando no cuidado clínico, porque a criança não necessariamente precisa de outro serviço específico da saúde, essa é uma boa alta” (IC: a alta ideal seria a criança/adolescente não necessitar de continuidade “terapêutica em outro serviço).

“Eu não sei se dá pra falar de ideal, se teria uma alta ideal... Acho que eu prefiro trabalhar com o que é possível, porque cada caso é um caso e tem sua particularidade, cada demanda vai ser diferente... Então se a gente pensasse no ideal ia ficar muito fechado e o singular ia se perder, porque o ideal pra um não seria o ideal pra outro” (IC: não é possível vislumbrar a alta ideal).

Os seis últimos DSCs abordam especificamente o aspecto da rede e território do usuário, destacando que a alta ideal, na perspectiva das (os) terapeutas ocupacionais, acontece quando: há uma boa articulação com a rede; a rede entende o porquê está sendo dada alta e reconhece o trabalho que foi realizado pelo CAPSij; a criança é aceita e inserida na escola; a criança/adolescente consegue inserção real e integral na rede; e que seria ideal se houvesse mais

equipamentos com ofertas de atividades para as crianças e adolescentes no território. Seguem os DSCs:

“A articulação com a rede é fundamental pra essa alta ser bem sucedida, porque a criança ou adolescente vai precisar frequentar outros espaços, seja de promoção de saúde ou de inclusão. Então o ideal é quando o encaminhamento e a conversa com a rede são muito bons, quando temos uma boa articulação com essa rede, quando os esforços pra alta vem sendo feito em vários espaços e a alta acontece de forma mais corresponsável, por meio de uma transferência de cuidados, onde o sujeito vai seguir a sua vida, exercer sua participação social e ser cuidado em outro espaço. Seria ideal se a gente conseguisse encaminhar para os lugares, se os equipamentos tivessem vagas pra todo mundo e pudessem absorver essa família de forma integral, se não houvesse fila de espera, se a gente conseguisse sentar com a UBS e com as equipes pra discutir, se a gente soubesse que a atenção primária ia dar continuidade nesse processo, se os profissionais da rede estivessem preparados pra receber esses usuários, enfim, se a rede estivesse pronta pra receber, acolher e oferecer cuidado a esse usuário” (IC: quando há uma boa articulação com a rede).

“É quando a rede abraça a alta, entende porque a gente está dando alta e reconhece as melhoras e os trabalhos que foram feitos no CAPS” (IC: quando a rede entende que o porquê está sendo dada alta e reconhece o trabalho que foi realizado pelo CAPSij).

“É quando a criança ou o adolescente está integrado nessa rede, em atividades de lazer ou em qualquer outro lugar que ele queira estar, ela consegue circular no território” (IC: quando a criança consegue inserção real e integral na rede).

“É quando a criança tem um espaço de inserção na escola, é ela estar bem na escola, a escola aceitar ela do jeito que ela é, porque a gente sabe que tem escolas que são muito perversas e que não aceitam essas crianças” (IC: quando a criança é aceita e inserida na escola).

“Penso que poderia existir mais equipamentos onde a gente pudesse promover essa passagem, por exemplo, se existisse um centro de convivência como existe para os adultos, também para as crianças... Facilitaria pra gente sentir que estamos dando uma alta mais ideal se tivesse mais ofertas de atividades de esportes, de cultura, de lazer onde essa criança pudesse viver situações saudáveis no seu dia a dia” (IC: se houvesse mais equipamentos com ofertas de atividades para as crianças/adolescentes no território).

Proporcionar às (aos) terapeutas ocupacionais uma reflexão sobre o ideal no processo de alta possibilitou identificar junto a elas (es) dois blocos de DSCs cujo entendimento é de que se complementam e não necessariamente se contradizem – permitindo que as (os) participantes

falassem seus desejos quanto ao futuro do cuidado em SMIJ e, também, reafirmassem as dificuldades e desafios vivenciados no cotidiano do trabalho no CAPSij – sendo que o primeiro bloco caracterizou-se por uma dimensão mais individual das crianças e adolescentes e o segundo uma dimensão mais coletiva do cuidado pautado na rede intersetorial de SMIJ.

De modo geral, tais resultados revelam as visões das (os) terapeutas ocupacionais, que estão para além da alta e compõe uma preocupação deste profissional com as possibilidades da vida das crianças e adolescentes com sofrimento psíquico se dar e se produzir nos contextos sociais e relacionais significativos.

Os aspectos do empoderamento familiar, da relação entre usuário, família e equipe CAPSij, da estabilidade e de estar fora da crise, dos processos de trabalho condizentes com as demandas dos usuários foram destacados, no primeiro bloco de DSCs, pelas (os) participantes como necessários na reflexão de uma alta ideal. Nesta direção, elas (es) trazem em seus relatos novamente a ideia de que as crianças/adolescentes podem viver suas vidas, apesar de apresentarem um sofrimento psíquico, inclusive fora CAPSij, retomando, portanto, a ideia de desvinculação da alta x cura e avançando para um cuidado ampliado, compartilhado e que considera a população infantojuvenil e suas famílias como atores potentes e capazes para lidarem com o sofrimento psíquico.

Chama-se a atenção para o DSC que aborda o alcance dos objetivos terapêuticos e sua relação com os processos de trabalho no contexto do CAPSij, o qual destaca que a alta ser trabalhada gradualmente, a boa discussão em equipe, todos os profissionais terem o mesmo poder de decisão, e a não limitação de tempo para efetivar a alta das crianças/adolescentes compõe elementos fundamentais no processo de cuidado no CAPSij. Reforça-se que a elaboração e acompanhamento do PTS e que o trabalho no território, com possíveis inserções das crianças/adolescentes em outros equipamentos – que possam acontecer durante o próprio acompanhamento no CAPSij – promovem a facilitação e efetivação do processo de alta.

Considerando o segundo bloco de DSCs e também os resultados discutidos anteriormente, evidencia-se que um dos – se não o principal deles – fator para a alta ideal é a articulação com a rede intersetorial, o que inclui não apenas que o encaminhamento seja feito de forma corresponsável, mas que a criança e/ou adolescente esteja de fato integrada, acolhida e desempenhando seu protagonismo nesta rede, participando socialmente, engajando-se nas propostas deste outro espaço, o que vai além de um trabalho somente com a criança/adolescente. Esta evidência é constatada não somente nestes DSCs, mas em todo o decorrer desta pesquisa, o que se coloca como característica essencial no processo de alta, e mais ainda, no cuidado das

crianças e adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico, de acordo com a percepção das (os) terapeutas ocupacionais participantes deste estudo.

Thornicroft e Tansella (2010), em sua obra, que descreve práticas em saúde mental comunitária, discutem que a transição de uma perspectiva institucional para comunitária – que é a proposta da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica brasileira – é de uma complexidade que exige muito mais de recursos humanos do que equipamentos tecnológicos, e que envolve toda uma rede de cuidados que possa abarcar todas as pessoas, inclusive as que estão em situação de sofrimento psíquico. Para isso algumas habilidades comuns para esta rede seriam o trabalho em parceria, o respeito à diversidade, a ética, o enfrentamento às desigualdades, a promoção do restabelecimento dos sujeitos, a identificação das necessidades e força das pessoas, a oferta de cuidado centrado na pessoa, a promoção de segurança e a responsabilidade de assumir riscos (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Portanto, a partir dos seus resultados, este estudo reafirma que não há como desenvolver processos de alta do CAPSij sem a parceria e corresponsabilização do cuidado na rede intersetorial, no contexto da SMIJ. As (os) terapeutas ocupacionais descrevem esta articulação enquanto ideal no contexto da saúde mental, ou seja, é o que se espera, é o que se almeja, e isto converge com as políticas públicas de saúde mental brasileiras, com a proposta de atenção psicossocial, do *recovery* e com a promoção de uma clínica ampliada.

Neste sentido, verifica-se que as (os) terapeutas ocupacionais participantes deste estudo, ao discorrerem sobre o que seria ideal, dizem, também das dificuldades relacionadas ao processo de alta e sinalizam para a necessidade de ser preciso avançar no desenvolvimento de políticas públicas que efetivem na prática as teorias já estabelecidas; de um pensar social que respeita a diversidade e as diferenças; e de uma prática antimanicomial, que busque evitar a institucionalização das crianças e adolescentes nos CAPSij, por meio das potências deste mesmo equipamento e em parceria à rede, a fim de que se possa atendê-los possibilitando o seu empoderamento e o seu engajamento em seu cotidiano e na condução de suas vidas enquanto seres de direitos e de responsabilidades. Isto parece determinar o processo de alta e, para além disso, envolve todo o cuidado em SMIJ.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo do presente estudo foi compreender o processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais.

De modo geral, observa-se que apesar desta pesquisa ter sido conduzida com terapeutas ocupacionais, seus resultados e discussão são pertinentes a todos os profissionais trabalhadores dos CAPSij e também da rede de SMIJ, sendo que ao referirem suas impressões nos DSCs, muitas vezes demonstraram abarcar não somente sua forma de pensar e agir, mas de toda uma equipe de profissionais – o que deve ser ressaltado no princípio destas considerações finais.

Todas (os) as (os) participantes afirmaram, inclusive exemplificando situações, que a palavra “alta” tem sido utilizada no contexto prático do CAPSij. Discutiu-se que o uso deste termo no contexto da saúde mental exige uma compreensão diferente das demais áreas da saúde e que se baseie no paradigma da atenção psicossocial, o qual propõe o compartilhamento do cuidado e o encaminhamento implicado na rede intersetorial de SMIJ.

As concepções de “alta” das (os) participantes relacionaram-se tanto à situação de melhoria e estabilização do quadro/sofrimento mental, indicando a existência de uma visão biomédica que permeia a prática psicossocial, quanto a relatos que tratavam da alta a partir de uma análise da vida cotidiana da criança/adolescente em situação mais funcional e mais organizada, bem como do empoderamento familiar e do usuário e a ampliação da sua participação social em seus contextos de inserção. Este estudo destaca avanço, ao observar que diversos DSCs apresentaram conteúdos que buscavam dissociar a relação entre alta e cura, historicamente reforçada nos diversos âmbitos de assistência à saúde. Tais discursos aproximam-se da proposta *recovery*, mesmo esta não tendo sido citada pelas (os) terapeutas ocupacionais participantes – o que demonstra, possivelmente, que esta abordagem ainda é pouco conhecida por terapeutas ocupacionais.

Ao descreverem como acontece o processo de alta, as (os) participantes revelaram que esta se concretiza por meio de tipos e de etapas graduais, que são flexibilizadas de acordo com a singularidade do usuário e de sua família, as quais compreendem: a identificação da possibilidade da alta e discussão do caso com equipe; a avaliação médica e do uso da medicação; a conversa com o usuário e familiar; o encaminhamento e articulação com a rede e com a escola.

Ainda considerando a descrição do processo de alta, identificou-se que apesar do PTS ter sido referenciado como estratégia realizada nestes equipamentos, não houve sua associação ao processo de alta, foco desta pesquisa. Discutiu-se que a retomada constante ao PTS, prevista

na atenção psicossocial, é uma ação necessária para a facilitação e efetivação do processo de alta no CAPSij. Também destaca-se que não ficou claro como se dá a participação da família e das crianças/adolescentes no processo, para além das conversas que ocorrem individualmente e/ou em contexto grupal. Ambas as temáticas aqui destacadas apontam para a necessidade de maiores aprofundamentos.

Outro aspecto muito relevante que foi constatado por meio desta pesquisa é que, ao discorrerem sobre os diversos prismas do processo de alta, as participantes afirmaram diversas vezes a importância da rede de cuidados à infância e adolescência, condicionando-a à efetivação da alta de crianças e adolescentes no CAPSij, ou seja, os discursos das (os) terapeutas ocupacionais evidenciam que a articulação implicada com a rede intersetorial configura-se como condição para a existência da alta no campo da SMIJ.

Os resultados deste estudo sinalizam o desafio e a potência de uma rede de cuidados à infância e adolescência, já que, quando ela existe, permite que o fluxo do cuidado se dê de forma corresponsabilizada e bem sucedida, respondendo às diretrizes da política de SMIJ e, também, à perspectiva psicossocial de atenção. O desafio se dá, então, na garantia da existência de tal rede, o que demanda, para além de profissionais comprometidos, uma gestão também comprometida, que priorize o acesso da infância/adolescência à rede de proteção que lhes cabe e, conseqüentemente, ao cuidado efetivo em saúde mental.

Em relação à participação específica da terapia ocupacional no processo da alta de crianças e adolescentes do CAPSij observou-se que as (os) terapeutas ocupacionais participam tanto como membros da equipe do CAPSij e profissionais da saúde mental (campo), quanto como profissionais da terapia ocupacional (núcleo). As (os) participantes destacaram suas especificidades, mas também demonstraram compreensão e concordância no que se refere às características do trabalho interdisciplinar no contexto da saúde mental, o que é pontuado por elas, e assumido nesta pesquisa, como essencial para a efetivação do cuidado neste campo, o qual se baseia nos referenciais teóricos-metodológicos da reabilitação psicossocial, da reforma psiquiátrica brasileira e da atenção psicossocial.

Quanto à participação relativa ao campo profissional, destacam-se as ações em equipe, a efetivação do papel de referência técnica, as articulações com a família e com a rede intersetorial, dentre outras que demonstram responder ao que se coloca enquanto papel dos profissionais de saúde mental. E ao discursarem sobre as especificidades da terapia ocupacional no processo de alta, as (os) profissionais ressaltam a ampliação de repertório e das redes de apoio às crianças e adolescentes, o direcionamento de seus olhares para a autonomia, independência, funcionalidade e participação social, buscando compreender como tais aspectos

estão implicados no cotidiano de suas atividades e relações e buscando ampliar os contextos nos quais a vida dessa população pode encontrar mais espaço para ser e estar.

A discussão do “campo” e “núcleo”, presente na saúde mental, permitiu constatar que a especificidade das (os) terapeutas ocupacionais tem relevante contribuição na promoção dos processos de alta de crianças e adolescentes, sendo que elas (es) têm atuado a partir da vida cotidiana, do engajamento, do desenvolvimento de interesses, da descoberta de outros espaços, da aproximação dos usuários a estes novos locais, possibilitando a condução de processos de alta condizentes com as demandas dessa população e com o trabalho preconizado nos CAPSij. Nessa linha, observou-se que os critérios fundamentais para a alta de crianças e adolescentes do CAPSij na perspectiva das (os) terapeutas ocupacionais participantes estão intimamente ligados aos componentes já citados, relativos ao cotidiano e à participação social de usuários e familiares, evidenciando que a prática da terapia ocupacional se distancia do modelo biomédico em diversos sentidos.

Sugere-se o desenvolvimento de eixos norteadores para o estabelecimento de critérios de alta – não somente para a terapia ocupacional, mas para toda a equipe multiprofissional – considerando o pressuposto da correlação existente entre os processos de admissão e os processos de alta no CAPSij – o que requer ampliação e aprofundamento do estudo desta temática.

Vale situar que este estudo apresentou o recorte de uma realidade, o que pode ser compreendido como certa limitação, especialmente com relação ao contexto de desenvolvimento da pesquisa, sendo que esta foi feita exclusivamente com terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) de CAPSij localizados na cidade de São Paulo/SP, o que possibilitou o retrato de uma realidade diferenciada no que se refere aos recursos e equipamentos de SMIJ presentes, em relação a outras regiões do próprio Estado de São Paulo e, especialmente do Brasil. Além, disso, os dados foram obtidos somente junto a terapeutas ocupacionais, o que não permitiu a ampliação da discussão para além desta categoria profissional.

Portanto, mais estudos que se debrucem tanto sobre o processo de alta no contexto do CAPSij, quanto sobre a contribuição da terapia ocupacional neste percurso, a partir da visão de diferentes atores envolvidos nessa realidade (outros profissionais, familiares, crianças e adolescentes) e considerando diferentes realidades regionais seriam interessantes para ampliar a compreensão de como tem se dado a alta de crianças e adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico, bem como indicar mais elementos que tratem da implicação da terapia ocupacional neste contexto.

Emergem, ainda, deste estudo, outras questões de pesquisa que poderiam ser exploradas, tais como: 1. Qual é a trajetória das crianças e/ou adolescentes e familiares após um processo de alta do CAPSij? 2. Qual é a relação do PTS com o processo de alta nos CAPSij? 3. Qual é a percepção de outros profissionais (psicólogos, médicos, enfermeiros, pedagogos, gerentes de unidade, etc.) acerca do processo de alta no contexto do CAPSij? e 4. Qual é a percepção de outros serviços da rede intra e intersetorial sobre a alta de crianças e adolescentes no CAPSij?

Entende-se que o presente estudo atingiu os seus objetivos e levantou aspectos que podem subsidiar práticas mais efetivas e reflexões capazes de desencadear planejamentos de ações mais potentes tanto em nível do cuidado direto quanto da gestão desse cuidado. Um exemplo, a título de ilustração, seria: pautar nas reuniões de equipe o processo de alta, por meio ou da discussão dos critérios de admissão e alta ou inserindo discussões de caso de crianças/adolescentes inseridas a determinado tempo no CAPSij.

Por fim, destaca-se a contribuição da presente pesquisa para o campo da saúde mental, da SMIJ e da terapia ocupacional, visto que ouvir estas(es) profissionais sobre suas práticas no processo da alta permitiu a emergência de aspectos que dizem, também, de especificidades no fazer e no raciocinar o cuidado à crianças e adolescentes atravessados pela experiência do sofrimento psíquico – particularidades estas que, ainda que necessitem de maior exploração e aprofundamento, sinalizam para uma prática comprometida e engajada, disponível para compartilhar e desbravar espaços que permitam a expressão da vida e a criação de cotidianos possíveis, com mais possibilidades de participação e autonomia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. Atenção Primária à Saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. Editorial (escolha das editoras). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 8, p.1-3, 2018.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. Traduzida. **Rev Ter Ocup USP**, v. 26, ed. esp, p. 1-49, 2015.
- ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2126>>. Acesso em 02 jan 2019.
- ANDRADE, A. S.; FALCÃO, I. V. A compreensão de profissionais da atenção primária à saúde sobre a prática da terapia ocupacional no NASF. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 33-42, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0779>>. Acesso em 1 out. 2018.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. Belo Horizonte: Geração Editorial, 2013. 255p.
- ASSAD, F. B.; PADRÃO, L. J.; CIRINEU, C. T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0738>> Acesso em 15 jan 2019.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. **Considerações acerca da Reabilitação Psicossocial**: aspectos históricos, perspectivas e experiências (Cap. 18). In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Ed. Guanabara Koogan, 2007. p. 162-170.
- BARBOSA C. L. et al. **O desafio cotidiano de ser Equipe em um CAPSij**. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 100-107.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. P. S. **Projeto de Pesquisa**: propostas metodológicas. 22ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012. 128p.
- BIANCHI, P. C.; MALFITANO, A. P. S. Retratos da formação graduada em terapia ocupacional: avanços e desafios para o atual panorama latino-americano. In: SILVA, R. A. S.; BIANCHI, P. C; CALHEIROS, D. S. (org.). **Formação em Terapia Ocupacional no Brasil**: pesquisas e experiências no âmbito da graduação e pós-graduação. São Paulo (SP): FiloCzar, 2018. p. 33-56.
- BIRKEN, M.; HENDERSON, C.; SLADE, M. The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic disorder following discharge from hospital.

Pilot and Feasibility Studies, v. 4, n. 81, p. 1-12, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1186/s40814-018-0267-7>>. Acesso em 1 out.2018.

BOMBARDA, T. B. et al. A prática de registros em Terapia Ocupacional: reflexões sobre os fundamentos técnico-legais da resolução COFFITO-415. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.29, n. 1, p. 85-91, 2018.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 18 dez. 2016.

BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm>. Acesso em 08 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Senado Federal, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 10 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Senado Federal, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em 10 dez. 2018.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 05 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A lei federal de organizações sociais e a sua regulamentação no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília – DF: Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. 117 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial à crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a, 236p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos em Saúde, 2005. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 72 p.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde.** Gabinete do ministro, 2011b. 12p. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>>. Acesso em 07 abr. 2019.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n1/v33n1a16>>. Acesso em 19 jan 2019.

BUENO, A. R. **Terapia Ocupacional no Campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).** 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

BURNS, E; SIMPSON, G. Moving on group: preparation for discharge in a mental healthsetting. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 44, n. 1, p.54-55, 2014.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface Comunic. Saúde Educação.** Botucatu, v. 18, n. 1, p.983-995, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>>. Acesso em 15 abr 2019.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/12.pdf>>. Acesso em 11 jan 2019.

CARVALHO, C. R. A. et al. A atuação dos terapeutas ocupacionais: desafios enfrentados no cotidiano do trabalho em unidades públicas de saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v.25, n. 4, p. 723-733, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0920>> Acesso em 26 abr. 2018.

CASEIRO, G. et al. Intervenção da Terapia Ocupacional na Síndrome de Cri-du-Chat: estudo de caso. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v.21, n. 1, p. 141-147, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.018>> Acesso em 26 set. 2018.

CASTANHARO, R. C. T.; WOLFF, L. D. G. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 175-186, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.019>>. Acesso em 15 jan 2019.

CASTRO, E. D. et al. Território e diversidade: trajetórias da terapia ocupacional em experiências de arte e cultura. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 24, n. 1, p.3-12, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0663>> Acesso em 27 jan 2019.

CIETO, B. B. et al. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. **Rev. Min. Enferm.** v. 18, n. 3, p.752-757, 2014. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/960>>. Acesso em 12 nov 2018.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: um estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **Rev. Ciênc. Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/00115258201694>>. Acesso em 01 out 2018.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico: a Patologização da Educação. **Série Ideias**, n. 23, p. 25-31, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. **Resolução nº 81, de 09 de maio de 1987**. Disponível em: <<http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/resolu%C3%A7%C3%A3o%20081.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN-SP. **Parecer COREN-SP CAT nº 023/2010: Alta hospitalar**. Disponível em <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf>. Acesso em 21 abr. 2017. 6 p.

CONSTANTINIDIS, T. C.; CUNHA, A. C. Desinstitucionalizando conceitos. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (org.). **Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2016, p. 37-60.

CORREIA, R. L.; ROCHA, C. S. Ordem cultural e desenvolvimento local participativo: estrutura para a prática do terapeuta ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 24, n. 1, p. 205-214, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARF0660>>. Acesso em 20 jan 2019.

COSTA, N. R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p. 1065-1074, 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1065.pdf>> Acesso em 25 set. 2018.

COUTINHO, C. P. A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. **Educação Unisinos**. v. 12, n. 1, p. 5-15, 2008.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (org.). **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 161-191.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso em 20 jan 2019.

CRUZ, D. M. C. Adaptação Ambiental. In: CRUZ, D. M. C. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-AVE: Atividades de Vida Diária e Interdisciplinaridade**. 2012. p. 193-213.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. (org.) **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.p.19-40.

DELFINI, P. S. S. et al. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Atenção Básica à Saúde. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (org.) **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 208-220.

DESCHAMPS, A. L. P.; RODRIGUES, J. Política de Saúde Mental e Projeto Terapêutico Singular. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 17, p. 78-92, 2016. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3024/4427>>. Acesso em 15 jan 2019.

DETOMINI, V. C.; BELLENZANI, R. Construindo a participação social junto à usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 661-672, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0578>>. Acesso em 27 jan 2019.

DIMENSTEIN, M. BEZERRA, C. G. Alta-assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-848, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 11 jan 2019.

DONABEDIAN, A. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. 1ª Edição. Editora Oxford USA Trade: 2002. 200p.

DORNELAS, A.; GALVÃO, C. Avaliação das habilidades psicossociais e componentes psicológicos (Seção 10.3). Métodos e técnicas de Avaliação em Componentes de Desempenho (Cap. 10). In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (org.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Ed. Guanabara Koogan, 2007. p. 102-105.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, 2007. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000100010>. Acesso em 5 jan 2019.

DUROCHER, E. et al. Contradictions in client-centred discharge planning: through the lens of relational autonomy. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**. v. 22, p.293-301, 2015. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711729>>. Acesso em 30 mai 2017.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Brasília: Senado Federal, **Coordenação de Edições Técnicas**, 2017. 115p. Disponível em <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf>. Acesso em 20 jan 2019.

FERIGATO, S.; BALLARIN, M. L. G. S. A Alta em Terapia Ocupacional: reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos: v. 19, n. 3, p. 361-368, 2011.

FERIGATO, S.; SILVA, M. C. Saúde mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 379-386, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0611>>. Acesso em 19 jan 2019.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes no CAPSij: relações sociais e contextos de inserção. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo: v. 26, n. 2, p. 216-224, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p216-224>>. Acesso em 30 set 2018.

FERNANDES; A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano e o sofrimento psíquico na infância e adolescência: reflexões a partir da reabilitação psicossocial e da terapia ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (org.). **Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2016, p. 91-104.

FLESCHE, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>>. Acesso em 25 abr. 2017.

FURLAN, P. G.; OLIVEIRA, M. S. Terapeutas ocupacionais na gestão da atenção básica à saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**. São Carlos, v. 25, n. 1, p. 21-31, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0781>>. Acesso em 05 jan 2019.

FURTADO, J. P. et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-12, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00089717.pdf>> Acesso em 25 set. 2018.

GALHARDI, C. C.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00150816.pdf>>. Acesso em 20 jan 2019.

GANZELLA, M; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 abr. 2017.

GOES, F. G. B.; CABRAL, I. E. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 1, p. 163-171, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248>>. Acesso em 25 abr. 2017.

GOZZI, A. P. N. F.; OGATA, M. N.; CARRETTA, R. Y. D. Considerações sobre o feminino na Terapia Ocupacional: a produção de conhecimento na história da profissão. **Ensaio apresentado na XI Jornadas Latino-Americanas de Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia**. Curitiba, 2016. 12p. Disponível em <http://www.esocite2016.esocite.net/resources/anais/6/1471459666_ARQUIVO_consideracao_sobre_o_feminino_na_terapia_ocupacional.pdf>. Acesso em 05 jan 2019.

GRIGOLO, T. M. et al. O Projeto Terapêutico Singular na clínica da atenção psicossocial. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 15, p.53-73, 2015. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2951/4437>>. Acesso em 2 out 2018.

GRIGOLO, T. M.; PAPPANI, C. Clínica Ampliada: recursos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 1-26, 2014. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2903/3948>>. Acesso em 2 out 2018.

GUEDES, A. C. et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 19, n. a42. p. 1-9, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43794>>. Acesso em 11 jan 2019.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000200083>. Acesso em 15 jan 2019.

HAGEDORN, R. **Estruturas Primárias de Referência (Cap. 6)**. Fundamentos para a Prática em Terapia Ocupacional. 3^a Ed. 2003a. p. 112-113.

HAGEDORN, R. **Processos Centrais Empregados na Terapia Ocupacional (Cap. 4)**. Fundamentos para a Prática em Terapia Ocupacional. 3^a Ed. 2003b. p. 55-78.

HO, E. C. M.; TSAO, E. L. C.; WONG, S. K. M. A Pilot Study on Enhanced Discharge Occupational Therapy Service (Home Leave Programme) for High-risk Psychiatric Patients. **Hong Kong Journal of Occupational Therapy**, v. 19, n. 2, 2009. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1569-1861\(10\)70047-4](https://doi.org/10.1016/S1569-1861(10)70047-4)>. Acesso em 10 jan 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População no último censo: População estimada [2018]**. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/sao-paulo/panorama>>. Acesso em 01 out 2018.

JOAQUIM, R. H. V. T.; EL-KHATIB, U.; BARBA, P. C. S. D. A integração do processo ensino e aprendizagem de alunas de Terapia Ocupacional e o cuidado de mães de bebês de risco na hospitalização. **Cad. Bras. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos: v. 24, n. 2, p. 397-402, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0729>>. Acesso em 26 set. 2018.

JORGE, C. F.; TOLDRÁ, R. C. Percepção dos cuidadores sobre a experiência de cuidar dos familiares e a relação com a equipe profissional no contexto da hospitalização. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo: v.28, n. 3, p. 271-280, 2017.

JUCA, V. S.; VORCARO, A. M. R. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 246-252, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v29n2/1678-5177-pusp-29-02-246.pdf>>. Acesso em 11 abr. 2019.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 27-35, 2011. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14117/15935>>. Acesso em 27 jan 2019.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KISELY, S. et al. Motivational aftercare planning to better care: Applying the principles of advanced directives and motivational interviewing to discharge planning for people with mental illness. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 26, p.41-48, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary-wiley.ez31.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/inm.12261>>. Acesso em 30 set 2018.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2^a Edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 147-169.

- LEÃO, A.; SALLES, M. M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (org.). **Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2016, p. 61-76.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2ª Ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005, 256 p.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.
- LIMA, A. C.; FALCÃO, I. V. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 3-14, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.002>>. Acesso em 1 out 2018.
- LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-8, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13938/15756>>. Acesso em 27 jan 2019.
- LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 117-122, 2006.
- LINS, S. R. A.; MATSUKURA, T. S. Formação de terapeutas ocupacionais para o campo da saúde mental: o estado de São Paulo. In: SILVA, R. A. S.; BIANCHI, P. C; CALHEIROS, D. S. (org.). **Formação em Terapia Ocupacional no Brasil: pesquisas e experiências no âmbito da graduação e pós-graduação**. São Paulo (SP): FiloCzar, 2018. p. 93-107.
- LONGO, C. S.; NARITA, S. “Um corpus que fala”: apontamentos para uma revisão técnica da análise de conteúdo. **Web-Revista Sociodialeto**, Campo Grande, v. 4, n. 12, p.42-60, 2014.
- LUGON, R. Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria nos CAPSi. In: RIBEIRO, E. LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 108-115.
- LYKOUROPOULOS, C. B.; PÈCHY, S. H. S. O que é um CAPSi? In: RIBEIRO, E. LYKOUROPOULOS, C. B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 87-99.
- MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, 2011. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14127/15945>>. Acesso em 05 jan 2019.
- MÂNGIA E. F; MURAMOTO, M. T.; MARQUES, A. L. M. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudos sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 148-

157, 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p148-157>>. Acesso em 05 jan 2019.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Modelo de matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.20, n.2, p. 118-125, 2009. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14065/15883>>. Acesso em 15 jan 2019.

MÂNGIA E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. (org.). **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p.63-80.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração do roteiro para entrevista semi-estruturada. IN: MARQUEZINE, M.C; ALMEIDA, M.A; OMOTE, S. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. 1º ed. Londrina, v.1, p.11-25, 2003.

MARCOLINO, T. Q. O raciocínio clínico da terapeuta ocupacional ativa. **Revista Ceto**, São Paulo, ano 13, nº13, p. 14-25, 2012. Disponível em <<http://www.ceto.pro.br/revistas/13/03-marcolino.pdf>>. Acesso em 20 jan 2019.

MARIOTTI, M. C. et al. Estágio Supervisionado em terapia ocupacional em um centro de atenção psicossocial CAPS II: Desafios para a assistência e para o processo de ensino-aprendizagem. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v.22, n.2, 2014. p.409-418. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.062>>. Acesso em 26 set. 2018.

MARIOTTI, M. C. et al. Perfil profissional e sociodemográfico dos terapeutas ocupacionais do Estado do Paraná, Brasil. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 313-321, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p313-321>>. Acesso em 05 jan 2019.

MATTHEWS, M. M.; JABRI, J. L. Documentação dos Serviços de Terapia Ocupacional (Cap. 10). In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. (org.). **Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas** 5ª Ed. 2005. p. 103.

MELTZER, M. I. Introduction to health economics for physicians. *Health Economics Quintet. The Lancet*. v. 358, p.993-998, 2001.

MERHY, E. E. **Os CAPS e os seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores**, p. 1-18, 2004.

MERIKANGAS, K. R.; NAKAMURA, E. F.; KESSLER, R. C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 11, n. 1, p.7-20, 2009. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/pdf/DialoguesClinNeurosci-11-7.pdf>>. Acesso em 20 set 2018.

MILLER, K. et al. The capacity of the BATCH as a predictive tool for discharge planning for people with neuropsychiatric disorders. **Australian Occupational Therapy Journal**, 2018.

Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1440-1630.12533>>. Acesso em 10 jan 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 406 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Frequência por Tipo de Estabelecimento segundo Estabelecimento de Saúde. Tipo de Estabelecimento: Centro de Atenção Psicossocial. Período: Fev/2018. 2018a. Disponível em <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/cnes/estab.def>>. Acesso em 30 nov 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Frequência por Tipo de Estabelecimento segundo Estabelecimento de Saúde. Tipo de Estabelecimento: Centro de Atenção Psicossocial. Período: Nov/2018. 2018b. Disponível em <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/cnes/profi.def>>. Acesso em 06 jan 2019.

MONTREZOR, J. B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos: v. 21, n.3, p. 529-536, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.055>>. Acesso em 26 set. 2018.

MORAIS, H. M. M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf>>. Acesso em 1 out 2018.

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 943-951, dez. 2018. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoarfl608>>. Acesso em 07 abr. 2019.

MOURA, B. R. **Atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis**. 2018. 163 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

MOYERS, P. A.; OTR, FAOTA. In collaboration with The Commission on Practice Mary Jane Youngstrom, MS, OTR – Chairsperson. The guide to Occupational Therapy Practice. **The American Journal of Occupational Therapy**. v. 53. n. 3, p. 247-322, 1999.

NAKANISHI, M. et al. Association between length of hospital stay and implementation of discharge planning in acute psychiatric inpatients in Japan. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 9, n. 23, p. 1-8, 2015. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4449576/>>. Acesso em 30 set 2018.

NIX, J.; COMANS, T.; BECON, PT. Home Quick – Occupational therapy home visits using mhealth, to facilitate discharge from acute admission back to the community. **International Journal of Telerehabilitation**, v. 9, n. 1, p. 47-54, 2017. Disponível em

<<http://telerehab.pitt.edu/ojs/index.php/Telerehab/article/view/6218>>. Acesso em 30 set. 2018.

NOSEWORTHY, A. M. et al. Mental Health Care Professionals' Experiences With the Discharge Planning Process and Transitioning Patients Attending Outpatient Clinics Into Community Care. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 28, p. 263-271, 2014. Disponível em <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088394171400065X>>. Acesso em 30 set 2018.

NURJANNAH, I. et al. Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, p. 1175-1185, 2013. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.12297>>. Acesso em 30 set. 2018.

ODES, H. et al. Level of function at discharge as a predictor of readmission among inpatients with schizophrenia. **American Journal Occup Ther**, v. 65, n. 3, p. 314-319, 2011. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21675337>>. Acesso em 10 jan 2019.

OLIVEIRA, A. C. B.; MIRANDA, L. Práticas clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 99-112, 2015. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a11.pdf>>. Acesso em 20 jan 2019.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 202 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional na atenção extra-hospitalar oferecida pelo hospital. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v.20, n.2, p.195-202, 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.019>>. Acesso em 26 set. 2018.

PAIVA, R. S. de; VALADARES, G. V. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 249-255, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a07.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2017.

PALM, R. C. M. **Formação em Saúde Mental nos cursos de Graduação em Terapia Ocupacional da região Sul do Brasil**. 2014. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

PANZERI, C. S. B.; PALHARES, M. S. A documentação clínica em Terapia Ocupacional: revisão de literatura. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 623-634, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.065>>. Acesso em 26 set. 2018.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Rev Bras Psiquiatria**. v. 29, n. 1, p. 11-7, 2007.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2º Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2016, p. 75-92.

PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. Plano de Tratamento. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. (org.). **Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas**. 5ª Ed. São Paulo: ROCA, 2004. p.49-62.

PELLISSARI, D. C.; PALHARES, M. S. O registro da intervenção no prontuário pelo terapeuta ocupacional em um ambulatório infanto-juvenil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 711-722, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0497>>. Acesso em 15 out. 2017.

PERUZZOLO, D. L. et al. Participação da Terapia Ocupacional na equipe do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos de UTINs. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.017>>. Acesso em 26 set. 2018.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 19-26.

RANDEMARK, N. F. R.; BARROS, S. A família no desenho terapêutico dos usuários dos CAPS: representações dos profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, v. 8, n.7, p. 1956-1964, 2014. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9871/10105>>. Acesso em 06 jan 2019.

REIS, A. O. A. et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2º Ed. São Paulo: Hucitec, 2016a. p.109-130.

REIS, A. O. A. et al. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2º Ed. São Paulo: Hucitec, 2016b. p. 186-210.

REIS, F. D. S.; CECCATO, T.; MARCOLINO, T. Q. Alguns clicks: considerações sobre o manejo da relação triádica na crise em saúde mental. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro: v. 1, n. 3, p. 406-413, 2017. Disponível em <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9608/pdf>>. Acesso em 26 set. 2018.

REIS, F. Terapia Ocupacional no apoio à Equipe de Saúde da Família: como superar os desafios iniciais na implantação das ações? **Rev Baiana de Ter Ocup**. Salvador: v.1, n. 1, p.42-56, 2012. Disponível em <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/terapiaocupacional/article/view/126/145>>. Acesso em 12 nov 2018.

RICCI, E. C. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis: v. 9, n. 21, p. 212-228, 2017. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4688/4878>>. Acesso em 11 ABR. 2019.

RODRIGUES, J. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 291-310, 2014.

ROGERS, J. C.; HOLM, M. B. O processo da Terapia Ocupacional (Cap. 46). In: WILLARD & SPACKMAN. **Terapia Ocupacional**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. p. 484-526.

ROLLENBERG, A. T. V. M. Entrevistas de pesquisa: oportunidades de coconstrução de significados. In: BASTOS, L. C.; SANTOS, W. S. (org.). **A entrevista na Pesquisa Qualitativa**. Rio de Janeiro: Quartet Editora, Faperj, 2013. p. 37-46.

SAITO, E. Y. T. et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 175-183, mar. 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021>>. Acesso em 07 abr. 2019.

SAMES, K. M. Documentação na Prática (Cap. 39). In: WILLARD & SPACKMAN. **Terapia Ocupacional**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. p. 409-416.

SAMPSON, C. et al. An introduction to economic evaluation in occupational therapy: cost-effectiveness of pre-discharge home visits after stroke (HOVIS). **British Journal of Occupational Therapy**, v. 77, n. 7, p. 330-335, 2014. Disponível em <<http://journals.sagepub.com.ez31.periodicos.capes.gov.br/doi/10.4276/030802214X14044755581664>>. Acesso em 30 set. 2018

SANTAROSA, C. C. **O terapeuta ocupacional na rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas**, 2016, 197 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

SANTOS, P. D. B.; FERREIRA, L. S. Terapia Ocupacional e a criança ribeirinha amazônica vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 117-130, 2015. Disponível em <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2015.011>>. Acesso em 26 set. 2018.

SCHELL, B. A. B. **Raciocínio Profissional na Prática (Cap. 32)**. In: WILLARD & SPACKMAN. **Terapia Ocupacional**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. p. 318-331.

SCHICOTTI, R. V. O.; ABRÃO, J. L. F.; JÚNIOR, S. A. G. TDAH e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 135-154, 2014. Disponível em <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2731/2524>>. Acesso em 19 jan 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em 15 jan 2019.

SILVA, H. P. da. Por um sistema de saúde sustentável e equânime. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-3, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00118518.pdf>>. Acesso em 25 set. 2018.

SILVA, J. F.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. **Cad Bras. Ter. Ocup**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 329-343, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1081>>. Acesso em 1 out 2018.

SILVA, R. A. S.; OLIVER, F. C. Orientação teórica e os cenários de prática na formação de terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde: perspectivas de docentes. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 469-483, 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0808>>. Acesso em 01 out 2018.

SUMSION, T. **Abordagem baseada no cliente (Cap. 2)**. Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional. 1º Edição. Ed. Roca, 2003. p. 25-34.

TAÑO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. 206 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. A construção ampliada do cuidado: atenção às famílias nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 23, p.51-66, 2017.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>>. Acesso em 30 set. 2018.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n. 4, p.360-372, 2014.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri, SP: Manole, 2010. 179p.

TICKLE-DEGNEN, Linda. **Prática Baseada em Evidência (Cap. 30)**. In: WILLARD & SPACKMAN. Terapia Ocupacional. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. p. 295-306.

VASCONCELOS, A. C. C. G. et al. Perfil do pesquisador terapeuta ocupacional brasileiro. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, São Carlos, v. 22, n. 2, 2014. P. 391-397. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.059>>. Acesso em 30 set 2018.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Projeto terapêutico em Saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface Comunic. Saúde Educação**. Botucatu, v. 20, n. 57, p.313-323, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-20-57-0313.pdf>>. Acesso em 06 jan 2019.

VICENTIN, M. C. G. **Criançar o descriançável**. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (org.). O CAPSi e o desafio da gestão em Rede. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 29-38.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.

VOGEL, B.; BENETTON, M. J.; GOUBERT, J. P. Terapia Ocupacional: história de uma profissão feminina. Revista CETO, ano 7, n. 7, 2002.

WACHHOLZ, S. M; S.; MARIOTTI, M. C. A participação do terapeuta ocupacional na reforma psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 147-159, 2009. Disponível em <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/104/6>>. Acesso em 20 jan 2019.

WALES, K. et al. A trial based economic evaluation of occupational therapy discharge planning for older adults: the HOME randomized trial. **Clinical Rehabilitation**. v. 32, n. 7, p.919-929, 2018. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215518764249>>. Acesso em 30 set 2018.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (WFOT). **Statement of Occupational Therapy** [internet]. 2012. 1p. Disponível em: <<http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>>. Acesso em 08 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons**. WHO/WKC/Tech.Ser./04.2. 2004. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>>. Acesso em 21 abr. 2018. 111 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Atlas: child and adolescent mental health Resources: global concerns, implications for the future**. Genebra, 2005. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43307>>. Acesso em 12 jan 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of functioning, disability and health: ICF**. World Health Organization; 2001. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>>. Acesso em 27 jan 2019.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Parte A - Dados gerais da(o) participante

Código Identificação (alfanumérico e sequencial)

1. Qual sua data de nascimento?
2. Qual seu gênero?
3. Quando (ano) e onde (instituição) você se formou em Terapia Ocupacional?
4. Você fez formação continuada? (Você tem pós-graduação?)

	Aprimoramento/ Residência	Especiali- zação	Mestrado	Doutorado	Outro(s) especificar
Área					
Onde (Instituição)					
Ano de conclusão					

5. Quais foram suas experiências profissionais anteriores ao trabalho neste CAPSij? (Não necessariamente como terapeuta ocupacional)
6. Há quanto tempo você trabalha na área da saúde mental infanto-juvenil?
7. Há quanto tempo você trabalha neste CAPSij?
8. Qual sua jornada de trabalho neste CAPSij?
9. Qual o seu tipo de vínculo empregatício? (CLT, servidor público municipal, servidor público estadual, outro...)
10. Além do CAPSij, você trabalha em outro(s) local(is)? Qual(is)?

Parte B – Instituição, população atendida e intervenções

1. Como é administrada a unidade do CAPSij que você trabalha? (Administração direta, Organização Social ou outra)
2. Quais e quantos profissionais fazem parte da equipe do CAPSij onde você trabalha? (Pode dizer aproximadamente)
3. Descreva a população-alvo atendida no CAPSij que você trabalha. (Quem são as crianças e adolescentes que vocês atendem?)
4. O CAPSij onde você trabalha direciona as ações por meio de Referência Técnica e/ou Equipes de Referência Técnica? (Explique como funciona)
5. O CAPSij onde você trabalha realiza Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários? Dê um exemplo de como é realizado na prática.
6. Quais são as atividades que você desenvolve no CAPSij junto à:
 - a. Crianças e adolescentes
 - b. Famílias
 - c. Equipe Interdisciplinar do CAPSij (Reuniões de equipe, supervisões clínico-institucionais, discussão de casos...)
 - d. Rede de Apoio Intersetorial (Atenção Básica, Hospitais, Assistência Social, Educação, Lazer, Cultura, Esportes ...)
 - e. Outros (Alguma atividade que você realiza que considera importante que ainda não foi falada)
7. Existe alguma atividade que é exclusivamente de sua responsabilidade no CAPSij que você trabalha?
 - a. Não () Fale mais.
 - b. Sim () Qual(is)? Você entende que essa responsabilidade está atribuída ao fato de ser terapeuta ocupacional? Explique.
8. Você utiliza algum referencial teórico, modelo de prática e/ou abordagem em terapia ocupacional para guiar seu trabalho?

- a. Não()
 - b. Sim() Qual(is)?
 - c. E utiliza algum modelo para além da área da Terapia Ocupacional? (Que não seja necessariamente específico da Terapia Ocupacional)
9. Você utiliza algum protocolo de avaliação (padronizada ou não padronizada) nos seus atendimentos? Fale sobre.
10. Considerando a sua prática, enquanto terapeuta ocupacional, no CAPSij e a prática dos demais profissionais você percebe:
- a. Diferenças? Quais?
 - b. Semelhanças? Quais?

Parte C – O processo de alta e a participação da terapia ocupacional

1. Fale sobre seu conceito de alta, o que é alta para você.
2. Ao longo de sua formação, houve alguma disciplina que abordou conteúdos sobre a alta?
3. O que você entende por alta no contexto do CAPSij?
4. E a sua equipe de trabalho, o que entende por alta no CAPSij?
5. Você e sua equipe utilizam o termo “alta” no cotidiano do trabalho? Em que situações?
6. Há casos de alta neste Capsij?
 - a. Não() Fale um pouco mais sobre isso.
 - b. Sim()
 - i. Descreva como acontece.
 - ii. Você considera que existe um planejamento para a alta no CAPSij que você trabalha?

- iii. Existem critérios que determinam/indicam a alta dos usuários vinculados a este Capsij? Fale sobre.
 - iv. Descreva com que frequência acontece.
 - v. E existem situações de reincidência? (Usuários que retornam para acompanhamento depois de terem tido alta)
7. Para quais locais crianças e adolescentes são encaminhadas, quando há necessidade de continuidade do cuidado?
8. Como tem se dado à articulação da alta com esses locais para os quais as crianças eventualmente são encaminhadas e quais os dispositivos facilitadores desse encaminhamento? (Referência e contra referência, apoio matricial, contatos telefônicos...)
9. No caso do trabalho do CAPSij ser conduzido por meio da referência técnica, qual é a sua visão sobre o papel da referência técnica nos casos de alta do CAPSij que você trabalha?
10. Existem diferenças entre os processos de alta para a criança e para o adolescente neste CAPSij? Fale sobre.
11. Como as crianças e adolescentes compreendem o processo da alta?
12. E como as famílias compreendem o processo da alta?
13. A alta é trabalhada com a família? Fale sobre.
14. Fale sobre o aspecto emocional e se existe a vivência de “luto” para o usuário, família e/ou equipe de profissionais nos processos de alta. Dê exemplos, se houver.
15. Você, terapeuta ocupacional, considera que participa dos processos de alta no CAPSij?
- a. Não() Fale sobre.
 - b. Sim() Descreva como é, especificamente, a sua participação.
16. Existem critérios ou condições que você, como terapeuta ocupacional, considera essenciais para pensar na alta de um usuário? Quais?

17. Em sua concepção como seria a alta ideal no CAPSij?
18. Dê um exemplo de uma experiência de alta que você participou e que considerou positiva ou satisfatória.
19. Dê um exemplo de uma experiência de alta que você participou e que considerou negativa ou insatisfatória.
20. Considerando o que você falou até agora, fale sobre as potencialidades e desafios que você percebe no processo de alta no contexto do CAPSij.
21. Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B – TCLE APLICAÇÃO-TESTE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL****PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)****TERAPIA OCUPACIONAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: O PROCESSO DE ALTA**

Você está sendo convidada (o) para participar da etapa de aplicação-teste da pesquisa “Terapia Ocupacional e Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes: o processo de alta”.

O objetivo deste estudo é investigar a participação de terapeutas ocupacionais trabalhadoras(es) de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) da cidade de São Paulo no processo de alta de crianças e adolescentes.

Você foi selecionada (o) para participar desta etapa da pesquisa por ser terapeuta ocupacional e por trabalhar na área de saúde mental infanto-juvenil. Sua participação é voluntária e, caso aceite colaborar, a qualquer momento poderá retirar a participação e seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador.

O objetivo desta etapa da pesquisa (Aplicação-Teste) é familiarizar a pesquisadora com o roteiro e processo de entrevista, bem como verificar a compreensão das questões junto aos entrevistados, a pertinência da ordem das questões e estimar o tempo de duração da entrevista com precisão. Desta forma, ressalta-se que sua contribuição nesta etapa da pesquisa não constituirá o grupo de participantes do presente estudo, mas sim o processo de avaliação, adequação e aplicação do instrumento.

Será realizada uma única entrevista individual, conduzida pela própria pesquisadora. Para isso, será combinado horário e local previamente com o participante, respeitando suas

preferências e disponibilidade. O tempo estimado para coleta dos dados será entre 40 minutos a 1 (uma) hora.

A entrevista abordará dados gerais das (os) participantes (tempo de formação, informações sobre pós-graduação, tempo de atuação na área, tempo de atuação no CAPSij...), questões acerca das suas percepções sobre o processo de alta no contexto do CAPSij, sobre os critérios utilizados por você no processo de alta de crianças e adolescentes vinculados ao CAPSij e questões sobre as contribuições da Terapia Ocupacional (entre as diversas áreas interdisciplinares) neste processo.

Com sua autorização prévia a entrevista será gravada e posteriormente transcrita a fim de analisar e identificar se haverá a necessidade de modificar o instrumento de coleta de dados (roteiro de entrevista semiestruturado). Suas respostas serão tratadas de forma anônima, sigilosa e confidencial. Em nenhuma etapa desta Pesquisa será divulgado seu nome, identificação da empresa e/ou da região que trabalha ou feito qualquer tipo de identificação a fim de garantir sua segurança e privacidade. Ressalta-se que os dados coletados nesta etapa da pesquisa não terão seus resultados divulgados, visto que trata-se da etapa de aplicação-teste.

Sua participação nesta entrevista não lhe oferece risco imediato, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder as perguntas. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar por comunicar a pesquisadora e a entrevista será imediatamente suspensa.

Destacamos que você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo; e que você terá direito de ressarcimento no caso de gastos e indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento na área de saúde mental de crianças e adolescentes no contexto da saúde pública brasileira, e mais especificamente no desenvolvimento de conhecimento no campo da Terapia Ocupacional.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Por fim, você poderá acompanhar a execução desta Pesquisa por meio de relatórios eletrônicos semestrais realizados pela pesquisadora - caso tenha este interesse. Além disso, quando esta Pesquisa for concluída, você receberá uma devolutiva com uma cópia do trabalho completo para conhecimento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que esta Pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (**CAEE 74748417.7.0000.5504**) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (**CAEE 74748417.7.3001.0086**), sendo seus dados para contato:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCAR

Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Contato telefônico para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas: (11) 3397-2464

Endereço eletrônico: smscep@gmail.com

Pesquisador Responsável: Raíssa Herold Matias Richter (24hs por dia e 7 dias por semana)

Endereço: Rodovia Wahsington Luis s/n, km 235. CEP: 13565-905. São Carlos. SP.

Contato telefônico: (11) 99394-1503 (Tim) ou (11) 97076-0465 (Vivo)

Endereço eletrônico: raissa_hm@hotmail.com

Local e data: São Paulo, _____.

RAÍSSA HEROLD MATIAS RICHTER

Nome do Pesquisador

Raíssa Herold Matias Richter

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE C – TCLE PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL****PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)****TERAPIA OCUPACIONAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: O PROCESSO DE ALTA**

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa “Terapia Ocupacional e Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes: o processo de alta”.

O objetivo deste estudo é investigar a participação de terapeutas ocupacionais trabalhadoras(es) de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) da cidade de São Paulo no processo de alta de crianças e adolescentes. Você foi selecionada (o) por ser terapeuta ocupacional e por trabalhar em CAPSij há pelo menos um ano. Sua participação é voluntária e, caso aceite colaborar, a qualquer momento poderá retirar a participação e seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador.

A coleta de dados será composta por uma única entrevista realizada individualmente e conduzida pela própria pesquisadora. Dessa forma, será combinada previamente com o participante, respeitando suas preferências quanto à horário e local para sua realização. Com autorização prévia da gerência do serviço em que você trabalha, a entrevista poderá ser realizada no seu próprio local de trabalho, a fim de facilitar sua participação sem dificuldades quanto à locomoção. O tempo estimado para coleta dos dados é de 1 (uma) hora.

Observa-se que a entrevista abordará dados gerais das (os) participantes (tempo de formação, informações sobre pós-graduação, tempo de atuação na área, tempo de atuação no CAPSij...), questões acerca das suas percepções sobre o processo de alta no contexto do

CAPSij, sobre os critérios utilizados por você no processo de alta de crianças e adolescentes vinculados ao CAPSij e questões sobre as contribuições da Terapia Ocupacional (entre as diversas áreas interdisciplinares) neste processo.

Com sua autorização prévia a entrevista será gravada e, posteriormente transcrita, para que não se percam as informações. Quando a transcrição estiver pronta, você receberá (via correio eletrônico) a entrevista transcrita integralmente e poderá revisá-la e fazer quaisquer alterações que achar necessário. Você terá o período de 20 dias (a contar da data do envio) para re-enviar as possíveis alterações à pesquisadora. Caso você não faça este envio, serão consideradas as repostas dadas na entrevista.

Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, porém sem quaisquer tipos de identificação tanto do participante quanto do seu local de trabalho. Ressalta-se que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Em nenhuma etapa desta Pesquisa será divulgado seu nome, identificação da empresa e/ou da região que trabalha ou feito qualquer tipo de identificação a fim de garantir sua segurança e privacidade.

Sua participação nesta entrevista não lhe oferece risco imediato, mas considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar por comunicar a pesquisadora e a entrevista será imediatamente suspensa.

Destacamos que você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo; e que você terá direito de ressarcimento no caso de gastos e indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento na área de saúde mental de crianças e adolescentes no contexto da saúde pública brasileira, e mais especificamente no desenvolvimento de conhecimento no campo da Terapia Ocupacional.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Por fim, você poderá acompanhar a execução desta Pesquisa por meio de relatórios eletrônicos semestrais realizados pela pesquisadora - caso tenha este interesse. Além disso, quando esta Pesquisa for concluída, você receberá uma devolutiva com uma cópia do trabalho completo para conhecimento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CAEE 74748417.7.0000.5504/ Parecer nº 2.363.458) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAEE 74748417.7.3001.0086/ Parecer nº 2.455.921). Dados para contato:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCAR

Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Contato telefônico para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas: (11) 3397-2464

Endereço eletrônico: smscep@gmail.com

Pesquisador Responsável: Raíssa Herold Matias Richter (24hs por dia e 7 dias por semana)

Endereço: Rodovia Wahsington Luis s/n, km 235. CEP: 13565-905. São Carlos. SP.

Contato telefônico: (11) 99394-1503 (Tim) ou (11) 97076-0465 (Vivo)

Endereço eletrônico: raissa_hm@hotmail.com

Local e data: São Paulo, _____.

RAÍSSA HEROLD MATIAS RICHTER

Nome do Pesquisador



Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE D – TCLE JUÍZES**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)****“TERAPIA OCUPACIONAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: O PROCESSO DE ALTA”**

Você está sendo convidada (o) para participar do processo de avaliação e adequação do roteiro de entrevista da pesquisa “Terapia Ocupacional e Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes: o processo de alta”, que está sendo desenvolvida por mim Raíssa Herold Matias Richter, sob a orientação da Profa Dra Maria Fernanda Barbosa Cid no Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

O objetivo deste estudo é investigar a participação de terapeutas ocupacionais trabalhadoras(es) de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) da cidade de São Paulo no processo de alta de crianças e adolescentes. O objetivo desta etapa da pesquisa (análise e adequação do instrumento) é tornar o roteiro de entrevista a ser utilizado para a produção dos dados do presente estudo - mais adequado e condizente com a proposta do mesmo.

Portanto, você foi escolhida por ser terapeuta ocupacional e/ou pesquisadora atuante no campo da saúde mental infanto-juvenil. Sua participação é voluntária e, caso aceite colaborar, a qualquer momento poderá retirar a participação e seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora.

O roteiro de entrevista desta Pesquisa está dividido em três partes: a. Dados gerais sobre o participante, b. Questões sobre a instituição, população atendida e intervenções realizadas no CAPSij, e c. Questões específicas sobre o procedimento da alta no CAPSij., sendo que em todas as etapas, a intenção é identificar as contribuições da Terapia Ocupacional (entre as diversas áreas interdisciplinares) nesse processo.

Tal roteiro será encaminhado via correio eletrônico e você terá o período de 15 dias (a contar da data do seu envio) para fazer sua avaliação acerca do instrumento. Fique à vontade para julgar e avaliar este instrumento tanto no que se refere ao conteúdo e abordagem, quanto à forma da apresentação (redação, ordem das questões...). A maneira como você fará esta avaliação, fica a seu critério, conforme você prefira se expressar, podendo ser feita numa folha a parte ou no próprio roteiro de entrevista; podendo incluir: anotações, referências, ideias de outros temas e perguntas para serem abordados, sugestões de mudanças/alterações e outras considerações que achar importante, levando em consideração a exequibilidade na prática e pertinência das questões quanto ao objetivo do Estudo. Caso as alterações sejam feitas no próprio documento, solicito que sejam escritas em cor diferente da presente no texto, de modo a destacar as suas contribuições.

Sua avaliação será considerada juntamente com a avaliação dos demais juízes especialistas, e será tratada de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo.

Sua participação nesta etapa da Pesquisa não lhe oferece risco imediato, especialmente por se tratar de um processo técnico-teórico com o qual você está habituado em lidar em seu cotidiano de trabalho, no entanto, considera-se a possibilidade de um mínimo risco subjetivo, devido à extensão do roteiro, o que pode levá-la a um leve cansaço após a avaliação do mesmo. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar desta etapa do Estudo e terá direito de ressarcimento no caso de gastos e indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento na área de saúde mental de crianças e adolescentes no contexto da saúde pública brasileira, e mais especificamente no desenvolvimento de conhecimento no campo da Terapia Ocupacional.

Você receberá uma via deste termo, assinada pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Por fim, você poderá acompanhar a execução desta Pesquisa por meio de relatórios eletrônicos semestrais realizados pela pesquisadora - caso tenha este interesse. Além disso, quando esta Pesquisa for concluída, você receberá uma devolutiva com uma cópia do trabalho completo para conhecimento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo em participar dela. O pesquisador me informou que o projeto está em processo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CAEE 74748417.7.0000.5504) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAEE 74748417.7.3001.0086), sendo seus dados para contato:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCAR

Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Contato telefônico para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas: (11) 3397-2464

Endereço eletrônico: smscep@gmail.com

Pesquisador Responsável: Raíssa Herold Matias Richter (24hs por dia e 7 dias por semana)

Endereço: Rodovia Wahsington Luis s/n, km 235. CEP: 13565-905. São Carlos. SP.

Contato telefônico: (11) 99394-1503 (Tim) ou (11) 97076-0465 (Vivo)

Endereço eletrônico: raissa_hm@hotmail.com

Local e data: São Paulo, _____.

RAÍSSA HEROLD MATIAS RICHTER

Nome do Pesquisador



Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE E – EXEMPLO DO MÉTODO DSC¹⁴

Questão: Em sua concepção como seria a alta ideal no CAPSij?

PARTICIPANTE	RESPOSTA (Grifo das ECH A, B e C)	ICS IDENTIFICADAS
P1	<p>Pra mim a ideal é <u>uma boa discussão da referência com a equipe, então é com a equipe que fez o grupo, com a equipe referência e com quem vê ele aqui no entorno. A partir do momento que se tem o mesmo pensamento, todo mundo junto, é trabalhar com essa família a alta dele, e trabalhar junto com o paciente essa alta. E esse encaminhamento e conversa com a rede tem que ser muito bom.</u> porque a gente não dá alta porque ele está no máximo dele, às vezes a gente dá alta porque ele saiu do quadro moderado, então <u>a gente tem que estar muito bem articulado com a rede pra dar essa alta.</u></p>	<p><u>IC A – Discussão em Equipe</u></p> <p>IC B – Família participa do processo</p> <p><u>IC C - Articulação com a rede intersetorial</u></p>
P2	<p>A alta ideal? Difícil hein? Mas eu acredito que a alta ideal é <u>você conseguir fazer com que essa família aceite, mostrar pra essa família, pra esse paciente, o quanto ele consegue lidar com os problemas da vida, que os equipamentos da rede possam absorver essa família de uma forma integral quanto ao serviço.</u></p>	<p>IC B – Família empoderada e participando do processo</p> <p><u>IC C - Articulação com a rede intersetorial</u></p>
P3	<p>Seria a gente <u>conseguir sentar com a UBS e discutir.</u> Eu acho que <u>essas reuniões iam potencializar gigantescamente nossas ações de alta, ser uma alta mais corresponsável. Que todo mundo tivesse o mesmo poder de decisão perante esses critérios ou não critérios, perante esse know-how de ações que a gente pode fazer, e que todo mundo tenha a mesma voz, o mesmo poder, sem um ser maior do que o outro, sem ter tanta hierarquia dentro da equipe.</u></p>	<p><u>IC C - Articulação com a rede intersetorial</u></p> <p><u>IC A – Discussão em Equipe</u></p>
P4	<p>A alta ideal é a família entendendo o processo saúde/doença, podendo oferecer um espaço dentro das condições de cada um, não falo da questão sócio econômica, mas sim de maternagem, de carinho, de brincadeiras, entendendo que o papel é dela, é da família, de ser o facilitador pra proporcionar tudo isso, uma família continente nesse sentido. Eu pensaria também no sujeito conseguindo se entender, se aceitar, e frequentando outros lugares da forma que for possível.</p>	<p>IC B – Família empoderada e participando do processo</p> <p><u>IC C - Articulação com a rede intersetorial</u></p>
P5	<p>A alta ideal seria a criança, o adolescente, sair daqui e a famílias estar bonitinha, seguindo todas as nossas orientações, essa criança tendo um suporte familiar bacana, a família acredita nela, está junto com ela, conversa, está presente, é participativa do cotidiano da criança. <u>É também essa criança estar conseguindo circular no território.</u></p>	<p>IC B – Família empoderada e participando do processo</p> <p><u>IC C - Articulação com a rede intersetorial</u></p>

¹⁴ Importante ressaltar que os relatos individuais e as identificações dos participantes destacadas neste exemplo tiveram alterações com relação aos originais e não condizem integralmente com os dados apresentados nos resultados deste trabalho, visto que o objetivo aqui foi abreviar e adaptar o conteúdo das respostas, para facilitar a compreensão da prática do método DSC.

Criação dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC):

DSC 1 (Junção das ECH da IC A – A alta ideal é quando há discussão em equipe):

“A alta ideal é quando tem uma boa discussão da referência com a equipe, então é com a equipe que fez o grupo, com a equipe referência e com quem vê ele aqui no entorno. Ideal também seria que todo mundo, dentro da equipe, tivesse o mesmo poder de decisão perante os critérios, perante o know-how de ações que a gente pode fazer, e que todo mundo tivesse um mesmo pensamento, todo mundo junto, numa mesma voz e com o mesmo poder, sem um ser maior do que o outro e sem ter tanta hierarquia”.

DSC 2 (Junção das ECH da IC B – A alta ideal é quando a família está empoderada e participando do processo):

“É quando a gente consegue trabalhar junto com a família e com o paciente essa alta, consegue fazer com que a família aceite a alta e consegue mostrar tanto pra família quanto pro paciente o quanto eles conseguem lidar com os problemas da vida. Então a alta ideal seria a criança e o adolescente sair daqui com a família entendendo o processo saúde-doença, seguindo nossas orientações, podendo oferecer um suporte, dentro das condições de cada um, com maternagem, carinho, brincadeiras, conversa, acreditando na criança, estando junto com ela e sendo participativa do seu cotidiano, enfim, é quando a família entende que é papel dela ser o facilitador pra proporcionar tudo isso”.

DSC 3 (Junção das ECH da IC C – A alta ideal é quando há articulação com a rede intersetorial):

“A gente tem que estar muito bem articulado com a rede pra dar essa alta, o encaminhamento e a conversa com a rede tem que ser muito bom, pra que os equipamentos da rede possam absorver essa família de uma forma integral. A alta ideal é quando a gente consegue sentar com a UBS, discutir e fazer uma alta mais responsável. Como consequência a criança e o adolescente pode frequentar outros lugares e circular no território. Com essas reuniões nossas ações de alta iam ser gigantescamente potencializadas”.

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCAR)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Terapia ocupacional e atenção psicossocial de crianças e adolescentes: o processo de alta

Pesquisador: Raíssa Herold Matias Richter

Area Temática:

Versão: 2

CAAE: 74748417.7.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.363.458

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo e exploratória, com abordagem qualitativa, sendo a população-alvo constituída por terapeutas ocupacionais que atuam em CAPSij há pelo menos 6 meses na cidade de São Paulo. Será preconizada a

participação de pelo menos dois terapeutas ocupacionais por região de São Paulo (Norte, Sul, Sudeste, Leste, Oeste e Centro-Oeste) totalizando no mínimo 12 profissionais envolvidos. A partir deste contato telefônico, a pesquisadora agendará um dia para ir apresentar a pesquisa pessoalmente para os terapeutas ocupacionais dos CAPSij e fazer o convite formal para participação no estudo. Em caso afirmativo, será

combinado data, local e horário de acordo com as possibilidades e preferências da(o) participante para a realização da entrevista. Podendo, inclusive, ser realizada na

própria unidade de trabalho do profissional (com autorização prévia da gerência local), à fim de reduzir possíveis dificuldades quanto ao transporte e tempo disponível para participação na pesquisa. Observa-se, ainda, que nos casos em que as(os) terapeutas ocupacionais solicitarem a aprovação das equipes ou direções dos CAPSij onde trabalham a pesquisadora realizará os procedimentos necessários (apresentação da pesquisa à gerência e/ou equipe). Espera-se que ao final da pesquisa tenha-se caracterizado como ocorre o processo de alta de crianças e adolescentes vinculados aos CAPSij da cidade de São Paulo; e tenha sido possível identificar como se dá a participação e contribuição das(os) terapeutas ocupacionais neste processo.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.363.458

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é Investigar a participação de terapeutas ocupacionais trabalhadoras(es) de CAPSij no processo de alta de crianças e adolescentes na cidade de São Paulo. O objetivo secundário será Identificar a percepção de terapeutas ocupacionais sobre como ocorre o processo de alta de crianças e adolescentes vinculados à CAPSij;-Conhecer os critérios utilizados por terapeutas ocupacionais trabalhadores de CAPSij no processo de alta das crianças e adolescentes;- Identificar as percepções dos terapeutas ocupacionais sobre suas contribuições no processo de alta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi descrito como riscos:"A participação das(os) terapeutas ocupacionais neste Estudo não lhes oferecerá possibilidade de risco imediato. Porém considera-se a possibilidade de um risco mínimo e subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários.Como benefícios:"Este trabalho contribuirá de forma indireta na ampliação do conhecimento na área de saúde mental de crianças e adolescentes no contexto da saúde pública brasileira, e mais especificamente no desenvolvimento de conhecimento no campo da Terapia Ocupacional."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresenta relevância científica e social. O Cronograma apresentado está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto datada e assinada adequadamente.O TCLE foi novamente apresentado pelo pesquisador responsável atendendo as recomendações da Resolução 466/2012 em vigência.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos recomenda que os pesquisadores responsáveis consultem as normas do CEP e a resolução nº 466 de 2012, disponíveis na página da Plataforma Brasil em caso de dúvidas.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

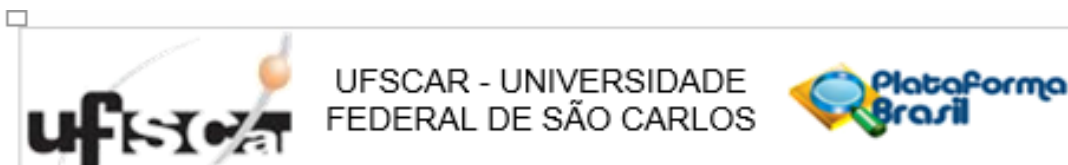
UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.363.458

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_965913.pdf	06/10/2017 15:17:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes_2v.pdf	06/10/2017 15:16:17	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes_2v.pdf	06/10/2017 15:15:35	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	primeiro_parecer_sms.pdf	10/08/2017 21:09:30	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Raissa_2017.pdf	10/08/2017 21:08:15	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_raissaassinada.pdf	10/08/2017 20:46:48	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 02 de Novembro de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

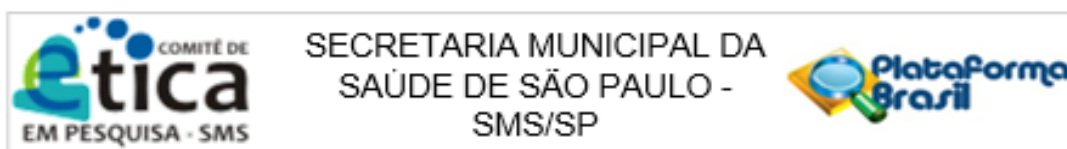
Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO (SMS-SP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Terapia ocupacional e atenção psicossocial de crianças e adolescentes: o processo de alta

Pesquisador: Raíssa Herold Matias Richter

Area Temática:

Versão: 2

CAAE: 74748417.7.3001.0088

Instituição Proponente: Gabinete

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.455.921

Apresentação do Projeto:

Políticas e diretrizes atuais de saúde tem destacado a relevância de uma prática que seja eficiente, eficaz e resolutiva, tendência que vem se estabelecendo inclusive na área da Terapia Ocupacional. Este cenário convoca a ampliação das discussões acerca dos processos de alta nos serviços do SUS, visto que esse processo está intimamente associado à tal tendência, envolvendo também a integralidade e resolutividade da assistência, princípios essenciais na saúde mental infanto-juvenil. Na literatura (nacional e internacional) observa-se uma escassez de estudos que abordem prioritariamente o tema da contribuição da terapia ocupacional no processo de alta de crianças e adolescentes no campo da saúde mental.

Trata-se de projeto de pesquisa para apresentação de defesa de dissertação de estrado que pretende investigar a participação de terapeutas ocupacionais no processo de alta de crianças e adolescentes. Serão realizadas entrevistas com 18 terapeutas ocupacionais de trabalham há mais de 6 meses nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSij) da cidade de São Paulo.

A entrevista se constituirá de um questionário semi-estruturado que será submetido a avaliação prévia de 5 juizes especialistas, ou seja, profissionais terapeutas ocupacionais e/ou pesquisadores atuantes em saúde mental infanto-juvenil, que serão convidados para participar desta etapa da pesquisa. Feito isso, as pesquisadoras analisarão as contribuições dos juizes, de forma que os

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

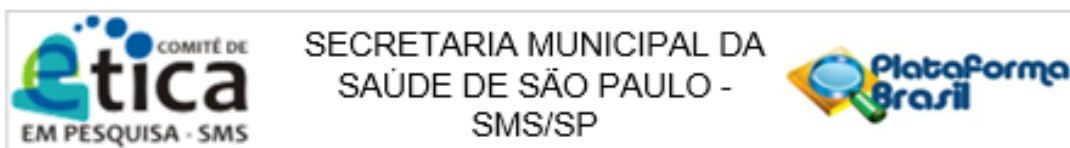
UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.455.921

apontamentos e sugestões de alteração coincidentes entre pelo menos três deles serão incorporados na versão final do roteiro. Após a finalização da construção do roteiro de entrevista, a pesquisadora procederá à aplicação-teste do mesmo, junto a duas (dois) terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental infanto-juvenil que não constituirão o grupo de participantes do presente estudo - com o objetivo de familiarizar a pesquisadora com o roteiro e processo de entrevista, bem como verificar a compreensão das questões junto aos entrevistados, a pertinência da ordem das questões e estimar o tempo de duração da entrevista.

Quanto à identificação e localização dos participantes, será realizado contato telefônico com cada unidade de CAPSij da cidade de São Paulo a fim de identificar a presença de terapeutas ocupacionais no Serviço, e caso haja pelo menos um profissional desta categoria, será feita solicitação para falar diretamente com ele. Será preconizada a participação de pelo menos dois terapeutas ocupacionais por região de São Paulo (Norte, Sul, Sudeste, Leste, Oeste e Centro-Oeste) totalizando no mínimo 12 profissionais envolvidos. A partir deste contato telefônico, a pesquisadora agendará um dia para ir apresentar a pesquisa pessoalmente para os terapeutas ocupacionais dos CAPSij e fazer o convite formal para participação no estudo.

As entrevistas serão gravadas integralmente e posteriormente transcritas a fim de possibilitar uma análise de dados que será realizada através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Crítérios de inclusão: terapeutas ocupacionais que atuam há pelo menos 6 meses em CAPSij na cidade de São Paulo e que aceitem participar desta pesquisa.

Crítérios de exclusão: terapeutas ocupacionais que estejam em cargos de função unicamente administrativa (gerentes das unidades); e terapeutas ocupacionais com menos de 6 meses de atuação no CAPSij.

Objetivo da Pesquisa:

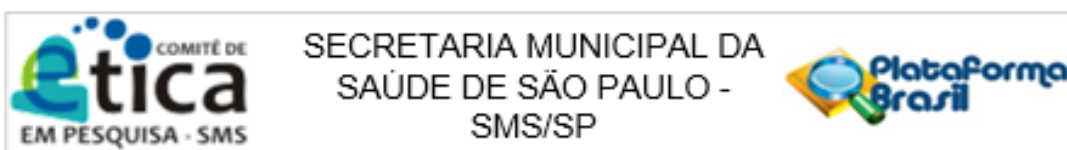
Objetivo Primário:

Investigar a participação de terapeutas ocupacionais trabalhadoras (es) de CAPSij no processo de alta de crianças e adolescentes na cidade de São Paulo.

Objetivos Secundários:

- Identificar a percepção de terapeutas ocupacionais sobre como ocorre o processo de alta de crianças e adolescentes vinculados à CAPSij;
- Conhecer os critérios utilizados por terapeutas ocupacionais trabalhadores de CAPSij no

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: Vila Buarque	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.455.921

processo de alta das crianças e adolescentes;

- Identificar as percepções dos terapeutas ocupacionais sobre suas contribuições no processo de alta no contexto do CAPSij;
- Conhecer quais fatores limitam ou facilitam a realização do processo de alta de crianças e adolescentes neste contexto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa oferece risco mínimo. Pode haver desconforto devido o tempo de duração da entrevista, alguma questão do roteiro que cause constrangimento, porém a garantia da saída do participante a qualquer tempo está garantida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Há o benefício do conhecimento dos processos de trabalho dos terapeutas ocupacionais e a possibilidade da problematização desses processos com vistas a melhoria do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante para a Rede de Atenção Psicossocial da cidade de São Paulo. É importante que os pesquisadores façam a devolutiva de seus resultados e conclusões para o Município. A metodologia proposta está adequada aos objetivos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. TCLE, Cronograma, Orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências anteriores resolvidas. Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que 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. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

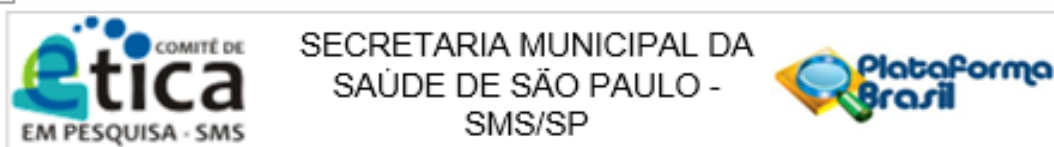
UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.455.921

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1025582.pdf	04/12/2017 16:21:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJuizes_3v.pdf	04/12/2017 16:19:18	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEParticipantes_3v.pdf	04/12/2017 16:18:52	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAplicacaoTesteDez17.pdf	04/12/2017 16:18:27	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
Cronograma	CronogramaAtualizadoDez17.pdf	04/12/2017 12:51:25	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjPesqComplRevisadoDez17.pdf	04/12/2017 12:45:48	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes_2v.pdf	06/10/2017 15:16:17	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes_2v.pdf	06/10/2017 15:15:35	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Raissa_2017.pdf	10/08/2017 21:08:15	Raíssa Herold Matias Richter	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

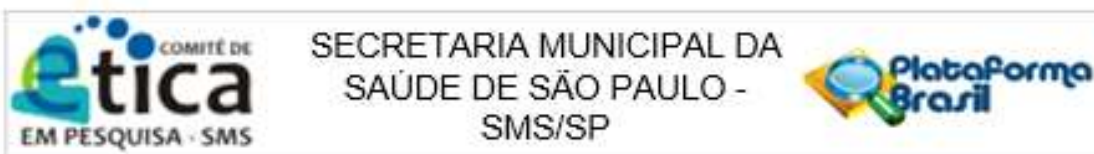
CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.455.021

Não

SÃO PAULO, 23 de Dezembro de 2017.

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com