

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

BRUNA LIDIA TAÑO

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS
(CAPSi) E AS PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM INTENSO SOFRIMENTO PSÍQUICO**

São Carlos

2014

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

BRUNA LIDIA TAÑO

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS (CAPSi) E
AS PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM INTENSO SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional

São Carlos

2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

T167ca

Taño, Bruna Lidia.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico / Bruna Lidia Taño. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
206 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

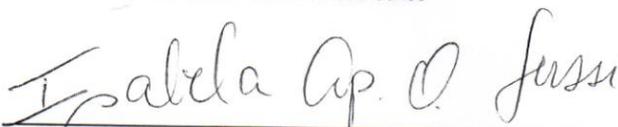
1. Serviços de saúde mental. 2. Políticas públicas. 3. Criança. 4. Adolescentes. I. Título.

CDD: 362.2 (20ª)

FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO(A)
ALUNO(A) BRUNA LÍDIA TAÑO, DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM 19 DE
FEVEREIRO DE 2014.



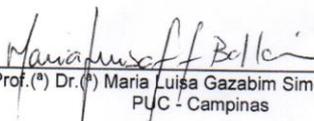
Prof. (a) Dr. (a) Thelma Simões Matsukura
Orientador(a) e Presidente
Universidade Federal de São Carlos



Prof. (a) Dr. (a) Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
Universidade Federal de São Carlos



Prof. (a) Dr. (a) Maria Fernanda Barboza Cid
Universidade Federal de São Carlos



Prof. (a) Dr. (a) Maria Luísa Gazabim Simões Ballarin
PUC - Campinas

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª Reunião no dia
____/____/____

...ao que insiste em viver...

Agradecimentos

*À **Thelma Simões Matsukura**, que das tantas coisas que me ensinou, me indicou novos caminhos para trabalhar pela defesa da vida em suas diferentes formas; por ter me acolhido de graça, de cara, num encontro que foi e é de alma e de fé pelo trabalho. Por poder compartilhar ideias e ideais para um cuidado respeitoso e de qualidade para crianças e adolescentes em sofrimento. E por me mostrar que o pensamento tem força e pode mudar as coisas.*

*À minha mãe **Angela**, às minhas irmãs **Renata** e **Débora** e ao **Pitú** pela possibilidade de ter crescido e pertencer a um lar em que a justiça, o respeito ao outro e o amor foram nossas causas de luta e de conquista. Pelo aprendizado de que a vida é bonita sim, e estarmos ética e politicamente implicados com o que se faz nos torna melhores e mais humanos, e de que a dor do outro, é também a nossa.*

*À **Débora** e **Júlio** pela ajuda simbólica, mas também pela ajuda concreta com dados, tabelas, revisões e traduções. O que seria de mim sem o pensamento rápido, potente e inovador de vocês?*

*À **Teresa**, **Budé** e **Maria Fernanda** por terem me acolhido num novo lar, por terem feito estes dias tão mais leves, tão mais amorosos e especiais.*

*À Minha Família, especialmente à Vó **Rosa** e ao Vô **Vicente**, que foram acompanhando de perto, em perguntas e apoios o desenvolvimento deste trabalho e deste novo jeito de viver. A retidão de vocês é meu exemplo!*

*À **Maria Luisa G. S. Ballarin**, à **Isabela O. Lussi** e à **Maria Fernanda Cid**, que me proporcionaram novos aprendizados, que enriqueceram minha experiência com a bela disposição para compartilharem comigo suas percepções e realizações no campo da saúde mental infantojuvenil. Gratidão pelo respeito e afeto com que nossos momentos de exames de qualificação e de defesa foram vividos.*

Ao Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, seu corpo docente e sua equipe de apoio que foram tão acolhedores e prestativos com a realização deste trabalho.

*Ao Grupo de Pesquisa do Laboratório de Saúde Mental do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, por ter sido um local de encontro, de compartilhamento de experiências, dúvidas e de fortalecimento da vontade de saber mais. Especialmente à **Fer Cid**, **Amanda Dourado**, **Martha Minatel**, **Juliana Archiza**, **Isis Albuquerque**,*

Andressa Bueno, Carol Squassoni, Fer Rosa e Alyne Kaylane que foram amigas e companheiras.

Ao grupo de juízes, parceiros de trabalho da universidade e da saúde mental infantojuvenil, que tanto contribuíram com o desenvolvimento dos instrumentos e da pesquisa toda, amigos e exemplos que são.

À Turma da Pós que foi o esteio e o suporte nessa nova vida são carlense e em muitas aventuras no campo da produção de conhecimento, mas principalmente em outros campos dessa jornada. Ana Toniolo, Livia Pan, Rafael Barreiro, Bia Prado, Gustavo Monzelli, vocês foram e são meus companheiros para desbravar o mundo!

Ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRSIII- Araraquara) e aos parceiros de trabalho, de crescimento, que mesmo num curto espaço de tempo me mostraram os desafios da gestão pública em saúde e a beleza de se defender um SUS que dá certo. Mônica Vilchez, Cris Ribeiro, Alana Fornereto, Mary Cristina Ramos e Sônia Silva o trabalho é duro, mas as ferramentas da Humanização podem mesmo transformar a saúde!

Aos trabalhadores dos CAPSi, às crianças e adolescentes e suas famílias; gratidão pela possibilidade de viver experiência de absoluta transformação profissional e pessoal.

Ao CAPSi da Penha, sua equipe e seu território. Local de primeiras dúvidas, incertezas e resistências que me trouxeram até aqui. Em especial às crianças, adolescentes e suas fortes famílias que com doçura e confiança me deixaram acompanhá-las e estar por perto em sensíveis momentos de dor, mas também de alegria e crescimento.

Ao Grupo das Quatro, meu local sempre de chegadas e partidas. Dri, Vidal e Carva, toda descoberta tem de vocês. Carva, tua distância física tornou tua presença afetiva muito maior e as coisas que vivemos juntas nos trabalhos e pela vida à fora são impulso para mim.

Às amigas Talita Souza, Nádia Duque e Giovana Morato, obrigada por todo afeto que nos momentos de maior desorganização foi traduzido como força para a vida. O carinho de vocês é meu alimento.

À grande e poderosa Mãe Natureza, que ofereceu como companhia ao silencioso trabalho final da escrita, lindas e quentes tardes de verão, repletas de cantos de pássaros raros e ao lado de um frondoso Ipê-Rosa.

E por fim, ao meu companheiro, meu amigo e meu lugar no mundo, Júnior, que de tudo tem me ajudado a enxergar o quanto que esse mundo é bonito e que ainda temos muito, muito trabalho por fazer, porque afinal de contas, “amar e mudar as coisas” é mesmo o que nos interessa mais...

***Mas também sei que qualquer canto
É menor do que a vida
De qualquer pessoa.***

Belchior

RESUMO

As ações de cuidado às questões de saúde mental da infância e adolescência no Brasil estiveram, até poucas décadas, calcadas em ações filantrópicas com caráter de asilamento que culminavam em práticas violentas e de assujeitamento. A partir do estabelecimento do Sistema Único de Saúde e da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, tornou-se possível redimensionar o cuidado e atenção dispensados a esta população facultando-lhes o direito à cidadania e à expressão de seus desejos e necessidades. Em 2001, tem-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) responsáveis pelo cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso, com enfoque comunitário e territorial, em substituição aos modelos asilares de caráter coercitivo e restritivo. Estudos recentes indicam que, embora os CAPSi sejam os serviços de referência para as situações de sofrimento psíquico intenso em crianças e adolescentes, as ofertas de atenção e cuidado ainda estão aquém das necessidades dos sujeitos e de suas famílias. Nesta direção, o presente estudo objetiva identificar as práticas de cuidado desenvolvidas no CAPSi para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico a partir da percepção dos técnicos que atuam nos serviços e de familiares/responsáveis pelas crianças e adolescentes inseridas nestes. Participaram do estudo, 17 técnicos dos serviços e 16 familiares/responsáveis, referentes a quatro CAPSi, três localizados na Grande São Paulo e um no interior do Estado. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas junto aos técnicos e familiares/responsáveis, bem como através de fichas de identificação para caracterização dos CAPSi e das crianças/adolescentes e seus familiares participantes do estudo. Ao material obtido, procedeu-se a análise, por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) aos dados advindos das entrevistas e, as informações advindas das fichas de identificação foram categorizadas e apresentadas descritivamente. Os principais resultados indicaram que os CAPSi têm atendido a uma população maior que a preconizada pelas normativas e que, a despeito do que estas indicam, o maior contingente de usuários são atendidos semanalmente nos serviços. Aos usuários em intenso sofrimento psíquico são destinados prioritariamente atendimentos individuais, seguidos por espaços de convivência. Os profissionais reconhecem que as ações de cuidado mais efetivas para as populações em maior sofrimento psíquico são as abordagens aos familiares e cuidadores. Já os familiares relatam diferentes formas de inserção nos CAPSi, desde participações em grupo terapêuticos à nenhuma atividade realizada. Discute-se acerca da presença de múltiplas perspectivas presentes na compreensão da experiência do sofrimento psíquico em crianças e adolescentes e suas famílias que, todavia não encontram substancial ressonância nas práticas que vem sendo desenvolvidas nos serviços ainda maciçamente cunhadas no modo ambulatorial enquanto possível reflexo das dificuldades institucionais vividas pelos trabalhadores dos serviços. Essas constatações apontam para a necessidade de reorganização da atenção nos CAPSi no sentido de incluírem as famílias nos dispositivos de tratamento e nos espaços de protagonismo social e como também para a importância de que se ampliem as ofertas de ações inventivas e singulares para os sujeitos em sofrimento psíquico intenso.

Palavras-chave: *serviços de saúde mental; políticas públicas; criança; adolescente.*

ABSTRACT

Until the last decades, the actions of mental health care in children and adolescents in Brazil have been put in philanthropic actions based on sheltering, what led to violent practices and subjection. From the establishment of the SUS (Unified Health System) and the elaboration of the Children and Adolescents Statute, it became possible to resize the care and attention disposed to that population, providing them the right to citizenship and the expression of their wishes and needs. In 2001, there is the creation of the Youth and Adolescents Psychosocial Care Centers (in Portuguese, Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis – CAPSi), responsible for caring of children and adolescents in intense psychic suffering, with a communitarian and territorial focus, in substitution to the sheltering models which had focus on coercion and restriction. Recent studies suggest that, although the CAPSi are the reference services on situations of intense suffering in children and adolescents, the offerings of attention and caring are still short of the needs of subjects and their families. In this direction, the present study aims to identify the caring practices developed at CAPSi for children and adolescents in intense psychic suffering from the view of technicians who act in these services and of relatives/tutors of the children and adolescents inserted in these services. Participated of the study 17 technicians and 16 relatives/tutors, from four CAPSi: three of them in the Metropolitan São Paulo and one in the countryside of the state. The data was collected from semi structured interviews realized with the technicians and relatives/tutors, as well as identification sheets for characterization of the CAPSi and the children/adolescents and his relatives participating in the study. To the obtained material, we proceeded with analysis using the Collective Subject Speech technique (in Portuguese, Discurso do Sujeito Coletivo – DSC) to the interviews and categorization and descriptive presentation to the identification sheets. The main results indicate that the CAPSi have been attending a greater population than expected by the normative and, despite of what these normative indicate, a greater contingent of users are attended weekly in the services. The users in intense psychic suffering are destined mainly to individual sessions, followed by spaces of coexistence. The professionals recognize that the most effective actions of caring to the populations in greater psychic suffering are the approaches to relatives and tutors. The relatives related different ways of insertion in the CAPSi, from participation in therapeutic groups to no activity at all. We discuss the presence of multiple perspectives present in the understanding of the experience of psychic suffering in children and adolescents and their families, who don't find substantial resonance in the practices realized in the services still massively realized in an outpatient way as a possible reflection of the institutional difficulties experienced by the workers. These observations point to a need of reorganization of the attention in the CAPSi in such way to include the families in the treatment actions and on the spaces of social role as well as the importance of amplification of offerings of inventive and singular actions to the subjects in intense psychic suffering.

Keywords: *mental health services; public policies; child; adolescent.*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos CAPSi participantes do estudo.....	59
Quadro 2 – Caracterização dos participantes na categoria Técnicos dos serviços.....	69
Quadro 3 – Caracterização dos participantes do estudo na categoria Familiares/Responsáveis	72
Quadro 4 – Caracterização das Crianças e Adolescentes participantes	75
Quadro 5 – Características Familiares e Socioeconômicas das crianças e adolescentes participantes do estudo.....	86
Quadro 6 – Entendimento dos técnicos sobre sofrimento psíquico intenso.....	90
Quadro 7 – Necessidades e demandas dos usuários dos CAPSi - percepção dos técnicos	95
Quadro 8 – Necessidades, demandas e dificuldades das crianças e adolescentes na opinião dos cuidadores	102
Quadro 9 – Necessidades e demandas das famílias - percepção dos técnicos	105
Quadro 10 - Principais necessidades e demandas das famílias dos usuários inseridos nos CAPSi na percepção dos Familiares/Responsáveis.....	112
Quadro 11 - Intervenções oferecidas pelo CAPSi aos usuários em intenso sofrimento psíquico	118
Quadro 12 – O envolvimento dos profissionais com o cuidado com as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico	124
Quadro 13 – A construção das redes e a articulação intersetorial	127
Quadro 14 – Ações direcionadas às famílias: a oferta dos CAPSi na ótica dos técnicos.....	134
Quadro 15 – Participação dos Familiares/Responsáveis em atividades nos CAPSi	139
Quadro 16 – Práticas mais efetivas desenvolvidas nos CAPSi	146
Quadro 17 – Sugestões dos técnicos para a melhoria do cuidado realizado	149
Quadro 18 – Melhora percebida em relação às crianças e adolescentes após inserção no CAPSi pelo olhar dos Familiares/Responsáveis	156
Quadro 19 – Sugestão dos Familiares para a melhoria no atendimento oferecido pelos CAPSi	150

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	16
2.1 Saúde mental infantojuvenil no Brasil: percurso histórico	17
2.2 Transformações e resistência: a mudança nos paradigmas de cuidado em saúde mental	23
2.3 Os CAPSi e a aposta no modo psicossocial para o cuidado com a infância e a adolescência.....	28
2.4 Os processos de cuidado em saúde mental e a participação familiar	37
3. OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo Geral	41
3.2 Objetivos Específicos	41
4. MÉTODO.....	43
4.1 Tipo de Estudo e Abordagem.....	43
4.2. Participantes	44
4.2.1 Técnicos	44
4.2.1.1 Critérios de inclusão na pesquisa	44
4.2.2 Familiares/responsáveis	45
4.2.2.1 Critérios de inclusão na pesquisa	45
4.3 Local	45
4.4 Instrumentos e Materiais	46
4.4.1 Fichas de Identificação dos CAPSi.....	46
4.4.2 Fichas de Identificação dos usuários dos CAPSi.....	47
4.4.3 Roteiros de Entrevista	47
4.5 Procedimentos	48
4.5.1 Validação dos Instrumentos	48
4.5.2 Aspectos Éticos.....	49
4.5.3 Localização dos participantes e contato com as unidades.....	50
4.6. Coleta dos Dados.....	51
4.7. Análise dos Dados	52
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57

5.1 Dimensão I – Apresentação dos Participantes	57
5.2 Dimensão II – O intenso sofrimento psíquico na percepção dos técnicos e necessidades e demandas dos sujeitos atendidos.....	88
5.3 Dimensão III – Organização do cuidado; os CAPSi, suas práticas, suas rotinas.	117
5.4 Dimensão IV - Percepção dos sujeitos sobre a efetividade dos serviços e das práticas de cuidado oferecidas	146
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
7. REFERÊNCIAS.....	173
8. APÊNDICES	186
9. ANEXOS.....	204

APRESENTAÇÃO

“O poeta é um ente, que lambe as palavras e depois alucina”

Manoel de Barros.

Tomamos de empréstimo esta frase de Manoel de Barros no sentido de transpô-la para os campos do cuidado e da produção de conhecimento. Que mais se pode dizer do contato com as crianças e adolescentes no trabalho em saúde mental? Aqui, a noção de alucinação, uma alucinação produzida pelo encontro, pela “lambida”, pelo gesto, provoca alucinações; alucinações como formas de produzir diferenciações, composições de outra ordem, menos burocratizadas, normativas e arbitrárias no contato e produção de saúde com estes sujeitos. Um encontro de pessoas e de potências que produz alucinações enquanto passagens éticas para a afirmação de outros modos de viver, de sentir e de pensar.

Desde meu primeiro contato com estes campos, com estas pessoas, é dessa forma que tenho podido experimentar o trabalho na saúde mental, e de forma muito mais intensa com a saúde mental infantojuvenil, em que as imposições normativas para o estabelecimento de determinadas formas de relações costumeiramente não podem se atualizar. Assim como afirmam Andre e Basile (1999), com estas crianças e adolescentes é sempre preciso operar uma *invenção de mundos*. O processo de construção do cuidado é assim, o de defesa da multiplicidade de formas de viver como tônica principal dos trabalhos nessa área. E nisso não se trata de estetizar ou romantizar o sofrimento, a experiência disruptiva de si, mas sim, de poder ver para além do que estigmatiza, cerceia, tolhe as possibilidades de vidas das crianças e adolescentes em sofrimento e suas famílias. Inventar o novo e defender o possível.

Assim, o modo com que nos aproximamos, com que compomos e o aquilo que ofertamos coletivamente enquanto cuidado para as crianças, os adolescentes e suas famílias, foi foco de intensos questionamentos e rebeliões compartilhadas no cotidiano de um serviço. Um novo CAPSi na cidade de São Paulo, que se tentava produtor de ampliação da saúde e das condições de vida e sociabilidade das pessoas atendidas. Um serviço que buscou, o quanto pôde, ainda nas palavras de Andre e Basile (1999), criar situações de ruptura com a passividade, *desapassivar* o instituído e junto com crianças, adolescentes e suas famílias expor ao mundo as potências e belezas que cada vida e

cada gesto contém e constitui. Nossa ideia era assim, poder produzir sentidos coletivos para as experiências vividas e ajudar na defesa de que, mesmo atravessados pela loucura, crianças e adolescentes podem compartilhar a vida e criar sentidos.

Disto, o despertar da vontade de partir para o encontro com as outras “lambidas”, outras palavras. O encontro com o campo da pesquisa, na tentativa de construir sentidos, novas alucinações do sensível junto a colegas, instituições e parceiros que pudessem tornar estas alucinações em miradas e objetivos coletivos. Alucinar na pesquisa para produzir a ampliação da percepção, a ampliação da conversa. Alucinar na pesquisa para a possibilidade de formação de uma função-terapeuta, de um fazer que possa construir um percurso também no campo da docência, para assim, seguir ampliando o campo das alucinações do sensível para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

O desejo assim expresso de produzir um estudo nesse campo: o das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil no Brasil e a produção de cuidado, tiveram o objetivo inicial de ajudar o entendimento, criar novos nomes para o que se produzia, criar linhas de significado que pudessem ser compartilhados. E desse objetivo o encontro com um grupo potente, o Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, em que os desejos por outras formas de perceber, e propor o cuidado com crianças e adolescentes em experiências de sofrimento psíquico também possui percursos de alucinação. Desejos construtivos de se produzir novas formas para o cuidado, para a clínica, para a pesquisa.

Durante este trabalho outro desejo também se afirmou: a investigação. Investigação enquanto a curiosidade para abrir espaço e esperar deixar o tempo correr para o outro dizer. Assim, entendemos que esta pesquisa é abertura para conversa: conversar com as famílias, conversar com os técnicos dos serviços, conversar a universidade e com o campo da produção de ciência.

Desejamos que essa conversa-investigação possa produzir delírios construtivos, alucinações do sensível para a construção de estratégias múltiplas, respeitadas e afirmativas para o cuidado com as crianças e os adolescentes em experiência de intenso sofrimento psíquico.

Nesse sentido entendemos que, por se tratar da produção de uma terapeuta ocupacional em um programa de pós-graduação em terapia ocupacional, há considerações relevantes, não artificializadas, mas sim expressas, para o campo

específico da terapia ocupacional como se poderá observar nos resultados, principalmente no que tange às questões da constituição do cotidiano das crianças e adolescentes e suas famílias e suas participações sociais. Entendemos ainda que este grupo estudado: o das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico compõem população da qual a terapia ocupacional esteve historicamente empenhada em cuidar, assistir e acompanhar, no sentido de criar estratégias interessantes e emancipatórias para os sujeitos. Entretanto, ao longo do trabalho poderá ser observado que o enfoque principal do estudo reside na possibilidade de articulação das diferentes categorias profissionais inseridas nos CAPSi. A perspectiva forjada é a do trabalho em equipe como constituinte das práticas exercidas. E assim espera-se que este estudo possa contribuir: para o fortalecimento coletivo dos sujeitos-terapeutas-técnicos inseridos no cotidiano dos equipamentos.

Apresentamos, assim, o trabalho intitulado “Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico” como requisito mínimo para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos sob a orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O objetivo deste estudo é identificar como se configuram as práticas de cuidado para crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico que estão inseridos nos CAPSi.

O trabalho é constituído por sete seções que objetivam evidenciar como se efetivou o processo de aprofundamento no tema bem como a realização do trabalho em campo.

Nesta Seção 1, é feita a apresentação do estudo e o detalhamento de seus componentes.

A Seção 2 visa oferecer um panorama introdutório ao tema de estudo seguido pelo aprofundamento em questões preliminares ao trabalho em campo. São feitas referências à constituição do campo da saúde mental infantojuvenil no Brasil, à Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial enquanto transformações paradigmáticas na construção do cuidado em saúde mental, aos CAPSi enquanto instituição promotora de novos modelos de cuidado para a infância e adolescência, e por fim, a importância da participação familiar na composição de estratégias de cuidado.

Posteriormente, na Seção 3 são apresentados os objetivos, geral e específicos do estudo.

Na Seção 4, seguinte, apresenta-se o Método do estudo, no qual são indicados os percursos metodológicos realizados, o delineamento do estudo, os aspectos éticos e a construção dos instrumentos de coleta e de análise dos dados obtidos.

A Apresentação e Discussão dos Resultados é realizada na Seção 5. Neste excerto, estão apresentados os resultados obtidos por meio das análises descritivas dos dados advindos das fichas de identificação e, no caso das entrevistas, do Discurso do Sujeito Coletivo. Acrescenta-se que estão descritas no texto, todas as respostas obtidas a cada uma das perguntas realizadas. Entendemos que deste modo priorizamos aquilo que se sucedeu no campo, no ato da pesquisa, mais do que o jogo de construção de um texto ao qual se faz referência apenas aquilo que se deseja discutir. Com a finalidade de oferecer uma melhor compreensão dos resultados, este excerto foi dividido em quatro dimensões de temas, a saber: Dimensão I – Apresentação dos participantes do estudo; Dimensão II – Percepção e definição de intenso sofrimento psíquico e necessidades e demandas dos sujeitos atendidos; Dimensão III – Organização do cuidado: Os CAPSi, suas práticas e suas rotinas; Dimensão IV – Percepção dos sujeitos sobre a efetividade dos serviços e das práticas de cuidado oferecidas.

Na Seção 6, as Considerações Finais são apresentadas apontando as adequações do estudo bem como seus limites. Faz-se ainda a indicação para futuros estudos.

Ao final do texto, na Seção 7 são apresentadas as referências utilizadas, seguida pela Seção 8 que apresenta os Apêndices e por fim a Seção 9 que contém os Anexos do estudo.

2. INTRODUÇÃO

Destituídos historicamente de seus direitos ao sofrimento e à loucura, crianças e adolescentes estiveram até poucas décadas fora da agenda de discussões das políticas públicas para saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005; COUTO, 2001; COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008). Parte deste atraso na criação de políticas diretas de atenção à saúde mental infantojuvenil é justificada pela dificuldade na definição de quadros diagnósticos claros e precisos, uma vez que estas fases da vida são consideradas como períodos de desenvolvimento, em que os limites entre o que é considerado normal e o que configura adoecimento, são muito tênues (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Outra hipótese, bastante avultada para este descaso, deve-se ao fato de que, em geral, o quadro de sofrimento psíquico, para ser efetivamente diagnosticado, solicita a participação de terceiros que o nomeiem; comumente são os pais e os professores que tratam mais diretamente destas questões o que pode ser gerador de situações em que o sofrimento nas crianças e adolescentes não seja percebido ou mesmo remetido aos serviços atualmente ofertados (COUTO, 2001).

Dados da Organização Mundial da Saúde (2001) estimam que entre 10 a 20% das crianças no mundo apresentam necessidade de algum tipo de acompanhamento em saúde mental, enquanto que 3 a 4% da população infantojuvenil total necessitará de acompanhamento intensivo em saúde mental. Em revisão de estudos epidemiológicos a respeito das condições de saúde mental desta população no Brasil, Paula, Miranda, Bordin (2010) relatam que, entre os anos de 2001 e 2009 foram quinze os estudos sobre o tema. Destes, as taxas de prevalência para desordens em saúde mental, quando avaliados a partir de instrumentos de rastreamento, variaram entre 12 a 24,6% do total da população infantojuvenil; já em relação aos estudos baseados em entrevistas diagnósticas, estes índices ficaram entre 7 e 12,7%. Os autores deste estudo, contudo, fazem a ressalva de que as pesquisas relatadas estiveram concentradas em três grandes estados brasileiros e alertam para a importância de se realizarem estudos multicêntricos no país.

Em estudo realizado numa cidade do interior do Estado de São Paulo, que objetivou indicar a prevalência de problemas de saúde mental entre crianças que frequentam o Ensino Fundamental I a partir da aplicação de diferentes instrumentos de medidas, Cid (2011), observou que os dados obtidos por meio do Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) indicaram a incidência de agravos de saúde mental

que necessitam de acompanhamento especializado em 43% dos casos, número este, segundo a autora, que contrasta com outras pesquisas realizadas sobre o tema. Cid (2011) salienta que possivelmente este achado tenha profundas relações com a população estudada composta por crianças de áreas periféricas da cidade em tela.

2.1 Saúde mental infantojuvenil no Brasil: percurso histórico

O caminho trilhado no campo da atenção à saúde mental das crianças e adolescentes ao longo do tempo, conheceu movimentos diferentes daqueles que compuseram a história da saúde mental do adulto, pois, esteve guiado por outros projetos políticos e interesses, o que certamente fornece variados limites e aportes para a discussão das atuais conformações da atenção às populações em sofrimento psíquico (COUTO, 2001).

Na sociedade ocidental, foi no início do século XIX que ocorreram as primeiras experiências no campo da psiquiatria infantil, situadas na França, com a criação de hospitais especializados para a educação e tratamento de crianças e adolescentes acometidos pelas mais variadas desordens psíquicas, como a Escola para Crianças Idiotas, anexa ao Hospital Psiquiátrico Salpêtrière, em 1821. Em decorrência da obrigatoriedade de que as crianças francesas frequentassem escolas, os médicos psiquiatras ocuparam-se em diagnosticar e sistematizar um quadro referente às deficiências e incapacidades relativas aos processos de aprendizagem. As bases teóricas da psicopatologia da infância e adolescência neste período eram derivadas de duas correntes principais: uma que transpunha para este grupo populacional as mesmas considerações sobre a psicopatologia do adulto, no chamado *adultomorfismo* e, a outra vertente, por sua vez, caracterizava-se pela descrição dos processos de incapacidade e deficiências intelectuais (REIS, et al., 2010).

Em relação à juventude, que não constituía alvo das políticas para educação formal, delineia-se neste período o construto do jovem delinquente. Nota-se que, além da categorização psicopatológica de delinquente, referem-se como outros diagnósticos próprios das crianças e adolescentes, a idiotia, a debilidade e a imbecilidade (COUTO, 2010; REIS, et al., 2010; RIBEIRO, 2006).

Em 1943, com a publicação de um estudo descritivo do funcionamento de uma criança autista por Leo Kanner, efetiva-se uma ruptura fundamental na constituição do

campo da psicopatologia da infância e adolescência, inaugurando mais precisamente a psiquiatria infantil. Em seu estudo, Kanner se detém ao detalhamento de uma problemática eminentemente infantil, considerando para tanto que as crianças não possuíam os mesmos modos de funcionamento afetivo e psicológicos que os adultos. Sua importância decorre também de que Kanner se propõem à descrição de um acometimento grave, de ordem afetiva e não necessariamente intelectual (REIS, et al., 2010).

Embora tenha se constituído com algumas similitudes aos processos de formação internacionais, as bases da psiquiatria infantojuvenil no Brasil serviram a outros projetos de sociedade e de saúde. Durante o Período Colonial, são escassas as referências a qualquer modalidade de atenção à infância e adolescência. As primeiras ações destinadas à saúde mental destes grupos surgem conjuntamente com as primeiras iniciativas neste campo para os adultos, justamente com a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico do país, em 1832, o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Neste período e em decorrência de tal inauguração são realizados os primeiros estudos e teses brasileiros no campo da psiquiatria (RIBEIRO, 2006).

O que se percebe, conseqüentemente, é que as ações à saúde das crianças e adolescentes – aí incluídos também os aspectos relativos à saúde mental - compunham o novo plano político, ideológico e social no país após sua independência. Quanto mais a disciplina médica tornava-se entidade reguladora dos modos de vida nas cidades, mais funcionava como aliada de uma burguesia urbana, que tinha entre seus projetos, a negação do estilo de vida patriarcal de base rural, estabelecido durante o período do Brasil Colônia (COSTA, 1983).

Neste plano, as tentativas de controle das situações de precariedade foram apanhadas pelo discurso do Movimento Higienista, que embora não tenha tido grande representatividade numérica entre a sociedade e tampouco participação popular em suas formulações, foi responsável por estabelecer uma série de prerrogativas em relação aos procedimentos para se alcançar modos saudáveis de vida e convivência nas cidades que se estabelecem ainda hoje, entre outras a individualização dos processos de adoecimento e a medicalização de questões sociais e pedagógicas. Propagado pela elite burguesa entre a última metade do século XIX e a primeira metade do século XX, entre seus objetivos, buscava normatizar a vida nas cidades a partir da entrada da disciplina médico-terapêutica nas famílias. Ao incutir nos sujeitos a preocupação com a saúde

individual disseminava o ideário burguês de saúde e bem-estar: o do homem branco, de porte atlético, disciplinado e responsável pelo bom andamento de sua família nuclear (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; RIBEIRO, 2006).

Já o Movimento Eugenista, em geral discutido conjuntamente com o Movimento Higienista pela relação de complementaridade que mantinham, buscava a recondução da vida nas cidades a partir do controle das ações tidas como anormais, como exemplo, as condutas sexuais depravadas e a miscigenação das raças e etnias. Assim, buscava-se reforçar a ideia de melhoramento da raça pela contenção e refreamento dos impulsos dos sujeitos e pelo controle dos modos de vida, principalmente os matrimônios (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; RIBEIRO, 2006).

Ambos os movimentos incidiram e justificaram socialmente grande parte das ações direcionadas às crianças e adolescentes, desenvolvendo-se principalmente enquanto formas de ação de uma medicina que se pretendia social. O objetivo de encaminhamento da nação brasileira para patamares supostamente mais civilizados, incluídos como objetivos dos dois citados movimentos, produziram uma série de recomendações, com ampla divulgação social, na tentativa de serem diminuídas as principais mazelas e comprometimentos que caracterizavam o país como pouco desenvolvido: as altas taxas de mortalidade infantil, as pragas e doenças tropicais (BOARINI; YAMAMOTO, 2006; REIS et al., 2010; RIBEIRO, 2006).

Surgem neste cenário e de modo mais sistematizado, as primeiras práticas direcionadas às crianças, incluindo nestas ações o cuidado materno-infantil. Os propósitos de higienização da sociedade encontravam nas crianças, terreno fértil para seu desenvolvimento a partir da individualização das mazelas e responsabilidade sobre a saúde, produzindo-se uma série de indicações e programas a serem executados no interior das escolas e educandários. Observa-se também que, conjuntamente com as ações de assistência materno-infantil, outras intervenções que se destinavam à saúde da população são estabelecidas, como os primeiros programas de controle de epidemias e acidentes, a utilização de provas estatísticas frente aos problemas de saúde da população, além do controle e repressão às práticas e atividades sexuais, consideradas pura depravação (RIBEIRO, 2006).

Cabe reforçar que os citados movimentos Higienista e Eugenista tiveram importante repercussão na condução dos valores morais da sociedade burguesa no Brasil, sendo desenvolvidos a princípio pela iniciativa privada e sem contarem com

recursos públicos, embora tenham assumido relevância para os planos políticos de desenvolvimento e progresso nacional. Importante figura deste período foi o médico Arthur Moncorvo Filho, que fundou em 1899 o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, instituição gerida por ele, com recursos particulares. Entusiasta do cuidado às condições materno-infantis foi o primeiro estudioso das situações de negligência e maus tratos a que as crianças estavam submetidas e incitava ao Estado a responsabilidade pela criação de ações mais abrangentes à população infantil. Entre seus projetos, defendia a melhoria nas condições de aleitamento, tendo como população alvo as crianças pobres e doentes (RIBEIRO, 2006).

Neste contexto se dá, em meados da década de 1920, a criação da Liga da Higiene Mental, entidade assumidamente preocupada com o desenvolvimento mental da população brasileira, em especial da infância. Suas ações de assistência frequentemente adotavam caráter repressivo, em que as instituições psiquiátricas de internação respondiam pelo papel de reguladores do espaço social, dando possibilidades para o efetivo estabelecimento da disciplina psiquiátrica infantil, que entre seus atributos, ocupava-se também de projetos de prevenção de patologias. Ao atuarem junto às crianças e com forte veiculação entre a população, atingiam também a organização das famílias brasileiras, entre outras coisas inculcando nestas a idéia de que somente a disciplina médica era capaz de orientar adequada e corretamente quanto aos modos de educação das crianças para uma vida saudável, afastada da insanidade, dos desvios de conduta e principalmente da delinquência (COSTA, 1983; REIS et al., 2010).

Nota-se, portanto, que este movimento difere do que se dava em outros continentes, principalmente na Europa, em que a psiquiatria infantil também se ocupou do ambiente escolar no sentido de intervir nos processos de aprendizagem. No Brasil observou-se, como já assinalado, que os objetivos da psiquiatria infantil residiam em sanar as problemáticas que caracterizavam o país enquanto nação atrasada, verificada através da delinquência e da mortalidade infantil, a partir da moralização da sociedade e do controle de suas condutas. Surgem assim, as primeiras clínicas de orientação infantil, principalmente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, que além de médicos psiquiatras e pediatras contavam também com a chegada recente de psicólogos e psicanalistas, orientados amplamente pelo ideário difundido pelos já citados movimentos Higienista e Eugenista (ASSUMPCÃO JR, 1995; BOARINI; YAMAMOTO, 2006; SCHECHTMAN, 2005; RIBEIRO, 2006).

Por outro lado, as crianças e adolescentes severamente comprometidos em seu sofrimento psíquico no país, mantinham-se reclusas em alas conjuntas com os adultos nos principais Hospitais Psiquiátricos. Uma vez que as principais ações no campo da saúde mental infantojuvenil se detinham à prevenção de agravos, poucas ações estiveram descritas e direcionadas às populações em intenso sofrimento psíquico. À exceção de tal constatação tem-se, em 1903, a criação do Pavilhão Bonne Ville, anexo ao Hospital da Praia Vermelha no Rio de Janeiro, e da Ala Infantil no Hospital Juqueri, em 1921 em São Paulo, onde até então as crianças consideradas portadoras de enfermidades mentais permaneciam conjuntamente com os adultos¹. Em 1929 é inaugurada, também no Juqueri, ala específica para menores anormais, estruturada em pavilhão, abrigo e escola em que se dividiam as turmas a partir das hipóteses diagnósticas realizadas, neste, as ações educativas visavam prioritariamente à condução da ordem interna a partir da orientação moral, mental, física e manual direcionadas para os jovens delinquentes e oligofrênicos (ASSUMPÇÃO JR, 1995; RIBEIRO, 2006).

Embora existissem tais instituições como as acima assinaladas, tal como aponta Couto (2001), a principal forma de institucionalização de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, se deu para além das instituições psiquiátricas, e deste fato advém a escassez de registros sobre o tema na área da saúde. Grande parte das crianças adoecidas permanecia em instituições assistenciais, mantidas por entidades filantrópicas, que embora não figurassem como instituições do campo da psiquiatria, mantinham modos de exclusão e violência muito semelhantes. As intervenções para institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil foram utilizadas em proporções arrebatadoras. Durante décadas, esta foi a principal resposta para a maioria das problemáticas sociais (BRASIL, 2005; BOARINI ; YAMAMOTO, 2004).

Assim, além da institucionalização das crianças e adolescentes com algum tipo de sofrimento psíquico, a infância e juventude pobres tiveram como alternativa única para sua existência a institucionalização. O medo social em relação ao louco e ao pobre, que supostamente poderiam se tornar delinquentes, justificou ao longo dos anos uma série de violações à vida humana e à sua integridade. Em grande parte, e com intensa responsabilidade por esses acontecimentos, a disciplina da psiquiatria infantil no Brasil

¹ ASSUMPÇÃO JR (1995) cita estudo de tese de doutorado da Faculdade de Medicina de São Paulo do ano de 1926, em que se descreve que entre os anos de 1923 e 1925, aproximadamente 615 jovens com menos de vinte anos, de ambos os sexos, foram internados no Juquery. Entre as principais justificativas para os acometimentos estavam a miscigenação das raças e as influências de ambientes degenerados.

serviu como disseminadora do entendimento de que as manifestações diferentes, supostamente degeneradas necessitavam de reclusão. As ações da psiquiatria brasileira foram maciçamente, ao longo do tempo, direcionadas às crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, a fim de evitar degenerações, propondo o refreamento dos supostos transtornos de conduta e a educação dos excepcionais. O escopo da psiquiatria serviu como base para o enfrentamento violento da delinquência e da marginalidade a partir da instrução moral e da ação orgânica por meio de intervenções como enclausuramento, eletrochoques, cirurgias cerebrais e intensas doses de medicação (ASSUMPCÃO JR, 1995; COUTO, 2001; COUTO, 2003; RIZINNI, 2005).

Em 1927, a criação do primeiro Código de Menores, conferiu respaldo político e ideológico, tanto às ações em saúde mental quanto ao desenvolvimento da psiquiatria infantil, ao definir as bases para as ações de enfrentamento à delinquência por meio da justificativa da resolubilidade das ações de cunho hospitalocêntrico, asilar e autoritário. No início da década de 1940, com a emergência do Estado Novo e sob a rubrica de seus projetos de avanço da nação, foi criado o Departamento Nacional da Criança que inaugura serviços estatais públicos para a atenção à saúde materno-infantil e, conseqüentemente, com oferta de alguns serviços para as alterações de comportamento e desvios em saúde mental da infância e adolescência. Com o objetivo de fortalecimento da mão de obra para o processo do progresso nacional, as políticas e ações advindas neste período continham forte caráter disciplinador, voltado para as camadas mais pobres da população. Desde esta década até o final da ditadura militar, entre as décadas de 1970 e 1980, pouco o panorama de atenção se modificou, à exceção da criação de algumas redes filantrópicas de atendimento à criança e ao adolescente com deficiência, reforçando assim, em um grande recorte histórico, a manutenção de práticas de atenção cunhadas no assistencialismo, na violência e na segregação (COUTO, 2001; REIS, et al., 2010; RIZZINI, 2005)

Logo, observa-se que

o discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinquente). O resultado desse longo processo que visava a assistir crianças e adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão (BRASIL, 2005, p.7-8).

Parte do que se traduzia nestas ações derivava de uma concepção sobre estas fases da vida humana que recusavam o transtorno mental infantil enquanto uma condição de existência. Os eventos de sofrimento e adoecimento psíquicos eram atravessados por diagnósticos de deficiência mental, que, outrossim, necessitavam de reparação e demandavam, para seu cuidado, práticas de caráter pedagógico e adaptativo (COUTO, 2001; REIS, et.al., 2010).

Embora sejam ainda poucos os relatos sobre as crianças e adolescentes inseridos em hospitais psiquiátricos, pesquisa jornalística realizada por Prada (1998) revelou os atos de profunda violência e abandono cometidos contra crianças em uma clínica psiquiátrica infantil e particular na cidade de São Paulo, no final dos anos de 1970. A obra, composta por fotos e cartas publicadas em jornal de grande circulação da cidade, conta com declarações de vizinhos, de profissionais afastados da clínica e pelo relato da própria jornalista, que tratavam dos abusos de crueldade e frieza com que as crianças e adolescentes foram durante anos tratadas, muitas das quais mortas por procedimentos obscuros realizados no interior da instituição. Nesta mesma direção, com enfoque histórico-jornalístico, Arbex (2013) relata os abusos cometidos dentro do maior hospital psiquiátrico brasileiro localizado em Minas Gerais. Entre estes atos, descreve as ações violentas e criminosas realizadas contra crianças e adolescentes internados no hospital durante grande parte do século XX.

Pode-se perceber que, embora a disciplina médica e outras categorias imersas no campo da saúde tenham inserido seus saberes na temática da assistência a crianças e adolescentes, pouco se objetivou a melhoria das condições de vida para os sujeitos que não detinham condições de se manterem de acordo com as normas sociais e de saúde vigentes no período (MINTEGUI; MAGALHÃES, 2011; REIS, et al. 2010; RIBEIRO, 2006; SANTOS NETO et al., 2008).

2.2 Transformações e resistência: a mudança nos paradigmas de cuidado em saúde mental

As discussões e políticas de saúde a respeito da condução da assistência em saúde mental no que tangia aos adultos, crianças e adolescentes viveu processo de estagnação no Brasil durante as décadas em que esteve em vigor o regime militar de ditadura no país. Internacionalmente é a partir da década de 1960, iniciada na Europa

com o movimento de contracultura, que toma maior vigor a construção das críticas a respeito do poder das instituições frente aos processos de vida e de desenvolvimento dos sujeitos. O questionamento quanto às instâncias normatizadoras da existência conquista espaço para discussão social em maior escala. As produções das teses de Michel Foucault, “a História da Loucura” e de Erving Goffman “Manicômios, Conventos e Prisões”, ambas de 1961, e os chamados movimentos de contracultura como o Maio francês de 1968, objetivaram questionar o papel central das mais diversas instituições na produção de subjetividades e de normas para a vida em sociedade. As contribuições de Foucault e de Goffman tiveram centralidade principalmente na produção de entendimentos do caráter coercitivo, violento e desumano das práticas adotadas nas principais instituições sociais que se propunham ao ajustamento e regulação social (MANGIA; NICÁCIO, 2001; OLIVEIRA; et al., 2012).

As experiências de transformação da atenção à saúde mental produzidas coletivamente na Itália, nas décadas de 1960 e 1970, tiveram repercussões mundiais principalmente a partir das produções de Franco Basaglia, Franca O. Basaglia e Franco Rotelli, que compuseram com suas contribuições teórico-práticas o quadro referencial da Reabilitação Psicossocial (BASAGLIA, 1985; SARACENO, 1999; MANGIA; NICÁCIO, 2001).

As principais proposições da Reabilitação Psicossocial tiveram eco em inúmeros países e se fundamentaram essencialmente no entendimento de que a loucura é um problema também social e que, portanto, a partir desta condição, deve ser complexificada. As ideias-conceitos-operadores deste modo de ação de cuidado em saúde questionam desde as formas com as quais se produziu historicamente o conceito de doença mental e as intervenções destinadas a população com experiência de sofrimento psíquico, como também os meios pelos quais se produzem as disciplinas que atuam neste campo (NICÁCIO, 2001; MANGIA; NICÁCIO, 2001; PITTA, 2001; SARACENO, 1999).

As abordagens nessa perspectiva admitem então, prioritariamente, um enfoque ético frente à responsabilidade para com a autonomia e exercício de direitos das pessoas atendidas (PITTA, 2001). Tal exercício ético demanda, destarte, que o mandato social dos profissionais envolvidos nessa ação seja discutido, e mais ainda, redimensionado. O que se observou, com efeito, é que as ações ditas especializadas trabalhavam para a manutenção das relações de opressão e de assujeitamento das pessoas atendidas, e que,

portanto, toda ação profissional, tinha imbuída um saber técnico como também uma vontade política. Não há assim, intervenção em saúde que não responda a um ou outro desejo político. Foram a partir destas constatações que os profissionais se posicionaram frente a seus aparatos técnico, ético e científicos e conjuntamente com o movimento de familiares e de pessoas envolvidas com trajetória de sofrimento psíquico, constituíram um outro rumo para as ações no campo da saúde mental (PITTA, 2001; SARACENO, 2001).

A contratualidade, como operador chave da Reabilitação Psicossocial, se caracteriza pela capacidade que as pessoas possuem – por vezes num grau próximo a zero – de exercerem trocas sociais dos mais diferentes aspectos: materiais, subjetivas, afetivas, econômicas e de trabalho. Essas trocas, quando em andamento, produzem valores sociais. Tal capacidade contratual nas pessoas com trajetória de sofrimento psíquico é anulada a praticamente zero, tal como nos aponta Kinoshita (2001). Nestes sujeitos a única positividade existente é em relação à doença em que toda e qualquer possibilidade de troca social deixa de existir quando se utilizam, sob a justificativa do cuidado, modos de asilamento e ruptura com a dimensão social da vida (KINOSHITA, 2001; PITTA, 2001).

Trata-se, portanto, de buscar reestabelecer pela via da capacidade contratual a cidadania das pessoas. E é nesse aspecto que se coloca a proposta de Reabilitação Psicossocial, pois considera-se que o principal causador de desabilidade não reside essencialmente na presença do sofrimento psíquico, outrossim na anulação e intervenção na capacidade contratual das pessoas. Antes de ser um modo de se fazer propor a intervenção clínica, a reabilitação, vista pela Reabilitação Psicossocial, consiste em buscar coletivamente a cidadania e a autonomia. Para tanto, tornou-se imprescindível que o cuidado se estabelecesse no território de vida das pessoas, fora dos manicômios ou de qualquer outra instituição que limitasse a vida em sociedade e a troca de experiências (KINOSHITA, 2001; SARACENO, 1998; 2001).

No Brasil, a crítica às práticas das instituições asilares encontraram ressonância e motivação aliadas aos movimentos de redemocratização do país, assim como também com os primeiros movimentos que posteriormente resultaram na Reforma Sanitária (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

Durante meados da década de 1970 as manifestações frente aos abusos cometidos nos hospitais psiquiátricos do país foram tomando maiores dimensões,

quando então novas alternativas para o cuidado em saúde mental começaram a ser formulados. Na década seguinte, a criação, no Estado de São Paulo, de serviços extra-hospitalares ressoou positivamente na elaboração crítica dos profissionais da área acerca da proposição de novas saídas para a questão da institucionalização da loucura. Tal conjuntura possibilitou que as transformações na assistência à saúde mental no país tivessem importantes repercussões nas formulações políticas da época e que fossem asseguradas por meio da promulgação da Constituição de 1988 como também pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no mesmo ano (BALLARIN; CARVALHO, 2007; MANGIA; NICÁCIO, 2001).

As prerrogativas colocadas pelo movimento da Reabilitação Psicossocial inspiraram parte das políticas de saúde mental nacionais, culminando com a implantação da Lei 10.216 de 2001, referência normativa ainda na atualidade, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” ao passo que indica a criação de serviços territoriais de base comunitária para a atenção às pessoas em intenso sofrimento psíquico, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (BRASIL, 2004; 2005b).

Percebe-se, destarte, que embora as mobilizações sociais frente aos abusos cometidos no interior dos hospitais psiquiátricos e as proposições realizadas no sentido da reconfiguração das intervenções para os sujeitos em experiências de adoecimento psíquico estivessem absolutamente relacionadas com a saúde mental do adulto, os movimentos iniciados neste campo puderam reconfigurar, mesmo que ainda tímida e tardiamente as ações destinadas às crianças e adolescentes em experiências de sofrimento psíquico.

Conjuntamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) soma forças e corrobora o entendimento de que crianças e adolescentes devem ser considerados como cidadãos, sujeitos de direitos e deveres e terem acesso pleno à educação, saúde, lazer, alimentação, profissionalização e cultura, estando protegidos de situações de negligência, abandono, violência, vivendo sob garantia do direito à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1995; 2001).

Observa-se, contudo, que apesar das políticas nomearem os modos com os quais poderiam ser produzidas as relações de cuidado, havia um descompasso no montante das ações. Mesmo com as importantes transformações no campo da atenção à criança e

ao adolescente ocorridas na década de 1990, percebe-se que estes novos modos propostos para o encontro destes grupos enquanto sujeitos de direito e assegurados para o pleno acesso em relação as suas demandas essenciais como saúde, educação, lazer, moradia, convivência familiar, encontraram dificuldades de execução em iniciativas concretas para esta população (COUTO, 2001).

Grande parte da produção teórica a respeito da transformação dos modelos de assistência em saúde e da produção de novos e disruptivos modos de se produzir as relações não abarcavam a questão da infância ou mesmo da adolescência. Pode-se conferir, por exemplo, que durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, no que consta em seu caderno de textos de apoio (BRASIL, 2001), dos vinte e sete relatos de caso e textos disparadores apenas um tratava especificamente da infância e adolescência. Há de se levar em conta que as particularidades na história da institucionalização infantojuvenil produziram diferentes modos de se explicar a existência do sofrimento psíquico, e estas por sua vez, modificaram as formas com as quais foi possível o exercício do cuidado e da atenção.

Incluir a loucura como uma das possíveis condições de existência da criança supõe o desmonte deste cardápio ideal e, ao mesmo tempo, uma profunda revisão de nossos ideais de descendência. A “sua majestade, o bebê”, objeto de tantos investimentos narcísicos e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfear-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar e carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar. Esta criança louca macula os ideais, subverte o imaginário cultural, mas nos convoca, a todos, ao desafio de delas cuidar e com elas coexistir (COUTO, 2001, p.136).

Com relação ainda ao que se refere aos modos de se compreender as experiências de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, Ferreira (2008) acrescenta que segue-se com a dificuldade, construída na dinâmica do social, de garantir a estes grupos o direito à loucura. Trata-se assim, da criação e propagação pelos meios médicos e científicos de classificações que tomam de assalto a produção subjetiva e identitária de crianças e adolescentes, que ao receberem o diagnóstico de *transtornados* são objetificados em identidades pouco flexíveis. Incide então sobre estes sujeitos toda sorte de procedimentos, terapêuticos e ações medicalizantes que, no geral, desconsideram as características singulares de cada pessoa em seu percurso pelo sofrimento. Preocupando-se mais com os supostos sintomas e sua supressão do que

exatamente sob quais situações e passagens se constituíram tais experiências de sofrimento, as ações assim dirigidas, acabam por pouco questionar o que transtorna as crianças e adolescentes (FERREIRA, 2008).

2.3. Os CAPSi e a aposta no modo psicossocial para o cuidado na infância e adolescência

Os CAPS são parte integrante de um conjunto de serviços que objetivam romper com a lógica hospitalocêntrica e institucionalizante, estabelecidos e regulamentados pela Lei 10.216 de abril de 2001 e pelas portarias SNAS n°224 de janeiro de 1992; GM n°336 fevereiro de 2002 e Ato Portaria n° 185/SAS – julho 2003. Suas ações intensivas são direcionadas aos grupos com sofrimento psíquico intenso e persistente, embora sejam também responsáveis pelas articulações em território de estratégias e ações que objetivem a promoção de cuidados em saúde mental para toda a população. São equipamentos fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica uma vez que se propõem à transformação da atenção em saúde mental no Brasil por meio da extinção do modelo hospitalocêntrico cunhado na exclusão social e segregação, em defesa de um modelo de base territorial e comunitária. Estes equipamentos têm funções de reguladores da rede de atenção em saúde mental adstrita e prestam suporte para às ações da Atenção Básica. Articulam não somente a rede de cuidados, mas também a efetivação de uma nova política de saúde mental nacional. Devem promover o acolhimento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais graves, objetivando a inserção e participação social destes grupos, oferecendo ainda acompanhamento clínico terapêutico, configurando-se como espaço promotor de vida² (BRASIL, 2004a).

O cuidado nos CAPS é norteado a partir de dois principais conceitos-ferramenta que se legitimam enquanto disparadores de ações e de entendimentos acerca das questões enfrentadas no cotidiano: são os princípios de *rede* e *território*. Como *rede* se localizam as ações efetivadas no sentido de “tramar” um tecido de vida que se refira não somente às redes de atenção em saúde, mas sim a todos os serviços, dispositivos e

² Com a publicação da Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde, entre estas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fica definida a função da Atenção Básica enquanto ordenadora do sistema e gestora do cuidado em saúde. Entretanto, como forma de sistematização deste trabalho, adotamos ainda o modelo de centralidade dos CAPSi uma vez que seguem desempenhando as ações de matriciamento e cuidado especializado em saúde mental, enquanto se efetua na concretude dos serviços e das redes este novo modelo de organização.

equipamentos sociais de saúde, educação, esporte, lazer, trabalho, entre outros, que possam integrar um conjunto de articulações para a construção da emancipação dos sujeitos em sofrimento psíquico e sua participação social de fato (BRASIL, 2004a).

Para a concretização de um funcionamento em rede, os CAPS utilizam-se da noção de *território* na organização de suas intervenções. Nesse contexto, o território adquire um sentido ampliado, em que é mais que uma circunscrição geográfica. Território são os locais por onde a vida passa, por onde se tecem as relações, onde se efetiva uma trama comunitária de ações, possuindo, portanto dimensões subjetivas coletivas e individuais (BRASIL, 2004a; COUTO; DELGADO, 2010).

Os CAPS podem se estruturar, no que tange ao número de habitantes no município e à oferta de cobertura durante a semana, em três formas, CAPS I, II e III. Os CAPS I situam-se em cidades que tenham entre 20 à 70 mil habitantes, os CAPS II em municípios que tenham entre 70 a 200 mil habitantes, ambos oferecendo ações em horário comercial, durante a semana, exceto os finais de semana. Já os CAPS III devem ter funcionamento 24 horas com oferta de leitos de acolhimento noturno funcionando ininterruptamente todos os dias da semana. Quanto às diversidades de demandas, os CAPS se organizam em: CAPS adulto - atenção a pessoas com mais de 18 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico e transtornos mentais; CAPS infantojuvenil – destinado a crianças e adolescentes com até 18 anos que apresentam graves comprometimentos emocionais e psíquicos e CAPS álcool e drogas (ad), que se destinam à população usuária de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a, p.19).

Embora já se assinalassem mudanças nos paradigmas de cuidado, é apenas no ano de 2003 que se dá a publicação do Ato Portaria Nº 1947/GM no qual serviços destinados à infância e adolescência em sofrimento psíquico são tratados com maior eficácia e abrangência. Esta portaria define um plano estratégico para a expansão da atenção a esta população, caracterizando o serviço prioritário para atendimento das pessoas com transtornos mentais graves, os Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi. Tal documento descreve os CAPSi enquanto:

serviço que deve ter capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população de cerca de 200.000 habitantes, caracterizando-se como um equipamento típico e resolutivo para os grandes centros urbanos. A clientela típica dos CAPSi são crianças e adolescentes com transtornos mentais severos, tais como psicose infantil, autismo, deficiência mental com comorbidade psiquiátrica, uso prejudicial de álcool e outras drogas e neuroses graves (BRASIL, 2003).

Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), no ano de 2011 os CAPS em suas diferentes modalidades chegaram a 1742 unidades espalhadas por todo território nacional, numa proporção de 0,72 CAPS para cada 100.000 habitantes. A série histórica oferecida em relação à ampliação da cobertura de CAPSi no Brasil revela que entre os anos de 2006 e 2011 houve um aumento de cerca de 100% na construção de unidade. Os dados revelam contudo, ainda, que a expansão se mantém tímida em relação à rede de atenção às crianças e adolescentes, perfazendo um total de 149 unidades.

No que se refere à região Sudeste do país, a cobertura proporcional é da ordem de 0,63 CAPS/100.000 habitantes, em todas suas modalidades, índice abaixo das regiões Nordeste e Sul. Segundo o referencial oferecido pela publicação, esta relação proporcional é considerada boa. Quanto ao número de CAPSi, o Estado de São Paulo figura como ente que mais possui o equipamento, num total de 43 unidades, seguido pelo Rio Grande do Sul, com 17 e pelo Rio de Janeiro com 16 unidades. Segundo Reis et al.(2012) a partir de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Estado de São Paulo, afim de cobrir toda sua população com a oferta de serviço do CAPSi, deveria contar, no ano de 2009 com 130 equipamentos, o que leva a crer que ainda uma grande parte da população infantojuvenil em sofrimento psíquico esta sem assistência adequada oferecida pelas políticas públicas de saúde.

Ainda assim, coloca-se que, a atual política de saúde mental infantil opera então a partir de dois principais focos de ação e organização: a implantação e manutenção dos CAPSi e a articulação de uma rede intersetorial que se corresponsabilize pelo cuidado à infância e adolescência (COUTO; DUARTE, DELGADO, 2008).

No que tange as proposições para atenção em saúde mental infantil nos CAPSi, embora sejam variadas, devem contar com princípios éticos que regem a lógica do cuidado a partir do que indicam os documentos oficiais. Estes princípios, para além de dizerem apenas sobre a organização do trabalho na saúde pública, indicam os modos pelos quais se podem produzir os encontros na clínica e as possibilidades de ativação de processos de autonomia e produção de mais saúde e bem-estar. O fio condutor deste modo de proceder o trabalho clínico indica que se considera como estratégia prioritária para a produção de saúde a ampliação da rede de suporte dos sujeitos e a proposição de

um pensamento complexo sobre seus espaços de pertencimento e de trocas sociais (COUTO, DUARTE,; DELGADO, 2008).

Baseados na lógica territorial e comunitária de atenção em saúde mental, utilizando como marco referencial a Reabilitação Psicossocial, com priorização das ações de cuidado que se localizem próximas às residências das pessoas atendidas, estes serviços visam assegurar o direito à liberdade e impedir medidas de intervenção que produzem restrição de circulação e de trocas sociais. Ao direcionar sua prioridade para as situações de grande complexidade em saúde mental, os CAPSi têm o propósito de articularem as redes de cuidados e suporte social dos sujeitos atendidos em projetos terapêuticos singulares, a serem construídos de modo compartilhado e de acordo com as demandas e anseios dos usuários. Aliados ao trabalho em rede, devem ter capacidade de fornecer novos arranjos àqueles que estiveram impossibilitados de manter ou mesmo estabelecer laços sociais de pertencimento. Deste modo, segundo indicativos oficiais, quanto mais intensiva e mais precoce for a intervenção, mais emancipatória será e variadas serão as possibilidades de cuidado e de inserção social (BRASIL, 2004a)³.

As modalidades de atendimento desenvolvidas são partilhadas pelas equipes que devem atuar de modo interdisciplinar. Para a realização destas ações de cuidado, os CAPSi contam com uma composição multidisciplinar em seu quadro de funcionários, entre eles, assistente social, enfermeiro, educador físico, fonoaudiólogo, pedagogo, psicólogo, psiquiatra, oficinairo, auxiliares de enfermagem e terapeuta ocupacional.

Entre os principais norteadores éticos, técnicos e políticos deste trabalho localizam-se as seguintes orientações:

- Crianças e adolescentes devem ser considerados enquanto sujeitos de suas histórias, assim, são responsáveis também pela manifestação de seus sofrimentos, seus sintomas e suas demandas, sendo considerados os principais interlocutores daquilo que lhes atravessa;

- Acolhimento universal: toda e qualquer criança e adolescente, assim como sua família tem direito a receber um primeiro atendimento nos CAPSi no qual suas queixas

³ Para a regulação e acompanhamento das ações no campo da saúde mental infantil, estabeleceu-se pela portaria GM n. 1608 de 2004 os Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infantojuvenil a serem acompanhados pelos Fóruns Regionais de Saúde Mental Infantojuvenil. Estes fóruns têm a função de unir agentes dos variados campos de atenção à infância e adolescência para a discussão e articulação de estratégias de cuidado e aprimoramento profissional. São também o local privilegiado e de excelência da interlocução e vislumbre de práticas voltadas para a cidadania. Localmente os CAPSi devem compor estes fóruns (BRASIL, 2005).

e demandas terão escuta qualificada que os direcionará para o local mais apropriado de resolubilidade. Esse encaminhamento se traduzirá em uma das três seguintes ações: inserção no serviço, encaminhamento para acompanhamento na atenção básica ou outro serviço especializado ou dissolução da demanda;

- Encaminhamento implicado: todo encaminhamento realizado pela equipe do CAPSi para outro serviço deve ser acompanhado de perto com discussões do caso intequipes e posterior notificação sobre outras estratégias de cuidado;

- Construção permanente da rede: articulação constante do cuidado que se localize também fora da instituição. Esta rede em geral adquire dois significados, a rede que o serviço constrói para si de parceiros para acompanhamento dos casos e interlocuções e a rede que o serviço ajuda a construir que tem enquanto eixo central o sujeito em sofrimento e sua família;

- Construção permanente do território não apenas como local concreto onde se ocorrem as situações da vida cotidiana, mas também enquanto local onde se realiza o desenvolvimento e participação psicossocial do sujeito;

- Intersetorialidade na ação do cuidado: articulação constante entre as diversas instâncias (serviços, secretarias governamentais, instituições) pelas quais pode se tecer o cuidado, em alguma modalidade, para a atenção à infância e adolescência (BRASIL, 2005);

Os esforços realizados para a inserção das pessoas em intenso sofrimento nos serviços territoriais, é um desafio (COUTO; DELGADO, 2010) que encontra dificuldades fundamentais para sua realização. As condutas de psiquiatrização e psicologização da infância e adolescência, principalmente em relação aos problemas de aprendizagem e dos inumeráveis transtornos de conduta, superlotam os CAPSi porque em geral produzem mais ruído que os sofrimentos intensos de ordem psíquica⁴ (BRASIL, 2005; COUTO; DELGADO, 2010; AMSTALDEN; HOFFMANN. MONTEIRO, 2010).

⁴ É importante frisar que não se trata de diminuir o sofrimento advindo das situações retratadas acima, mas sim considerar que a proposta inicial dos CAPSi consiste no atendimento preferencial e substancial às crianças e adolescentes gravemente comprometidos em decorrência de sofrimento psíquico intenso, principalmente aqueles posteriormente diagnosticados com autismo, psicoses e esquizofrenia (BRASIL, 2004a).

A terminologia sofrimento psíquico, comumente utilizada nas comunicações teóricas e documentos oficiais sobre saúde mental, assim como apontado nos Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), visa romper culturalmente com a estigmatização e isolamento com que as pessoas que vivenciam estas condições foram costumeiramente tratadas. Preconiza-se assim esta denominação em substituição aos termos *doente mental* e *paciente*. Segundo publicações do Ministério da Saúde, o sofrimento psíquico é compreendido enquanto uma subjetiva e também social de sofrimento em que se avoluma a percepção/possibilidade de ruptura da dimensão do sujeito em seu nível individual/existencial (BRASIL, 2013a).

No presente estudo optou-se por designar tal experiência enquanto sofrimento psíquico intenso com o objetivo de poder tratar das crianças e adolescentes em sofrimento mais grave, ou ainda, aqueles sujeitos que dentro dos serviços representam as situações de maior intensidade, carecendo de mais cuidados. Tal denominação é empregada também por descrever experiências que possam ainda, estarem sem as usuais expressões técnicas da área como, por exemplo, inseridos em determinadas hipóteses diagnósticas. Há, contudo, autores que referenciam alguns quadros diagnósticos como sendo exemplos de situações de sofrimento psíquico mais intenso. Reis et. al. (2012) ao realizar caracterização sociodemográfica e epidemiológica dos usuários de CAPSi do Estado de São Paulo, considera como casos de maior gravidade os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, o Retardo Mental, as psicoses, os problemas mentais orgânicos e parte dos transtornos de humor, alegando que estes quadros são persistentes e demandam ação intensiva e permanente (BRASIL, 2001; 2004a; 2013a; REIS et al., 2012.).

Em levantamento bibliográfico realizado por Cunha e Boarini (2011), a partir da análise de publicações científicas e digitalizadas com o tema principal CAPSi, identificou-se que ainda persiste um descompasso entre o que preconiza a política pública e o que é realizado nos serviços no que tange a população atendida. Muitos dos textos relatam experiências clínicas e comunitárias que se dão com crianças e adolescentes que aparentemente não circulam entre as chaves diagnósticas tidas como gravemente comprometidas - autismos e psicoses - o que causa um desamparo à população em franco sofrimento e com poucas outras possibilidades de inserção em espaços comuns da vida social (CUNHA; BOARINI, 2011).

Embora as políticas de saúde e documentos do SUS tratem e definam diretrizes para o estabelecimento de redes de cuidado para infância e adolescência em saúde mental de forma bastante móveis e com potencial de ordenação e de corresponsabilização, estudos desta última década vêm indicando que ainda há muito o que ser feito em termos da expansão das redes e da criação de estratégias de cuidado mais efetivas para os casos de grande complexidade. Assim Cayres (2008); Couto e Delgado (2008); Dombi-Barbosa (2009); Hoffmann, Santos e Mota (2008); Delfini et al. (2009); Ronchi e Avellar (2010); Scandolara et al. (2010); Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2011); Bueno (2013) apresentam importantes contribuições para a caracterização dos serviços de atenção à saúde mental infantil e da população a ser atendida nestes equipamentos, como também apresentam efetivas análises dos dispositivos terapêuticos incluídos no cuidado.

Em estudo que delinea os principais desafios atuais no campo da saúde mental infantil, Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2011) apontam que o crescente aumento nos números de crianças e adolescentes com histórico de abuso de substâncias químicas e a multifatorialidade dos manejos nos casos de autismo têm sugerido a inscrição de outros atores na formulação de novas e singulares estratégias de atenção, entre eles as famílias, a educação e o judiciário, por meio de interlocuções mais efetivas e partilha da responsabilidade pelo cuidado cotidiano.

Cayres (2008) apresenta dados referentes à pesquisa realizada no ano de 2006, que envolveu cinco CAPSi no município de São Paulo e onde foram entrevistados 26 profissionais de nível superior. Os resultados obtidos demonstraram que muitos profissionais mantinham-se confusos quanto às normativas de funcionamento dos serviços e às populações a serem atendidas preferencialmente nestes.

Com relação aos dados epidemiológicos para perfil diagnóstico em saúde mental infantojuvenil tem-se que dentre os principais transtornos mentais na infância e adolescência, distinguem-se, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) duas categorias de acometimento: os transtornos do desenvolvimento psicológico – que se caracterizam pela deterioração ou retardamento das funções da fala e da linguagem, inclusos nestes os transtornos globais do desenvolvimento; e os transtornos de comportamento e emocionais, que incluem depressões, fobias, distúrbios de comportamento e os transtornos hipercinéticos. Publicações do Ministério da Saúde indicam ainda, que no campo da saúde pública, os acometimentos com maior frequência

e que têm demandado a criação de novas estratégias e proposições são os transtornos autísticos, psicoses, transtornos de ansiedade, assim como o crescente aumento nos índices de abuso de substâncias químicas e tentativas de suicídio entre os adolescentes (BRASIL, 2005).

Delfini et al. (2009) em estudo que objetivou traçar perfil epidemiológico da população que acessava um dos CAPSi do município de São Paulo, encontrou os seguintes dados obtidos através da análise de prontuários ativos no serviço: 21% dos usuários estão no grupo de transtornos de comportamento e transtornos emocionais, 16,2% no grupo de transtornos do desenvolvimento psicológico e 10,5% diagnosticados com retardo mental; ainda do total dos prontuários estudados por meio dos protocolos criados, 24% destes registros não contavam com a hipótese diagnóstica. Observou-se também que, a maior parte das queixas iniciais apresentadas, eram de problemas neuromotores o que, possivelmente, se devia ao fato de que anteriormente o serviço em estudo era referência para tratamento de patologias neuromotoras.

Em estudo realizado por Hoffmann, Santos e Mota (2008), que objetivou também caracterizar os usuários e serviços prestados pelos CAPSi habilitados no Brasil no ano de 2003 e que já possuíssem um ano completo de funcionamento, foram levantados dados dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os autores concluíram que os serviços têm se mostrado compatíveis com as prerrogativas ministeriais no que se refere ao território de abrangência e faixa etária a ser atendida, como também aos cuidados às principais patologias apresentadas em saúde mental infantojuvenil. Entretanto, supunham que, por se tratar de um serviço especializado para crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, fossem averiguar índices maiores de inserção de pacientes diagnosticados com transtornos severos como esquizofrenia ou autismo do que o observado de 19,4% do total. Os autores discutem que,

tal achado pode refletir o processo de consolidação desta nova rede, considerando-se a história anterior de encaminhamentos de crianças e jovens com transtornos mentais para hospitais psiquiátricos ou serviços de outras redes de atenção como educação, justiça e assistência social. (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008, p.639).

Ainda denota o estudo a baixa incidência de usuários inseridos na modalidade de atenção intensiva⁵ nos CAPSi, estimado em uma mediana de aproximadamente 10% dos usuários totais dos serviços. A esta constatação, apontam os autores que a situação, a princípio, gera um descompasso no que preconiza a política de saúde mental, em que os usuários mais gravemente comprometidos devem estar em inserção diária no serviço, embora possa ser também reflexo de outras condições sociais dos sujeitos a serem atendidos, como dificuldade de recursos para transporte, ou mesmo dificuldades da equipe para a organização dessa modalidade de cuidado (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Em estudo que se destinava a caracterizar as modalidades e formas de atenção direcionadas aos familiares de usuários que frequentavam os CAPSi, que compunham a rede de atenção em saúde mental do estado de São Paulo, com amostra de 19 serviços, Dombi-Barbosa (2009), identificou que há escassez de registros dos atendimentos realizados com as famílias, sendo que os grupo de orientação são a modalidade mais recorrente de atendimento. Com relação ainda às famílias, Bueno (2013), em estudo que objetivou caracterizar o trabalho dos terapeutas ocupacionais inseridos nos CAPSi do Estado de São Paulo, bem como também descrever a dinâmica de atenção dos serviços, identificou que a principal forma de intervenção destinada aos familiares das crianças e adolescentes atendidos são as abordagens grupais.

Couto e Delgado (2010) apontam que a rede de cuidados em saúde mental para a infância e adolescência no Brasil está ainda muito aquém das necessidades apresentadas pelas populações. Identificam que há insuficiência de material que registre os processos de implementação dos CAPSi nos territórios, como também sobre seu funcionamento. Os autores sugerem que o cuidado deva ocorrer de modo compartilhado, entre os diversos atores que se propõem a discutir e pensar as questões da infância ressaltando a importância de pesquisas que divulguem conhecimento e revelem desafios nessa área.

⁵Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando as pessoas se encontram com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004a; p.16).

2.4 Os processos de cuidado em saúde mental e a participação familiar

A discussão sobre o acesso das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico no cotidiano dos CAPSi e, mais que isso, o fortalecimento de suas possibilidades de continuidade no acompanhamento, são questões prioritárias que necessitam estar presentes na realidade dos serviços, como também descritas na produção de conhecimento na área. Tais questões podem tratar de dimensões da organização da atenção bastante conectadas ao que atualmente tem sido discutido no campo do cuidado em saúde. Para a compreensão destas dimensões torna-se necessária a revisão de algumas contribuições feitas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica que, operando no sentido da transformação das lógicas da assistência em saúde mental, buscou produzir rupturas não somente nos modos administrativos e técnicos de se assistir a experiência da loucura, como também buscou a radical transformação das produções subjetivas que ocorrem nas relações entre o sujeito suposto detentor do conhecimento técnico científico e aquele sujeito que apresenta suas necessidades de saúde. Nesse sentido, buscou-se alinhar as demandas de saúde mental, a partir da possibilidade de singularização do cuidado, entendido aqui também como produção de processos de construção de autonomia para os sujeitos atendidos (TORRE; AMARANTE, 2001; MERHY, 2007).

Na medida em que se propõe como conduta técnica e ética no interior dos serviços de saúde mental, a aposta na construção de processos de singularização das demandas e também das ofertas a serem construídas, instauram-se conexões que produzem processos de cuidado pautados naquilo que se efetua nas relações. Os CAPSi nesse jogo, podem prescindir de oferecer um quadro predeterminado de ações e programas, para então pautarem suas intervenções nas possibilidades construídas junto com os sujeitos das relações, aqui entendidos como as crianças e os adolescentes atendidos, suas famílias e a comunidade. Assume-se destarte, o caráter político e emancipatório que podem deter as práticas inseridas nestes locais (MERHY, 2007; BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2010).

Na garantia de que esta dimensão do cuidado se estabeleça, se faz também a possibilidade de construção partilhada do acompanhamento e de produção de saúde, favorecendo tanto a participação dos sujeitos como a criação de sentidos para o que se realiza. Toma-se o conceito de cuidado, enquanto processo relacional no qual há um tensionamento entre as forças presentes no sentido da atualização das possibilidades

entre as pessoas envolvidas, em que a transformação dos sujeitos envolvidos ocorre mutuamente. São acontecimentos com determinações macro e micropolíticas, que envolvem disputa de forças das mais variadas ordens: sociais, políticas, tecnológicas e ideológicas. Como resultados destes encontros podem-se depreender duas formas principais: produção de saúde e ampliação da vida, ou então assujeitamento, violação e aniquilamento (MERHY, 2007).

Considerar a perspectiva da produção de cuidado enquanto uma relação múltipla que se estabelece entre todos os envolvidos, é conectar-se a uma ideia de produção coletiva de sentidos para as demandas, desejos e necessidades não somente para as populações em sofrimento psíquico, mas também para toda comunidade envolvida. Implicar-se coletivamente na produção dos modos de cuidado que resultem em expansão das vidas, significa estar eticamente comprometido com o mandato social de produção de cidadania e de mais saúde, principalmente no que se refere aos profissionais das equipes dos CAPSi, dos quais,

as práticas cuidadoras em saúde podem ser resumidas como o exercício dos saberes profissionais no encontro com o usuário das ações e serviços de saúde. Esse é um lugar de aposta, não de convicções ou certezas, mas de oposição às posturas reativas à mudança. Uma tomada do pensar-sentir-querer será sempre uma aposta, requer um trabalho de educação no seu sentido mais forte: não será um trabalho de informação e nem de acomodação, será uma convocação ao aprender, um aprender de si e um aprender das novidades de si, assim como dos entornos e da criação (CECCIM, 2008).

Assim, os CAPSi, enquanto locais de excelência e de ativação das políticas e diretrizes da reforma psiquiátrica e também unidades base do fortalecimento da reabilitação psicossocial (ELIA, 2005), detêm a potência para a produção de relações de cuidado cunhadas na emancipação dos sujeitos, mesmo daqueles que por vezes se mostram em intensas dificuldades. Sua função organizadora pode residir na capacidade de produzir cidadania para as crianças e adolescentes por vezes afastadas de outros locais de sociabilidade.

Nesta direção como aponta Saraceno (1998), a função dos serviços, constituídos na perspectiva da reabilitação psicossocial é a de ser mediador entre a pessoa em sofrimento e a sociedade, no qual, a defesa técnica e política dos profissionais deve se direcionar para a

Construção de espaços onde a organização dos serviços seja uma garantia permanente, que esses serviços sejam fábricas de produção de sentido. Isso não é somente a melhor terapia para os psicóticos, mas é a melhor forma de manter despertas as pessoas, os profissionais e pacientes. É uma arte que está obrigada, todos os dias, todos os minutos, a produzir sentido. Ao invés de serem sentidos produzidos por outras pessoas. Nós não queremos ser reprodutores de sentido, mas sim produtores de novos sentidos. Esse é um exercício onde está a terapia, a ética, a política, é uma grande vocação (p.31).

Esta construção de relações de cuidado inventivas e emancipatórias, quando imersas no campo em estudo determina a importância da dimensão do *cuidado* enquanto ação destinada também às famílias. Importância esta duplamente estabelecida: por se tratarem de sujeitos em experiência de sofrimento psíquico, e por serem crianças e adolescentes. Reconhecidamente no campo da saúde mental assume-se a importância do cuidado com o familiar, principalmente a partir das mudanças na qualidade da assistência após o movimento da Reforma Psiquiátrica e a adoção da perspectiva da Reabilitação Psicossocial enquanto condutora das ações nesse âmbito, em que a família e a comunidade são entendidas como um fundamental território de trocas sociais e de produção de valores. Todavia, embora amplamente descrito nas políticas e propostas de saúde mental, a atenção às famílias no cotidiano dos serviços ainda apresenta algumas carências. De fato, denota-se a dificuldade de entendimento e de articulação dos familiares como verdadeiros protagonistas das ações e das intervenções realizadas no cotidiano dos serviços de saúde mental (CAMPREGUER, 2009; DOMBI-BARBOSA, 2009; DUARTE, 2007; KINOSHITA, 2001).

Logo, compreende-se que a possibilidade da construção do acesso, permanência e vinculação das famílias e dos usuários nos serviços de saúde mental, exige mais que a obrigatoriedade de sua presença, mais que a prescrição das intervenções. Demanda jogo de relações, produção de cuidado e construção de sentidos partilhados para as ações que se planeja realizar.

Verifica-se, portanto, a partir dos estudos da literatura da área, que há questões a serem elucidadas acerca das possibilidades de atendimento e cuidado oferecidas aos usuários – crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico – pelos CAPSi.

Diante do exposto, algumas questões são relevantes para o aprofundamento da discussão acerca da efetividade das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil, como por exemplo: os equipamentos existentes deveriam responder à população gravemente comprometida? Qual a opinião dos técnicos dos serviços acerca da premissa

de que os CAPSi devem receber e responder pelo tratamento desta população em intenso sofrimento psíquico? Como os CAPSi têm se organizado para atender às demandas dos usuários em intenso sofrimento psíquico? Como as famílias dos usuários se inserem nos serviços e quais das demandas trazidas por elas são respondidas pelas unidades?

Pelo exposto, apresenta-se esta pesquisa que pretende abordar a seguinte questão de estudo: O que tem sido oferecido pelos equipamentos públicos de saúde mental infantojuvenil à população em intenso sofrimento psíquico enquanto estratégias de cuidado?

Toma-se como ponto de partida o questionamento realizado no bojo do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil - da qual a presente pesquisa se remete e objetiva tecer considerações – a respeito do mandato social presente na função dos técnicos de saúde. A que movimento respondem? Pelo que trabalham? Suas competências técnicas estão a serviço de qual projeto de ação em saúde? (PITTA, 2001).

Realiza-se esta transposição de questionamentos para o campo da pesquisa, e ainda mais, para o campo da pesquisa em saúde, que se torna relevante no sentido de nortear as ações e conduzir a percursos éticos no campo experimentado. Tais questionamentos constituem-se assim, não propriamente como objetivos descritos das produções científicas no campo, mas antes, devem ser o condutor ético político daqueles que se colocam à tarefa de conjuntamente com grupos, instituições, sujeitos e coletividades construir pensamentos, teorias e percepções sobre os atuais caminhos da saúde pública nacional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo objetiva identificar as práticas de cuidado desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso.

3.2 Objetivos Específicos

- ❖ Identificar principais necessidades e demandas para cuidado das crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi a partir da perspectiva dos técnicos dos serviços e dos familiares/responsáveis.
- ❖ Descrever os processos de organização do cuidado para as crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi que apresentam intenso sofrimento psíquico.
- ❖ Identificar as opiniões dos diferentes atores acerca do cuidado oferecido a esta população nos CAPSi: técnicos dos serviços e familiares/responsáveis dos usuários.
- ❖ Identificar a percepção/compreensão dos técnicos dos serviços a respeito do intenso sofrimento psíquico;
- ❖ Identificar as principais necessidades das famílias de usuários em intenso sofrimento psíquico inseridos nos CAPSi a partir da percepção dos técnicos dos serviços e dos familiares das crianças e adolescentes.

Provisórias e essenciais são também relações com a vida que consigam ser éticas, ou seja, que tornem supérfluo não mais os homens, nem mais a vida, mas sim as relações de dominação com o mundo em favor de encontros que potencializem, num mesmo gesto, a composição individual e a composição coletiva. (SANT'ANNA, 2001, p.97).

4. MÉTODO

Descrever e identificar como se apresentam os modos de composição do cuidado em saúde mental infantojuvenil demanda também o questionamento dos modos com os quais se faz possível um trabalho de pesquisa em campo e em quais medidas se apresenta o sujeito-pesquisador frente ao sujeito presente a ser entrevistado, uma vez que é deste lugar, de pesquisa, que se partiu para a entrada neste grupo.

Entende-se que a produção de conhecimento não representa somente um problema teórico, de articulação de ideias. Outrossim, revela a implicação do sujeito pesquisador frente à compromissos com seu trabalho. Um dos compromissos, a constatação de que todo trabalho é um trabalho político. Por político são enumeradas as relações que se estabelecem de forma mais ampliada que as relações de governabilidade de Estado, são as relações que se fundam na vida comum, enquanto formas de atividades humanas que, ligadas ao poder, colocam os sujeitos em contato a partir de regras e códigos convencionados. Logo, pesquisar, aproximar, conhecer e narrar implicam em uma dupla vinculação política: a de revelar modos como se produzem os coletivos, os grupos e a de escolher como e o que narrar destes encontros, no que resulta e se efetiva enquanto ação de produção e divulgação de conhecimento (FOUCAULT, 1995; PASSOS; BARROS, 2009).

Salienta-se ainda outro aspecto do compromisso de pesquisa: o entendimento de seu caráter estético. Na medida em que a ação do pesquisador é fruto de uma ação cognitiva, ela se configura enquanto processo de criação. Mesmo imbuído da tentativa constante de fazer reproduzir o que se deu no encontro com o campo, é o pesquisador quem produz este diálogo, inicialmente. Estético ainda, porque, num ideal mesmo que distante, visa tratar da produção de percursos de diferenciação e de criação de estratégias de atenção à saúde que sejam mais colaborativas e conectadas aos desejos e demandas das pessoas envolvidas a partir do que se capturou de suas próprias falas, de suas percepções (PASSOS; BARROS, 2009).

4.1 Tipo de Estudo e Abordagem

O estabelecimento deste estudo se dá em sua composição por uma abordagem qualitativa. Esta escolha advém da necessidade de um modo particular de implicação do pesquisador com o campo de pesquisa e com os sujeitos com os quais objetiva produzir

o encontro. É assim, portanto, a abordagem que melhor se conecta com os objetivos de pesquisa e às questões previamente formuladas. Justifica-se também pelo fato de que esta visa apreender as percepções, representações e significados presentes nas práticas de cuidado desempenhadas e partilhadas pelos atores envolvidos no processo de funcionamento dos CAPSi – técnicos e familiares/responsáveis. A possibilidade de aprofundamento nas falas e percepções dos sujeitos para o estudo em tela interessa mais, nesse sentido, que sua expressividade numérica. A intencionalidade das ações e dos significados presentes nas relações de cuidado constitui-se como um dos focos principais de estudo (MINAYO; SANCHEZ, 1993).

No que tange ao início de uma aproximação com uma questão de pesquisa, ainda pouco aprofundada pela comunidade científica - o campo da atenção a crianças e adolescentes gravemente comprometidos que frequentam os CAPSi - entende-se que esta pesquisa se caracteriza também por um estudo descritivo.

4.2. Participantes

Participaram do estudo 17 trabalhadores e 16 familiares/responsáveis de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis do Estado de São Paulo.

4.2.1. Técnicos

Participaram do estudo 17 profissionais dos CAPSi localizados no Estado de São Paulo. Dentre 17 profissionais participantes, dois também respondiam coordenação dos serviços. Estas participações foram solicitadas pelos próprios coordenadores, uma vez que no período também mantinham ações de assistência às crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi.

4.2.1.1. Critérios de Inclusão na pesquisa

Os critérios para inclusão na pesquisa na categoria Técnicos dos serviços foram:

- tempo de atuação no CAPSi superior há seis meses⁶;

⁶ Uma das entrevistas foi realizada com um trabalhador que possuía quatro meses de atuação no equipamento. Esta inserção no estudo se deve ao fato de que o técnico solicitou a participação, argumentando o desejo de compartilhar suas considerações acerca da temática da pesquisa.

- formação em nível superior;
- realização de atividades de cuidado e atenção para as crianças e adolescentes inseridos no serviço.

4.2.2. Familiares/responsáveis

Foram participantes do estudo 16 responsáveis/cuidadores principais de crianças e adolescentes inseridos nos mesmos CAPSi relativos aos Técnicos.

4.2.2.1. Critérios de Inclusão na pesquisa

Os critérios para participação no estudo para a categoria Familiares/Responsáveis foram:

- indicação pela equipe do CAPSi, a partir da premissa de que fossem responsáveis por crianças e/ou adolescentes em intenso sofrimento psíquico em acompanhamento pelo serviço.

Das 16 entrevistas realizadas, apenas uma contou com a participação de um educador de abrigo, responsável pelo acompanhamento da criança ao CAPSi, as outras quinze foram realizadas com familiares das crianças e adolescentes.

4.3. Local

A pesquisa foi desenvolvida em quatro CAPSi do Estado de São Paulo, sendo três dos serviços situados em distintos municípios da Grande São Paulo e um no interior do estado. Todos os CAPSi participantes situam-se em cidades com índice populacional entre 650.000 e 1.250.000 habitantes, segundo IBGE⁷. Esta escolha buscou abarcar as diferenças e similaridades presentes nos serviços que compõem a atual rede de saúde mental do Estado de São Paulo situados em grandes centros urbanos. Adotou-se como base para a seleção dos serviços a listagem de CAPS fornecida no sítio da Secretaria Estadual de Saúde em acesso no mês de abril de 2012⁸.

⁷Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/uf.php?coduf=35&search=São Paulo>. Acesso em junho de 2013.

⁸Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental/enderecos-dos-centros-de-atencao-psicossocial-caps-do-estado-de-sao-paulo>

A seleção dos serviços a serem abordados na pesquisa ocorreu pelo critério de conveniência, onde foram priorizados municípios de grande porte populacional, uma vez que a maioria dos CAPSi localizados no Estado se encontram em cidades com tais proporções de habitantes. Outro fator considerado para a seleção dos locais foi a de que o estudo contemplasse CAPSi com as duas principais formas de gestão de saúde: a administração direta realizada pelas prefeituras municipais e a gestão por parceiros, as Organizações Sociais (O.S.S.). Ainda, em decorrência da maior concentração de CAPSi estar na Região da Grande São Paulo, priorizou-se o contato com unidades que estivessem nesta localidade.

Com a finalidade de garantir a não identificação das cidades optou-se por nomeá-las por cores sendo: Azul, Lilás, Verde e Vermelho. Apenas a cidade Azul apresentava mais um CAPSi em seu território, nas cidades Lilás, Verde e Vermelho os serviços visitados respondiam por todas as ações especializadas em saúde mental infantojuvenil do SUS no município.

4.4. Instrumentos e Materiais

Foram utilizados no estudo quatro instrumentos para a coleta de dados: ficha de identificação dos serviços, ficha de identificação dos usuários dos CAPSi dos quais os familiares foram respondentes da pesquisa, roteiro de entrevista semiestruturado para Categoria Técnicos e roteiro de entrevista semiestruturado para a Categoria Familiares/Responsáveis.

Utilizou-se um gravador de voz durante a realização das entrevistas como forma de garantir a fidedignidade dos dados obtidos. Posteriormente, foram utilizados computador e programa de áudio para a transcrição das entrevistas realizadas. Para a análise e organização dos dados foi utilizado o software QUALIQUANTISOFT®.

4.4.1. Fichas de Identificação dos CAPSi

Para devida composição da pesquisa foram elaboradas fichas de identificação dos serviços. As fichas tiveram a finalidade de identificar objetivamente as principais informações acerca dos serviços em estudo, como também de caracterizá-los quanto a

determinados aspectos como população adscrita, composição técnica, número de unidades de Atenção Básica de Saúde de referência e quantidade de prontuários ativos.

Uma cópia da ficha encontra-se no APÊNDICE A - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS, ao final do estudo.

4.4.2. Fichas de Identificação dos Usuários dos CAPSi

Foram utilizadas fichas de identificação das crianças e adolescentes inseridas nos CAPSi, cujos familiares/responsáveis participaram do estudo. As fichas foram preenchidas pelos coordenadores do serviço ou pelos técnicos respondentes da pesquisa. Tais fichas continham dados de identificação dos usuários do serviço, entre estes: nome, idade, data de inserção no serviço, hipótese diagnóstica e modalidade de acompanhamento realizado. Em geral estes dados constavam nos prontuários dos usuários. A pesquisadora não teve acesso aos prontuários dos serviços, apenas aos seus dados, em ação mediada pelos trabalhadores dos CAPSi. O modelo deste instrumento encontra-se ao final do estudo, APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS.

4.4.3. Roteiros de Entrevistas

Os dois roteiros de entrevistas utilizados contavam com perguntas iniciais para identificação dos sujeitos e posteriormente versavam sobre as práticas e percepções em relação ao cuidado ofertado e construído nos CAPSi. O roteiro utilizado nas entrevistas com os profissionais foi composto de quatro partes: caracterização do participante, modos de atenção e cuidado às crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, modos de atenção e cuidado aos familiares/responsáveis pelos sujeitos em intenso sofrimento psíquico e avaliação do serviço quanto às ferramentas disponíveis e legislações em vigor. Encontra-se ao final do texto uma cópia do roteiro, APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA CATEGORIA TÉCNICOS.

Quanto ao roteiro de entrevista dos familiares, contava com perguntas que construíam narrativas em relação à identificação dos primeiros sinais e sintomas dos sujeitos atendidos e a procura pelo serviço; caracterização familiar; análise e avaliação sobre o cuidado e atenção oferecidos pelo CAPSi. Encontra-se ao final do texto uma

cópia do roteiro, APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA CATEGORIA FAMILIARES/RESPONSÁVEIS.

4.5. Procedimentos

Todos os instrumentos que compõem este estudo foram construídos a partir de estudo bibliográfico referente ao tema, como também de acordo com os objetivos da presente pesquisa, em que se verificou a possibilidade de realização de aprofundamento de questões a serem melhor delineadas neste campo temático, o da atenção a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico a serem atendidos nos serviços públicos de saúde.

4.5.1. Validação dos Instrumentos

Dada à construção dos roteiros de entrevista e das fichas de identificação dos serviços, estes foram encaminhados para validação por juízes externos ao processo de construção desta pesquisa, conforme indica Manzini (2003). Foram convidados nove juízes com experiência tanto acadêmica quanto na prática assistencial em relação ao tema deste estudo: saúde mental infantojuvenil, saúde coletiva.

A validação dos instrumentos de pesquisa por juízes externos ao processo tem a função de fazer uma primeira ligação do estudo com a realidade social em questão. É nesse sentido que se efetiva uma “primeira conversa” com o campo e com os sujeitos envolvidos (MANZINI, 2003).

Dos nove juízes convidados via correio eletrônico e envio da carta convite para participação, todos aceitaram a tarefa de contribuir com o estudo.

Após o envio da carta convite e do retorno com o aceite em participar, foi encaminhado, via email, os instrumentos da pesquisa somados a uma breve apresentação desta: objetivos, participantes, método e forma de análise dos dados. Após avaliação e recomendação de sugestões/considerações acerca dos roteiros, os instrumentos foram reenviados para a pesquisadora para que pudesse reorganizá-los. De modo geral, as contribuições realizadas pelos juízes diziam respeito mais a forma de apresentação e de nomeação das perguntas, do que exatamente sobre seu conteúdo. Finalizadas as adequações, novamente os instrumentos foram enviados para os juízes, que não realizaram mais nenhum acréscimo ao conteúdo destes. Os documentos

enviados aos juízes encontram-se ao final do texto; APÊNDICE E – CARTA CONVITE: JUIÍZES; APÊNDICE F – CARTA DE INSTRUÇÕES À PARTICIPAÇÃO AOS JUÍZES.

4.5.2. Aspectos Éticos

Finalizado o texto do projeto de pesquisa, este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para avaliação de sua pertinência quanto aos aspectos éticos envolvidos. O referido parecer se encontra anexo ao texto (ANEXO A). Das quatro cidades contatadas, duas, Azul e Vermelho contavam com Comitês de Ética próprios, sendo o projeto também encaminhado para avaliação por estas instâncias. A ida aos serviços ocorreu somente após a liberação pelos órgãos locais de avaliação. O Comitê de Ética da cidade Vermelha solicitou que se construísse em separado um projeto de pesquisa que caracterizasse apenas seu município, o que foi realizado, com a ressalva de que os resultados não seriam apresentados em separado. Nas duas outras cidades, Lilás e Verde, os projetos de pesquisa foram apresentados aos coordenadores dos CAPSi que avaliaram positivamente a realização da pesquisa; na cidade Verde o projeto também foi avaliado pelo Comitê de Saúde Mental local. Em todas as unidades contatadas, além do parecer positivo do Comitê de Ética da UFSCar, também foram apresentadas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma cópia encontra-se ao final do texto no APENDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Ainda no campo das condutas éticas enfatiza-se a importância de tratar deste tema a partir de outras dimensões: ética na produção de conhecimento e ética na produção de pesquisa em serviços de saúde. Compartilha-se com Almeida (2004), que ética mais que um conceito é uma pragmática, pois diz de posicionamentos e análises constantes frente às questões que se colocam no conjunto das forças inseridas no plano coletivo da vida, também em suas dimensões políticas e estéticas. Políticas porque relacionadas não ao bem individual, mas sim à busca pelas melhores respostas para a comunidade. E estéticas, pois visam as diferenciações, a busca de alternativas e do bem comum a partir de movimentos de criação não normativos, mas sim inventivos.

4.5.3. Localização dos participantes e contato com as unidades

Após a escolha das cidades em que seriam realizadas as entrevistas nos CAPSi, foi iniciado o contato com os serviços. Na cidade Azul, que contava com mais um CAPSi, tentou-se contato via Secretaria Municipal de Saúde, entretanto a orientação foi para que se realizasse a pesquisa em somente um dos equipamentos, uma vez que o outro se encontrava em momento de mudança de coordenação e de organização do trabalho.

Os primeiros contatos realizados ocorreram por meio das Secretarias Municipais de Saúde ou diretamente com os serviços previamente elencados. Os contatos nos serviços ocorreram via coordenadores locais das instituições tanto por meio de ligações como por meio de correio eletrônico. Neste primeiro contato o projeto de pesquisa e a carta convite para inclusão do CAPSi no estudo foram apresentados (APÊNDICE H – CARTA CONVITE E DE APRESENTAÇÃO AOS CAPSi). Após este primeiro contato, agendaram-se as idas aos equipamentos. No CAPSi da cidade Azul, por solicitação da coordenação, foi feita a apresentação da pesquisa durante reunião de equipe e, posteriormente, agendados os dias de entrevistas com os profissionais e com os familiares dos usuários.

Ao contato realizado com os gestores das unidades, estes realizaram convite a sua equipe. Em todas as unidades visitadas a participação na pesquisa ficou a cargo de escolha individual de cada um dos técnicos em aceitar ou recusar ao convite apresentado pela pesquisadora. Não houve indicação prévia por parte do coordenador de qual trabalhador seria entrevistado, nem tampouco obrigatoriedade quanto a participação, embora alguns gestores tenham sugerido aos próprios funcionários que seria interessante a participação no estudo.

Em decorrência de tal escolha de abordagem, algumas categorias profissionais não compuseram o conjunto de participantes da pesquisa, apesar de terem sido convidados a participar, como é o caso da categoria médica. Nota-se ainda que dentre os quatro equipamentos participantes, verificou-se cotidianamente a presença de médicos em dois dos serviços. Nenhum dos profissionais convidados à participar negou-se de pronto à abordagem, o motivo de recusa, quando houve, no geral foi de escassez de tempo para a entrevista.

Os familiares/responsáveis participantes foram indicados por membros da equipe, a partir da solicitação da pesquisadora que se tratassem de responsáveis por crianças ou adolescentes em situação de intenso sofrimento psíquico. Pontua-se que este critério para a inclusão das famílias por algumas vezes não foi de consenso entre a equipe, a pesquisadora procedeu então pela sugestão do maior número de profissionais. Uma vez que a participação também se deu de forma espontânea em relação aos familiares, os convites feitos pela pesquisadora foram em número superior aos aceites. No geral, as famílias que recusaram participar do estudo a fizeram por motivo de falta de tempo

4.6. Coleta dos Dados

O preenchimento dos Formulários de Identificação (serviços e familiares/crianças-adolescentes) antecedeu a realização das entrevistas. Ressalta-se que um dos CAPSi participantes, CAPSi Verde, ao momento da realização da pesquisa, encontrava-se em período de mudança de gestão e alteração dos processos de arquivamento, armazenamento e organização das informações, o que resultou na dificuldade de compilação de alguns dados solicitados ao preenchimento da Ficha de Identificação do Serviço, tal como se poderá observar na apresentação dos resultados, adiante.

Salienta-se que tanto as entrevistas com os familiares como com os profissionais, aconteceram prioritariamente no interior dos serviços. Esta escolha visou diminuir os ônus advindos da participação na pesquisa, principalmente no que tange à economia de tempo e de recursos financeiros para os participantes.

Uma das entrevistas foi realizada na casa do familiar, que previamente foi consultado sobre esta atividade, uma vez que seu familiar atendido pelo serviço naquele momento não apresentava condições de realizar o percurso até o CAPSi.

Quanto aos familiares/responsáveis de crianças e adolescentes atendidos no serviço, foi questionado aos técnicos sobre a indicação de familiares/responsáveis de crianças em intenso sofrimento psíquico. A esta indicação o profissional entrava em contato com a família, apresentava a pesquisadora assim como também, a pesquisa. Após este primeiro contato, que se fez por telefone e também pessoalmente, o horário para a realização das entrevistas, de acordo com a possibilidade do familiar/responsável,

foi agendado. Muitos dos familiares disponibilizaram-se no mesmo instante a participar. Uma vez que previamente já havia sido organizada com a equipe uma sala para a realização das entrevistas, os familiares foram conduzidos a este local.

Ao início do contato para a entrevista, com a presença dos participantes, era realizada a leitura detalhada da Carta Convite e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como também foi oferecido espaço para a manifestação de dúvidas e outras orientações em relação à condução e execução da pesquisa. Alguns profissionais e familiares solicitaram realizar as entrevistas nos ambientes externos dos CAPSi, como pátios e salas de espera, o que foi correspondido pela pesquisadora. Para todos os participantes do estudo foi entregue cópia do TCLE como também o contato da pesquisadora disponível para futuros esclarecimentos. Em geral foram realizadas entre três e quatro visitas em cada um dos serviços para a realização de todas as entrevistas.

4.7. Análise dos Dados

Os dados obtidos por meio das Fichas de Identificação foram categorizados e apresentados descritivamente possibilitando posterior discussão.

As entrevistas realizadas foram gravadas, transcritas e os conteúdos destas foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), desenvolvido pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Lefèvre da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (LEFÈVRE, et al. 2009). Para tanto, fez-se uso do software QUALIQUANTISOFT® desenvolvido na Universidade de São Paulo pelos professores citados. O uso deste software teve o objetivo de facilitar a análise realizada a partir do apoio à organização, seleção e aprofundamento nas narrativas das entrevistas.

Com o objetivo de romper parte da verticalidade que se efetiva na produção de pesquisas sobre os serviços públicos em saúde, buscou-se como alternativa, hábil também em relação ao tempo e momento do estudo, fornecer aos trabalhadores dos serviços o reencontro com suas narrativas. Assim, depois de transcritas as entrevistas foram devolvidas para cada um dos participantes, em arquivo de computador com o texto completo de suas contribuições. Ao texto entregue, quaisquer alterações poderiam

ser realizadas: supressão de partes, alterações e acréscimo de extratos. À devolutiva desde material, foi operada a análise com os textos devolvidos por seus autores⁹.

Quanto ao método de análise, o Discurso do Sujeito Coletivo tem como premissa revelar as diferentes formas e conteúdos de opiniões referentes a um determinado tema, permitindo a realização de pesquisas com enfoque qualiquantitativo. Suas possibilidades de execução permitem o detalhamento das opiniões como também revelam o grau de compartilhamento destas em determinada grupalidade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Por meio da construção de blocos de discursos compostos por trechos de falas de diferentes sujeitos que identificam os mesmos sentidos e entendimentos, os DSCs revelam as percepções e ideias presentes em contextos determinados, almejando assim, uma “escala coletiva” de enunciação, em que cada DSC composto gerará uma opinião sobre o tema em tela. A pesquisa é então composta por quantas opiniões diferentes estiverem em jogo naquela coletividade. Não se trata, portanto, de evidenciar somente aquelas em maior representatividade no coletivo, mas sim, todas aquelas que se fizerem presentes mesmo que ainda incipientes. O objetivo, neste modo de produção de estudos, se direciona para o aprofundamento no pensamento das coletividades a partir do resgate das diferenças e semelhanças de opiniões entre os sujeitos que compõem os grupos (ibid).

Para a concretização desta modalidade de estudo, os dados devem obrigatoriamente ser obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas em que as perguntas realizadas pelo pesquisador possibilitem respostas abertas. Tanto mais potentes as respostas serão quanto mais o pesquisador for competente em realizar perguntas estratégicas, claras e precisas (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009).

As respostas obtidas compõem parte das Representações Sociais referidas a determinado tema. Nesse aspecto, o método do DSC permite que se trabalhe com o conjunto de representações e suas possibilidades de entrecruzamentos e discussões com o pensamento científico em questão (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). As Representações Sociais configuram-se como formas de expressão que os indivíduos internalizam, processam e também reproduzem como suas de modo essencialmente verbal. São planos simbólicos compartilhados por determinadas sociedades enquanto formas de

⁹ Àqueles que não devolveram o material após o tempo pactuado, trabalhou-se com o conteúdo obtido durante as entrevistas.

sistemas que permitem a coesão e a comunicação, efetuando-se em códigos linguísticos e ideológicos. Nestes termos, a construção dos DSC permitem

estender a ‘fala direta’ para a dimensão subjetiva das representações sociais, dimensão vista tradicionalmente como incapaz de se autoexpressar, condenada a permanecer eternamente como uma terceira pessoa ‘de quem se fala’, necessitando por isso, para ser veiculada, de um ‘tutor’ (o pesquisador), ou seja, de um sujeito a ela, exterior, o sujeito impessoal da Teoria (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010 p. 25).

A construção dos blocos de discursos coletivos se efetua a partir de determinados recursos operativos delimitados pela técnica utilizada. Entre os principais operadores instrumentais da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo têm-se as *Expressões-Chave*, as *Ideias Centrais* e a *Ancoragem*, como componentes dos discursos que darão origem aos DSC. Por *Expressões-Chave (ECH)*, entendem-se pedaços, trechos dos relatos, que sintetizam e explicitam a ideia em tela. Por vezes, em um mesmo relato há mais de uma *ECH*. Essas *ECH* referentes ao mesmo tema são “recortadas” e inseridas conjuntamente a fim de formarem o DSC, sendo responsáveis por revelarem “a essência do conteúdo do depoimento ou discurso ou teoria subjacente” (LEFEVRE, 2010, p.74). As *Ideias Centrais (IC)* são as expressões que determinam mais sucintamente uma ideia ou *ECH*, e servem como etiquetas para o discurso a ser construído. Cada uma das *IC* dá origem e intitula um *DSC*. Com relação ao operador da *Ancoragem (AC)*, trata-se de afirmações de cunho genérico e categórico que são empregadas para explicitar situações particulares, são expressões utilizadas pelo narrador que representam determinada ideologia ou conjunto de ideologias presentes na cultura na qual esta inserido, comumente são expressões como “homem que é homem”. Este último operador – *Ancoragem* - pode não estar presente em todas as narrativas (ibid, p.77).

Os discursos assim construídos, compostos por recortes de diferentes sujeitos, resultarão em blocos de coletividades representados na forma de 1ª pessoa coletiva do singular. Ou seja, os discursos se efetuarão no sentido de formarem um depoimento coletivizado representado no formato de uma única voz. Essa modalidade de construção confere robustez e densidade aos diferentes modos de entendimento sobre determinado tema, fazendo

o pensamento coletivo falar *diretamente*. Isso implica instituir um sujeito capaz de incorporar nele o discurso do pensamento coletivo, sendo que ele não é nem o sujeito do depoimento individual puro, incapaz, por ser individual, de expressar o pensamento coletivo, nem, o sujeito impessoal do

Conhecimento, da Ciência ou da Teoria, incapaz este, como sujeito, de expressar, diretamente, o pensamento coletivo justamente porque, pelo fato de, metadiscursivamente, falar do pensamento coletivo na terceira pessoa, acaba instituindo tal pensamento como objeto (e não como sujeito). (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p.74)

Optou-se por este tipo de construção metodológica pelo entendimento e defesa de que aos coletivos, por mais distintos e diversos em suas composições, devem ser dados o direito de se fazerem representados. A criação de discursos coletivizados acarreta em outros modos de se compor os processos da pesquisa. O pesquisador, portador de um suposto conhecimento prévio técnico-científico sobre o tema, não se direciona para a “leitura” a respeito do discurso dos grupos, mas sim se dirige para uma conversa com os estes atores. Nessa construção somam-se *triálogos*, compostos pelo discurso dos sujeitos participantes, o discurso do pesquisador (metadiscorso) e o discurso que se origina a partir da conjunção destes. (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009). Tem-se a noção de que os DSC construídos revelam a implicação concreta do pesquisador, e não por isso perde-se a capacidade crítica constitutiva dos processos de produção de conhecimento, mas ao contrário, evidenciam-se as particularidades e as condições com as quais se produz um pensamento em ato, inserido a partir da experimentação com os atores sujeitos das pesquisas. Essas particularidades revelam ainda de modo bastante claro as múltiplas formas de se compreender, viver e compor com as determinadas realidades em cena, dando voz ao que se mostra por compartilhamento de ideia, mas também enquanto conflito e dissensões (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

A função da arte/1

*Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago
Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.*

Viajaram para o sul.

Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

*Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de
areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos.*

*E foi tanta a imensidão do mar, e tanto o seu fulgor, que o menino ficou mudo de
beleza.*

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

-me ajude a olhar!

Eduardo Galeano, in.: O livro dos Abraços.

5 . APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados do trabalho, como também se realizarão as discussões decorrentes do exposto em que se delineiam os modos pelos quais são construídas as dinâmicas de cuidado realizados nos CAPSi.

Da composição inicial constante nos instrumentos, após sua utilização, identificaram-se quatro dimensões a serem discutidas durante a apresentação dos resultados, que correspondem tanto ao obtido por meio do uso das fichas de identificação, como pelas entrevistas empreendidas com os diferentes participantes do estudo, técnicos dos serviços e familiares/responsáveis pelas crianças e adolescentes. Cada dimensão apresentada possui diferentes subdimensões que detalham com maior precisão a temática. As dimensões apresentadas são as seguintes:

- I. Apresentação dos Participantes do Estudo;
- II. O intenso sofrimento psíquico na percepção dos profissionais e necessidades e demandas dos sujeitos atendidos;
- III. Organização do cuidado: Os CAPSi, suas rotinas, suas práticas;
- IV. Percepção dos sujeitos sobre a efetividade dos serviços e das práticas de cuidado oferecidas.

5.1. Dimensão I. Apresentação dos Participantes

Esta dimensão visa caracterizar todos os envolvidos no estudo, sendo os CAPSi, os participantes da categoria Técnicos dos Serviços, os participantes da categoria Familiares/Responsáveis e as crianças e adolescentes que tiveram seus familiares participantes do estudo. Para tal finalidade esta dimensão foi subdividida em quatro subdimensões, a saber:

- I.i. Caracterização dos CAPSi envolvidos no estudo;
- I.ii. Caracterização dos participantes da Categoria Técnicos dos CAPSi;
- I.iii. Caracterização dos participantes da Categoria Familiares/Responsáveis;
- I.iv. Caracterização das crianças e adolescentes que tiveram seus responsáveis participantes do estudo.

I.i. Apresentação dos CAPSi envolvidos no estudo

A seguir no Quadro 1 são apresentadas as principais características que compõem os CAPSi participantes. As informações relatadas abordam aspectos da organização dos equipamentos entre estas a composição do quadro de funcionários, a quantidade de usuários inseridos e as formas de gerenciamento e administração das unidades.

Quadro 1. Caracterização dos CAPSi participantes do estudo.

	CAPSi AZUL	CAPSi LILÁS	CAPSi VERDE	CAPSi VERMELHO
Tempo de Funcionamento	11 anos*	6 anos	7 anos	7 anos
Tipo de Administração	Convênio Cogestão Prefeitura e OSS**	OSS	Direta: Prefeitura	Direta: Prefeitura
Coordenação	Coordenação Técnica	Coordenação Técnica	Coordenação Técnica e Chefia Administrativa	Coordenação Técnica
População de Abrangência	550 mil Habitantes	1.300 mil Habitantes	700 a 800 mil Habitantes	676 mil habitantes
Unidades de Atenção Básica (UBS/USF) que referencia	39	68	Não Informado	32 UBS e 3 Centros de Especialidades
Equipe Administrativa	1 profissional	2 profissionais	5 profissionais	2 profissionais
Equipe Terapêutica	15 profissionais sendo: 3 Enfermeiros (1 gestor); 1 Assistente Social; 2 Terapeutas Ocupacionais; 5 Psicólogos; 2 Psiquiatras; 1 Pediatra; 1 Fonoaudiólogo	14 profissionais: 3 Terapeutas Ocupacionais; 3 Psicólogos; 2 Assistentes Sociais; 2 Enfermeiros; 1 Fonoaudiólogo; 1 Farmacêutico; 2 Psiquiatras	8 profissionais.	9 profissionais sendo: 3 Psicólogas para crianças e adolescentes; 1 Psicóloga para atendimento das famílias; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Fonoaudióloga, 1 Pedagoga; 1 Enfermeiro; 1 Neurologista
Técnicos de Nível Médio	6 entre Técnicos de Enfermagem e Oficineiros	2 Acompanhantes Comunitários	4 profissionais	1 Técnico de Enfermagem; 2 Auxiliares de Enfermagem;

				1 Auxiliar de Desenvolvimento Infantil; 2 Oficineiros (para toda a rede municipal)
Equipe Apoio/ Serviços Gerais	2 profissionais	3 Auxiliares de serviços Gerais e 1 Facilitador de Acesso	1 profissional.	4 profissionais
Outros Membros da Equipe	1 Motorista; 2 Vigilantes	-	1 vigia	3 Recepcionistas
Total de Prontuários Ativos	170 (referente à média dos últimos meses)	1946 acolhimentos. 368 prontuários ativos	Não informado ¹⁰	5024 acolhimentos realizados. Destes, 1005 foram inseridos, mas nem todos se encontram ativos no momento.
Usuários inseridos na modalidade Intensiva	10	11 pacientes ao mês	Não informado	RAAS***
Usuários inseridos na modalidade Semi-intensiva	130	240 pacientes ao mês	Não informado	RAAS
Usuários inseridos na modalidade Não-intensiva	30	110 pacientes ao mês	Não informado	RAAS

Fonte: autoria própria.

*A unidade funciona há 11 anos como CAPSi embora exista enquanto unidade de atenção em saúde mental infantil desde o ano de 1995.

**OSS: Organização Social de Saúde

*** RAAS: Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde. Este novo formato de organização das ações realizadas nos CAPSi, em voga desde o início do ano de 2013 mudou o sistema de classificação por modalidade dos usuários dos CAPSi.

¹⁰Não informado devido à mudança no modo de registro.

Da totalidade dos CAPSi apresentados, apenas o CAPSi Azul tem seu cadastramento próximo ao ano de publicação da Portaria 336 de 2002, embora desde o ano de 1995 já realizasse atendimento ambulatorial à crianças e adolescentes. Os outros três equipamentos estudados, CAPSi Verde, CAPSi Lilás e CAPSi Vermelho têm, todos, aproximadamente sete anos de funcionamento.

Observa-se que embora os CAPSi sejam serviços públicos municipais, metade dos serviços em estudo são geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Por definição as Organizações Sociais são “entidades gestoras privadas, sem finalidade de lucro, que operam sob controle do poder público mediante contrato de resultados” (NOGUEIRA, 2010, p.38). Funcionam como parceiras do governo do Estado de São Paulo que por meio de convênios realizam a gestão de serviços de saúde. Inicialmente estas parcerias destinavam-se a gestão de hospitais em áreas carentes da região, por meio do amparo legal da Lei Complementar 864 de 04 de junho de 1998.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (2013)¹¹ estas organizações são entidades filantrópicas com experiência reconhecida na gestão de serviços de saúde, que prestam seus serviços por meio de Contratos de Gestão a partir da definição de metas. Além de hospitais, atualmente estas organizações têm respondido pela gestão de inúmeros equipamentos de saúde, tanto na cidade de São Paulo como em cidades próximas e mesmo no interior do Estado.

Inserida como estratégia gerencial para reforma organizativa da assistência em saúde, estes novos contratos de gestão teriam a função de tornar o corpo burocrático da gestão mais sensível em relação aos problemas dos cidadãos, como também mais flexível em suas formas de organização, por meio da descentralização e da garantia de maior controle social .

Entende-se que esta modalidade de gestão dos serviços públicos de saúde estaria mais próxima da lógica atual de mercado, em especial no campo dos recursos humanos, em que há maior flexibilização das relações de trabalho, como contratação e descontração, o que, em tese, favoreceria uma melhor organização e eficiência dos equipamentos, tendo em vista que nos serviços onde há a administração pública direta há pouco controle sobre os processos de trabalho e de composição do quadro de funcionários.

¹¹ Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoess/organizacoes-sociais-de-saude-oss>. Acesso em julho de 2013.

Autores favoráveis a esta modalidade de administração pública, referem ainda que, por meio do uso de estratégias privadas de contratação de profissionais, por exemplo, por meio de negociações com entidades civis, como cooperativas de profissionais, algumas categorias, principalmente a de médicos especialistas, teriam mais chances de contratação por vínculos autônomos, uma vez que correntemente estes profissionais vem se negando a ocupar as vagas de cargos públicos em serviços de saúde (SANO, ABRUCIO, 2008; BARBOSA, 2010).

Entretanto, órgãos e grupos contrários a esta forma de gestão dos serviços assistenciais em saúde - , no geral os coletivos que atuam nos conselhos de saúde nas três esferas de governo e as entidades organizadas de trabalhadores da área -, apontam que o Estado conta com poucos recursos para fazer avaliações eficazes em relação ao contrato com estes parceiros, e que a suposta justificativa da melhoria do acesso ao controle social não é capaz de se efetivar pelo uso desta modalidade administrativa (SANO, ABRUCIO, 2008; CEBES, 2010).

Mesmo reconhecendo o anacronismo e a pouca resolubilidade da gestão pública atual no que tange a gestão dos serviços assistenciais, os grupos opositores à entrada das OSS, indicam a importância da consolidação da autonomia gerencial das coordenações de serviços por meio de contratos de autonomia com a gestão pública (de governo). Fica assegurada dessa forma o princípio constitucional da administração plenamente pública dos serviços públicos. Nessa modalidade de organização da atenção, mais autônoma, prescinde-se dos contratos com entidades privadas, estabelecendo-se novas formas contratuais de autonomia gerencial, financeira e orçamentária a ser desenvolvida diretamente pelos serviços de saúde territoriais, suas equipes e seus gestores. Os contratos com a gestão das políticas e do governo se dariam no sentido da flexibilização das Leis de Responsabilidade Fiscal, que muitas vezes impedem o aprimoramento do quadro de funcionários dos equipamentos de saúde, e favoreceriam a organização mais adequada dos insumos, entre estes os medicamentos, a serem utilizados e dispensados pelas unidades locais de saúde (CEBES, 2010; NOGUEIRA, 2010).

Reflete-se que estas novas características dos serviços públicos de saúde, em relação aos seus processos de organização do trabalho, podem influenciar sobremaneira as formas de construção das intervenções. Pauta-se que, embora os serviços sejam geridos por empresas especializadas, as políticas de saúde e as normativas para o trabalho seguem sendo produzidas por entidades e órgãos públicos, segundo as diretrizes e princípios do SUS. Questiona-se assim se em algum momento poderão

haver conflitos de interesse ou descompasso entre as novas lógicas de gestão de pessoas para o trabalho no SUS e a construção do cuidado nestes mesmos serviços, tendo em vista que, nos serviços o trabalho estaria submetido a duas lógicas diferentes, representadas por diferentes OSS e as esferas públicas de governo.

Destarte, os CAPSi, assim inseridos enquanto serviços assistenciais, poderiam contar, por meio da gestão autônoma, com maior flexibilidade em relação aos seus processos de trabalho e de necessidades territoriais e comunitárias, o que possivelmente pouco se observa quando nas formas de gestão pública municipal e por parceiros (OSS). Os dados ora obtidos por meio das fichas de identificação dos serviços, revelam que os serviços, mesmo com formas de gestão distintas possuem questões semelhantes de funcionamento e estrutura, à exceção apenas do padrão de lotação dos CAPSi, em que as unidades geridas por OSS contam com maior número de profissionais.

Outros dados que poderiam contemplar uma maior reflexão acerca das diferenças administrativas nos serviços públicos, não foram completados pelos gestores das unidades estudadas, o que dificulta outras formas de análise dos processos de trabalho neste estudo.

Compreende-se que a implicação de maior número de funcionários ou outras condições, podem afetar as possibilidades de ações nestes equipamentos, não obstante, como será possível verificar a partir da apresentação dos demais resultados deste estudo, as justificativas colocadas para as OSS, como por exemplo, respostas mais ágeis às necessidades da população usuária, não foram verificados. Considera-se que estudos tendo como foco a compreensão sobre as potencialidades e limites acerca de diferentes tipos de gestão dos serviços podem contribuir para o aprofundamento deste debate.

Outro dado relevante para a caracterização dos serviços é a quantidade de Unidades de Atenção Básica de Saúde, tradicionais ou de Estratégia de Saúde da Família, às quais os CAPSi são referências. Este grande número de unidades de saúde pode ser fator que comprometa o desenvolvimento de ações territoriais, o exercício da função de apoio matricial e a elaboração compartilhada de estratégias de cuidado.

Os CAPS (BRASIL, 2004) devem fazer articular no âmbito local as políticas e premissas em saúde mental, funcionando enquanto apoio matricial especializado para as ações a serem desempenhadas em outros níveis de complexidade do sistema, como por exemplo, a Atenção Básica em Saúde. A relevância deste modelo de apoio matricial em saúde mental tem sido pautada enquanto função transformadora das linhas de cuidado

em saúde e, para tanto, demanda uma reorganização estratégica dos serviços (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ainda, como indicam as recentes portarias da área (BRASIL, 2011), o critério populacional para implantação dos CAPSi é de 150 mil habitantes por região. Como se pode notar, todas as cidades em estudo possuem de quatro a quase dez vezes mais que este contingente, onde se evidencia o número escasso de CAPSi nas regiões. Ressalta-se que esta situação, assim como a descrita anteriormente, pode comprometer o desenvolvimento das principais ações que estes serviços têm a tarefa de executar, entre estas, o atendimento intensivo e diário às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso e reforça ainda as considerações realizadas no tópico introdutório deste estudo que indicou números da série histórica de implantação dos CAPSi. Assim como aponta Reis et al. (2012), atualmente os CAPSi são o principal serviço destinado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, em suas mais variadas intensidades, contudo, ainda são em número insuficiente para a consolidação do cuidado.

Conforme orientam as portarias e documentos oficiais (BRASIL, 2004a) a equipe mínima de composição dos CAPSi deve contar com: 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior entre as categorias psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional que componha com o projeto do serviço; e por fim, 5 profissionais de nível médio entre técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Todos os CAPSi em estudo continham em seu quadro, mais do que os critérios mínimos de funcionários em serviço, à exceção dos profissionais de nível médio, que no CAPSi Lilás são apenas dois. Percebe-se que em dois dos serviços há a inclusão de profissionais de nível médio não contemplados nas portarias, os Acompanhantes Comunitários (CAPSi Lilás) e o Auxiliar de Desenvolvimento Infantil (CAPSi Vermelho).

A partir das informações apresentadas no Quadro 1 em relação aos usuários em atendimento, é possível perceber que os registros apresentam algumas divergências, o que possivelmente é retrato das diferentes formas de se produzir a organização do trabalho nos diferentes CAPSi, inseridos em diferentes cidades e em diferentes contextos. Em relação ao número de prontuários ativos, houve diferenças nos modos de apresentação dos dados. Enquanto o CAPSi Azul apresentou o número de usuários inseridos por mês, de acordo com levantamento feito nos últimos meses, os demais

CAPSi que forneceram esta informação apresentaram dados referentes ao número total de acolhimentos realizados.

Com a prática do acolhimento universal, descrita nas portarias e amplamente difundida nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, por meio das políticas de saúde mental (BRASIL, 2005) e Política Nacional de Humanização (2010b), os serviços ao receberem os usuários realizam um primeiro contato em que se efetua a descrição e compartilhamento da demanda e posterior encaminhamento para o local de resposta à necessidade descrita. Desta ação de acolhimento, os serviços de saúde mental produzem relatórios em que se torna possível elencar a quantidade de intervenções deste tipo já realizadas – referentes aos dados apresentados como número total de acolhimentos. Uma vez que o acolhimento é realizado para qualquer sujeito que apresente demanda para escuta, os serviços de saúde mental, não necessariamente inserem estes usuários no serviço, o que explica a diferença entre o total de acolhimentos relatados e o número de prontuários ativos, estes sim, que traduzem o número de usuários inseridos no cotidiano das ações dos CAPSi.

Destaca-se que, por serem serviços de “porta aberta” a função de acolhimento e com escuta qualificada da demanda é uma das principais intervenções realizadas no CAPSi. Esta ferramenta de aproximação com os usuários é importante dispositivo para a organização do trabalho nos serviços e para a construção de um trabalho em rede (BRASIL, 2010b).

Dois dos três serviços indicam a quantidade de usuários inseridos no momento da pesquisa; o CAPSi Vermelho relata apenas a quantidade de usuários que em algum momento estiveram inseridos na unidade, não sendo possível assinalar deste total quantos já receberam alta ou outro tipo de encaminhamento. Embora hajam critérios para a lotação e funcionamento dos serviços quanto ao número de usuários inseridos, nota-se que os CAPSi, dada a dimensão populacional e territorial que abrangem, acabam por atender para além da cota indicada que segundo Brasil (2004a) deve ser da ordem de 115 usuários por mês entre as modalidades. Entre os serviços que indicaram o número atual de usuários inseridos, nota-se que o CAPSi Lilás apresenta mais que o dobro de usuários inseridos que o CAPSi Azul, porém ressalta-se que a cidade em que esta inserido o CAPSi Lilás, tal como descrito no Quadro 1, tem mais que o dobro de habitantes que a cidade do CAPSi Azul.

Durante o desenvolvimento do estudo, os CAPS, em suas diferentes modalidades, passaram por um processo de alteração de sua lógica de organização,

monitoramento e registro das ações realizadas. Com a instituição da Portaria 854 de 28 de agosto de 2012, os procedimentos realizados nos serviços passam a ser registrados de modo diferente. Anteriormente, todo usuário inserido no serviço deveria ter, tão logo sua entrada, a definição da modalidade a qual estaria inserido: intensivo (atendimento diário); semi-intensivo (máximo 12 dias no mês) e não intensivo (máximo 3 dias no mês), contabilizados, registrados e monitorados por meio das Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC). O repasse de verbas feitos aos serviços provinha principalmente do que se computava por meio das APACs. Com a alteração do sistema, os serviços passam a contar com maior liberdade para a construção dos projetos terapêuticos, em que, a princípio, não se torna necessário o delineamento do número máximo e mínimo de ações para ele direcionadas. Ainda, com o novo sistema, denominado Registro de Ações Ambulatoriais (RAAS), torna-se possível o registro de ações que não contam com a participação de usuários como, por exemplo, reuniões com outros serviços e ações de matriciamento e o financiamento, por sua vez, não fica mais submetido ao número de procedimentos (OLIVEIRA, et al., 2012; OLIVEIRA; REIS, 2012).

Oliveira, et al. (2012), em análise dos processos de trabalho na saúde mental infantojuvenil, relatam que os profissionais mantinham-se desfavoráveis ao modo de organização da produção nos serviços por meio das APACS, em que não era possível o registro das ações que visavam construções intersetoriais e de matriciamento, uma vez que a produção passível de ser registrada direcionava-se apenas para ações clínicas e de tratamento com os usuários.

Logo, o advento do uso da RAAS, que prescinde da anexação prévia do esquema de inserção do usuário ao serviço, se uma, duas, três ou mais vezes na semana, pode garantir que sejam efetivadas as construções mais singulares dos projetos de cuidado nestas instituições, como também possibilita outros arranjos de planejamento. Frequentemente, dada a dinâmica dos processos de sofrimento psíquico e as dificuldades de acesso aos CAPSi, por muitas vezes a delimitação precoce da inserção dos usuários acabava por limitar e reduzir as possibilidades de ação da equipe para o cuidado com os sujeitos em crise. Leva-se em consideração que as APACS, tinham a duração de três meses, o que implicava que, uma modalidade de atenção destinada a um usuário, em termos de registro nos serviços, mantinha-se constante durante este período de tempo, o que muitas vezes não condizia com as necessidades reais das pessoas acompanhadas.

Na direção do que é apontado por Oliveira et al. (2012), entende-se que o cotidiano de trabalho nos CAPSi é repleto de ações que ainda não tiveram suas especificidades organizadas por meio dos processos de gerenciamento em saúde. Destarte, parte do trabalho que se realiza não encontra formas oficiais de serem registradas por meio do preenchimento das agendas profissionais. Salienta-se que o adequado e transparente registro das ações desenvolvidas por todos os trabalhadores dos CAPSi pode oferecer novas ferramentas para o entendimento sobre as necessidades dos sujeitos atendidos, assim como revelaria também como se processa na realidade a organização dos serviços para a população em sofrimento psíquico.

Observou-se também que alguns serviços ainda mantêm a classificação das modalidades de inserção como forma de monitorar o trabalho realizado, contudo, tal como pontua uma das coordenadoras de um dos CAPSi em estudo, a partir dessa mudança de organização, entende-se que todos os usuários em acompanhamento no serviço são de intensa gravidade, não necessitando assim estarem condicionados a uma ou outra forma predeterminada de inserção no serviço.

Nos serviços que ainda fazem uso da classificação por modalidades de inserção, nota-se que 5,6% dos usuários inseridos estão na modalidade intensiva, que requer atendimentos diários, no CAPSi Azul e, 2,9% no CAPSi Lilás. Quanto aos atendimentos a usuários na modalidade semi-intensiva, estes chegam a 76% no CAPSi Azul e 65% no CAPSi Lilás. Já em relação aos usuários em modalidade não intensiva, estes correspondem a 17,6% no CAPSi Azul e 29,8% no CAPSi Lilás .

Hoffmann, Santos e Mota (2008) em estudo multicêntrico com sete CAPSi do país, descrevem a inserção de usuários em modalidade intensiva preenchendo em média 10,5% do total de usuários, na modalidade semi-intensiva 40,2% e na modalidade não intensiva 49,3%. Nota-se que os achados dos pesquisadores citados diferem dos encontrados na presente pesquisa, em que os usuários no regime semi-intensivo correspondem à maioria dos atendimentos realizados nos serviços, assim como o total de usuários em modalidade intensiva é maior no estudo de Hoffmann, Santos e Mota(2008). Tais divergências podem apontar a alteração de inserção dos usuários nos serviços ao longo do tempo, onde observa-se a tendência de queda para a inserção das modalidades intensiva e não intensiva e, em contrapartida, uma concentração na modalidade semi-intensiva; tais índices podem implicar/revelar, mais que a necessidade dos usuários propriamente dita, outrossim, evidenciam as ações e práticas disponibilizadas pelos serviços.

De acordo com a Portaria 336 de 2002, estas proporções deveriam ser da seguinte ordem: dos 115 usuários atendidos no mês por cada CAPSi, 25 destes (16,12%) deveriam estar na modalidade intensiva, 50 usuários (32,25%) em semi-intensiva e 80 (51,61%) na modalidade não intensiva. Pelo exposto, revela-se que, no geral, os CAPSi têm atendido a uma população maior que a preconizada pelas normativas e que a despeito do que estas indicam, o maior contingente de usuários se insere na modalidade semi-intensiva que corresponde a atendimentos semanais.

Nesta direção, entende-se ainda, que com a alteração nesse sistema (RAAS), pode reforçar-se a ideia de que os CAPS são equipamentos preferencialmente destinados a atendimentos mais sistemáticos e com espaçamentos semanais, e não necessariamente às populações em situação de sofrimento psíquico intenso demandantes de atendimento diário, o que se revela neste estudo por meio das indicações no Quadro 1, no perfil de composição dos usuários atendidos pelos CAPSi.

Embora as portarias anteriores delimitassem o atendimento majoritário aos usuários em modalidade não-intensiva, o que pode revelar uma contradição na estruturação dos serviços em uma certa tendência a um funcionamento ambulatorial, os CAPSi apresentados seguem com a maior população atendida por meio de usuários em modalidade semi-intensiva. Notadamente percebe-se que o descompasso entre as prerrogativas ministeriais quanto ao uso e destinação dos serviços especializados de saúde mental e os indicadores de lotação solicitados, carecem de revisão e controle sistemáticos.

I.ii Apresentação dos Técnicos participantes do estudo

A seguir, no Quadro 2, será apresentada a caracterização dos participantes do estudo na categoria Técnicos. As informações revelam o perfil de formação e de atuação dos trabalhadores.

Quadro 2. Caracterização dos participantes na categoria Técnicos dos CAPSi.

Identificação	Sexo	Idade	Formação	CAPSi	Tempo de Conclusão da Formação	Tempo de Experiência na Área	Tempo de Atuação no CAPSi	Formações Complementares
T01	F	33	Enfermeira/Coordenadora	Vermelho	11 anos	08 anos	08 anos	Técnico de Enfermagem
T02	F	28	Psicóloga	Lilás	04 anos	03 anos e meio	03 anos e meio	Acompanhamento Terapêutico
T03	F	45	Psicóloga	Verde	13 anos	08 anos	02 anos e meio	Especialização em Psicologia da Infância
T04	F	31	Enfermeira	Azul	08 anos	02 anos e meio	02 anos e meio	Especialização em Saúde da Família
T05	F	40	Psicóloga	Vermelho	11 anos	05/06 anos	04anos	Extensão em Adolescência
T06	F	41	Enfermeira	Verde	18 anos	01 ano	01 ano	Extensão em Manejo de Grupo
T07	M	31	Psicólogo/Coordenador	Verde	08 anos	05 anos	04 anos	Doutorado em Psicologia
T08	F	26	Terapeuta Ocupacional	Lilás	03 anos e meio	02 anos e meio	02 anos e meio	Especialização em Saúde Mental
T09	F	35	Terapeuta Ocupacional	Azul	12 anos	10 anos	05 anos	Especialização em Arteterapia
T10	F	59	Assistente Social	Azul	36 anos	18 anos	11 anos	Especialização em Saúde Coletiva
T11	F	27	Psicóloga	Lilás	03 anos	05 anos	02 anos	Aprimoramento

								em Educação Especial
T12	F	31	Enfermeira	Lilás	02 anos	05 anos	05 anos	Especialização em Saúde Mental
T13	F	27	Psicóloga	Lilás	04 anos	04 meses	04 meses	Especialização em Saúde Pública
T14	F	33	Psicóloga	Azul	10 anos	10 anos	02 anos e meio	Formação em Psicanálise
T15	F	27	Terapeuta Ocupacional	Vermelho	05 anos e meio	09 meses	09 meses	Extensão em Adolescência
T16	F	38	Psicóloga	Vermelho	14 anos	06 anos	03 anos	Não tem.
T17	F	25	Terapeuta Ocupacional	Lilás	02 anos	07 meses	07 meses	Aprimoramento em Saúde Mental

Pelo exposto no Quadro 2, verifica-se que dos 17 participantes do estudo, apenas um é do sexo masculino. Dois dos participantes exerciam a função de coordenação conjuntamente com as ações terapêuticas e por isso foram incluídos no estudo. A idade média foi de 34 anos. Foram quatro as categorias profissionais representadas no estudo pelos técnicos: 1 assistente social, 4 enfermeiros, 8 psicólogos e 4 terapeutas ocupacionais. Segundo Reis, et al. (2012) estes são os profissionais que mais estão inseridos na composição das equipes dos CAPSi, sendo em ordem decrescente de presença psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Percebe-se, todavia, que há apenas uma diferença entre o padrão de lotação encontrado por Reis, et al. (2012) e os profissionais participantes desta pesquisa, em que os assistentes sociais compunham a terceira maior presença no estudo citado e estiveram representados por apenas um profissional no presente estudo.

De acordo com as diretrizes para funcionamento dos CAPSi (BRASIL, 2004), os profissionais entrevistados correspondem aos principais profissionais presentes nos serviços, a exceção da categoria médico (psiquiatra, neurologista ou clínico com formação em saúde mental infantil) que não contou com sua participação neste estudo. Apontam-se os prejuízos advindos de tal ausência, que vai além dos limites colocados para a amplitude dos resultados aqui obtidos, uma vez que a intenção da presente pesquisa foi a de retratar os processos de trabalho dos técnicos de nível superior atuantes no CAPSi por meio da dinâmica do trabalho em equipe. Tal realidade pode oferecer elementos para reflexões acerca das diferentes composições e realidades do que se denomina equipe ou grupos de trabalhadores, e sobre como se organizam, dentre outras inúmeras questões a serem disparadas.

Um dos coordenadores entrevistados respondia pela coordenação clínica, uma vez que no CAPSi havia uma vaga de coordenador administrativo a ser preenchida. Já o outro coordenador respondia, para além da coordenação clínica, também pela coordenação administrativa.

O quadro 2 informa também que, dentre os participantes da pesquisa na referida categoria, o tempo de conclusão da graduação variou entre 2 e 36 anos. A maioria dos profissionais, oito dos participantes, tem entre 6 e 15 anos de formados e dois participantes têm mais de 15 anos de formados. Quanto ao tempo de experiência na área da saúde mental infantojuvenil, 12 dos técnicos têm o tempo de experiência na área muito próximo ao período de inserção no serviço, ou seja, em geral a experiência com a

área da saúde mental infantojuvenil se iniciou com a entrada para o exercício da profissão no CAPSi.

Em relação às formações complementares que auxiliam no desenvolvimento do trabalho na área, apenas um profissional citou o desenvolvimento de atividades acadêmicas em nível de pós-graduação *stricto sensu*. Formações em saúde pública e saúde coletiva são citadas como relevantes para o trabalho na área, assim como especializações e aprimoramentos em saúde mental e programas de extensão em aspectos recorrentes no cotidiano do trabalho como manejo de grupos, acompanhamento terapêutico e adolescência. Nota-se que apenas um dos técnicos entrevistados relata não possuir formação complementar, o que indica que no geral os profissionais têm buscado estratégias para o aprimoramento e qualificação do trabalho desempenhado. Embora se trate de trabalho com enfoque em apenas uma categoria profissional dado semelhante ao apresentado é encontrado no estudo de Bueno (2013), em que objetivando caracterizar as ações realizadas por terapeutas ocupacionais nos CAPSi do Estado de São Paulo, descreve que, dos 24 participantes, apenas 3 não possuíam formação complementar.

I.iii. Apresentação dos Familiares/Responsáveis participantes do estudo

O quadro 3, a seguir, apresenta a caracterização dos familiares/responsáveis das crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi que participaram do estudo.

Quadro 3 – Caracterização dos participantes na categoria Familiares/Responsáveis

	CAPSi	Escolaridade	Idade	Parentesco com o Usuário do Serviço
F01	Vermelho	Médio Completo/Técnico	35	Mãe
F02	Lilás	Não informou	52	Mãe
F03	Azul	Médio Completo	35	Pai
F04	Vermelho	Médio Completo	41	Pai
F05	Verde	Fundamental Completo	33	Mãe
F06	Vermelho	Médio Completo	27	Cuidadora
F07	Verde	Médio Completo	41	Mãe

F08	Verde	Fundamental Incompleto	34	Mãe
F09	Azul	Médio Completo	41	Mãe
F10	Azul	Médio Completo	43	Mãe
F11	Verde	Médio Completo	29	Mãe
F12	Vermelho	Fundamental Incompleto	56	Avó
F13	Lilás	Fundamental Completo	40	Mãe
F14	Azul	Superior Completo	63	Mãe
F15	Lilás	Médio Completo	41	Mãe
F16	Azul	Fundamental Incompleto	44	Mãe

Fonte: autoria própria.

Participaram do estudo 16 familiares ou responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi com experiência de sofrimento psíquico intenso. Estes participantes, no geral, correspondiam aos familiares, cuidadores principais dos usuários dos serviços, sendo inclusive os responsáveis por os acompanharem ao tratamento no CAPSi. Percebe-se a predominância da figura materna enquanto principal responsável, sendo 12 do total de participantes, quanto aos pais, foram 2 os respondentes da pesquisa, seguidos por 1 avó e 1 cuidadora de abrigo¹².

Reis et al. (2012) encontraram dados semelhantes, em que a mãe figura como principal responsável pelo cuidado, seguida pelas avós, pais e cuidadores de abrigos. O citado estudo colheu informações tendo por base os prontuários dos usuários dos serviços e faz a ressalva de que, em grande parte destes, não havia a menção ao cuidador principal. Dombi-Barbosa (2009) refere-se à mesma proporção encontrada para o papel das mães enquanto cuidadora principal.

No que diz respeito à escolaridade, nove dos dezesseis participantes possui nível Médio completo e apenas um possui Superior completo. A idade dos participantes variou entre 27 e 63 anos, sendo a idade média de 38 anos.

Liv. Apresentação das crianças e adolescentes das quais as famílias/responsáveis participaram do estudo

¹² Será adotada durante o decorrer deste estudo a nomenclatura *familiares* para descrever os sujeitos participantes da categoria Familiares/Responsáveis uma vez que apenas um dos participantes não era famílias direto das crianças/adolescentes. Esta opção visa facilitar a leitura do trabalho

A seguir, neste tópico por meio dos Quadros 4 e 5 serão apresentadas as crianças e adolescentes inseridas nos CAPSi as quais seus familiares foram participantes do estudo. As caracterizações apresentadas decorrem das narrativas realizadas pelos responsáveis como também pelos dados fornecidos pela equipe técnica dos serviços em estudo.

No Quadro 4 estão descritas as características gerais das crianças e adolescentes no que tange o acesso à escola, idade, e informações relativas ao processo de acompanhamento realizado pelos CAPSi.

Quadro 4. Caracterização das crianças e adolescentes participantes

Identificação	Idade	Frequenta Escola	Série	Tipo de Escola	Diagnóstico (referido pelo cuidador)	Tempo de Inserção no CAPSi	Hipótese Diagnóstica (referida pela equipe)	Modalidade de Inserção no CAPSi
U01	6	Sim	1 EF*	Regular	Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	1 ano	Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	Semanal (Grupo+Psiquiatra)
U02	16	Não	-	-	F70 Deficiência Mental	4 anos	F.84 - Transtorno Global de Desenvolvimento (TGD)	Não intensivo (Psiquiatra+TO individual)
U03	15	Sim	1 EM**	Regular	Esquizofrenia Resistente	Mais de 3 anos	F.20 – Esquizofrenia	Intensivo (grupos, psiquiatra, convivência)
U04	8	Sim	3 EF	Regular	Transtorno Invasivo Compulsivo	2 anos	F.20 – Esquizofrenia	Intensivo (grupos, psiquiatra, convivência)
U05	6	Sim	1 EF	Regular	Desconhece	1 ano	F.84+F.90 - Transtorno Global de Desenvolvimento (TGD) e Transtorno Hiperkinético	Oficina terapêutica e Psiquiatra
U06	10	Sim	4 EF	Regular	Desconhece	3 anos	F.84 Transtorno Global de Desenvolvimento (TGD)	Semanal (oficina terapêutica)
					F80; F74	2 meses		Psiquiatra

U07	11	Sim	5 EF	Regular	(Transtorno Específico do Desenvolvimento e da Fala+ ?)		-	
U08	12	Não	-	-	Autismo	1 ano	F.79 - Retardo Mental não especificado	Semanal (oficina terapêutica)
U09	14	Sim	3 EF	Especial e Regular	Autismo	10 anos	F.71+F.84 - Transtorno Global de Desenvolvimento (TGD) e Retardo Mental Moderado	Semanal (oficina terapêutica)
U10	12	Sim	7 EF	Regular	Desconhece	3 anos	F.70+F.84.9 - Retardo Mental Leve+ Transtorno Global não Especificado do Desenvolvimento	Atividade em Grupo + Psicólogo individual
U11	9	Sim	3 EF	Regular	Síndrome de Moebius	3 anos	F.70.1+F.80.1 - Retardo Mental Leve (tratamento e vigilância) + Transtorno Expressivo de Linguagem	Semanal (oficina terapêutica)
U12	8	Sim	2 EF	Regular	Desconhece	3 anos	F.70+F.92 - Retardo Mental Leve+Transtorno Misto de Conduta e das emoções	Oficina terapêutica e Psiquiatra

U13	9	Sim	1 EF	Especial	Autismo e Hiperatividade	1 mês	F.84+F.90 - Transtorno Global de Desenvolvimento (TGD) +Transtorno Hipercinético)	Semi-intensivo
U14	11	Não	-	-	F90+F91+F31 Distúrbio de Conduta	3 anos	F.90+F.91.3+F.31 - Transtorno Hipercinético+ Distúrbio desafiador de Oposição+Transtorno Afetivo Bipolar)	Convivência, grupos e psicólogo individual
U15	12	Sim	6 EF	Regular	Depressão	1 ano e meio	F.41 - Outros transtornos ansiosos	Semi-intensivo
U16	16	Sim	Não Informou	Especial	Autismo e Epilepsia	10 anos	F.84+G.40 Transtorno Global de Desenvolvimento (TGD) e Epilepsia	Convivência, TO, Psiquiatra e Psicólogo individual

Das dezesseis crianças e adolescentes referidas no estudo, as idades variaram entre 6 e 16 anos. Destas, sete se encontram na faixa etária de 5 a 10 anos e nove possuem entre 11 e 16 anos. Ressalta-se que não há no estudo nenhuma criança com menos de 6 anos de idade e nenhuma com mais de 16 anos.

Estes dados apresentados fazem questionar o modo com que se tem focado a experiência de sofrimento psíquico. A ausência de crianças com menos de 03 anos entre os sujeitos considerados em intenso sofrimento psíquico pode apontar, entre outras questões, para a dificuldade de acesso ao CAPSi para crianças na primeira infância. Em estudo com mães de crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi em Recife, Monteiro et al. (2012) revelam a dificuldade de acesso que as famílias têm em chegar para o atendimento nos CAPSi. Embora seja um serviço de porta aberta as mães referem uma espécie de peregrinação em diferentes serviços: UBS, serviços psicológicos, conselho tutelar, até conseguirem um efetivo encaminhamento e orientação para a ida ao CAPSi. Possivelmente esta dificuldade de acesso possa ocasionar a chegada das crianças com idade superior aos 03 anos.

Embora seja verificada esta ausência, evidenciada pelo escasso número de crianças menores de 03 anos como indicam também outros estudos, em que a população nesta faixa etária compõe a menor clientela inserida nos serviços (HOFFMANN, SANTOS, MOTA, 2008; REIS et al.; 2012), as publicações ministeriais tratam da importância do diagnóstico e intervenção precoce para as hipóteses de transtorno do espectro do autismo, diagnóstico este superior em referências, aos demais no presente estudo (BRASIL, 2013b). Assim, faz acreditar que, uma vez que os técnicos também referem como índice da intensidade do sofrimento as crianças e os adolescentes com este diagnóstico, seria imprescindível que pudessem contar com estratégias de trabalho que abarcassem a ação junto à crianças na primeira infância (BRANDÃO JR, 2009).

Cabe ressaltar que embora o diagnóstico e a intervenção precoce sejam importantes ações principalmente no caso de crianças com transtorno do espectro do autismo, assim como já afirmado, torna-se tarefa difícil para pais e outros familiares fazerem a identificação de que há algo de diferente nas crianças com pouca idade. Esta constatação revela a importância de que os serviços que assistem às crianças nessa faixa etária, principalmente os serviços de atenção primária, possam oferecer indicações e orientações aos pais a respeito do desenvolvimento de seus filhos, bem como sejam capazes de realizarem avaliações pertinentes.

Já com relação aos adolescentes, embora se saiba atualmente a dimensão do montante de adolescentes que vivenciam situações de sofrimento psíquico, chegando à casa dos 20% e do impacto que estas experiências têm para o desenvolvimento da vida adulta (FLEITLICH; GOODMAN, 2002; PATEL, 2007) nota-se que são poucos os adolescentes com mais de 14 anos citados no estudo, apenas 4 do total de 16 sujeitos.

Questões de alta complexidade para atenção à saúde são intensificadas na adolescência como a exposição ao uso de substâncias psicoativas, depressão, tentativas de suicídio, surtos psicóticos, maior exposição à fatores de risco psicossocial. Sabe-se também que as propostas para atendimento e vínculo construído com os adolescentes para o projeto de cuidado são diferentes daqueles que se constroem para as crianças, em sua maioria presentes nos mesmos serviços. Santos et al. (2011) afirmam que dentre as produções sobre o tema da saúde mental na adolescência, muitos trabalhos não realizam a separação entre estas fases da vida, o que denota a dificuldade de realização de ações específicas para estes sujeitos (MANGIA, et al., 2003; BENETTI et al., 2007).

Estes dados apontam para o desafio de se criarem estratégias de cuidado para estes sujeitos considerando prioritariamente as singularidades presentes nas realidades concretas de vida e de planejamento para o futuro aos quais os adolescentes podem engajar-se independente do grau de comprometimento (MANGIA, et al., 2003).

Ao passo que cotidianamente a adolescência é entendida como um período crítico em que grande parte das condutas dos jovens recebem etiquetas de sintomas e são patologizadas, vê-se uma dificuldade em estabelecer linhas de cuidado para aqueles que realmente estão em sofrimento. Muitas vezes, a inserção restrita e frágil nos serviços de atenção à saúde revela uma dinâmica em que os profissionais se encontram confusos em suas possibilidades de alcance para o trabalho com este grupo. Reconhece-se ainda, que, a falta de lugar social experimentada pelos adolescentes é traduzida também em ações desconexas de saúde que pouco ecoam com as verdadeiras demandas destes (GOMES, 2009; MANGIA, et al., 2003; RIZZINI, 2005).

Em relação à inserção escolar das crianças e adolescentes, apenas três dos dezesseis usuários não estão inseridos na escola, estes com idade entre 11 e 16 anos; além disso, verificou-se que três dos treze usuários em inserção escolar frequentam escolas especiais, sendo que um destes mantém também vínculo com instituição regular de ensino. Tratando do total de usuários inseridos nos CAPSi e não apenas os em sofrimento psíquico intenso, Reis et al., (2012) apresentam dados que indicam que cerca

de 85% das crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi em idade escolar, entre 6 e 17 anos, estão inseridos nas escolas.

Quanto à série que estão inseridos, há equivalência entre esta e a idade que possuem, o que pode revelar aspectos da progressão continuada presente nas escolas e comumente utilizada para crianças e adolescentes com algum tipo de necessidade ou patologia diagnosticada.

A política de progressão continuada, adotada pela Secretaria de Educação do Estado de São Paulo em 1998 é entendida como recurso para a mudança da organização escolar por meio da alteração dos modos de avaliação dos estudantes. Trata-se sobretudo, de articular de modo processual a aprendizagem por meio de ciclos. Segundo Bertagna (2010), com os novos processos advindos da progressão continuada, diminuiu-se a seletividade escolar e conseqüentemente a evasão. Embora refira que as alterações no sistema de ensino público possam ser transformados pela adoção de sistemas mais integrados e processuais de avaliação e de ensino, Bertagna (2010) aponta que a superação da cultura de repetência, que em geral culmina com a evasão escolar, em grande parte influenciada por extremas desigualdades sociais e de acesso à escola, ainda não têm sido efetivamente questionada e transformada.

Nessa direção, Freitas (2002), afirma que estes novos sistemas de progressão continuada, acabam por corroborar a ideia de que o fracasso é da dimensão individual, ou seja, os processos de exclusão são de responsabilidade daquele que é excluído. Isso porque, torna-se impossível numa sociedade eminentemente injusta e desigual, que a escola, enquanto instituição social que corrobora com o plano de desenvolvimento nacional, seja um local em que as diferenças possam ser contempladas de forma afirmativa e emancipatória. Em geral, o discurso sobre a qualidade da educação prescinde de uma discussão ampliada acerca da qualidade de vida da população, dando lugar a discussões sobre avaliação de qualidade baseada em uso de tecnologia e em critérios advindos da lógica empresarial. Assim, basta que se chegue ao ciclo final ou dele se abstenha – o que em nossos dias é comumente aceitável. Quanto a avaliação de competências adquiridas ou a construção de identidades cidadãs, estas tornam-se questões em segundo plano nesta lógica economicista de gestão da educação pública.

A proposta da progressão continuada, assim, internaliza para o espaço escolar, e mais ainda, para a dimensão familiar e individual, um problema que deveria ser, portanto, de responsabilidade do Estado, e desse, a preocupação com a criação de

estratégias de inclusão dos sujeitos de forma positiva e cidadã na dimensão social (FREITAS, 2002).

Tomando como hipótese que a inserção e progressão escolar das crianças e adolescentes foco deste estudo, estejam baseadas na proposta da progressão continuada, compreende-se que sob tal perspectiva não é possível verificar claramente a forma com que se dão os processos de escolarização das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, embora algumas linhas de condução de hipóteses possam ser tracejadas. Sinaliza-se a possibilidade de que a inserção na escola, para sujeitos esteja marcada por diferentes condutas no espaço escolar: desde a construção de laços efetivos de pertencimento, em que as avaliações acerca do rendimento e apropriação dos conteúdos possa ser realizada de forma integrada e participativa em que se encaminhe um aprendizado para a vida. Outra possibilidade é a constatação de que estar inserido em uma ou outra série escolar tem mais a ver com a idade que se possui, que com os conteúdos e processos da dinâmica escolar que se vivencia, fatores de um processo de homogeneização das diferenças e das necessidades.

Sobretudo, importa ainda, poder questionar em que medida a perspectiva da individualização dos problemas sociais e desigualdades, representada pela corrente ideia de esforço individual como mérito para o alcance de determinados direitos se coloca na ordem do dia como sentido e direção única a ser utilizada pelas escolas nas quais estas crianças estão inseridas. Certamente, quando se trata da dimensão do sofrimento psíquico, trabalhar tendo como medida única, para avaliação e condução de processos de ensino-aprendizagem, o esforço individual para o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes representa ganhos difíceis de serem conquistados para os sujeitos envolvidos nesta situação (ANDRADE, 2008).

Outra hipótese também pode ser apresentada; a de que a inserção desta população no espaço escolar, esteja dada por meio das premissas que regem as propostas e políticas nacionais de educação inclusiva, voltadas para crianças e adolescentes com deficiências. Há que se considerar que somado aos desafios e dificuldades colocadas para todos os envolvidos nos processos de inclusão escolar, sejam eles gestores, professores, familiares ou as próprias crianças e adolescentes, como já bem documentado pela literatura (BRANDÃO; FERREIRA, 2013; BEZERRA; ARAÚJO, 2011; BRIANT; OLIVER, 2012; VILARONGA; CAIADO, 2013) deve-se atentar para uma realidade mais específica, que trata do campo da saúde mental e das

ações intersetoriais junto às escolas, que necessita ser melhor compreendido, problematizado e investigado.

Um outro resultado observado, relativo ao acesso e compartilhamento de informações dentro dos CAPSi, é a constatação que dos 16 usuários em tela, no que se refere a hipótese diagnóstica há concordância entre o relato dos familiares e dos profissionais em seis das situações apresentadas. Em cinco situações há discordância entre o diagnóstico relatado pela equipe e o relato do familiar/responsável. Três familiares referem não conhecer os diagnósticos de seus parentes inseridos nos CAPSi, embora já se note que estes têm diagnósticos fornecidos pela equipe. O único usuário que não possui um diagnóstico construído pela equipe, se deve ao fato de que ainda não esteve em atendimento com o médico psiquiatra do CAPSi - segundo informações da equipe -, neste caso, o familiar conhece um diagnóstico, pois a criança já realiza acompanhamento em outro serviço de saúde. Salienta-se ainda, que em dois dos casos apresentados, embora as crianças e adolescentes estejam no serviço há três anos, os pais ainda desconhecem qual a hipótese diagnóstica de seus filhos.

Denota-se, portanto, que a questão da circulação de informações nos serviços, ainda é inconsistente e carece de maiores cuidados. Entende-se que a disponibilização do diagnóstico das crianças para suas famílias possa ser considerada uma situação de forte tensão. Na medida em que o diagnóstico se afirma em uma família, outras marcas, preconceitos e estigmas podem colocar-se em curso, tal como se assitiu ao longo das décadas em nossa sociedade em que os diagnósticos psiquiátricos comumente eram atravessados por intensivas situações de marginalização e exclusão. Embora esta seja uma delicada tarefa do trabalho em saúde mental, e principalmente em saúde mental infantojuvenil, a orientação do trabalho no sentido do fortalecimento e empoderamento da dimensão familiar enquanto estratégia potencializadora dos percursos de ganhos de saúde e autonomia dos sujeitos, deve estar profundamente atrelada a construção do compartilhamento de informações e sentidos entre equipe e família. Deste modo, poder garantir à família o direito ao conhecimento sobre o nome daquilo que seus filhos apresentam pode ser um fator de inclusão, de novos participantes na lógica de produção de saúde, desde que ocorra de forma orientada e afetiva.

Além dessa dimensão, é possível que outras variáveis estejam presentes neste processo de desinformação e pouco compartilhamento com a esfera familiar, como por exemplo, o fato da família e outros atores não serem considerados parte do processo a ser assumido juntamente com a criança/adolescente e seu sofrimento, desconsiderando-

se assim as potências e ganhos que podem ser obtidos com a família enquanto agente de transformação.

Ainda assim, verifica-se que de certo modo, o léxico médico-psiquiátrico circula por muitas das famílias com a quais se construiu este estudo, revelando a entrada destas pessoas em um campo de conhecimento atravessado pelos dizeres médico-biológicos, mesmo que de forma confusa em relação ao diagnóstico de seus familiares. Percebe-se, portanto, que a partir de suas diferentes possibilidades, as famílias já vêm construindo um discurso particularizado acerca da condição de seus filhos. Levando-se em consideração a multiplicidade de sentimentos, angústias e incertezas presentes na desconfiança frente à revelação e confirmação de um diagnóstico e o prosseguimento da oferta de informações adequadas e pertinentes, um interessante manejo da equipe do CAPSi nesse sentido, poderia ser favorecer outros modos de aproximação destes sujeitos com as ideias e percepções contidas nestas nomenclaturas que descrevem as condições subjetivas e psíquicas das crianças e adolescentes. Ou seja, poder construir junto com estas famílias outros entendimentos sobre o que se passa na perspectiva de que o diagnóstico, mesmo que ainda impreciso, possa ser apenas mais uma, dentre as tantas percepções e considerações a respeito das crianças e adolescentes e seus “modos de andar a vida” (CRUZ, 2006; SMEHA; CEZAR, 2011; MATSUKURA; MENECHLI, 2011; MERHY, 2007).

Aos diagnósticos oferecidos pelas equipes dos CAPSi em estudo, denota-se que há combinações diagnósticas mais frequentes, como Transtorno Global do Desenvolvimento e algum grau de Retardo Mental ou Transtorno Hipercinético. Considerando os grupos de diagnósticos oferecidos pela CID – 10, no geral a mais utilizada pelos profissionais, a maioria dos sujeitos do estudo foi diagnosticada com Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (F80-89); seguidos em ordem de Retardo Mental (F70-79); Transtornos Emocionais e do Comportamento (F90-99); Esquizofrenia (F20), e ainda outros transtornos referidos à apenas uma criança.

Importa destacar que a composição dos participantes ocorreu após solicitação aos técnicos de que nos indicassem familiares e crianças/adolescentes que se encontrassem em intenso sofrimento psíquico.

A título de localização geral, Reis et al. (2012) em análise dos cinco principais grupos de transtornos mais frequentes nos CAPSi do Estado de São Paulo no ano de 2009, divididos pelos grupos de diagnóstico da CID-10, os autores encontraram que 27,7% das crianças e adolescentes apresentam Transtornos Emocionais e do

Comportamento (F90-F98); 19,8% apresentam Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80-89); 12,5% apresentam Retardo Mental (F70-79); 10,6% apresentam Transtornos do Humor – afetivos (F30-39); 7,2% Esquizofrenia, Transtorno Esquizotípico e Transtorno Delirante (F20-29). Já Hoffmann, Santos e Mota (2008) descrevem que os principais grupos diagnósticos encontrados em cinco CAPSi localizados em diferentes estados do Brasil são em ordem decrescente os Transtornos Emocionais (F90-99); Transtornos Neuróticos (F40-49) e Transtornos dos Desenvolvimento Psicológico (F80-89).

No que tange ao tempo de inserção nos CAPSi, a média apresentada é de 3 anos, variando entre 1 mês e 10 anos de participação. Duas das crianças em tela estão inseridas há aproximadamente 10 anos, estas com diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento. Documentos normativos indicam que a atenção nos CAPSi deve se organizar de modo transitório, uma vez que a centralidade do cuidado deve estar também localizada na Atenção Básica (BRASIL, 2004a; 2005). Este dado pode evidenciar, portanto, as possibilidades ainda insuficientes de trânsito dos sujeitos com autismo por outros serviços e revelar também a dificuldade na construção da alta dos serviços para estes usuários. Questiona-se assim em que medida tem sido favorecida às pessoas com autismo a circulação pela rede de serviços do SUS na garantia do princípio da integralidade (BRASIL, 2013b)?

São percebidas diferenças nas formas de organização do cuidado entre os CAPSi, em que se descrevem atividades a partir das modalidades de inserção, como por exemplo, usuários inseridos em regime intensivo, enquanto que outras inserções se apresentam pelo eixo da frequência e atividade a que estão envolvidos (oficina terapêutica, consulta). Esta diferença de apresentação das intervenções realizadas pode ser derivada dos processos de mudança dos sistemas de monitoramento e avaliação dos serviços como já descrito na subdimensão I.i que caracteriza os CAPSi.

Salienta-se que, nas duas únicas situações em que há referência de usuários inseridos na modalidade intensiva, estes receberam o diagnóstico de Esquizofrenia por parte da equipe do serviço. Reflete-se que possivelmente para as equipes, estas se tratam de situações de intensa gravidade que demandam ações diárias para estes sujeitos.

Apenas um dos usuários apresentados mantém consulta apenas com o médico psiquiatra, o que evidencia que os CAPSi têm mantido, de modo geral, a premissa de oferecimento de ações multidisciplinares para as pessoas atendidas.

Ainda, predomina a frequência semanal em que o usuário do CAPSi frequenta o serviço apenas uma vez na semana para a realização de atividades em grupo e consultas individuais. Em considerando que o presente estudo objetivou abordar as crianças e adolescentes em maior intensidade de sofrimento, faz-se importante questionar por quais motivos os sujeitos a princípio considerados como casos de maior complexidade, em sua maioria encontram-se em atividades oferecidas uma vez na semana.

Dos 16 sujeitos participantes deste estudo usuários dos CAPSi, 10 frequentam os serviços apenas uma vez na semana. Tal dado pode revelar as dificuldades de organização do cuidado tanto por falta de recursos humanos, dentre outros aspectos, como em relação às mudanças ocorridas na última década que propõem a priorização das ações comunitárias e de disponibilidade de atendimento de acordo com as demandas dos sujeitos e não por meio de ofertas endurecidas dos serviços.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b), política esta transversal aos serviços e organizações de saúde e norteadora da gestão do cuidado, preconiza que os serviços realizem ações de acordo com as necessidades comunitárias, territoriais, mas também individuais, em que o cuidado mais frequente deve ser construído para os sujeitos em situação de maior sofrimento. Por meio do acolhimento com classificação de risco e de vulnerabilidades, a atenção em saúde, em seus variados níveis de complexidade, deve estar atrelada às possibilidades e demandas dos sujeitos. Em se tratando de crianças e adolescentes gravemente comprometidos em seus aspectos psicossociais, o cuidado para estes sujeitos deveria estar mais ampliado em suas rotinas.

Salienta-se que a organização por meio de um enquadre fechado das atividades oferecidas pelos serviços, somado à frequência apenas semanal, vem reforçar a ideia de que os CAPSi, ainda se mantêm possivelmente inscritos em uma lógica ambulatorial e segmentada de atenção aos casos de maior complexidade, contrária à ideia do funcionamento em atenção diária aos sujeitos mais gravemente comprometidos (BRASIL, 2004a). Esta constatação, longe de culpabilizar os profissionais e os serviços, que no geral têm respondido a demandas superiores às capacidades de organização dos equipamentos, procura assinalar para a complexidade da construção da atenção em saúde mental, o que possivelmente encontra rebatimentos em outras dimensões atreladas ao cuidado, como disponibilidade familiar para participação nos atendimentos e outras condições socioeconômicas das famílias.

No Quadro 5, a seguir, são apresentadas informações a respeito das condições familiares e socioeconômicas destes participantes.

Quadro 5. Características familiares e socioeconômicas das Crianças e Adolescentes participantes do estudo

Identificação	Renda Familiar	Com quem reside	Escolaridade Mãe	Mãe Trabalha	Escolaridade do Pai	Pai Trabalha
U01	Não informou	Pai e mãe	Médio Completo/Técnico	Sim	Superior Incompleto	Sim
U02	Não informou	Mãe, padrasto e três irmãos.	Fundamental Incompleto	Não	Não informado	Não Informado
U03	3 SM*	Pai, Mãe e dois irmãos menores	Fundamental Completo	Não	Médio Completo	Sim
U04	Não informou	Pai e mãe	Médio Completo	Não	Médio Completo	Aposentado
U05	Menos de 2 SM	Pai, mãe e irmã	Fundamental Completo	Não	Fundamental Incompleto	Sim
U06	Subvenção pública	Outras 21 crianças do abrigo	Não informado	Não informado	Não informado	Não Inf.
U07	2 SM	Pai, mãe e irmão	Médio Completo	Não	Fundamental Incompleto	Sim
U08	1 SM	Pai e mãe	Fundamental Incompleto	Não	Fundamental Incompleto	Sim
U09	4 SM	Mãe e pai	Médio Completo	Sim	Superior Completo	Sim
U10	3 a 4 SM	Mãe, pai, irmã	Médio Completo	Sim	Fundamental Incompleto	Sim
U11	3 a 4 SM	Mãe, pai e irmão mais novo	Médio Completo	Sim	Médio Completo	Sim
U12	2 a 3 SM	Pai, avô, Avó e irmão	Não informado	Não	Fundamental Incompleto	Sim
U13	3 SM	Pai, Mãe e dois irmãos.	Fundamental Completo	Não	Médio Completo	Sim
U14	7 SM	Mãe	Superior	Aposentada	Não informado	Não informado

			Completo			
U15	Menos de 1 SM	Mãe, pai, irmão e avó.	Médio Completo	Não	Médio Completo	Sim
U16	5 SM	Mãe e pai	Fundamental Incompleto	Não	Médio Completo	Sim

*SM: Salário Mínimo. Salário Mínimo Nacional vigente – Ministério do Trabalho: R\$678,00

Com relação aos dados apresentados no Quadro 5 que versam sobre as condições socioeconômicas das crianças, adolescentes e suas famílias, no que tange às indicações relativas à renda familiar, três participantes optaram por não informar este dado; um dos usuários não tem renda familiar e seus proventos são financiados pela instituição que o abriga. A renda indicada varia desde uma família que recebe menos que um salário mínimo/mês até uma família com renda de sete salários mínimos. A média de rendimentos por família (apenas as que referiram a renda) é de, aproximadamente, três salários mínimos.

Quanto à composição familiar, à exceção de um usuário, todos vivem com as famílias. Quatro não vivem com o pai, dois não vivem com as mães e a avó mora com o usuário apenas na situação em que é a cuidadora principal da criança.

Quanto ao grau de instrução das mães, apenas uma mãe possui Ensino Superior completo, sete completaram o Ensino Médio. Já quanto aos pais, dois dos respondentes não tinham esta informação, um possui Superior completo, seis possuem Ensino Médio completo.

Sobre a inserção no mercado de trabalho, onze das dezesseis mães não trabalham, sendo uma aposentada. Quanto aos pais, um é aposentado, três não foram informados os dados, e todos os outros estão inseridos no mercado de trabalho. Os dados encontrados concordam com o que é apontado pela literatura que indica que as mães figuram como as principais cuidadoras das crianças e adolescentes em sofrimento ou com alguma necessidade especial e que em sua maioria não estão inseridas no mercado de trabalho (CAMPREGUER, 2009; CRUZ, 2006; ESPOSITO; SAVOIA, 2006; GUALDA; BORGES; CIA, 2013; MATSUKURA, et al., 2007; SMEHA; CEZAR, 2011).

5.2. Dimensão II. Sobre o intenso sofrimento psíquico: na percepção dos profissionais e necessidades e demandas dos sujeitos atendidos.

A presente dimensão é composta por cinco subdimensões que buscam evidenciar como se produzem os entendimentos a respeito da construção das demandas referidas aos CAPSi. Primeiramente buscou-se apresentar o que os técnicos dos serviços entendem por intenso sofrimento psíquico e quais são os sujeitos que experienciam esta condição. Posteriormente são referidas as principais necessidades e demandas das

crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi tanto pela ótica dos familiares como dos trabalhadores dos serviços, seguida pela apresentação da percepção sobre as principais demandas e necessidades das famílias destas crianças e adolescentes no entendimento dos técnicos dos serviços. Por fim, na última subdimensão, os familiares referem quais são as principais necessidades e demandas que suas famílias apresentam.

Apresenta-se a seguir as subdimensões:

II.i – Sobre o intenso sofrimento psíquico: o que percebem os técnicos;

II.ii - Necessidades e demandas das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico acompanhados nos CAPSi a partir da opinião dos Técnicos;

II. iii - Principais dificuldades das crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi na opinião dos Familiares/Responsáveis;

II. iv - Principais necessidades e demandas dos familiares na percepção dos Técnicos;

II. v. Principais necessidades e demandas das famílias dos usuários inseridos nos CAPSi na percepção dos Familiares/Responsáveis.

II.i. Sobre o intenso sofrimento psíquico: o que percebem os técnicos

Neste tópico serão apresentadas as compreensões a respeito do intenso sofrimento psíquico de crianças e adolescentes inseridas nos serviços, a partir do entendimento dos profissionais que trabalham nos CAPSi. Para tanto, foram consideradas as respostas dos técnicos participantes às questões, que visavam apreender como entendiam e percebiam o que se configura enquanto experiência do intenso sofrimento psíquico.

O entendimento em relação à definição do que seria o intenso sofrimento psíquico e alta complexidade foi geradora de diferentes percepções por parte da equipe técnica dos CAPSi. A partir da análise dos dados foram depreendidas dez categorias variadas, de opiniões relativas a diferentes concepções sobre tal condição de vida, que geraram os respectivos DSCs. Tais discursos se referem ao levantamento de diferentes problemáticas vividas pelos usuários dos serviços: risco e vulnerabilidade, presença de comorbidades, dificuldade com a dinâmica familiar, presença de sintomas psiquiátricos clássicos, dificuldade de inserção e participação social, entre outras concepções.

Apresentam-se no Quadro 6, a seguir, os DSCs obtidos relativos a cada categoria identificada para esta dimensão.

Quadro 6 - Entendimento dos técnicos sobre sofrimento psíquico intenso

CATEGORIA	DSC
<p>a. Ideia de risco e vulnerabilidade</p>	<p><i>O sofrimento é quando engloba tudo né? Engloba família, engloba comunidade, engloba educação, e nesse caso assim, o maior sofrimento é quando você tem problema em todos estes aspectos. A vulnerabilidade, acho que é uma coisa muito forte também nisso tudo. Por exemplo: "ah, mas ele tá com problema em tudo, tá em risco, vive na rua, mora do lado do tráfico", então esse menino tá em risco, se não é agora, logo logo ele estará não no CAPSi, mas no CAPS ad. É um risco e a gente identifica como risco e vê como um transtorno, um sofrimento grave. A dinâmica familiar é uma questão importante nesse sentido né? Se a família consegue ser continente, parece que o sofrimento também fica amenizado. Agora, uma criança que está desorganizada psiquicamente e que a família também é muito desorganizada, que não consegue ser um continente, essa criança não consegue chegar ao serviço. Acho que esse é um sofrimento muito intenso. É o ciclo mesmo da violência, é o ciclo familiar mesmo, da violência, da doença que circula, eu acho que pra mim é agravado, eu acho que ele se torna mais intenso.</i></p>
<p>b. A gravidade está no sofrimento das pessoas e em sua impossibilidade de estar no mundo</p>	<p><i>É a desesperança, é a falta de esperança, esquizofrenia, autismo, transtorno de conduta, não definem isso na minha opinião, o que é mais grave. Então eu acho que o intenso sofrimento psíquico é a cristalização dentro de uma forma de estar no mundo que não encontra alternativa, né? É uma clausura dentro de uma forma de existir, assim, que o sujeito encontrou, crianças que não conseguem ter um relacionamento com outra pessoa, não conseguem viver em sociedade, demandam demais do ambiente, têm uma dificuldade grande de mostrar seu próprio sentimento afetivo, cognitivo e não conseguem viver dentro da comunidade de forma tranquila. Elas vivem num mundo parece que isoladas, não dão conta de suas atividades, e aí não conseguem estar inseridas em outros espaços, somente aqui. E isso acontece tanto com a criança como com o familiar, dependendo da situação. Eu acho que é quem não consegue se relacionar com o outro, num isolamento social importante, tanto dele quanto da família...</i></p>
<p>c. Aqueles que exige muitas e complexas</p>	

ações intersetoriais	<i>Então como a gente depende muito de outros serviços para construir esse trabalho em rede, complexos acabam sendo aqueles casos que demandam intervenções com todos os setores envolvidos, né? Aonde você precisa estar próximo de conselho tutelar, de escola, de CRAS, aonde você precisa realmente ir tecendo uma rede de cuidados para que aquele sujeito possa ter uma sustentação na vida ne?</i>
d. Abandono escolar	<i>Intenso sofrimento psíquico é quando acontece o abandono escolar.</i>
e. Relacionado a sintomas e diagnósticos psiquiátricos	<i>Acho que os casos mais de psicose, de tentativa de suicídio ou de uma depressão grave, essas alucinações sinestésicas, visuais, auditivas, insônia, a agitação, a heteroagressividade, eles tendem a ficar um pouco nesse lugar. Usuários em crise, usuários extremamente desorganizados, que se colocam em risco e colocam os outros em risco, que têm baixa crítica, o teste com o ambiente o tempo todo, como essas crianças que se colocam em risco de vida, que falam, experimentam e buscam a morte. E também os autistas são casos extremamente graves por fazerem uma posição ativa de se privar de um contato com o social que talvez nos pareça, às vezes, que gera um sofrimento maior pra família que pro próprio sujeito que parece indiferente à situação, mas na verdade, eu não sei se é exatamente assim que funciona.</i>
f. Gerado pelo preconceito e exclusão	<i>Eu penso num desajuste social, acho que isso pesa muito. Eu acho que isso é que é grave, elas não poderem circular nos espaços, não porque elas não têm condições, mas porque as pessoas não conseguem entender, não conseguem olhar pra elas como crianças. Crianças que têm questões diferentes e que vão estar de um jeito diferente no lugar, talvez fazendo um movimento esquisito, um olhar que eu não sei o que é, fazendo um barulho estranho, mas ela pode estar ali, eu é que não consigo dar conta da existência daquela criaturinha naquele espaço, né? Assim como também da mãe não conseguir inserir ela na escola, não conseguir inserir ou ir para além daqui do CAPSi.</i>
g. Quando há presença de comorbidades	<i>Os mais graves eu acho acabam sendo aos olhos da instituição aqueles casos que tem uma comorbidade neurológica, aonde de alguma forma existe necessidade uma reabilitação física que é para além do que a gente pode oferecer aqui dentro.</i>
	<i>Esse componente cada vez mais agravante da dinâmica</i>

h. Dimensão familiar afetada	<i>familiar, da vulnerabilidade, eu acho que hoje a vulnerabilidade é das famílias né?</i>
i. Impossibilidade de exercício da autonomia	<i>A questão da autonomia, a dificuldade de acesso a espaços que são da infância, numa gravidade ampliada. Entendo que a impossibilidade de ser criança está relacionada à gravidade, pensando também nas áreas que a criança está prejudicada. Se ela não está conseguindo se alimentar, ir pra escola, conviver com outras pessoas, não está conseguindo uma mínima organização interna assim pra fazer as suas atividades.</i>
j. Todos os que estão no CAPSi	<i>Acho que todos que estão aqui têm a sua gravidade para estar aqui, senão não estariam.</i>

É possível verificar que o que se configura enquanto percepção e entendimento a respeito do intenso sofrimento psíquico vivido pelas crianças e adolescentes é tema de diferentes considerações. A multiplicidade de categorias geradas pelas narrativas permite evidenciar que não há um consenso em relação à qual seria a população alvo inserida prioritariamente nos serviços. Esta afirmação é também verificada em outros estudos que se detiveram em investigar junto aos técnicos dos CAPSi como se constituem os processos de avaliação e de admissão de usuários, e ainda, como se caracteriza a clientela prioritária (GOMES, 2009; OLIVEIRA, et al., 2012; RONCHI, AVELLAR, 2010).

É perceptível que o dissenso existente entre as diferentes concepções sobre o sofrimento psíquico abarca proposições e assertivas oriundas de diferentes campos. Notadamente se manifestam concepções advindas dos campos da medicina e da psiquiatria quando são citadas as condições sintomatológicas e diagnósticas de tal modo como configuradoras da experiência de sofrimento, como exposto nos DSCs *Presença de Comorbidades* e no DSC *Relacionado a Sintomas e Diagnósticos Psiquiátricos*. Estas formas de entendimentos são representativas em grande parte, da história de constituição do campo de atenção em saúde mental, em que inicialmente a disciplina médica toma para si o sujeito atravessado pela experiência de enlouquecimento como objeto de estudo e intervenção. Somente tempos depois outras disciplinas no campo da saúde adentram esta área (FOUCAULT, 1997; 1999).

No que diz respeito ainda ao processo de constituição da saúde mental infantojuvenil no Brasil, a disciplina médica esteve presente nas intervenções de modo sistemático também por meio da neurologia infantil, o que certamente acarretou em apropriações e explicações distintas a respeito do tema (ASSUMPCÃO JR, 1995; REIS, et al., 2010; RIBEIRO, 2006).

Entretanto, nota-se claramente a preponderância de aproximações mais complexas em relação à experiência do sofrimento. Há uma preponderância por considerações que visam elencar outros contextos e experiências como constitutivas das vivências de sofrimento psíquico em sua intensidade, o que remete ao entendimento acerca da complexidade de ações/cuidados que estes sujeitos exigem, tal como se manifesta no DSC *Aquele que exige muitas e complexas ações intersetoriais*.

Ainda, as ideias de exposição a fatores de risco e vulnerabilidade encontram seu aporte em diferentes campos que atualmente têm buscado compreender por quais situações os grupos se mantêm mais suscetíveis ou protegidos aos agravos de saúde mental, seja por condições socioeconômicas, pela constituição familiar, pelos contextos culturais e de escolarização (RUTTER, 1999; MATSUKURA, FERNANDES, CID, 2012).

Nesta direção, recente publicação do Ministério da Saúde, a respeito das práticas de saúde mental a serem desenvolvidas pela Atenção Básica, os “Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental”, ao descreverem possíveis ações junto à saúde de crianças e adolescentes, apresentam o seguinte esclarecimento

A ocorrência da maioria dos problemas de saúde mental é determinada por um conjunto de fatores. O impacto de cada fator varia de problema para problema, e de criança para criança. Existem fatores que estão fortemente associados com o desenvolvimento dos transtornos mentais e outros que têm efeitos protetores. Tradicionalmente há três principais domínios que merecem consideração: social, psicológico e biológico. É importante ressaltar que, na prática, os fatores não se apresentam de forma isolada, mas interagem de forma dinâmica. De forma geral, entende-se que a somatória de vários fatores de risco é mais importante para o desencadeamento dos transtornos do que um fator isolado (BRASIL, 2013a, p.106).

Assim, pode-se considerar que muitos dos DSCs apresentados relacionam aspectos que tratam dos fatores de exposição ao risco e sofrimento aos quais as crianças e adolescentes estão expostos: a fragilidade ou ausência do vínculo escolar (DSC *Abandono escolar*); a influência das diferentes dimensões da vida afetada (DSC *Ideia*

de risco e vulnerabilidade); a vulnerabilidade familiar (DSC *Dimensão familiar afetada*).

Sobre as condições de organização familiar, Cayres e Reis (2013) também identificaram que parte dos técnicos com formação em nível superior atribuem a gravidade dos casos à presença de dinâmicas familiares mais fragilizadas. Foram descritas pelos trabalhadores explicações e termos como “famílias pobres” “desestruturadas” “não aderentes” para ilustrarem o quanto percebem a influência das condições socioeconômicas e familiares para o desenvolvimento de sofrimento psíquico.

É presente também nos discursos, perspectivas que permitem dimensionar o sofrimento a partir de conceitos e ideias relacionadas às passagens subjetivas dos sujeitos que sofrem. O DSC *A gravidade esta no sofrimento das pessoas e em sua impossibilidade de estar no mundo* e o DSC *Impossibilidade do exercício da autonomia* possibilitam entrever que, por meio da menor relevância que se dá às afirmações diagnósticas, sejam compreendidos os outros contextos vividos pelos sujeitos: sua dor psíquica, suas condições de circulação e participação social, suas famílias e suas culturas.

Estas considerações permitem vislumbrar a ampliação do conceito de saúde e ainda mais, a ampliação das possibilidades mesmo de ação dos agentes de saúde, neste caso os técnicos dos CAPSi, que podem ter reelaborados seus planos de ação para o cuidado com estes sujeitos. De fato, ao se considerar as diferentes dimensões da vida (biológica, psicológica e social) inseridas nos processos de adoecimento, o trabalho técnico, dito especializado transforma-se para ser também um agente de promoção social e agenciador político e ideológico de melhores condições de vida para as crianças e adolescentes atendidos (DELL'ACQUA, MEZZINA, 2005).

A desconstrução que se faz possível nesse sentido, em dar outras cores para a experiência do sofrimento e da loucura nas crianças e adolescentes, passa pela derrocada da instituição psiquiátrica no imaginário social. A iniciativa, descrita por Rotelli (1990) como invenção de uma nova instituição em que a ideia de loucura, tal como veiculada durante décadas possa ser ultrapassada, e ainda, mais atualmente, a ideia de um transtorno como algo que se afirma puramente na dimensão biológica e individual também possa declinar. O autor propõe que seja possível mudar o objeto de trabalho dos agentes de saúde, deslocando-o da ação sobre a doença para a ação frente a “existência-sofrimento” das pessoas em sua “relação com o corpo social”. O trabalho a

ser realizado, destarte, deve ser o da recondução do saber para o encontro com a existência humana que se dá em diferentes contextos e situações.

Nesta perspectiva é possível perceber que alguns discursos se atrelam ao léxico que se faz proposto por Rotelli. Ao considerarem outras dimensões presentes na experiência do sofrimento, os técnicos insinuem novos elementos possíveis de serem articulados nas ações que realizam, tal como se evidencia no DSC *Preconceito e Exclusão*. Assim, a inscrição da doença se dá também para além do sujeito e de suas possíveis limitações, encontrando ecos também naquilo que se passa nas instituições e na vida social e comunitária das crianças, adolescentes e suas famílias.

II.ii. Necessidades e Demandas das crianças e adolescentes atendidos na percepção dos Técnicos

Ao questionamento realizado para os Técnicos participantes sobre quais as principais necessidades e demandas que percebiam em relação às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso, foram obtidas diferentes respostas, as quais, após análise, foram produtoras de oito categorias de sentido diferentes, e que deram origem à oito Discursos do Sujeito Coletivo.

Apresentam-se no Quadro 7 as oito Categorias identificadas e os DSCs correspondentes às mesmas.

Quadro 7 – Necessidades e demandas dos usuários dos CAPSi – percepção dos técnicos.

CATEGORIA	DSC
a. Dificuldades das escolas para permanência das crianças e adolescentes	<i>Hoje em dia uma coisa que está se repetindo muito é a questão da escola. As escolas têm dificuldades em entender e em lidar com essas crianças, elas precisam rever o modelo para conseguirem estar com essas crianças. A partir de 12 anos por aí a gente tá com um monte de casos de bullying, porque sofreram alguma coisa na escola, e aí não conseguem ir mais para a escola, o que está acarretando num monte de problemas para eles.</i>
b. Problemas das crianças e adolescentes em relação à escola	<i>As crianças não estão querendo entrar na escola. Eles apresentam muitas dificuldades, muitos não conseguem ir, mas os que vão também não têm uma qualidade boa de interação, de aprendizado.</i>
c. Circulação	

	<p><i>A maior parte da dificuldade é a questão da circulação. Acho que ainda a gente vive esse estigma, né? Da saúde mental, eles acabam estando à margem, né? Tanto por uma questão dos espaços de convívio, quanto dos próprios familiares que não têm às vezes recursos para compreender ou lidar com essas dificuldades. Então, às vezes, eles acabam ficando isolados porque é difícil sair, porque as pessoas falam, porque a escola não aceita, porque viu que dá muito trabalho mesmo, ou até porque eles não conseguem porque não têm uma qualidade boa de interação social. O CAPSi é bacana, é interessante mas acho que eles poderiam estar em outros espaços.</i></p>
<p>d. Acesso ao CAPSi</p>	<p><i>A maior das dificuldades é o transporte, é estar no CAPSi por morar longe, por causa das condições financeiras, que a maioria dos pacientes que são graves mesmo moram super longe, precisam do transporte e não têm. Também porque é difícil andar com essas crianças dentro de um transporte público onde eles podem ter crise dentro do transporte, eles querem sentar e não tem lugar. Então acontece, por exemplo, de em um acolhimento a gente identificar como muito grave, de que precisa muito e não chega ao serviço. A gente faz contato por telefone e ainda assim, é muito difícil de conseguir chegar. Além disso, nossos usuários são pequenos, eles precisam da predisposição da mãe pra vir. A família tem que estar continente, em condições sociais, econômicas e internas para cuidar dessa criança, manter essa criança com uma rede, manter essa criança inserida numa rede extensiva. Tem a dificuldade do transporte da mãe também, porque às vezes vem a mãe, vem todo mundo e não tem recurso pra pagar. A Prefeitura ou o Estado ele até dá, mas quando ele tá entrando a gente não sabe se ele vai ficar aqui então não tem como ter esse recurso. Ou então, a família não tem como bancar estar todos os dias no CAPSi porque precisa trabalhar e aí fica difícil por que quem vai trazer esse paciente, né? Muitas vezes a limitação também é nossa, nossa de não ter pernas para mandar um carro para buscar.</i></p>
<p>e. Família</p>	<p><i>Posso te falar que alguns casos a dificuldade que a gente tem é adesão familiar, dos principais responsáveis. A gente tem trabalhado muito com a necessidade dos familiares perceberem a necessidade do tratamento e do cuidado. É também uma questão de autonomia, como são menores de idade eles dependem dos responsáveis, precisam de uma proteção e muitas vezes não encontram. Se a criança tivesse um pouquinho mais de atenção, um pouquinho mais</i></p>

	<p><i>de carinho, eu sei da dificuldade de cada família que a gente atende aqui, né? Mas se tivesse um pouquinho mais de cada coisinha ali, né? No meu ver a criança parece um pacote e isso dói bastante porque eles demonstram isso "oh tia, eu te adoro, eu te amo, eu to com saudade".</i></p>
<p>f. Resistências da equipe</p>	<p><i>Acho que a principal dificuldade é quando ele é recebido pela equipe como um pepino, como um abacaxi, "ai meu deus, esse menino" aí fica difícil promover essa mudança de lugar e isso acontece com frequência. Acho que essa é uma grande dificuldade, porque é um tipo de sofrimento, um perfil que mobiliza negativamente a equipe. É quando ele apresenta uma forma de sofrimento que a equipe não consegue por brecha, e o paciente acaba representando pra equipe uma desesperança muito grande, que impede que a equipe se converse, esteja afinada, faça um trabalho em parceria, né? Eu acho que eles forçam a gente a se conversar, a rever as nossas práticas, a rever as nossas intervenções, e eu acho que isso é muito difícil. E às vezes a culpa não é necessariamente da equipe, é que em muitos momentos a equipe não consegue ser criativa na abordagem com esses pacientes. Tem que olhar a situação porque se não a gente cai numa coisa patológica, "o problema desse paciente é que ele não aceita nada" é, mas é por isso que ele está aqui e esse problema é dele ou é nosso?</i></p>
<p>g. Outras patologias e sintomas associados</p>	<p><i>A dificuldade também é quando além de um sofrimento mental, eles ainda têm uma outra síndrome, como por exemplo a síndrome de Down que pode estar correlacionada com um sofrimento mental e com o autismo também. Ou então quando têm outras questões, tá vindo muita dificuldade de aprendizagem, muita agressividade, casos de agressividade mesmo com os pequenos. Tem criança de 2 anos chegando com agressividade de bater no pai.</i></p>
<p>h. Impossibilidade de construção da intersetorialidade</p>	<p><i>Porque eu acho que a infância e a adolescência, ela te obriga a fazer um trabalho em rede, né? Num sentido tanto da saúde, educacional, e judicial, né? É um trabalho que te obriga a estar no dentro e no fora a todo o momento e isso cansa muito, isso é muito cansativo. Como a questão nos momentos de crise, quando essas crianças precisam de uma retaguarda. O serviço aqui fecha as seis, e você fica com risco de ir para a casa, dessa criança voltar para a casa. Aí você tem o discurso da questão que você não pode falar de internação que é palavrão, né? Você não ter o</i></p>

	<p><i>leito noite né, fica difícil? Não é internato, não é ir pro leito dentro da central de vagas né? Mas que você tivesse um equipamento intermediário, porque a gente fica numa escolha de Sofia, né?</i></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evidencia-se, por meio das respostas fornecidas que a discussão das demandas e necessidades dos sujeitos atendidos pelos CAPSi que vivem intenso sofrimento psíquico é muito mais abrangente do que a nomeação das deficiências de saúde dos sujeitos. O conjunto dos discursos leva a crer que pensar em necessidades individuais implica em pensar e propor estratégias coletivas de enfrentamento das dificuldades e do sofrimento (VICENTIM, 2006).

Nota-se que as principais dificuldades e necessidades das crianças e adolescentes nomeadas pelos técnicos se referem à contextos/situações em que estão inseridas, mais do que ao desenvolvimento de determinada patologia. Temas como acesso, recursos econômicos, oferta de serviço, dinâmica familiar, inserção escolar e organização das equipes dos CAPSi são elementos essenciais para a construção da percepção sobre esta problemática.

No que se refere aos processos de inclusão e participação social, a escola figura como tema de três dos DSCs: DSC *Dificuldades das escolas para permanência das crianças e adolescentes*, DSC *Problemas das crianças e adolescentes em relação à escola*, DSC *Circulação*. Estas inserções temáticas dizem de um movimento atual de busca por espaço das crianças e adolescentes, em diferentes condições biopsicossociais, na dimensão escolar.

A partir desses resultados qualitativos é possível vislumbrar, em particular, a que tipo de inserção escolar e sob qual realidade, estão as 16 crianças e adolescentes envolvidas neste estudo na escola ou fora dela e, para o campo da saúde mental infantojuvenil, de forma geral.

Entende-se que a educação como direito, propagada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Constituição Federal de 1988, notadamente aparece como uma representação social substancial nos discursos, seja daqueles que sinalizam as deficiências do ambiente escolar, como daqueles que evidenciam as incapacidades das crianças e adolescentes em tecerem estes laços de pertencimento social. O que se evidencia portanto, é que tratar dos processos de escolarização ou de sua ausência pode incidir sobre diferentes perspectivas, desde aquelas que culpabilizam os

sujeitos pela fragilidade das relações que estabelecem com a instituição escolar até aquelas que desacreditam das formas com que se atualizam os espaços escolares e suas formas de manutenção.

De todo modo, há uma questão que atravessa estas duas perspectivas e que é assinalada em outras diferentes categorias expressas nesta subdimensão: a questão do acesso. Em grande número, os técnicos, ao falarem sobre as necessidades dos sujeitos que atendem, expressam prioritariamente que a negativa, ou a impossibilidade do acesso aos serviços, bens sociais e dispositivos de participação figuram como questão central na produção do sofrimento. Tais considerações podem ser analisadas como depositárias das afirmativas produzidas pela perspectiva da Reabilitação Psicossocial para o entendimento da experiência do sofrimento psíquico e sua representação social.

Ao considerarem a questão do acesso como primordial para o entendimento das necessidades e demandas dos sujeitos atendidos, os técnicos dos serviços adicionam ao construto do binômio saúde/doença, outros elementos. Considerar que a expressão do adoecimento não se trata de uma questão puramente biológica e individual insere a dinâmica da saúde no corpo social e em esquemas de produções simbólicas e materiais (SARACENO, 1998).

Uma das principais contribuições da perspectiva da Reabilitação Psicossocial enquanto estratégia promotora de relações que se direcionam à garantia da autonomia, em seu maior grau, para os sujeitos que vivenciam experiências de sofrimento psíquico, é a noção de *contratualidade*. Segundo Kinoshita (2001), a contratualidade é a capacidade que os sujeitos têm de gerarem trocas, sejam estas trocas de valor, de bens, de mensagens ou de afetos. Este poder contratual assim designado é exercido por meio da circulação das pessoas por diferentes espaços de convívio social. Nesta medida, os processos de reabilitação deveriam garantir e/ou restituir a possibilidade dos sujeitos de gerarem e participarem de trocas por meio da construção de projetos que modifiquem concretamente suas condições de vida.

Ao passo que os técnicos dos CAPSi relatam que as principais dificuldades das crianças e adolescentes atendidos é a possibilidade interdita de circulação por diferentes espaços: escola, outros serviços de saúde, espaço de convívio social, pode-se pressupor que estes sujeitos vivenciam situações de escassas trocas, sejam estas das mais distintas ordens. Ao considerarem estas dimensões da vida das crianças e dos adolescentes como pontos nevrálgicos de suas condições de

sofrimento, os trabalhadores dos CAPSi parecem assinalar para a necessidade da recriação de suas ações terapêuticas. O sofrimento de cada sujeito é também, pelo que indicam, resultado de interdições sociais à expressão de vida das crianças e adolescentes.

Possivelmente neste aspecto resida uma aproximação possível entre o campo da saúde mental infantojuvenil e as contribuições da Reabilitação Psicossocial, por meio da consideração de que as formas de organização por vezes endurecidas dos contextos recaem fortemente aos sujeitos inviabilizando a expansão de suas existências. Assim como aponta Sareceno (1998), acerca da Reabilitação Psicossocial e numa transposição possível para este estudo, a saída possível a ser criada é a articulação entre sujeito e contexto por meio da articulação dos serviços e das redes de cuidado.

Ainda com relação ao acesso aos serviços, o DSC *Acesso ao CAPSi*, ao indicar as dificuldades dos usuários em efetivar a chegada e a permanência nos equipamentos, apresenta uma problemática que a princípio deveria estar superada com o advento da Rede de Atenção Psicossocial, publicizada em 2011 pelo Decreto Presidencial 3088 como nova forma de ordenação do cuidado em saúde mental no SUS. Uma vez que os CAPSi se constituem enquanto serviços territoriais e comunitários, sua localização deveria ser de fácil acesso à todos os usuários que dele necessitem. Todavia, como se pôde notar pelo exposto no Quadro 1, em relação à área de cobertura destes CAPSi apresentados, verifica-se que muitos localizam-se em extensas regiões territoriais, o que é um agravante para as possibilidades de acesso.

O impedimento do acesso traduz-se assim, no impedimento do tratamento. Discutir a mobilidade urbana das pessoas em sofrimento psíquico torna-se ponto crucial para a problematização e construção de outras vias de acesso aos serviços e aos pontos da Rede de Atenção. Embora esta seja uma discussão imprescindível para a construção de um modelo de atendimento que se propoem funcionar em Rede, não se tem colocado na políticas atuais do campo menção à construção de alternativas para o acesso dos sujeitos nos serviços, à exceção dos benefícios de isenção do pagamento de transporte público em alguns municípios para as pessoas em tratamento nos CAPSi¹³.

¹³ Em algumas cidades há leis específicas que garantem o benefício da isenção do pagamento de transporte público urbano para pessoas que se enquadraram em determinadas chaves diagnósticas de acordo

Entende-se que a mobilidade e circulação são questões mais amplas que o benefício de vale transporte, que apesar de fator imprescindível para a circulação, não encerra a discussão sobre o tema. Pensar em como as pessoas transitam pela cidade impõe um pensamento sobre as barreiras não somente físicas ou arquitetônicas que se assinalam nas cidades. Implica em trazer à discussão novos elementos, por exemplo, em como construir alternativas junto à mães e pais trabalhadores para que possam acompanhar mais intensamente seus filhos nos locais de tratamento e implica em pensar também em como os meios de transporte público estão preparados, ou não, para atenderem a sujeitos diferentes, com comportamentos diferentes de forma que tenham assegurados seus direitos de ir e vir.

Importa ressaltar que em nenhuma das categorias assinaladas houve a presença de identificação de dificuldades e demandas relacionadas ao desenvolvimento atípico dos sujeitos ou outras formas de dificuldades nesse âmbito. Pelo exposto, nota-se que as dificuldades são entendidas principalmente como produções dos coletivos nos quais as crianças e adolescentes encontram-se inseridos. Tal perspectiva pode apontar para um real avanço, por parte dos técnicos do campo, em reconhecer e compreender a complexidade colocada e, considerada como muito além da presença da doença ou do sujeito adoecido.

Outras dificuldades ainda relatadas, como o DSC *Resistências da Equipe* e o DSC *Impossibilidade da construção da intersetorialidade* tratam dos problemas de agenciamento e organização do trabalho das próprias equipes de saúde mental e de suas dificuldades em lidar com os usuários dos serviços. O que pode indicar que, imersos no trabalho que tem a desempenhar e nas dificuldades implicadas nessa ação, ao tratarem dos problemas dos sujeitos que atendem, falam de seus próprios impasses institucionais, o que mais uma vez revela que a dinâmica do sofrimento insere-se numa realidade bastante coletiva.

II. iii – Necessidades, demandas e dificuldades das crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi na opinião dos Familiares/Responsáveis

com a CID 10, como é o caso da cidade de São Paulo e mesmo a lei Federal do Passe Livre que assegura a gratuidade do transporte interestadual, para portadores de deficiência física, auditiva, mental e visual que comprovem carência financeira.

Ao serem questionados sobre suas percepções quanto às principais dificuldades das crianças/adolescentes dos quais são responsáveis, os participantes do estudo relatam diferentes opiniões, que revelam assim a multiplicidade de demandas a serem observadas e apreendidas no contexto dos CAPSi. Posteriormente analisadas, as narrativas individuais foram agrupadas constituindo nove categorias de sentido referentes a nove DSCs. Estão apresentadas no Quadro 8 abaixo.

Quadro 8 – Dificuldades das crianças e adolescentes na opinião dos cuidadores

<p>a. Dificuldade de interação social</p>	<p><i>É a socialização com outras crianças, interagir, ele não tem paciência de esperar ninguém. No começo ele era mais tímido, ele era mais fechado para se relacionar com as pessoas, procurava se isolar, né? Que é onde eu acho triste, que eu chego a falar com ele "tenta conversar com alguém, tenta... fala assim com alguma pessoa", mas ele tem vergonha e medo. Também teve mais problema de relacionamento com outras crianças, de ficar agarrando também, essas coisas.</i></p>
<p>b. Dificuldade de realização de atividades de autocuidado</p>	<p><i>O mais difícil é o banho. Tem dia que ele não quer tomar banho, alguém precisa pegar ele e não tem ninguém para me dar uma força, para ajudar a dar banho, sou eu e Deus né? Pra usar o banheiro, também, tem dificuldade, ainda faz xixi em cima das coisas. Tem a dificuldade com a comida, que ele não aprendeu a mastigar. Tudo o que criança normal come, ele não come, nem usa talher. A mastigação e essa parte de escovação de dente ele não gosta. Ele também, às vezes, põe a roupa pelo contrário, não sabe nada sozinho.</i></p>
<p>c. Personalidade competitiva</p>	<p><i>Então ele tem esse problema, ele não sabe perder, tem um espírito competitivo, não é só uma criança que gosta de ganhar, ele não aceita perder, uma criança que não aceita perder.</i></p>
<p>d. Dificuldade em aceitar limites e negativas</p>	<p><i>As maiores dificuldades dele é porque ele não faz o que a gente pede. De aceitar limite, né? Não aceita limite. Não pode ser contrariado, né? O comportamento dele é muito difícil de aceitar, tipo certos lugares para sair, lugares que passa então é difícil dele aceitar um não. E agora, depois dos 15 anos, ele fala assim "mamãe, pode chutar?", mas se você fala que não pode ele grita, ele quer que você concorde que pode chutar, que pode matar o cachorro pra fazer cachorro quente, entendeu?</i></p>

e. Dificuldades percepto-cognitivas	<i>Bom ela não consegue muito se concentrar. Se uma hora são as vozes que tá demais falando com ela, outra hora é que é muito sono. Agora acho que as vozes diminuíram um pouco. Deve estar ouvindo ainda, mas diminuiu bastante, só que ela tem muito sono. E é ler e escrever, ela não consegue ler um texto, ela não consegue escrever frases grandes ou texto ela tem dificuldade de armazenar as coisas, então se ela fala alguma coisa errada ela até chora. E ela tem pouca atenção assim, ela foca pouco a atenção numa coisa, quer fazer várias coisas no mesmo tempo, é difícil.</i>
f. Linguagem	<i>Dificuldade de se comunicar assim... Caso ele sinta alguma dor ele não tem como saber, ele não fala direito.</i>
g. Relação de dependência com a mãe	<i>Essa dependência, então essa dificuldade minha e dele, um depende do outro a gente come junto, eu tomo banho depois que eu do nele, é assim, se eu passo creme nele eu passo em mim, se eu passo perfume nele eu passo em mim.</i>
h. Agressividade	<i>Às vezes ela fica agressiva, tem dia que ela fica bem, tem dia que não fica.</i>
i. Comportamento de repetição	<i>A coisa mais difícil de lidar com o problema dele é a repetição, repete tudo o que fala.</i>

Notadamente os relatos das famílias em relação à percepção sobre as dificuldades das crianças e adolescentes pelos quais são responsáveis evidenciam que os principais desafios para o cuidado se inserem na dinâmica de aspectos relativos à rotina dos lares e às características das crianças/adolescentes. Comportamentos explosivos, de contestação, forte retraimento, e percalços como a dificuldade com a manutenção do autocuidado vigoram como principais queixas das famílias.

Embora a maior parte das crianças e adolescentes participantes do estudo estejam inseridos na escola, apenas uma categoria trata desta temática. Ao que tudo indica, as outras dimensões figuram como maiores nós críticos do cuidado para estes sujeitos, em que a educação formal e regular talvez esteja em segundo plano em relação às tantas outras demandas e necessidades apresentadas por estes sujeitos.

Minatel (2013) identifica em estudo com famílias de crianças e adolescentes com autismo que as principais dificuldades relatadas por estas são as provenientes do comportamento dos filhos expressos em birras, idiossincracias e pela dificuldade de realização de atividades sociais. O citado estudo teve como foco as dificuldades dos cuidadores em relação ao cuidado com os filhos com autismo.

Outras dificuldades, tais como as descritas no presente estudo também foram verificadas no contexto estudado por Minatel (2013) como as relações de dependência entre os filhos e um dos responsáveis e a manutenção da higiene. A autora esclarece ainda que as dificuldades expressas pelos cuidadores tendem a se modificar conforme o crescimento das crianças e adolescentes, e que neste aspecto, as dificuldades relativas à manutenção das atividades de autocuidado tornam-se mais expressivas. Todas estas ações descritas figuram ainda como situações estressoras para os cuidadores participantes do estudo.

Já Smeha e Cézár (2011), também em estudo com mães de crianças com autismo identificaram que as atividades com o cuidado com o filho são as que mais ocupam o tempo das cuidadoras.

Possivelmente, por meio das afirmações acima, seja possível considerar que as famílias entendem como maiores dificuldades das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico as dimensões do cotidiano que estão ligadas ao cuidado que dispendem. É necessário considerar ainda, que embora os estudos citados tratem de crianças e adolescentes com autismo, é pertinente considerar a rotina extenuante de cuidados e ações a que as famílias das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico seja com este diagnóstico ou outros possíveis, têm de responder.

Faz-se a guisa de alusão que nenhum familiar citou como necessidades ou demandas de seus filhos qualquer temática relativa à problemáticas referentes aos processos de tratamento que estão inseridos.

II.iv. Necessidades e Demandas dos Familiares e Responsáveis na percepção dos técnicos dos serviços

Nesta subdimensão os técnicos participantes descrevem o que percebem de dificuldades e necessidades apresentadas pelos responsáveis e familiares dos usuários em intenso sofrimento psíquico atendidos nos CAPSi e de suas famílias. Foram elaborados 11 DSCs de acordo com análise realizada das entrevistas feitas.

Quadro 9 – Necessidades e Demandas das famílias – percepção dos técnicos

CATEGORIA	DSC
<p>a. Aceitação da condição do filho</p>	<p><i>Às vezes as famílias vêm com o sofrimento assim, de que nossa, o filho não era o filho desejado, e isso aparece já nos acolhimentos. Vem num luto que não consegue elaborar aquele filho ideal e pra poder ver esse filho é difícil, então acho que às vezes é um trabalho de mostrar que, bom, ele tem esse sofrimento, tem uma doença ou alguma dificuldade, mas ele tem potencialidade também. E aí poder mostrar isso pra família, poder ter um olhar que dê alguma esperança. Ou às vezes mostrar para a família que ele não precisa se isolar em casa, porque o isolamento da criança ou do adolescente tá muito ligado também à família, que tem muita vergonha de sair, se sentem criticados. Então isso é uma coisa que ajuda e melhora a relação da família com essa criança, com esse adolescente, e acho que diminui a angústia. As pessoas estranham mesmo, mas quando a família, os pais, conseguem lidar com esse olhar de estranhamento num primeiro momento das outras pessoas, e conseguem sair, elas percebem que isso tem um ganho pra família, pra criança. A rua é pública, o parque é público, o shopping é público e conseguem lidar com esse olhar do outro de estranhamento no início, fica mais leve.</i></p>
<p>b. Dificuldades em enfrentar a exposição à sociedade</p>	<p><i>Além disso, as famílias têm muita dificuldade, muita vergonha de circular. Levar no shopping, levar não sei aonde é difícil e isso é visível em boa parte das famílias, essa vergonha, né?</i></p>
<p>c. Necessidade de espaços de escuta</p>	<p><i>Eu acho que as famílias elas vêm bem angustiadas e pedindo ajuda, pedindo um apoio, né? Acho que quase uma sustentação, alguém que ajude a sustentar um pouco essa situação que esta muito fragilizada assim, quase estourando. Eu percebo uma necessidade grande que a família tem, é de falar, ter um espaço pra falar, na grande maioria das vezes tem mãe que chega na recepção que já tá falando ali, né? Pra quem quiser ouvir e pra quem dá escuta, né? Porque é isso né, a gente brinca que no CAPSi não existe psicóloga, não existe enfermeiro, quem dá escuta já é um terapeuta, né? Porque a gente percebe o sofrimento que elas têm é de falar delas, é de falar dessa dificuldade em criar o filho ou da escola. Em alguns casos a gente precisa estar junto, num manejo, né? Quando eu falo de manejo é tentar criar, empreender formas de lidar com aquela pessoa em casa, não dar receitinha, "olha se seu filho é autista e ele pula, segura pra ele não pular". Eu acho que é tentar junto, né?</i></p>

<p>d. Entendimento sobre diagnóstico e manejo</p>	<p><i>Eu acho que um entendimento em relação ao que está acontecendo com o filho, né? Um entendimento, um espaço para eles conseguirem entender principalmente casos que chegam de primeiro surto, uma hipótese diagnóstica, a doença de um paciente sabe assim? Acho que é necessário um espaço, né? Acho que eles pedem por isso, é entendimento e cuidado em relação à medicação de entender como administrar, como que é o processo, o que vai acontecer com ele se tomar o remédio. Como fazer quando os filhos têm uma agitação psicomotora, ou quando eles desorganizam na escola e aí vem a demanda da professora, da diretora como uma crítica ao filho e aí elas não sabem como lidar. Acho que é isso assim, também quando aparece a agressividade, seja em casa ou nas escolas, as famílias se angustiam bastante. São pedidos de ajuda em relação ao manejo né? Como lidar com uma criança, um adolescente que se joga no chão, como ajudar com as AVDs, ou como ajudar um que é difícil você alimentar, que você não consegue conversar, pra se vestir, pra ir no banheiro. Tem vezes que tá um rapazinho já, e ainda está de fralda, e sempre é uma família, uma mãe, que tem uma dificuldade financeira, uma questão social bem marcante, né, que acaba que implica nos cuidados. Acho que isso que é bem complicada essa questão do manejo, do desenvolvimento mesmo, das coisas do dia a dia.</i></p>
<p>e. Cura para os filhos</p>	<p><i>A principal necessidade que eles trazem é quererem a cura. Eles procuram ausência de sinais e sintomas, é isso que eles procuram o tempo todo, no início, né?</i></p>
<p>f. Acompanhamento em saúde mental</p>	<p><i>Normalmente são famílias muito fragilizadas então a gente tem assim mães com muita dificuldade de organização, mães com sofrimento psíquico, mães que são tratadas pelo CAPS adulto, então eu vejo que são famílias que precisam de muito cuidado. Muitas famílias acabam adoecendo junto. E eles têm a necessidade de ter um acompanhamento também, tanto que aqui a gente faz o grupo pra pais também. Nem todos os horários têm grupos de pais e grupos da criança, mas a gente tenta fazer com que todos os pais saibam que existe esse grupo e se eles tiverem a oportunidade de estar vindo em outro dia, tiver com quem deixar a criança pra participar do grupos de pais. Tem também a roda comunitária, que agora tá sendo feita uma vez por semana aqui, que é aberta pra qualquer pessoa, principalmente pros pais dos nossos pacientes.</i></p>
<p>g. Medo do futuro</p>	<p><i>É o medo do futuro, é o medo do que vai ser quando eu não</i></p>

	<i>tiver ali, como e quem vai cuidar dele se eu não tiver, é o que eu posso notar, é um medo de como vai ser, quem vai cuidar, como vai cuidar, né? Eu acho que as famílias têm muito isso né? Como vai ficar a escola, ele não está, não aprende, ele teve perdas pelo caminho aí, ele está em desvantagem como vai suprir. Hoje tem muitos avós que estão com os netos, que pai e mãe morreram ou pelo tráfico ou pelo uso da droga e eles também têm desse medo do futuro.</i>
h. Condições socioeconômicas	<i>A maior parte das dificuldades são financeiras. Tem bastante criança com bastante problemas financeiros, e a gente faz encaminhamento pro CREAS e pro CRAS, dificuldade de vir aqui pela falta de passe de ônibus, porque tem a quantidade de vezes que tem que vir no CAPSi, que a maioria dos pacientes aqui são bem pobres mesmo, então eles não têm condições de ficar vindo aqui direto. Então a primeira coisa, é “ah, não posso vir, ah tenho que trabalhar e não tem ninguém para trazer”. A maioria desses pacientes fica sozinha em casa, é um ou outro que tem alguém junto, que banca trazer. E é difícil mesmo. A queixa da maioria dos familiares é essa.</i>
i. Vulnerabilidade familiar	<i>Outro problema são as famílias que já são desestruturadas antes de chegarem aqui, né? Tem familiares usuários de drogas, enfim, que não dão conta nem mesmo deles e aí tem todas essas coisas pra poder se inteirar, então a gente fica na discussão da guarda de quem cuida, então a gente vê o estado das crianças que chegam aqui, situações precárias mesmo.</i>
j. Inserção no mercado de trabalho	<i>A grande maioria não trabalha. As que trabalham as crianças ou estão com os irmãos mais novos, ou mais velhos, ou estão sozinhos em casa, com todo esse comprometimento psíquico, né? O município ou qualquer coisa desse tipo não dá subsídios ou ajuda a essa mãe a voltar pro mercado de trabalho né? Pensando nesse sentido essa é uma grande dificuldade.</i>
k. Apoio para contato com as escolas	<i>Aqui se trabalha muito com horário reduzido da escola, então a criança ela até está na escola, mas em horário reduzido, então essa é uma queixa assim extrema da mãe.</i>

O movimento da reforma psiquiátrica, que propôs, a realocação da pessoa em sofrimento frente a sociedade ao retirar seu cuidado dos manicômios, foi propositivo também em inverter o papel da família nessa relação entre cuidado com a pessoa

adoecida e pactuação com os serviços de atenção à saúde mental. Com o advento dos serviços substitutivos, a família passa ser também agente de cuidado e não mais espectador das ações que eram dirigidas ao ente adoecido. Este novo papel a ser assumido pelos familiares, demanda também cuidado. Os serviços substitutivos, portanto, ficam igualmente responsabilizados por oferecer acolhimento e apoio aos familiares que se dotam da tarefa de cuidar de pessoas em sofrimento (BRASIL, 2013a).

Nesta nova empreitada de organização de uma rede de suporte às pessoas em sofrimento psíquico, a família, entendida em suas diversas e múltiplas configurações como espaço primeiro de formação identitária, acessa os serviços substitutivos e mais especificamente os CAPS trazendo as mais variadas demandas, referidas aos mais diferentes contextos e situações. A presença dos familiares nos serviços, encontra diferentes acolhidas e respostas institucionais às suas solitações e condições de vida e saúde.

Esta subdimensão objetivou, destarte, identificar de que modo os técnicos dos serviços têm compreendido as demandas e necessidades trazidas pelas famílias das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico inseridos nos serviços.

Ao que se observa, os técnicos ao relatarem suas percepções sobre esta temática, pontuam múltiplas questões que se localizam por problemáticas advindas do percurso de se ter em casa uma criança/adolescente que demanda maior investimento de cuidado (DSC *Apoio para contato com escolas*; DSC *Aceitação da condição do filho*; DSC *Entendimento sobre diagnóstico e manejo*), assim como questões ligadas à contextos macro-econômicos e sociais (DSC *Condições socioeconômicas*; DSC *Inserção no mercado de trabalho*).

Borba, Schwartz e Kantorski (2008), identificaram junto a familiares, cuidadores principais, de usuários adultos de Centro de Atenção Psicossocial a presença de três modalidades principais de sobrecarga relativa ao cotidiano que vivenciam: sobrecarga financeira, sobrecarga dos cuidados realizados e sobrecarga emocional.

Com relação à sobrecarga financeira, as famílias referem que o cuidado intensivo com o familiar que apresenta sofrimento psíquico impede algumas inserções no mercado de trabalho além da impossibilidade destes sujeitos em sofrimento adentrarem o mercado formal de trabalho para o compartilhamento das despesas diárias. Sobre a sobrecarga do cuidado, esta é vivida em demasia principalmente quando há apenas uma pessoa que se responsabiliza pela integralidade do cuidado com o familiar em sofrimento, esta sobrecarga é aumentada também diante da perplexidade e

dificuldade de entendimento de determinados comportamentos e atitudes do familiar adoecido. A última característica, entendida como a sobrecarga física e emocional geralmente se estabelece quando os familiares começam a identificar seus próprios processos de adoecimento como decorrentes da tarefa de cuidado intensivo com o familiar em sofrimento psíquico. A privação do sono e a rotina extenuante são sinais apresentados como desencadeadores de problemas físicos. As autoras sintetizam a importância dos serviços substitutivos apontando que para que as estratégias de desinstitucionalização sejam eficazes, as famílias necessitam estar também inseridas nos serviços e terem suas necessidades escutadas, constituindo, portanto, mais um agente a ser foco de intervenção (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Pode-se observar assim, que no presente estudo, as questões levantadas pelas autoras no artigo citado encontram ressonância. Embora o estudo de Borba, Schwartz e Kantorski (2008) trate de sujeitos em sofrimento psíquico já adultos, os ônus e sobrecargas advindas do cuidado parecem ser próximas quando não intensificadas ao se tratar de crianças e adolescentes e sofrimento. Nota-se que o desafio de cuidar de pessoas, sejam crianças, adolescentes ou adultos, com experiência de sofrimento psíquico constitui um complexo emaranhado de sensações, sentimentos e sobrecargas pelas quais as famílias percorrem. Somado às questões de cunho mais subjetivo como desgaste emocional têm-se a concreta repercussão desta vivência na vida prática: as dificuldades financeiras e a impossibilidade de inserção no mercado de trabalho.

A respeito das indicações, feitas pelos técnicos sobre a importância e necessidade de acompanhamento em saúde mental para os familiares das crianças atendidas, pela narrativa é possível evidenciar que, embora assinalem essa necessidade, os serviços encontram barreiras ao seu agenciamento: dificuldade de oferecer grupos para os pais em todos os horários, a baixa frequência de familiares nos grupos que existem e o enfoque em atendimentos para suporte de informações somente, o que pouco responde às demandas de acompanhamento em saúde mental para os responsáveis.

Pegoraro e Caldana (2008) avaliam que muitos familiares de usuários de CAPS apresentam questões de saúde mental, no geral diagnosticadas como depressão e crises de ansiedade. Pelo levantamento realizado, as autoras esclarecem que o tratamento direcionado aos familiares é em sua maioria medicamentoso e que faltam ações nos CAPS para os familiares que se encontram em situação de fragilidade emocional.

Quanto às questões de vulnerabilidade familiar, apresentadas no DSC *Condições socioeconômicas*, DSC *Vulnerabilidade familiar* e DSC *Inserção no mercado de trabalho*, toma-se como referencial as contribuições de Vasconcelos (1999). O autor afirma que a vulnerabilidade vivida pelas famílias no país só pode ser adequadamente compreendida quando evidenciados os desgastes sociais e econômicos, provenientes da má distribuição de renda e da amplitude da miséria a que o Brasil e outros tantos países na América Latina vem sofrendo.

Vasconcelos (1999) propõe ainda, que nos serviços de saúde com enfoque psicossocial as necessidades das famílias possam ser atendidas e trabalhadas de duas principais formas: a primeira por meio da intervenção em problemas individuais, como uma criança com problemáticas vividas no campo escolar, e a segunda, construída por meio da intervenção frente a todo grupo familiar que se encontra em situação de vulnerabilidade, que no geral ficam a margem dos serviços de saúde mais especializados.

Essas modalidades de intervenção propostas, poderiam, ao que se percebe, encontrar norteadores junto ao que se pode produzir nos CAPSi. Pelo que apresentam os seus trabalhadores, às situações de intenso sofrimento psíquico vivido por muitas crianças e adolescentes são somadas situações de intenso risco familiar e comunitário, que outrossim, demandam cuidado e intervenção intensiva. Essas abordagens favoreceriam inclusive a construção de outras alternativas de cuidado que se assinalam como demandas observadas nos DSC *Acompanhamento em saúde mental* e DSC *Apoio para contato com escolas*, em que se coloca claramente a importância de ação junto à outros serviços, como os CAPS para adultos e as escolas.

Quanto às demandas, apresentadas pelos DSC *Aceitação da condição do filho*, DSC *Espaços de escuta*, DSC *Entendimento sobre diagnóstico e manejo*, DSC *Cura para os filhos*, DSC *Apoio para contato com escolas* tratam de dimensões relacionadas ao acompanhamento oferecido pelos serviços e suas possibilidades de compartilhamento do trabalho realizado com as famílias.

Pela narrativa dos técnicos, as famílias necessitam de diferentes recursos presentes nos CAPSi. São demandas que comumente podem ser entendidas como semelhantes, mas que guardam importantes diferenças e necessitam de diversificadas intervenções. Para efeitos de esclarecimento, estas demandas direcionadas ao trabalho de intervenção dos técnicos dos CAPSi podem ser divididas da seguinte forma: entendimento sobre o diagnóstico dos filhos; ajuda para aceitação da condição dos

filhos; necessidade de acesso a espaço para os pais lidarem com as próprias questões referentes ao papel que desempenham.

Vale retomar o resultado do presente estudo relativo ao compartilhamento de informações referentes, por exemplo, aos diagnósticos das crianças e o conhecimento dos mesmo pelas famílias (Quadro 4). Assim, ainda que os técnicos identifiquem como demanda familiar essa dimensão, a prática parece não responder às necessidades.

Assim como apontam Dombi-Barbosa, et al. (2009) por meio de trabalho junto à CAPSi no Estado de São Paulo, as famílias têm sido pouco priorizadas nos serviços, e quando há referências sobre estes trabalho, tratam-se sobremaneira de atendimentos grupais para orientação.

Questiona-se se, em que medida, as diferentes demandas, subdivididas acima têm sido atendidas por meio da oferta única de dispositivos grupais para orientação. Tomando como referência a definição de Grupos de Orientação como espaços de cunho pedagógico em que são abordados temas específicos, contidas no “Manual dos CAPS” (BRASIL, 2005), estes grupos não comportariam as possibilidades de reelaboração do sofrimento, apropriação da história familiar e pessoal, redimensionamento da percepção sobre a existência do filho adoecido, enfrentamento do medo de preconceito e da exposição a que pais e outros familiares constantemente necessitam tratar como se evidenciam nas narrativas.

Afirma-se com isso, que são imprescindíveis momentos em que os familiares possam ter ofertadas informações técnicas e especializadas a respeito do diagnóstico e tratamento a que seus filhos são submetidos, mas ainda assim não basta. É essencial que na dinâmica dos serviços possa haver espaço para que os familiares falem de si, produzam conjuntamente seus próprios entendimentos sobre o que acontece, possam verbalizar seus medos, encontrar fios de esperança e fortalecerem-se para o desafio do cuidado e aproximação com os filhos em sofrimento. Nas palavras de Melman,

ao problematizar a loucura, os familiares podem produzir deslocamentos, colocar em questão a própria identidade, explorando territórios inusitados, encontrando formas mais genuínas de exercitar a subjetividade, abrindo-se para o devir, para a multiplicidade, resgatando o valor da alteridade e do trabalho voluntário (2001, p.149).

Tratar nos serviços destas questões é, portanto, também ofertar melhor cuidado para as crianças e adolescentes atendidos na medida em que se busca suavizar dores

familiares e fortalecer laços afetivos e ampliar possibilidades de pertencimento, de expressão de individualidades.

II. v. Principais necessidades e demandas das famílias dos usuários inseridos nos CAPSi na percepção dos Familiares/Responsáveis

Nesta subdimensão, buscou-se dar voz aos familiares, no sentido de que pudessem nomear suas principais necessidades e demandas e de suas famílias tanto ao que se relaciona com o cuidado com o familiar em intenso sofrimento psíquico como em outras esferas da vida cotidiana. Para esta pergunta, por meio das respostas fornecidas, foram elaboradas oito categorias correspondentes a oito DSCs.

Quadro 10 – Principais necessidades e demandas das famílias dos usuários inseridos nos CAPSi na percepção dos Familiares/Responsáveis

CATEGORIA	DSC
<p>a. Dificuldade financeira</p>	<p><i>Não, no caso, eu acho que é uma dificuldade de todo mundo, né? Dinheiro, vamos falar a verdade. Mas eu sou assim, né? Graças a Deus o que ganho agradeço Deus acima de tudo. Porque, porque assim é só meu marido que esta trabalhando né? Ele é sozinho pra tudo, para pagar conta de água, de luz, para pagar aluguel, e pra pagar as contas... como as compras e pra alimentação e às vezes fica faltando às vezes ela quer uma coisa assim, ela "mãe eu queria que comprasse isso pra mim", eu já não tenho condição para comprar, não tenho condição porque eu não trabalho. E é mais de uma criança né?</i></p>
<p>b. Suporte social em relação ao familiar em intenso sofrimento psíquico</p>	<p><i>Que nem eu falei ter mais suporte, mais alguém assim que diga "olha, eu passei por isso". Explicar, "é assim, não esquenta a cabeça que é assim mesmo". Esse suporte que eu falo.</i></p>
<p>c. Ter um familiar em intenso sofrimento psíquico</p>	<p><i>Só a U. porque se não fosse ela minha vida seria mais diferente</i></p>
<p>d. Pouco suporte familiar</p>	<p><i>Acho que é mais fácil, um vizinho um amigo aceitar, do</i></p>

	<p><i>que a própria família, minha mãe mesmo sempre foi difícil dela, até dela me ajudar, ela nunca nem ficou com ele pra mim, ela fala “ai eu tenho medo dele cair”, quando ele era menor, “tenho medo não consigo segurar”, porque ele era bem mais agitado, porque ele não parava. Os familiares, assim eles agradam mas ali entendeu, não é assim, de pegar o U. um pouquinho pra eu poder esfriar a cabeça. Porque aí eles tem a família deles também né, que não pode. Sempre ou eu ou o pai dele tem que ter tempo pra ficar com ele. Aí às vezes um amigo, você vai na casa de uma amiga que tem uma criança especial ela entende seu caso então você fica super feliz.</i></p>
<p>e. Compreender o familiar em intenso sofrimento psíquico</p>	<p><i>Então, a dificuldade era a aceitação, né? De conseguir entender o U. como ele é.</i></p>
<p>f. Convivência, desgaste das relações familiares em decorrência das dificuldades vividas</p>	<p><i>Ah o relacionamento familiar mesmo. Meus irmãos estão preocupados, ainda mais que o U. começou aquela história de agredir aí eles falaram assim " e se de repente ele pega uma faca, pode te matar", então começa a oferecer risco então eles tem preocupação, uma hora da um negócio nele ele faz uma besteira com você ainda mais você. O problema do U. com a adolescência pra gente fica difícil, né? A gente nunca teve filho adolescente, meu e do meu marido ele é o primeiro, então o problema piorou e mistura tudo, vira um balaio de gato. Então acho que mistura a adolescência com o problema dele, que ele teve um surto e aí nossa vida deu uma virada. Então isso afeta tanto no emocional, quanto no casamento. Existe às vezes mais tristeza do que alegria. Porque agora você tá sorrindo, mas você não sabe o que vem de errado, entendeu? Você não sabe a história, o episódio, se vai ser uns dias, um mês, se vai ser menos grave do que essa internação que teve aí, que deu dano. É um perrengue que desgasta o casamento, você sabia? Você tem que ter muito pé no chão, você tem que ter muito Deus. Isso principalmente com o marido e comigo, mas principalmente comigo. Eu fico entre o pai maravilhoso, mas ao mesmo tempo genioso e um filho de 15 que é adolescente, mas tem a deficiência dele, mas com a cabeça de criança. Então tem hora que o pai quer dormir e o U. fica lá arrastando cano, fica gritando, sem sono, duas, três horas da manhã e o pai grita de lá.</i></p>
<p>g. Organização da rotina de cuidados com o familiar em intenso</p>	<p><i>É muito médico, muita coisa pra estar levando, é cansativo. Igual, olha meu rosto, eu chego tarde, eu saio</i></p>

sofrimento psíquico	<i>cedo, eu trabalho a tarde. Acho que a maior dificuldade é essa estar levando pros médicos, é muitos médico, é muita coisa, praticamente eu saio toda a semana com ele, todo dia da semana eu saio com ele na parte da manhã ne?</i>
h. Circular com o familiar em intenso sofrimento psíquico	<i>É essa dificuldade mesmo de estar podendo levar nos lugares, ir onde ele pede, ne? Ele é daquele tipo, quero em tal lugar, insiste, ne? Tipo esses fast food, essas coisas assim que ele fica pedindo, em outros lugares, e assim... é a dificuldade assim nos passeios, ne? Aqui eles também ajudam bastante nesse sentido, ne? Eu nunca imaginei que eu ia conseguir levar ele na praia, nos outros lugares e consegui levar, então isso ja foi pra mim bastante coisa assim.... eles ajudam.</i>

À exceção do primeiro DSC *Dificuldade Financeira* apresentado, ao serem questionados sobre as dificuldades vividas pelas famílias, os participantes referem questões ligadas ao cuidado e convívio com o familiar em acompanhamento no CAPSi. São expostas dificuldades que se relacionam com os modos de cuidar, de entender, de circular e de conviver com as crianças e adolescentes. Estes dados confirmam os achados de diferentes autores que ao pesquisarem as famílias de pessoas em sofrimento psíquico identificam que os familiares, principais cuidadores, vivem em demasia a sobrecarga do cuidado abdicando de outros aspectos relevantes de suas vidas como trabalho, outras relações sociais e cuidado consigo próprio (BORBA; SCHWARTZ; KATORSKI, 2008; CAVALHERI, 2010; PEGORARO; CALDANA, 2008; MARINI; et al., 2010; SMEHA; CEZAR, 2011).

Embora as principais dificuldades dos familiares se tratem de questões decorrentes do sofrimento de seus filhos, Matsukura et al. (2007) pontuam que as dificuldades financeiras e a precariedade das condições de vida, afetam sobremaneira a percepção de estresse de mães de crianças com necessidades especiais. A escassez financeira delimita as possibilidades de acesso à outras redes e serviços que poderiam ser utilizadas pelas crianças, adolescentes e suas famílias.

Cavalheri (2010), afirma que os processos de mudança na atenção em saúde mental no país, em que se objetivou a construção do cuidado no território, não produziu uma preparação nas famílias de pessoas em experiência sofrimento para o cuidado intensivo com estes sujeitos, o que geralmente acarreta num sentimento de desamparo destas famílias que experienciam a presença do sofrimento psíquico de forma integral e

absoluta. As famílias entrevistadas, caracterizadas por terem familiar adoecido psiquicamente e participante de CAPS adulto, relatam a sensação de terem sido usurpadas de suas identidades em razão da sobrecarga de cuidados com o familiar adoecido. Apesar de se tratar de um estudo com familiares de adultos, parte das considerações feitas por estes sujeitos são também identificadas nas narrativas expostas acima por meio dos DSCs.

Para muitos familiares, a existência de um familiar com tal experiência de sofrimento, já se configura como principal dificuldade, como evidenciado no DSC *Ter um familiar em intenso sofrimento psíquico*. É possível apontar que a realidade colocada para mães, em particular, em aceitar, compreender e cuidar de um filho em sofrimento desta natureza, agudiza essa condição de dificuldade. Além disso, Marini, et al. (2010) ao tratarem das formas de sobrecarga as quais os familiares estão expostos frente à demanda do cuidado de um filho com transtorno mental aludem que o papel de cuidador principal afeta objetivamente a vida da pessoa no sentido da limitação de outros papéis sociais. Estas restrições transformam-se em limitações permanentes no desenvolvimento da vida dos familiares acarretando em agravos à saúde e ao psiquismo.

Com relação à falta e pouca presença de suporte social e da família extensa, os familiares que relatam esta situação, apresentada no DSC *Pouco suporte familiar*, explicitam que a rotina de cuidados com a criança e/ou adolescente em sofrimentos fica, no geral centrada em uma pessoa e que a divisão de tarefas é pouco comum nestas situações. Encontrar outras formas de apoio e suporte é uma problemática na vida destes familiares, o que reforça sentimentos de solidão. Estas narrativas confrontam com os dados discutidos por Matsukura, et al. (2007), em que a família nuclear e extensa aparece como principal parceira no cuidado com crianças com necessidades especiais. Essa contradição leva a crer que, embora a família extensa seja cúmplice no apoio, ainda se mostra em quantidade e qualidade insuficientes em relação ao que necessitam os cuidadores.

Nesse aspecto a vivência de situações conflituosas envolvendo a criança ou adolescente e outros familiares, como descrito no DSC *Convivência, desgaste das relações familiares em decorrência das situações vividas* também é situação comum, encontrada em outros estudos, em que se observa que fica a cargo do cuidador principal fazer a mediação durante os conflitos: articular as necessidades das crianças e adolescentes em situação de sofrimento com as necessidades, rigidez e não entendimento que outros familiares e pessoas da comunidade revelam, situações estas

que geralmente são remetidas aos profissionais dos serviços a que as crianças estão ligadas para o encontro de apoio e suporte (GUALDA; BORGES; CIA, 2013).

A importância da criação de redes de cuidado e de suporte social para os familiares se expressa em diferentes DSCs, *DSC Suporte social em relação ao familiar em intenso sofrimento psíquico*, *DSC Organização da rotina de cuidados com o familiar em intenso sofrimento psíquico*, *DSC Pouco suporte familiar* o que pode evidenciar que a efetivação do compartilhamento de experiências e de estratégias de cuidado com as crianças e adolescentes pode ser um suavizador da sobrecarga a que os familiares estão envolvidos.

Esta rede de cuidados, admite em sua constituição não somente os serviços de saúde mental instituídos, mas deve sobretudo contar com a participação de outros agentes para o cuidado. A rede que se faz na perspectiva da construção de melhores condições de vida para as crianças e adolescentes em sofrimento, deve ser também aquela que produza melhores condições de vida e de autonomia para seus familiares, principalmente para seus cuidadores. A criação de espaços de suporte e de novas pertencas sociais alivia a sobrecarga e cria novas formas de viver e se identificar com o mundo. Yassui (2006) aponta que a criação e fortalecimento de uma rede que sirva como dispositivo de alívio, prazer e compartilhamento de subjetividades deve ser um dos principais trabalhos a serem articulados pelos CAPS. Conhecedores que deverão ser do território tanto concreto quanto subjetivo em que estão inseridos, os trabalhadores dos CAPS podem fazer agenciar novos pontos nas redes singulares de cada sujeito e de cada família para a experimentação de novas sociabilidades, novos encontros, novas circulações.

A presente dimensão, que versou sobre as principais dificuldades existentes na experiência do adoecimento psíquico para os sujeitos envolvidos, usuários dos CAPSi e seus familiares revelou-se como chave de discussão para a compreensão de como os serviços estão e podem se organizar para atender aos sujeitos demandantes. Entende-se que evidenciar necessidades e dificuldades por meio de diferentes perspectivas: a dos familiares e principalmente a dos técnicos, determina sobremaneira as ações que são realizadas. Nesse sentido, o que os técnicos compreendem por demanda e o que entendem pela experiência do intenso sofrimento psíquico, é determinante para aquilo que poderão ofertar em seus cotidianos de trabalho.

Em sua dissertação Gomes (2009), por meio de entrevistas com diferentes profissionais que compõem múltiplos serviços de atenção à saúde mental de adolescentes revela que os profissionais consideram como principal critério para inserção nos serviços o grau de limitação que os adolescentes vivem em seu cotidiano. Estes critérios evidenciam a influência dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial que preconizam relevância da circulação e participação social como indicativos dos processos cuidado e ação técnica e social frente ao sofrimento e a histórica marginalização da loucura (GOMES, 2009; TYKANORI, 2001).

Estes mesmos parâmetros para a inclusão das pessoas parece ser utilizado pelos CAPSi estudados.

Entretanto nota-se ainda que essa flexibilidade proveniente da premissa de se efetivar a construção do cuidado a partir da singularidade de cada sujeito e sua condição de circulação deixam alguns profissionais ainda confusos quanto às formas de atenção a serem disponibilizadas. Embora certa positividade seja afirmada no sentido de que, fica a cargo das equipes, a partir daquilo que apreendem de seus territórios, construir a linha mestra, o projeto terapêutico dos serviços por meio de inventivas e singulares estratégias, esta mesma falta de contornos oficiais claros, pode produzir nos profissionais um certo descompasso no montante das ações e uma angústia paralizante frente às enormes proporções de crianças e adolescentes em situações de risco e vulnerabilidade nas comunidades (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Faz-se importante neste aspecto, construir ações de mapeamento e conhecimento territorial em conjunto com outras instituições e serviços como, por exemplo, com as unidades de Atenção Básica, principalmente as Estratégias de Saúde da Família.

Propor atenção e cuidado para as famílias é admitir que quando um sofre, todos sofrem também, de seus diferentes modos, com seus diferentes recursos (VASCONCELOS, 1999).

5.3. Dimensão III. Organização do cuidado: os CAPSi, suas práticas e suas rotinas

Nesta dimensão será exposta, seguida por discussão, como se processam e se produzem no cotidiano dos serviços as principais ações de cuidado direcionadas tanto às crianças e adolescentes como às suas famílias. São dados e relatos que auxiliam na caracterização dos CAPSi em seus mais diferentes aspectos: principais atividades

realizadas, profissionais envolvidos no cuidado com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso, os modos de produção e organização dos atos de cuidado a construção dos processos de articulação entre serviços de saúde e a rede intersectorial. São apresentadas também as ações que se direcionam ao cuidado com as famílias dos usuários do serviço. As temáticas foram divididas em cinco subdimensões, a seguir descritas;

III.i. Intervenções oferecidas pelos CAPSi aos usuários em intenso sofrimento psíquico;

III.ii. O envolvimento e mobilização dos profissionais com a atenção e cuidado para os usuários em intenso sofrimento psíquico;

III.iii. A construção da Rede para usuários em intenso sofrimento psíquico: articulação com outros serviços e intersectorialidade;

III.iv. Ações direcionadas às famílias: a oferta dos CAPSi na ótica dos técnicos;

III.v. O acompanhamento oferecido no CAPSi: participação familiar.

III.i Intervenções oferecidas pelos CAPSi aos usuários em intenso sofrimento psíquico

Serão apresentadas a seguir, no Quadro 11, as intervenções oferecidas pelos CAPSi para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso de acordo com as narrativas dos profissionais participantes do estudo. Os profissionais foram questionados sobre as principais ações que destinavam a essa população. O quadro abaixo representa as referências feitas pelos técnicos, consta que cada técnico poderia referir mais de uma intervenção.

Quadro 11 - Intervenções oferecidas pelo CAPSi aos usuários em intenso sofrimento psíquico

INTERVENÇÕES	QUANTIDADE DE CITAÇÕES	EXEMPLOS/ Dimensão desta categoria de intervenção
Atendimentos Individuais	13	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimentos individuais com psicologia e terapia ocupacional. - Escutas individuais. - Atendimentos de enfermagem. - Atendimentos individuais para os usuários que não

		estão conseguindo ficar nos grupos. - atendimentos com especialidades médicas.
Espaços de Convivência	8	- Convivência como espaço para conhecer a demanda. - Grupo de convivência. - Espaços de convivência e de ambiência.
Dispositivos Grupais, Ateliês e Oficinas	6	- atendimentos grupais. - Oficinas terapêuticas. - Ateliês abertos. - Grupos terapêuticos.
Construção Projeto Terapêutico Singular	6	- Compartilhamento dos casos em equipe. - As intervenções dependem de cada caso. - Construção do Projeto Terapêutico Singular.
Realização de Ações e Contatos Intersetoriais	5	- Contato com escola. - Ações na comunidade. - Articulações intersetoriais como ampliação do entendimento sobre a situação.
Hospitalidade Dia e Intensividade	5	- Permanência dia ¹⁴ . - Modalidade intensiva. - Hospitalidade dia como retaguarda para momentos de crise.
Atendimentos e Acompanhamento Familiar	5	- Identificação da demanda familiar. - atendimentos familiares.

¹⁴Ainda que tal nomenclatura não conste no “Manual dos CAPS” (BRASIL, 2004), mas sim como descrito pelos profissionais dos CAPSi, a permanência-dia, seja para os usuários como para os familiares, é um dispositivo em que a pessoa permanece o dia todo no serviço, participando de toda rotina institucional como grupos, atendimentos individuais e espaços de convivência. É no geral oferecida para as situações de agravamento da crise, configurando assim um dispositivo para a intensidade do cuidado.

		- Acompanhamento familiar.
Visitas Domiciliares	4	- atendimentos domiciliares. - Acompanhamento da rotina do usuário. - Visitas domiciliares.
Acolhimento	3	- Acolhimento como espaço para conhecer a demanda. - Grupo de chegada para conhecer. - Dispositivos para conhecer melhor o sujeito.
Internação Hospitalar	2	- Encaminhamento para internação hospitalar. - Visitas hospitalares.
Saídas e Passeios	2	- Passeios e eventos fora do serviço.
TOTAL	59	

O quadro 11 apresenta as principais atividades desenvolvidas nos CAPSi para o acompanhamento e cuidado com as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico. Tal como é possível perceber, as ações mais referidas pelos entrevistados foram os dispositivos de atendimento individual caracterizado por ações com profissionais específicos destinados aos usuários com dificuldade de permanência em espaços mais coletivos, segundo o que foi narrado. Seguidos dos atendimentos individuais tem-se a referência aos espaços de convivência, em geral caracterizados por momentos com propostas terapêuticas mais frouxas, entendidos como momentos de se delinearem as principais demandas dos sujeitos atendidos. Em sequência, em ordem decrescente de citação tem-se os dispositivos grupais e os momentos de construção do projeto terapêutico dos usuários do serviço.

Pelo que se nota, são relatadas neste tópico tanto ações diretas com os usuários dos serviços como aquelas entendidas como espaços de gestão do cuidado a exemplo, os contatos intersetoriais.

Por meio de análise de prontuários de diferentes CAPSi no Estado de São Paulo, Reis et al. (2012) reconheceram que, dos prontuários que faziam alusão às condutas terapêuticas adotadas, 51,8% faziam referência a atendimentos individuais, seguidos por 30,8% para atendimentos grupais, 32,1% para atendimentos familiares e 28,4 % para oficinas terapêuticas, acrescenta-se que um mesmo prontuário poderia contar com mais de uma conduta realizada. Os autores esclarecem que a maioria dos atendimentos realizados na forma de atendimento individual permite o melhor esclarecimento das demandas de cada usuário sem que se percam os objetivos de se trabalhar também com as necessidades sociais de cada sujeito, o que possivelmente é focado durante a participação nos grupos e oficinas terapêuticas.

Entretanto, entende-se que, a predominância pelas atividades de atendimento individual caracterizam os serviços de modo contrário ao que é proposto pelas estratégias de desinstitucionalização e produção territorial do cuidado em saúde mental. Uma vez que se constitui predominantemente o encontro clínico ofertado pelos CAPSi por meio de atendimentos individuais, reconhece-se que as dimensões individuais do sofrimento são as preconizadas pela equipe. Tais dados, somados aos descritos no Quadro 4 reforçam a constatação de que sobressai-se nos serviços um modelo centrado na especialidade para a condução do cuidado. As referências feitas ao atendimento realizado pelos médicos também confirmam esta tendência. Pelo exposto, todas as referências ao atendimento médico o localizam como ocorrendo dentro do espaço individual, o que reforça a ideia da atenção cunhada no modelo médico-centrado que supostamente revela a dificuldade/resistência desta categoria em atrelar suas ações a espaços mais coletivos de atenção.

Reconhece-se que atualmente a iniciativa da oferta de grupos nos serviços pode se direcionar a atender à demanda política e da gestão por aumento do número de pessoas a serem atendidas pelos serviços (CAMPOS, 2001).

Todavia, a relevância da construção de ações grupais nos CAPS – em suas diferentes modalidades - têm uma proposta fundamentada em aportes que a localizam como instrumentos de emancipação e de construção de novas sociabilidades, sendo que estas se encontram reduzidas quando o projeto clínico dos serviços preconiza substancialmente as intervenções individuais. Tendo como instrumento norteador o “Manual dos CAPS” (BRASIL, 2004), tem-se que o objetivo principal do trabalho a ser desenvolvido nos serviços é a proposição da Clínica Ampliada, entendida no contexto como a expansão do trabalho desenvolvido para além da clínica tradicionalmente

realizada na psiquiatria em favor da construção de ações coletivas e menos especializadas.

A proposta inicial, contida no movimento da Reforma Psiquiátrica, tomava a possibilidade de configuração de um trabalho clínico-político por meio do grupo enquanto dispositivo. Nessa perspectiva, para além de um ajuntamento de indivíduos, o grupo deveria funcionar como um dispositivo agenciador de multiplicidades pela produção de novas subjetividades coletivas. Estas novas subjetividades romperiam com cristalizações a partir da descoberta de novas formas de relação e de produção da vida e de afetos, configurando-se assim enquanto propostas salutares para a afirmação de formas de relação da pessoa em sofrimento psíquico com seu entorno, com a sociedade. Ainda, contém as experiências grupais, a capacidade de enredarem laços solidários entre os sujeitos para a construção de autonomia (BARROS, 1994; LANCETTI, 1994).

Entende-se que nem toda oferta de trabalho grupal desenvolvida nos CAPSi pode constituir-se desse objetivo, todavia, a escassez deste tipo de oferta limita as possibilidades de ampliação da existência, pois restringe os espaços para que os agenciamentos coletivos se efetuem. Assim, ao passo que os CAPSi oferecem como principal recurso as intervenções individuais, de cunho ambulatorial, deixam de ser os locais de excelência da afirmação de novos modos de se produzir saúde, para assumirem o papel de apenas mais um serviço contido na área da assistência a saúde (LUZIO, YASSUI, 2010).

O compromisso, descrito por Amarante (2007) de que a Reabilitação Psicossocial deve produzir a transformação do imaginário social e comunitário sobre a loucura não se efetiva, perdendo com isso o caráter político, inventivo e transformador a que os CAPS tiveram em seu início, quando não são adotados nos serviços propostas que encorajam os sujeitos aos encontros, e mais que isso, quando não fomentam a vida comunitária e a participação social como objetivos do trabalho realizado.

Entende-se ainda, que não é tarefa fácil empreender nos serviços a condução de propostas clínicas coletivas (LANCETTI, 1994). Tomando-se esta afirmação, evidencia-se que a construção de grupidades inventivas, disruptivas e afetivas com crianças e adolescentes psicóticas ou em outras vivências de intenso sofrimento psíquico constitui-se como importante desafio a ser enfrentado pelos serviços.

Os questionamentos realizados em relação à pouca oferta de grupos para as crianças e adolescentes são semelhantes e também se aplicam por meio da constatação da pouca referência aos atendimentos e visitas domiciliares.

Uma vez que este estudo versa sobre as práticas de cuidado para crianças e adolescentes em situação de intenso sofrimento psíquico, hipotetizava-se que a alusão à esta modalidade de atenção do tipo visita domiciliar fosse figurar entre as mais citadas. Todavia, tal como se poderá observar adiante, parte das principais dificuldades relatadas pelos profissionais para a condução do trabalho deve-se ao tamanho exorbitante da área de abrangência a que têm de responder, bem como à dificuldade de deslocamento pelo território. Ainda, entende-se que as dificuldades referidas pelos profissionais como dificuldade de acesso ao CAPSi são repercussões da dificuldade de organização dos serviços para o atendimento aos sujeitos em suas moradias.

Atrelado a esta condição da dificuldade de trânsito pelo território, citam-se também os passeios e saídas como poucas referências pelo profissionais, o que determina a dificuldade dos serviços em constituírem ações mais comunitárias e territoriais, estando os CAPSi, portanto, ainda centrados em suas dinâmicas internas.

Em sequência à alusão dos atendimentos individuais, os profissionais referem a disponibilização do espaço de convivência como alternativa de cuidado para as crianças e adolescentes. Geralmente estes espaços são entedidos como propostas mais flexíveis de cuidado em que a criança e o adolescente se encontram com outros sujeitos em espaços sem uma condução terapêutica específica. Nestes momentos podem se produzir espaços de socialização em que as pessoas possam permanecer como estão, onde não há tarefas determinadas ou códigos a serem seguidos. Dell'Acqua e Mezzina (2005) definem esta situação como certa *disponibilidade difusa*, entendida como possibilidade de suporte à pessoa em um momento de crise em espaços mais informais. Nessa ocasião, a convivência funciona como instrumento para a coletivização do sofrimento em que se presentificam em diferentes formas de relações, tanto com os técnicos dos serviços como com outros usuários, outros trabalhadores e familiares. Pode-se perceber portanto, que esta forma de intervenção coaduna-se com a proposta de atenção mais ampliada em que os limites do trabalho clínico são expandidos para além das tradicionais modalidades de atenção.

Não obstante, compreender sobre o que de fato se faz, com quem se compartilha, o que se compreende como convivência, quais benefícios/desafios, ou como são utilizados os espaços de convivência em diferentes equipamentos devem ser questões colocadas para estudos futuros.

As alusões feitas a indicação de acompanhamento à situações de internação revelam que a rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes ainda encontra alguns empecilhos para efetuar-se de modo efetivamente desinstitucionalizante. Há a carência de recursos extrahospitais para retaguarda mais efetiva aos momentos de crise, o que indica que os hospitais ainda servem como referência para tais situações. Questiona-se ainda a efetiva potencialidade dos CAPSi em serem os agentes principais de cuidado em situações de agravamento da situação como crises ou outras experiências de maior complexidade, em que fosse possível prescindir da oferta de internação hospitalar.

III.ii. O envolvimento e a mobilização dos profissionais com a atenção e o cuidado para os usuários em intenso sofrimento psíquico

Esta subdimensão apresenta os modos com que os profissionais dos CAPSi se envolvem, na rotina dos serviços, com o cuidado e organização da atenção para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso. A este questionamento foram organizadas duas categorias de sentido, ilustradas no Quadro 12, que relatam entre outras coisas os modos de operacionalizar o cuidado e o envolvimento e mobilização pessoal para esta prática.

Quadro 12 – O envolvimento dos profissionais com o cuidado com as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico

CATEGORIA	DSC
<p>a. Como articula o cuidado</p>	<p><i>A gente acompanha, tenta acompanhar ao máximo possível, no trabalho como terapeuta e participando dos dispositivos que o serviço oferece. Geralmente quem faz o acolhimento fica mais envolvido, embora também tenha a ver com as características de cada profissional. Eu tenho bastante paciente grave, e tento articular o trabalho onde eu acho que faço o melhor. Fazemos o acompanhamento e cuidado no atendimento a essas crianças, no atendimento às famílias, indo fazer visitas, quando a gente identifica que a pessoa não consegue chegar aqui. Tenho caso de adolescente, por exemplo, que ele não consegue vir, aí ficou combinado, bom, se ele não vem a família tem que vir, porque aí a família consegue enxergar de um outro modo, lidar com ele de forma diferente. Essa é uma forma de intervir num grave sofrimento, uma das formas possíveis. Também tento articular dentro do meu núcleo de trabalho, na linha das pessoas serem sujeitos de direito mesmo.</i></p>

<p>b. Descrição das atividades realizadas</p>	<p><i>Acho que cada profissional aqui gosta mais de fazer uma coisa, faz tudo, mas gosta mais de fazer uma coisa específica. O acolhimento é o primeiro atendimento que a gente faz, e aí a gente distribui esse acolhimento pra um dos técnicos, às vezes a gente mesmo acaba aderindo esse paciente e acaba fazendo parte da vida da gente. A gente liga pra escola, a gente liga pras creches, a gente vai visitar a família. Mas hoje, no momento, a gente não tá com recurso de ir visitar a família, porque precisa pedir um carro, às vezes demora um pouco, mas que talvez isso vá até mudar. A gente vai na casa ver como é a casa, como está dentro de casa. A gente tenta fazer várias reuniões na escola, a gente tenta também conversar com essa mãe, para orientação, tem um grupo de família aqui. A gente faz também os grupos de convivência, que tem uma equipe que se rodizia para esta atividade, em que você tem que dar conta de tudo o que acontece naquele período, né? Fazemos também outras atividades em grupo, em ateliês mais abertos e também na escuta individual. O pessoal da enfermagem também fica mais preocupado com a higiene e a medicação. Uma outra forma importante de acompanhar estes usuários é por meio das discussões diárias sobre os casos, em que a equipe se reúne pra discutir os casos. A gente pensa junto intensamente sobre as situações de intenso sofrimento. Esse envolvimento no mínimo através das reuniões que já é muito rico, pois temos acesso a todos os casos nessa reunião de equipe.</i></p>
------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Os relatos dos profissionais permitem perceber que não há uma determinação predefinida para a construção das formas de contato com as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico. Ao que se enuncia, o acolhimento funciona como primeiro dispositivo para o contato, entendimento da situação e delineamento das ações a serem posteriormente realizadas.

A possibilidade de organização do próprio cotidiano de trabalho e da construção dos projetos de intervenção com os sujeitos mediada pelo dispositivo do acolhimento encontra respaldo em diferentes políticas de saúde e principalmente na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH é entendida como política transversal a todo campo da saúde em que se consolidam apontamentos para o trabalho no SUS para a superação da dicotomia entre atenção e gestão por meio do estímulo para abertura de novas formas de circulação do saber e conseqüentemente do poder dentro dos serviços. O acolhimento assim referido é entendido como uma postura ética do profissional e da equipe em que

se produz a atualização das necessidades de saúde dos sujeitos por meio da escuta qualificada da equipe (BRASIL, 2008; 2009).

Os técnicos do presente estudo, deste modo, denotam um compartilhamento com as ideias propostas pelo dispositivo do acolhimento na medida em que afirmam que é neste momento que avaliam suas possibilidades para a condução do caso, ou o encaminhamento para outro colega de equipe, como também avaliam as necessidades dos sujeitos implicando-se na construção dos projetos de atenção. Pelo que referem, a organização se dá de modo a poder comportar as limitações e desejos de cada profissional para que possam optar por seguir com a condução ou não do caso. Entende-se que esta possibilidade denota um trabalho consolidado na dimensão coletiva, em que as necessidades e desejos de cada profissional podem encontrar respaldo no trabalho de todo o grupo, que assim, opera a divisão das tarefas com maior flexibilidade, garantindo um ambiente de maior autonomia aos trabalhadores.

Outro indicativo de que o ambiente de trabalho nos CAPSi é coletivizado e sustenta-se principalmente na organização em equipe é o relato da existência das reuniões de equipe como local de reordenação e discussão das situações vividas pelos integrantes. O entendimento de que a reunião de equipe é um acontecimento destinado também ao cuidado com as crianças e adolescentes indica que existem nos serviços recursos para o planejamento do trabalho e sua problematização. Estas ações também são preconizadas pela Política Nacional de Humanização, no movimento em direção à gestão compartilhada dos serviços de atenção e pela transversalização das relações na produção de saúde (BRASIL, 2008).

Nota-se também nas referências dos profissionais que os serviços destinam uma grande variedade de ações aos sujeitos em sofrimento psíquico – visitas domiciliares, contatos com outros serviços, espaços de convivência, atividades de vida diária - embora imperem como apontado no Quadro 11, anterior, que as condutas mais utilizadas sejam os atendimentos individuais. Isso faz constatar que não é por desconhecimento que as atividades dos serviços estão centradas no modo individual, sobretudo porque os trabalhadores justificam tal realidade como fruto das dificuldades de organização do cuidado de modo mais ampliado. Confirma-se tal constatação, ao verificar-se que as dificuldades para implementação das visitas ocorrem, seja pela falta de transporte como também pela solicitação de ida dos pais aos serviços mesmo quando as crianças ou adolescentes não se encontram em condições de saírem das residências.

Outras ações realizadas nos serviços constituem-se como ordenadoras do cotidiano dos sujeitos em sofrimento. As atividades relativas a higiene e a medicação descritas como de responsabilidade da equipe de enfermagem têm importante caráter terapêutico para os sujeitos. É importante considerar que estas ações se fundamentam nos processos de cuidado, vistos como percursos de intervenção nas abordagens da perspectiva psicossocial, e não apenas como meros recursos para a manutenção da vida institucional. O cotidiano que se estabelece nos serviços: refeições, horários de medicação, atividades de higiene e espaços de convivência flexível são locais de onde se podem tecer trocas simbólicas, manifestação de afetos e construção de historicidade e de inscrição no tempo para os sujeitos adoecidos e suas famílias que muitas vezes se encontram imersos nas situações de dor e sofrimento (LOYOLA, et al., 2010).

A perspectiva acima, da construção de cotidianos solidários e participativos compõe-se com outra perspectiva, a da defesa dos usuários enquanto sujeitos de direitos, salientados pelos trabalhadores, que revelam uma aproximação discursiva das equipes com os princípios norteadores das abordagens cunhadas na Reforma Psiquiátrica (PITTA, 2001).

III.iii. A construção da rede para usuários em intenso sofrimento psíquico: articulação com outros serviços e intersetorialidade

Descreve-se nesta subdimensão as formas com que os CAPSi e os profissionais mobilizam a rede de cuidados em saúde e a rede intersetorial para a ampliação das ações para os usuários em intenso sofrimento psíquico. Tem-se nas categorias organizadas os modos de produção da rede, seus principais desafios e dificuldades, compondo um total de três DSC para este tema. O Quadro 13 a seguir apresenta estas categorias e os DSCs obtidos.

Quadro 13 – A construção das redes e a articulação intersetorial

CATEGORIA	DSC
<p>a. Serviços com os quais os CAPSi articulam o cuidado</p>	<p><i>É a gente procura estar sempre fazendo isso assim, com todos os serviços da saúde, da educação, assistência, judiciário, a gente procura fazer assim tem uns que são melhores, outros que são bem difíceis. Geralmente fazemos reunião com os serviços para discussão de caso. Outros setores como conselho tutelar, escola, abrigos, vara da infância, e um pouquinho a secretaria de esporte, há uma articulação menor</i></p>

	<p><i>do que deveria ser por causa da carga da rotina de trabalho, mas há. Deveria ser uma coisa em conjunto, mas nem sempre é. Por exemplo, às vezes a gente tem necessidade de, por exemplo, encaminhar o paciente pro dentista, e aí esse paciente vai ficar numa fila de espera que a gente não sabe quanto tempo vai ficar na fila. Mas da saúde mesmo os mais parceiros são atenção básica, mas ainda tem uma concepção muito de que se esta no CAPSi não precisa estar no posto. A gente também faz contato com os outros CAPS, com o AD porque às vezes quando chega um adolescente, e lá só tem adulto, não tem condições de mandar pra lá, então a gente faz um acordo com eles de que passa com o psiquiatra lá, mas que fique por aqui. Com as escolas a gente tenta fazer essa articulação para esse sujeito voltar a estudar, mas a gente ainda esta engatinhando na questão da educação. Tem também os casos de crianças autistas que estão em escolas regulares, as escolas pedem muito a nossa parceria, né? No sentido de cuidado mesmo, do não saber, do que fazer né? Como olhar, como cuidar, acho que em alguns casos tem essa questão pedagógica muito forte. Tem escolas que são parceiras e tem escolas que só querem mesmo se livrar do aluno. E com o conselho tutelar, que é um grande nó, aí a gente tem um tanto de dificuldade, eu acredito que esse CAPSi ele exige mais do conselho tutelar do que o conselho tutelar dá conta. Tem também umas instituições referentes à pessoa com deficiência que não têm uma abordagem muito parecida com a gente então ficam vários enroscos.</i></p>
<p>b. Descrição de como são realizadas as articulações</p>	<p><i>Eu acho que dentro da perspectiva da intersetorialidade, dependendo do que é que a criança está apresentando a gente vai pensando no que entrar em contato. Trabalhar no CAPS é saber que é um trabalho de rede e aí a rede vai ser pensada a partir daquela criança, daquele adolescente. Eu acho que a gente tenta e a gente vai de cabeça nisso, esbarra nas limitações das políticas, que elas estão muito bem no papel, mas pra elas avançarem né? A assistência, o judiciário, eles tem um outro olhar, então muitas vezes eles acham que é só saúde que vai resolver, só remédio, é só a reabilitação e aí você tem que rever esses protagonistas, esses atores, cada um no seu campo, no seu núcleo né? A gente também faz a reunião de matriciamento, e como a gente é o único CAPSi do município, então a equipe se dividiu entre eixos, cada eixo está numa região para a gente ficar mais focado. A gente tem que ficar sabendo o que tem na comunidade para oferecer para o paciente. Tem alguns pacientes aqui no CAPSi que fazem atendimentos em outros locais, a gente conversa via telefone, a gente faz reuniões nesses lugares, eles vêm até nós, a gente sempre marca reunião, sempre tem, por telefone, por email, sempre que precisar a gente tem abertura pra estar</i></p>

	<p><i>falando com esses outros setores que a gente pode aprender, fazer uma troca. Eu vejo esse CAPSi como muito articulado assim, acho ele muito interessante. Por exemplo, dependendo da região de saúde a gente consegue uma articulação legal com a atenção básica, acho que talvez essa é a vantagem assim da rede pequena, de uma certa maneira, porque você consegue conversar com as pessoas, pensar em outros espaços.</i></p>
<p>c. Encontram dificuldade para realizar ações com outros serviços</p>	<p><i>Ainda tem muito essa concepção de que se está no CAPSi não precisa estar em outro lugar, como se aqui fosse uma instituição total. Essa é uma grande dificuldade, porque isso cola às vezes para os profissionais e a gente precisa dar conta de muito coisa, quando na verdade acho que a gente precisa ter o nosso limite muito estabelecido para ir além de uma relação de suprir aquilo que falta, né? Pra deixar aparecer a falta e conduzir o sujeito a buscar outras coisas. Os serviços de saúde estão muito pautados pela questão diagnóstica e não tanto para um olhar global e de cuidado em relação ao usuário, né? Então se é autista, é aqui e ponto final, né? Ou então se não é autista é outra coisa que fique em outro lugar, eu acho que a gente também reproduz esse movimento, né? Por mais difícil que seja olhar para ele. E em relação aos outros setores também. E nisso cada um está no seu quadrado ainda, não existe ainda a integralidade das ações dos serviços. Acho que cada um "ah, eu faço só de zero a sete, eu faço de sete a quatorze", acho que a infância e a juventude é um processo de desenvolvimento e é preciso conversar, acho que essa conversa é truncada, parece que não estamos mesmo falando da mesma pessoa, acho que isso é difícil, visões diferentes, formas de pensar diferentes, e aí acho que quem sofre é o usuário, né?</i></p>

Diferentemente do que se observou na construção das políticas de saúde mental para a população adulta, o cuidado com a infância e adolescência, desde a sua formulação exige o compromisso com um fazer que seja múltiplo e se agregue em diferentes direções. A clínica em saúde mental infantojuvenil solicita o reconhecimento e parceria com outras instâncias de cuidado que estiveram, historicamente, engajadas na construção de práticas para este grupo: assistência social, justiça, educação, entre outras. Para Couto e Delgado (2010), o trabalho intersetorial neste campo adquire também funções de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas a serem desenvolvidas.

Com relação aos serviços específicos para a infância e adolescência, Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2010) ao elucidarem a respeito dos principais desafios para as políticas de saúde mental na atualidade, descrevem sob quais princípios o trabalho nos CAPSi deve estar pautado. Pontuam que mais que ações estritamente marcadas pela técnica especializada, o trabalho desenvolvido deve objetivar a disponibilidade para o encontro com outros atores, no que se concretiza enquanto uma dimensão ética do cuidado. Definem assim que a construção da rede é um posicionamento metodológico, ou seja, um modo de se produzir o trabalho cotidiano nos serviços que se agregue tanto a outros parceiros intersetoriais como seja potente o suficiente para reconhecer, no território onde estão inseridos elementos estratégicos para a construção dos projetos singulares de cuidado.

Ainda, segundo o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (BRASIL, 2005) o trabalho em rede – aquele que se produz junto a outros serviços de saúde e com instituições de outras áreas – se concretiza na corresponsabilização dos diferentes sujeitos para a resolução de situações de sofrimento para crianças e adolescentes. Assim, o trabalho no campo da saúde mental infantojuvenil, deve extrapolar o fazer meramente técnico no caminho para a elaboração e planejamento de projetos conjuntos de cuidado afirmando, destarte a noção de território como crucial para a atenção.

Questionar aos técnicos como tem sido produzido o encontro com outros parceiros, indica, portanto, os modos com que são pensadas as redes de atenção e de suporte para os sujeitos atendidos nos serviços. Tal como exposto por meio dos diferentes DSCs apresentados, a intersetorialidade e o trabalho em rede ainda parecem estar organizados de modo pouco sistematizado.

A partir dos resultados deste estudo, é possível observar dois principais movimentos de organização de um trabalho em rede na constituição da atenção para as pessoas em condições de sofrimento agravadas.

De um lado os equipamentos e técnicos que se organizam de modo a discutir os casos a partir dos usuários e tecer assim a rede de contatos por meio das instituições a que este sujeito está ou poderia estar ligado, postura esta que indica certa permeabilidade das equipes para a invenção de novas formas de contato com diferentes serviços. Outro movimento refere-se a construção de miniequipes de referência, citado principalmente no DSC *Descrição de como são realizadas as articulações* em que ao

que parece, a equipe busca constituir uma rede também para a própria instituição do CAPSi – parceiros para discutir casos e para a troca de experiências e entendimentos.

Essa última forma de proceder a construção de rede de saúde e também intersetorial pode ser traduzida pela atenção dispensada aos serviços na forma de apoio matricial. O apoio matricial teria então para as diferentes equipes envolvidas nos processos a função de ferramenta técnica - por meio do compartilhamento dos atendimentos – e também educativa, uma vez que os serviços ganhariam aprimoramento em seus conteúdos de trabalho pela da troca de saberes (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2008).

Inojosa (2001) explicita que a intersetorialidade deve ser entendida como ação que objetiva a transformação da lógica social a partir do combate à exclusão por meio do desenvolvimento social mais equânime, no sentido de que, os setores quando fragmentados em suas ações, têm pouca resolubilidade no que tange aos problemas de maior gravidade para da vida contemporânea. Por meio das ações intersetoriais, é que se podem iniciar processos de busca pela melhoria da qualidade de vida, no sentido do reconhecimento de necessidades singulares que solicitam ações também singulares e criativas. A intersetorialidade trata-se, portanto, não de ignorar disciplinas ou saberes setoriais, mas sobretudo, fazer aumentar o grau de comunicação entre os vetores, co-responsabilizando-os pelas situações a serem enfrentadas, em dinâmicas que objetivem a superação de problemáticas complexas localizadas em determinado território (INOJOSA, 2001; NASCIMENTO, 2010).

Assim, ao revelarem as dificuldades de comunicação entre diferentes serviços, revela-se também a dificuldade de compreensão do objeto de trabalho e conseqüentemente dos objetivos possíveis a serem almejados pelo compartilhamento de ações. Ou seja, os atores vinculados aos diferentes setores, ainda que se debrucem sobre um mesmo indivíduo e/ou situação, não possuem objetivos compartilhados, como por exemplo, a busca pela autonomia ou pela inclusão social.

Tal perspectiva pode ser observada na medida em que os técnicos referem que os diferentes serviços possuem noções muito variadas e por vezes díspares do que se configura como sofrimento e das condições de vida da população que atendem, nota-se que as singularidades de cada perspectiva ainda encontram dificuldades de se organizarem em nome da melhoria das comunidades e dos problemas territoriais que emergem. O que se observa frequentemente é que os trabalhos desenvolvidos pelas

diferentes instituições acabam por se sobrepor, criando um emaranhado por vezes ininteligível de apreender em seus objetivos (BRASIL, 2005).

A respeito do desenvolvimento de ações intersetoriais realizadas por trabalhadores de CAPSi localizados na cidade de São Paulo, Oliveira e Reis (2012) apontam que, os profissionais participantes do estudo compreendem que a articulação de redes intersetoriais são estratégias que contam principalmente com a disponibilidade particular de cada trabalhador para sua efetivação, o que revela a importância da dimensão subjetiva nesta ação. Como principais dificuldades para o exercício desta atividade -, que muitas vezes é percebida como “trabalho oculto” por não constar nos principais registros de monitoramento dos trabalhos realizados nos CAPSi -, apresentam a sobrecarga de trabalho, a precariedade das condições materiais e concretas e as políticas de governo por vezes controversas. Entre os setores com quem mais mantêm contato, situam-se em primeiro lugar as escolas, seguido pelos serviços da Assistência Social e posteriormente a Justiça.

No presente estudo, observou-se também que há ainda dificuldades quanto à composição dos projetos de atenção mesmo com outros serviços de saúde. Enquanto há narrativas que elogiam as possibilidades de compartilhamento dos casos com a Atenção Básica, como o descrito no DSC *Como são realizadas as articulações*. Por outro lado, enuncia-se também em outro DSC que a Atenção Básica ainda resiste em atender os sujeitos usuários de serviços especializados, principalmente os do CAPSi.

A resistência manifesta por outros serviços de saúde, em acolherem os sujeitos em trajetória de sofrimento psíquico tem suas raízes sedimentadas no longo e violento processo de exclusão social e marginalização a que estes sujeitos estiveram submetidos. A psiquiatria, ao reduzir a vida dos sujeitos à doença e seus sintomas, encontrando respaldo para suas ações em grande parte da sociedade, produziu a negação das tantas outras dimensões da vida das pessoas que sofriam (ROTELLI, 1990).

Entende-se que estas situações foram as produtoras desta forma de negligência e apartação social que vivenciam hoje muitas crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi que encontram desassistência para parte de suas outras demandas de saúde: saúde bucal e promoção de saúde na atenção básica, por exemplo. O trabalho de construção de redes de atenção em saúde propõe o enfrentamento destas condições, garantindo a efetivação da integralidade do cuidado em saúde, um dos princípios norteadores do SUS (BRASIL, 2008).

No campo das normativas técnicas e orientações para o trabalho em saúde mental no SUS, a última Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, ocorrida em 2010, reconhece a ação intersetorial como política social e de Estado, consolidando na área da saúde mental infantojuvenil a proposição da organização da Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental enquanto “um sistema intersetorial e abrangente diante da complexidade de demandas que envolvem a saúde mental desta população” (BRASIL, 2013a, p.104).

Com relação ao que se pratica de intersetorialidade com as escolas, considera-se de extrema relevância a tessitura de uma rede efetiva entre os serviços pois, a escola e seus mecanismos de funcionamento têm importante caráter psicossocial para o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes que a frequentam e para o engajamento para a consolidação da cidadania e da participação social. Entendida também como um espaço promotor de saúde coadunado ao projeto de educação integral voltado para o desenvolvimento da cidadania, a escola detém o potencial de ser promotora de novas formas de sociabilidade e de composição com as diferentes formas de viver e de participar do mundo (SOUZA, 2010).

Todavia, assim como apontam WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) e Sanches (2011) as escolas ainda têm se mantido afastadas dos serviços e discussões sobre saúde mental. Os profissionais das escolas por sua vez, sentem-se pouco apropriados para as discussões acerca dos modos de composição e convivência com as crianças em intenso sofrimento psíquico, o que é reforçado pela dificuldade dos técnicos dos CAPSi em sistematizarem um trabalho mais efetivo junto com as escolas e a frequência de solicitações por encontros que se destinam mais ao subsídio de orientações aos professores do tipo “como fazer com tal criança” do que a partilha de percepções para um projeto coletivo e intersetorial de cuidado.

A conquista de possibilidades de trabalho em participação com outros setores cria determinados compromissos éticos entre os sujeitos, em que, os esforços coletivos resultam em rede de sustentação para o enfrentamento das vulnerabilidades, desafiando a mudança dos paradigmas de dano e de sintoma, para o da invenção de outras formas de cuidado e proteção (VICENTIM, 2006).

Importa aqui questionar, por quem e sob quais condições será feito esse investimento? Ao colocar apenas para os técnicos dos serviços a responsabilidade por tantas e complexas ações incorre-se na ilusão de que o alcance de tais práticas sejam possíveis mesmo que feitas de modo pouco regular ou sistematizado. Assim, a discussão

sobre a importância das ações coletivas e intersetoriais deve ser um trabalho agenciado por diferentes sujeitos em diferentes contextos institucionais. Delegar aos técnicos dos CAPSi a responsabilidade quase que total pela tessitura das redes sobrecarrega os profissionais e pode gerar comodismos e desresponsabilização de outros setores.

III.iv. Ações direcionadas às famílias: a oferta dos CAPSi na ótica dos técnicos

A partir da narrativa dos profissionais dos serviços, são apresentadas no Quadro 14 as ações desenvolvidas nos CAPSi que são direcionadas às famílias e aos responsáveis pelas crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico em acompanhamento.

Quadro 14 - Ações Direcionadas às famílias: a oferta dos CAPSi na ótica dos Técnicos

MODALIDADE DE AÇÕES	QUANTIDADE CITAÇÕES	EXEMPLOS/DIMENSÕES
Grupos (sem especificação)	12	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos em horários específicos. - Grupos de família no mesmo horário dos grupos dos filhos. - Atendimento grupal. - Grupos de Pais abertos. - Grupos de pais em todos os horários.
Atendimentos individuais	7	<ul style="list-style-type: none"> - atendimentos esporádicos. - atendimentos individuais. - Psicoterapia.
Grupos terapêuticos	4	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos com psicólogo de família. - Grupo terapêutico. - Grupo psicoterapêutico semanal.
Grupos de Orientação	3	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de orientação (5x na semana) - Grupos semanais.
Atendimento familiar sem outra especificação	3	<ul style="list-style-type: none"> - Porta aberta para escuta. - Escuta aberta.
Outras	2	<ul style="list-style-type: none"> - Roda Comunitária. - Grupo de Chegada.

modalidades grupais		
Conversa	2	- Conversa.
Ateliês e Oficinas	2	- Oficinas de artesanato.
Visita/Atendimento Domiciliar	2	- Visita domiciliar - Atendimento Domiciliar
Atendimento com Referência	1	- Atendimento com Referência
Permanência-dia	1	- Permanência-dia
Acompanhamento terapêutico	1	- Acompanhamento terapêutico
TOTAL: 40 referências		

No quadro acima é revelado que as principais ações destinadas aos familiares dos sujeitos atendidos nos CAPSi são as abordagens grupais. Foram realizadas alusões a diferentes modalidades de condução desta abordagem, que por este motivo foram apresentadas separadamente. Se abordadas em conjunto, superam em demasia a citação de outras ações que não envolvem grupos para familiares. Os atendimentos individuais se mostram também como recurso bastante utilizado na prática dos serviços. Durante as entrevistas muitos dos participantes da categoria Técnicos relataram a dificuldade de participação dos familiares das crianças e adolescentes em momentos diferentes – horários e dias - dos estipulados para seus filhos. Alguns dos serviços estudados estavam em processo de reorganização da grade de oferecimento de grupos para pais no sentido de favorecerem a participação destes como, por exemplo, a oferta de mais horários para grupos de pais simultâneos aos grupos de crianças.

Embora os grupos figurem como a maioria dos atendimentos disponibilizados para os familiares, evidencia-se que há certa multiplicidade de ações oferecidas que vão desde o acompanhamento psicoterapêutico individual, o acompanhamento terapêutico e a permanência-dia, entendidos como recursos clínicos para as situações de agravamento

do sofrimento dos familiares até encontros com o técnico de referência, possivelmente para o delineamento do Projeto Terapêutico Singular do familiar acompanhado no serviço.

Familiares entrevistados por Camatta, et al. (2011) para avaliação dos CAPS no Sul do Brasil, embora reconheçam a importância da modalidade de atendimento em visita domiciliar alegam que nunca a receberam. Para os autores do estudo, as visitas possivelmente não são por motivo de pouca priorização da equipe para esta ação ou mesmo por falta de recursos.

Como se assinala no Quadro 14, também neste estudo, o recurso de visita domiciliar é pouco citado como ação direcionada às famílias e também pouco realizada na atenção às crianças e adolescentes como foi assinalado no Quadro 11.

Borba, Schwartz e Kantorski (2008) alertam para que os serviços se orientem no sentido da disponibilidade de escuta para os familiares; para a escuta de suas necessidades e também para a explanação e orientação quanto a sintomatologia e tratamento dispensado para os usuários dos CAPS. Apontamentos estes também encontrados no presente estudo, em que se tratou das necessidades das famílias e suas demandas para o CAPSi.

Outros estudos, assim como os de Camatta et al., (2011); e o de Borba, Schwartz e Kantorski (2008), apresentam que os grupos figuram como principais dispositivos de atendimento aos familiares. Ronchi e Avellar (2010) situam os grupos e os atendimentos prestados às mães com especialistas como assistente social e psicólogo como principais atividades de um CAPSi do Estado do Espírito Santo. Quanto aos dispositivos do tipo acompanhamento terapêutico e acompanhamento com técnico de referência, estes também foram citados como sendo direcionados às famílias sendo desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem e pelos técnicos de referência.

Já para Scandolara et al. (2009), em estudo desenvolvido no Estado do Paraná com um CAPSi do município de Cascavel, que objetivou avaliar de forma qualitativa este equipamento a partir da percepção dos profissionais do serviço, os atendimentos familiares a serem desenvolvidos pelas equipes são entendidos como um ponto problemático no CAPSi estudado pois as famílias pouco comparecem aos encontros estipulados. Com relação ainda aos dispositivos oferecidos aos familiares, Bielemann et al. (2009) identificam que embora os grupos de familiares sejam os recursos mais oferecidos e tenham grandes ganhos para as famílias, há outras demandas e questões trazidas pelos familiares que não encontram suporte nessa forma de atenção.

Para Melman (2001) os grupos de familiares de pessoas com transtornos mentais funcionam como importante método de cuidado. Segundo este autor, o grupo adquire funções de acolhimento e de expressão de singularidades quando o espaço vivido pelas pessoas é de interação e há o esforço coletivo, tanto dos participantes como dos coordenadores-terapeutas, para a construção de um ambiente de confiança e respeito. Com isso, os grupos e as identificações estabelecidas podem adquirir a capacidade de gerarem processos de mudança na busca do aumento do poder contratual dos sujeitos. Nas palavras do autor,

(...) as necessidades e o potencial de cada pessoa, e do grupo como um todo, precisam ser colocadas no centro das atenções para a elaboração das estratégias de cuidado. Neste movimento, é recomendável uma aproximação do familiar como pessoa, sem reduzi-lo a um conjunto de sinais e sintomas remetidos à sua relação com o paciente ou outros aspectos de sua vida. É preferível conhecer em profundidade os mecanismos envolvidos na relação dos familiares com os parentes adoecidos. A experiência grupal volta-se, então, mais para a “fisiologia” das relações parentais, afastando-se de sua psicopatologia (MELMAN, 2001, p. 96).

As particularidades de cada situação vivida na rotina dos serviços parece ter criado outras modalidades de atendimento para os familiares que se encontram em situação de fragilidade. A referência ao oferecimento da permanência-dia como estratégia de cuidado direcionada aos familiares pode indicar a abertura dos serviços para a invenção de formas de atenção efetivamente conectadas às demandas dos sujeitos, principalmente nos momentos de crise em que a possibilidade de hospitalidade no serviço, incluindo as refeições, outros tipos de atendimento e novas formas de convivência, pode garantir novos amparos para a organização subjetiva, psíquica e de direitos dos familiares.

Nota-se que é realizada apenas uma indicação à modalidade de atendimento com técnico de referência. Este dado pode indicar que nos serviços, embora se faça uso da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada usuário como forma de organização do trabalho clínico, assim como exposto nos Quadros 11 e 12, essa talvez não seja ainda uma atividade compartilhada com os familiares.

Na perspectiva de que o PTS se estabeleça como um vínculo entre serviço pessoa atendida e sua família para a planificação do cuidado tanto dentro dos serviços como nas ações a serem realizadas em outros âmbitos, (BRASIL, 2007), há de se levar em consideração de que as famílias das crianças e adolescentes atendidos, pelo menos daqueles para os quais foi construído o PTS, tivessem contato com o técnico de

referência periodicamente. A adoção de um caminho compreensivo para as políticas de saúde, e mais especificamente de saúde mental, que se coadunam ao objetivo de produzir passagens mais éticas na construção coletiva dos projetos de saúde, deveria destarte, contar sobremaneira com a participação dos familiares na produção dos PTS.

Entende-se que, ao passo que os encontros com os técnicos são escassos inviabiliza-se a possibilidade de ressignificação das práticas em saúde por meio do direito à escolha pela melhor condução do cuidado para as pessoas atendidas, ou seja, a escolha também dos familiares, pelo cuidado aos parentes que acompanham. Nesse mesmo sentido reforça-se também a inexistência de citações, no presente quadro, aos mecanismos de Controle Social e de participação dos familiares em outras modalidades de encontro com os serviços que indicassem o compartilhamento das ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos recursos e estratégias utilizadas nos CAPSi, como por exemplo, a participação em assembleias dos serviços e conselho gestor.

Abarcar as famílias nas condutas decisórias realizadas nos CAPSi pode se caracterizar como importante avanço no caminho da desinstitucionalização da loucura e suas formas de coerção. Assim como aponta Rotelli (1990) sobre o tema da desinstitucionalização, não basta alcançar apenas o extermínio das estruturas institucionais e concretas de clausura e marginalização dos sujeitos em sofrimento. É necessário ainda, que se rompa com o imaginário social em torno desta experiência.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008) indica a importância da participação cidadã nos dispositivos colegiados de gestão dos serviços para planejamento, monitoramento e avaliação das práticas realizadas e para a indicação de necessidades adjacentes. Para Amorim (2010) os avanços da reforma psiquiátrica ocorreram de forma segmentada, em que se observou o aumento significativo de serviços de saúde mental com enfoque psicossocial – indicando a mudança nos sistemas de atenção, entretando ainda não se produziu concretamente a mudança social proposta pelos movimentos reivindicatórios. São ainda incipientes na realidade brasileira o fomento a iniciativas sociais e políticas que agreguem os familiares, usuários e comunidades para a transformação da lógica manicomial. Para a autora,

o problema na realidade nacional parece ser o de que a participação é vivida não como um direito da coletividade, mas como uma prerrogativa individual a ser conquistada ou como uma concessão do Estado, revelando a fragilidade política da percepção de cada um e todos como sujeitos de direito (AMORIM, 2010, p.4).

A aposta no cuidado e no empoderamento dos familiares quando se trata do trabalho com crianças e adolescentes instaura novas possibilidades de condução do trabalho e o vislumbre de outras perspectivas para a situação do sofrimento, nas palavras de Andre e Basile (1999),

a família é um território estratégico de sustentação da vida, mas não pode ser o único território, toda família precisa de âncoras coletivas para sustentar a vida e ter criatividade com ela. Precisamos trabalhar as tramas intrafamiliares, abrir novas possibilidades para a circulação de afetos etc., mas devemos estar especialmente atentos para essa função familiar: a tarefa de agenciar um trânsito coletivo para os filhos, de poder fazer parceiros para sustentar a vida (...) A instituição de tratamento deve agir, então, como parceiro, como passaporte para esse trânsito, ampliando com as famílias o horizonte de crescimento das crianças (ANDRE; BASILE, 1999, p.146).

No caso da clínica com crianças e adolescentes, essa transformação implica sobremaneira, seus familiares. Romper com a institucionalização da loucura, logo, é deixar que falem por si, que recebam orientações e apoio adequado para que possam, crítica e ativamente organizar e partilhar daquilo que entendem como cuidado para seus filhos. Garantir o desenvolvimento do protagonismo nos familiares, solicita aos técnicos e aos serviços que possam se abrir para o diálogo, para o enfrentamento das diferenças, agindo éticamente para o desenvolvimento de sujeitos políticos e de direitos (TORRE; AMARANTE, 2001).

III.v. O familiar descreve sobre sua participação no CAPSi

Os familiares participantes do estudo realizaram descrição das atividades que realizam nos CAPSi, assim como se evidencia no Quadro 15. Foi realizada análise posterior totalizando um total de quatro DSCs para este tema.

Quadro 15 – Participação dos Familiares/Responsáveis em atividades nos CAPSi.

<p>a. Participa de grupo de apoio</p>	<p><i>Eu só faço o grupo de apoio, de ajuda, de mães, não sei qual o nome. Eu não vou te dizer nem que agregou nem que não agregou, agregou que eu descobri que meu filho não é o único, então não posso dizer que eu não tiro proveito de nada, eu descobri que tem crianças que tem problemas mais sérios que o dele. Nos dias de oficina que o U vem eu fico assim essas horas eu fico com psicóloga, ela dá palestra pra gente, né? Participa bastante com a gente. Até ajuda, porque ela conversa bastante</i></p>
----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<i>coisas pra gente, ensina bastante, porque você sabe que não é fácil a gente conviver com uma criança que nem o U, né? É estressante. Então, é bom pra aceitar a dificuldade dos filhos.</i>
b. Não participa de atividades	<i>Eu não participo de nada. Eu ficava lá até a hora de vir embora. Ficava no parquinho sentada, conversava, peguei muita amizade com as pessoas que têm filhos com o mesmo problema de U. Às vezes a psicóloga chamava.</i>
c. Já participou de atividades	<i>Hoje eu tô vindo bem pouco aqui, né? Mas antes eu vinha bem mais. Praticamente tava a semana inteira aqui. Vinha conversar com a psicóloga, com a psiquiatra. Às vezes conversava com pai de outras crianças também. Ajudou bastante. Tinha um grupo de mães, que falava dos problemas do dia a dia, mas esse ano ainda não teve. Ajudava um pouco porque a gente ouvia cada história de cada mãe e às vezes a gente aprendia alguma coisa com aquela mãe, com o que ela tá passando. A gente sentia o que ela tava passando, né?</i>
d. Organiza atividades com outros familiares	<i>Nós montamos um grupo agora para fazer caminhada, porque toda quinta-feira nós tem que trazer, e aí fica de boeira, aí nós montamos um grupo e vamos fazer caminhada na lagoa. Por enquanto só as mães, mas depois nós vamos falar com a assistente social.</i>

Ainda que no quadro anterior, Quadro 14, tenham sido descritas diferentes modalidades de atendimento às famílias, os familiares entrevistados referem certa escassez de participação nos CAPSi. As diferentes categorias evidenciam diferentes compreensões a respeito da oferta feita pelos serviços para a participação dos familiares. Identifica-se uma multiplicidade de opiniões, tanto nas narrativas dos sujeitos que atualmente frequentam atividades nos CAPSi como daqueles que já participaram ou mesmo entre os que nunca tiveram alguma participação.

Os familiares reconhecem entre outras aproximações possíveis, a importância das interações com os familiares de outras crianças e adolescentes. Pelo que se percebe, encontrar pessoas com situações de vida parecidas e o compartilhamento de experiências são fatores importantes para o alívio da sobrecarga a que estão expostos,

assim como afirmam Matsukura et al. (1997) a respeito de famílias de crianças com necessidades especiais.

A troca de experiências com outros familiares, reconhecidamente entendida como importante, pode ocorrer de forma mediada pelos técnicos do serviço, como indicado no DSC *Participa de grupo de apoio* em que as trocas são estimuladas durante os grupos de família. Nesses grupos, mesmo no momento em que o familiar refere ter poucos ganhos com sua participação, reconhece que há sentido em estar envolvido no encontro com outros familiares pois permite que se suavize a carga de sofrimento pelo entendimento de que há realidades mais complexas entre os participantes.

Outro modo de contato entre os familiares de diferentes usuários do CAPSi, evidenciados como relações significativas para os participantes, se dá em situações não mediadas pela equipe, ocorrendo possivelmente em momentos não oficiais de cuidado como o espaço de recepção, a sala de espera, em que se tecem novas amizades e se reconhecem histórias. O DSC *Não participa de atividades*; o DSC *Já participou de atividades* e o DSC *Organiza atividades com outros familiares* reforçam a constatação de que a relevância dos momentos produzidos nos CAPSi ocorrem pela possibilidade de encontro com sujeitos que vivenciam situações semelhantes. Pelo contato entre os sujeitos, novas formas de conviver com as crianças e adolescentes em sofrimento se afirmam, parcerias se formam, como se observa no DSC *Organiza atividades com outros familiares* em que a organização informal dos familiares gerou a ampliação dos espaços de circulação, promovendo outras situações de cuidado para os familiares por meio da realização de atividades físicas.

Embora os familiares representados pelo DSC *Organiza atividades com outros familiares* refiram que tratarão da organização do grupo de caminhada com a assistente social do serviço, é encontrada nesta situação o alcance de um dos objetivos essenciais das estratégias de desinstitucionalização e da Reabilitação Psicossocial, a de poder garantir a ampliação das redes de relações para os sujeitos em sofrimento e também para os seus familiares, no exercício da potencialização de seus graus possíveis de autonomia (PITTA, 2001). Muitas vezes, como descrito em outros momentos deste estudo, os familiares ficam submetidos a mesma lógica de paralisia e cristalização em torno da experiência de sofrimento a que estão seus filhos. Principalmente as mães, por estarem responsáveis pelo cuidado intensivo com os filhos têm limitada suas atividades sociais e de autocuidado (GUALDA; BORGES; CIA, 2013; SMEHA; CEzAR, 2011; MATSUKURA, et al., 2007).

A iniciativa de construção de um momento, comunitário, de cuidado entre as mães das crianças e adolescentes atendidos no CAPSi enquanto um espaço autogerido por suas necessidades é reforço para melhoria das condições de vida e aumento dos locais de trocas sociais para estas mulheres, um descanso nas relações de sofrimento, um novo espaço social que se assinala como nova possibilidade de existência.

Mesmo que algumas categorias cite a participação em atividades propostas pelos CAPSi, os familiares denotam uma permanência ainda difusa e pouco sistematizada no serviço. Ainda que os serviços exerçam determinadas atividades com os familiares, questiona-se qual a representação que estes encontros têm para os acompanhantes das crianças e adolescentes atendidos uma vez que parecem fazer pouca referência aos ganhos com a participação nos dispositivos existentes?

À esta ausência de programas definidos de intervenção aos familiares ressalta-se ainda a dificuldade que alguns participantes da pesquisa manifestam em ter mais informações sobre o acompanhamento disponibilizado aos seus filhos. Esta narrativa encontra eco nas afirmativas realizadas no quadro anterior, Quadro 14, em que se assinalam poucas ações do técnico de referência com a família. Isso leva a crer que os familiares, embora inseridos de algum modo no cotidiano dos serviços, ainda possivelmente não são entendidos como parceiros do cuidado a ser realizado.

Com relação a este tema, Camatta et al., (2011) em estudo junto a familiares de usuários de CAPS adulto a respeito de avaliação dos serviços, identificaram que há um equilíbrio de opiniões dos familiares em relação ao acompanhamento oferecido pelos técnicos para os familiares. Parte dos acompanhantes dizem que não sentem que há espaço para que sejam ouvidos e outros relatam perceberem a equipe disponível para suas demandas e ansiedades.

Esta dimensão, em sua totalidade, buscou evidenciar como se organizam os CAPSi em suas possíveis ações: o trabalho destinado às crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, o trabalho realizado com as famílias, a organização da rede intersetorial. No plano da percepção dos sujeitos acompanhados pelo serviço, a dimensão mostrou de que maneira os familiares e responsáveis pelas crianças inseridas entendem e experimentam a inserção no CAPSi.

Pelo exposto foi possível perceber que os serviços ainda mantêm como principal atividade os atendimentos individuais para as pessoas em intensidade de sofrimento,

embora possa ser possível notar o surgimento de iniciativas singulares de acompanhamento como a hospitalidade-dia e as intervenções de construção de rede e de acolhimento, descritas no Quadro 12. Entende-se que o que é ofertado pelos serviços é implicação direta tanto daquilo que os profissionais entendem por sofrimento como também por aquilo que eles têm de capacidade de dar continência a partir dos problemas e questões que se atualizam nos territórios e na possibilidade que cada instituição, para além de seus técnicos, possibilita (COSTA-ROSA, 2013).

Vale reconhecer que hoje, muitos dos CAPS criados após as portarias ministeriais e programas de fomento, guardam em seu conteúdo características de antigos ambulatórios. Com as políticas de fomento à construção dos CAPS, muitos ambulatórios que antes atendiam crianças e adolescentes foram transformados em CAPSi, muitas vezes mantendo-se a mesma equipe com ritmos semelhantes de funcionamento, calcados ainda na perspectiva da especialidade e do modo ambulatorial de produzir cuidado (LUZIO, YASSUI, 2010).

Segundo Dimenstein e Liberato (2009) esse é um desafio a ser ultrapassado, uma vez que ainda se quantificam os avanços da reforma psiquiátrica apenas por meio da publicização do número de CAPS inaugurados. Essa atitude poderia revelar que ainda não estão sendo considerados pelos órgãos oficiais e enquanto necessidade de acompanhamento da Reforma Psiquiátrica, a forma com que os CAPS têm proposto suas intervenções. Ainda segundo as autoras, o que têm sido produzido de pesquisas sobre o tema indica que os serviços tem vivido sob lógicas burocratizadas de trabalho que inviabilizam a efetivação de condutas mais singularizadas de acordo com as necessidades das pessoas atendidas, na perda do caráter político do trabalho em saúde mental.

Ao fenômeno, descrito por Dimenstein e Liberato (2009) como também assinalado por Yassui e Luzio (2010) de burocratização e endurecimento em formas ambulatoriais de andar o trabalho nos CAPSi, podem ser somados outros fatores que contribuem para esta atual situação.

Uma vez que a atenção se configura ainda de modo fragmentado e orientado para a especialidade, há de questionar se, para além das estruturas de trabalho oferecidas, há outros componentes que interferem em tal dinâmica. Certamente alude-se aos percursos formativos pelos quais os profissionais percorreram até a chegada aos serviços. Ainda que as atuais políticas de ensino para as profissões da saúde sejam indutoras no sentido de fomentarem a precoce inserção de alunos nas práticas

assistenciais realizadas nos serviços públicos como estímulo para uma formação mais generalista e humanista em que os profissionais formados tenham competência para atuarem nos diferentes níveis de atenção¹⁵ (HOLANDA; ALMEIDA; HERMETO, 2012), há lacunas importantes que podem apontar para falhas nos processos de formação dos profissionais para a criação de percursos mais inventivos e compartilhados em suas práticas profissionais.

O enfoque tradicionalmente dado à importância da construção profissional entorno de ultra-especialismos pode prejudicar a vivência de um trabalho em saúde que leva em consideração, sobretudo, o encontro que se produz com o usuário, seu contexto e suas necessidades de saúde para a construção de uma clínica necessariamente ampliada, em seus objetivos, objetos e métodos de trabalho. (CAMPOS, 2001; MÂNGIA; MURAMOTO, 2006; MERHY, 2007).

A inviabilidade para algumas ações, decorrentes de problemas organizacionais nos serviços como a grande população a ser atendida ou mesmo a falta de recursos foi também tema de narrativas a respeito do trabalho intersetorial desenvolvido. Observa-se, contudo, que mesmo que citem as dificuldades para a construção de redes compartilhadas de cuidado para as pessoas atendidas, os técnicos reconhecem a importância desta estratégia de ação para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares e mesmo como importante ação de ampliação do conhecimento e fortalecimento da equipe. A busca por ações com outros parceiros foi indicada em diferentes subdimensões, seja na subdimensão III.ii *O envolvimento e mobilização dos profissionais com a atenção e cuidado para os usuários em intenso sofrimento psíquico* como também na III.iii *Construção da rede e trabalho intersetorial* vislumbrando a apropriação dos profissionais acerca da temática.

Quanto às famílias, a partir do que foi elucidado nas dimensões anteriores, os profissionais estão mobilizados na identificação das necessidades destes sujeitos, parceiros para o cuidado. Todavia, pelo que se enunciou nas subdimensões III.iv *Ações Direcionadas às famílias: a oferta dos CAPSi na ótica dos Técnicos* e III.v. *O acompanhamento oferecido no CAPSi: participação familiar* ainda há impasses com relação à participação destes atores.

¹⁵ Parceria entre os Ministérios da Educação e o da Saúde tem criado políticas indutoras de reorientação da formação e atuação dos profissionais em saúde, a exemplo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (HOLANDA; ALMEIDA; HERMETO, 2012).

O enfoque principal nas dinâmicas grupais oferecidas aos familiares e a falta de ações que se relacionam com o controle social nos serviços apontam o quanto possivelmente as famílias ainda não são consideradas como agentes promotores de saúde e de novas oportunidades para o serviço. Embora as políticas do SUS indiquem a importância da participação dos usuários na condução da gestão dos serviços, esta função não aparece sendo atribuída aos familiares das crianças e adolescentes.

Por se tratarem de serviços destinados aos cuidados com a infância e adolescência, os CAPSi supostamente poderiam contar com uma participação mais intensiva direcionada às famílias em seus cotidianos. Os cuidadores estão constantemente nos serviços durante os atendimentos de seus familiares. O distanciamento entre familiares, gestão dos serviços e recursos disponíveis parece ainda se agravar na medida em que se assinala que os familiares dos CAPSi em estudo elucidam não somente seu afastamento na condução dos mecanismos de controle social, mas também na elaboração do Projeto Terapêutico de seus filhos e mesmo no suporte informacional quanto às dinâmicas de cuidado desenvolvidas.

Assim, embora seja feita a explanação do que foi encontrado em termos de correspondência ou não ao que é preconizado tanto pelas políticas de saúde mental infantojuvenil como o que se afirma nos movimentos de Reabilitação Psicossocial, entende-se sobretudo que a escolha por determinada proposta assistencial, assim como apontado por Bezerra (2007) deve ser realizada não em decorrência de sua ordem epistemológica, mas sim de sua dimensão ética e política. A determinação por uma ou outra conduta deve se dar, não pela valoração de sua origem e sim para onde ela pode conduzir o cuidado, o sujeito e suas famílias de forma que se potencializem para o encontro com o mundo. Deste modo, defende-se que a construção do cuidado a ser realizado não se deve construir de forma autoritária, endurecida ou pré-programada, mas sim deve contar com as particularidades de cada sujeito, de cada grupo familiar. Nesse sentido, quando atreladas as ofertas à sutileza do olhar para cada singularidade justificam-se condutas supostamente tidas como ambulatoriais na medida em que se vislumbra o encaminhamento para a transição para espaços coletivos, sociais e de fortalecimento do protagonismo.

5.4. Dimensão IV. Percepção dos sujeitos sobre a efetividade dos serviços e das práticas de cuidado oferecidas.

Esta última dimensão visa demonstrar a opinião tanto dos Técnicos como dos Familiares/Responsáveis sobre a dinâmica de funcionamento dos CAPSi. Abarca questões apresentadas a partir da reflexão frente aos processos vividos e construídos coletivamente, abordando desde a percepção sobre a melhora na condução das vidas das crianças e adolescentes atendidos, sugestões para a melhora do atendimento, até como se evidenciam no cotidiano as intervenções mais efetivas para o grupo em estudo. Para efeito de explanação, serão apresentadas quatro subdimensões que tratarão dos temas elencados.

IV.i. A efetividade do cuidado: percepção dos profissionais;

IV.ii. Sugestões dos Técnicos para a melhoria da atenção às crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico;

IV.iii. Dificuldades das crianças e adolescentes superadas pelo cuidado no CAPSi a partir da percepção dos Familiares/Responsáveis;

IV.iv. Sugestões dos Familiares para a melhoria da atenção às crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico no CAPSi.

IV.i. A efetividade do cuidado: percepção dos profissionais

Na subdimensão que se apresenta, representada pelo Quadro 16, são descritas as intervenções realizadas nos CAPSi que na opinião dos profissionais tem maior efetividade para o cuidado e melhora nas condições de vida e saúde das crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico atendidos.

Quadro 16 – Práticas mais efetivas desenvolvidas nos CAPSi.

PRÁTICAS DE CUIDADO	NÚMERO DE CITAÇÕES	EXEMPLOS/DIMENSÕES
Atenção Familiar	6	- Atendimento familiar. - Suporte aos familiares.
Projeto Terapêutico Singular	4	- Multiplicidade de atendimentos é a efetividade. - Desconstrução do lugar do

		doente. - Intervenção mais efetiva depende de cada caso.
Grupos	3	- Atendimentos em grupo. - Grupos Terapêuticos.
Atendimento Individual	3	- Atendimentos individuais.
Vínculo	3	- Vinculação e disponibilidade dos profissionais. - Vínculo.
Espaços de Convivência	3	- Espaços de convivência e grupos. - Convivência e Hospitalidade dia.
TOTAL		22 referências

Diferentemente do que relatam como principais ações desenvolvidas – Quadro 11 – os técnicos referem neste quadro, que as intervenções que produzem mais ganhos ao cuidado realizado nos CAPSi são os atendimentos familiares. Esta constatação encontra dissonância na narrativa dos familiares que relatam, assim como exposto no Quadro 15, sentirem-se pouco inseridos na dinâmica dos serviços. Esta situação pode indicar a existência de um abismo entre o que é realizado pelas equipes, a percepção do que seja a eficácia e aquilo que os familiares parecem reconhecer.

Cayres e Reis (2013) ao estudarem a constituição dos PTS de usuários de CAPSi da cidade de São Paulo identificaram que os técnicos relacionam o sofrimento das crianças e adolescentes às suas condições familiares, e portanto, os profissionais entendem como essencial o trabalho direcionado às famílias. Em algumas situações apresentadas o PTS chega a contemplar mais intensamente as abordagens familiares que as somente destinadas ao usuário inserido no serviço.

Esse entendimento postulado na pesquisa citada é o que parece transparecer neste estudo embora se evidencie um distanciamento entre a prática concretamente realizada e o que se ambiciona para projetos de cuidado. Com isso leva-se a crer que há

tensões e fragilidades no cotidiano do trabalho, uma vez que a prática realizada não é percebida como eficaz podendo incorrer em sentimento de frustração por parte dos profissionais. Destarte nota-se assim um distanciamento entre a gestão do cuidado e a prática assistencial, quadro este também debatido pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008) em que se objetiva a aproximação entre estes dois elementos dos serviços de saúde.

Com o mesmo número de citações encontram-se os dispositivos tradicionais de intervenção técnica em saúde mental: atendimentos grupais, atendimentos individuais, espaços de convivência e a vinculação. Hipotetiza-se que essa relação esteja marcada pela lógica do trabalho que se direcionada para o encontro com as singularidades de cada demanda, de cada sujeito, faz com que os dispositivos tradicionais funcionem como suporte primeiro para a criação de outras formas de atenção a serem desenvolvidas posteriormente. Assim, oferece-se primeiramente o que o serviço tem de recursos clínicos disponíveis para seguidamente serem pensadas outras formas de cuidado e atenção.

Como exposto no Quadro 11, com relação aos atendimentos individuais, estes são a maioria realizada pela equipe, constando ao todo treze indicações à realização deste acompanhamento, o que equivale dizer que dos 17 profissionais entrevistados, 13 citaram o atendimento individual. Entretanto no presente quadro observa-se que apenas três profissionais fizeram referência à efetividade desta modalidade de atenção. Hipotetiza-se assim a presença de contradições na organização dos serviços entre o que é ofertado cotidianamente e aquilo que se entende como ação que produz efeito satisfatório. Logo, possivelmente os técnicos possam reconhecer como pouco efetivas as ações das quais lançam mão, o mesmo que se evidenciou em relação aos atendimentos direcionados aos familiares. Para Oliveira et al. (2012),

pode-se aventar que a contradição entre o que é preconizado e reconhecido e o que é valorizado e registrado na prática, pode sugerir que a forma como é organizada a atuação em CAPSi ainda seja fortemente enraizada em modelos hegemônicos de cuidado. Nestes, são preferencialmente valorizadas ações de terapêutica prescritiva e padronizada, tendo por trás o paradigma de saúde baseado na noção de doença/cura (p.175).

Mesmo que haja discordâncias entre o que é realizado, indicando um funcionamento ambulatorial, e aquilo que é reconhecido como eficaz, indicando uma possibilidade de trabalho singularizado, os profissionais reconhecem, ao menos no

campo do discurso que as condutas e posicionamentos escolhidos têm papel imprescindível na efetividade do cuidado.

Na categoria que trata dos Projetos Terapêuticos Singulares, com quatro referências, logo depois dos atendimentos aos familiares, é revelado que a percepção de eficácia do cuidado é determinada também pela capacidade de se compreenderem as situações e demandas singulares de cada sujeito e seu grupo. Assim, postula-se que determinada atividade só pode ter sua eficácia descrita por meio da avaliação dos ganhos singulares de cada sujeito ou grupo em relação à esta.

Ainda com relação ao Quadro 16, percebe-se que a eficácia também está, para os técnicos, nas posturas empáticas que adotam. Citações como disponibilidade e vínculo aparecem como essenciais para a efetividade do trabalho a ser realizado. Nesse sentido, entende-se que é por meio da possibilidade de afetação do técnico para o que as crianças e adolescentes trazem, de sofrimento, mas também de vida e alegria, que se formam vínculos sociais possíveis de fomentarem novas ações e experiências sociais mais ampliadas (ANDRE, BASILE, 1999).

IV.ii. Sugestões dos Técnicos para a melhoria da atenção às crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico

Esta subdimensão é composta pela reflexão realizada pelos técnicos dos serviços a respeito das possibilidades de melhoria na produção do cuidado junto às populações em intenso sofrimento psíquico. Foi perguntado para eles quais seriam as sugestões para a melhoria da qualidade da atenção. Desta questão inicial, foram elaborados, de acordo com as narrativas, catorze DSC que visam demonstrar a percepção dos profissionais frente à análise de seus processos de trabalho. O Quadro abaixo apresenta os resultados obtidos.

Quadro 17 – Sugestões dos técnicos para a melhoria do cuidado realizado.

CATEGORIA	DSC
<p>a. Aquisição de carro</p>	<p><i>Acho que é mais ou menos isso. Ajudaria bastante um carro, como chegar aqui, ter uma equipe de apoio. Eu acho que se a gente tivesse tipo, sei lá dois carros, né? Pra sair com pessoas fazer mais ações de ir em casa, porque às vezes a gente pode de horário mas o carro ta ocupado, né? O carro atualmente assim, se você pegar a planilha do motorista, eu acho que noventa por cento das ações dele são clínicas, são visitas, são</i></p>

	<p><i>matriciamentos, né? Ou se não tivesse o carro, que tivesse disponibilidade de ter passe, sabe?</i></p>
<p>b. Supervisão clínica e formação</p>	<p><i>Eu acho que a gente consegue aprimorar com mais supervisões, a supervisão institucional também faz muita diferença. Porque quando a equipe está entrosada, está conseguindo trabalhar bem, trabalhar as questões da equipe sem os pacientes, acho que as coisas andam melhor. Ajuda muito a ter uma realidade menos dura em termos de condições de trabalho. A gente teve um projeto aprovado de supervisão institucional, mas não andou. E acho que a formação também. Ter um pouco mais de formação, uma formação, sei lá, a cada seis meses, acho que seria interessante. A gente tá tratando do ser humano e o ser humano tá sempre em transformação, né? Fato é que quando me formei, saí da faculdade fresquinha, quando fui atender vi que não sabia nada.</i></p>
<p>c. Coletivização e compartilhamento das ações</p>	<p><i>A sugestão hoje que a gente já tá tentando fazer é trazer a equipe mais pra discutir os casos, da gente tentar pensar junto com os próprios profissionais que estão atendendo pra ver qual o melhor caminho pra gente poder estar mais efetivo nesse atendimento. Um trabalho institucional mesmo, um trabalho em equipe onde a gente pudesse dialogar mais, conversar mais, rever as práticas, ter um espaço para pensar as nossas práticas, as nossas ações e as intervenções tanto do que a gente vai fazer como quanto as já feitas, as coisas equivocadas que a gente de repente fez e que gostaria de poder retratar, pensar junto, não existe esse espaço, eu acho que isso facilitaria muito nosso trabalho. Se existisse, para além do espaço de supervisão que tem. Iria potencializar os espaços de troca, e acho que potencializar a equipe, eu vejo uma equipe que realmente esta com uma autoestima muito baixa, é uma equipe que tem dificuldade de se nutrir com outras coisas que vem de fora. Ou mesmo quem se nutre, já vi gente que tem mestrado, mas que está com a autoestima muito baixa assim, a gente tem um conhecimento já foi atrás, fez um curso e fez outro, mas aqui dentro isso não aparece. O que acontece é que fica cada um guardado porque se expor é muito difícil assim. Em relação os grupos, que tivesse um tempo maior pra análise no final. Talvez mais tempo, para ter uma discussão, né? Para poder estar pensando mais, entre as possíveis falhas, possíveis melhoras, uma reunião onde o grupo todo consegue falar dos grupos, falar dos casos clínicos e construir pontos positivos e pontos negativos.</i></p>
<p>d. Não sugere mudanças</p>	<p><i>No que eu posso contribuir eu já contribuo, que é minha experiência, eu nunca tinha trabalhado com crianças graves, e</i></p>

	<p><i>foi um desafio, né? Eu acho que a gente faz muita coisa.</i></p>
<p>e. Espaços de cuidado para a equipe</p>	<p><i>Eu acho que às vezes o que falta, é um tempo de cuidado da equipe, sabe? Porque o tempo todo a gente trabalha, discute caso, discute o que vai fazer na supervisão, a supervisão é supervisão do trabalho. Não sei, acho que não precisava ser todo mês, mas podia ser a cada dois meses, a cada três meses, sabe? Alguma atividade que fosse de cuidado para a equipe, né?</i></p>
<p>f. Organização do trabalho</p>	<p><i>Eu entendo que o que nos ajudaria a ter um cuidado mais efetivo seria ter uma disponibilidade maior, né? De fato com as agendas que a gente tem aqui dentro do serviço, se torna muito difícil você estar disponível para aquele sujeito, da forma que ele chega, do jeito que ele vem, do tempo que ele necessita. As agendas dos técnicos e dos auxiliares e dos outros profissionais elas são muito quadradas, são muito fechadas e isso foi uma construção também, justamente porque a demanda ia crescendo. Os pacientes que vem pra cá de três a cinco vezes por semana eles ficam sempre com os mesmos profissionais que são aqueles profissionais que não tem uma agenda tão cheia que geralmente não são técnicos, que não coordenam grupos, que não respondem, não fazem as reuniões não fazem atendimento individuais, acabam sendo esses agentes de cuidado, as auxiliares de enfermagem é onde vai se tentando construir algum espaço possível pra eles, mas eu acho que isso deveria circular entre todos os profissionais, não só com eles. É preciso dar um respiro para a equipe no sentido de poder organizar um grupo, finalizar, evoluir prontuário, porque essa organização do trabalho às vezes pesa. Que nem eu, fazia sete grupos por semana, ficava um monte de prontuário pra você evoluir, então nessa proposta cada grupo vai durar duas horas, mas não duas horas de duração mas de preparação, finalização para poder dividir um pouco o trabalho, porque a gente sabe que numa equipe tem gente que faz mais, tem gente que faz menos, então para tentar dividir um pouco a carga do trabalho, acho que essa organização é bem importante, porque fica mesmo nas costas de quem acaba abraçando mais as ideias. né? Outra sugestão é tirar esses pacientes que estão só no individual que acho que não é foco do CAPSi. E ainda, mesmo com a agenda mais livre, que a gente pudesse ter mais equipe para trabalhar. Às vezes aqui a gente fica muito sozinho, com poucas pessoas por turno. Então eu acho que uma coisa seria a gente ter profissionais todos os períodos, todos os dias, pra essa hospitalidade dia. Porque eu acho que o CAPSi tem que atender também e fazer os grupos, lógico, mas acho que a gente tem que estar disponível pra esses casos graves e ter uma maleabilidade maior. Porque, por exemplo, hoje em</i></p>

	<i>dia a gente faz o grupo e os profissionais de nível técnico entram também, mas eu acho que talvez falte profissional pra gente ter essa maior liberdade de sair quando surgir um caso muito grave, voltar pro grupo, etc. E se mesmo com a saída de profissionais dos grupos viessem outros pra repor, já teria um ganho muito grande. Isso é um desejo ideal.</i>
g. Melhoria das condições para acompanhamento das crianças em toda a rede	<i>Porque não adianta a equipe aqui estar completa e a creche não. A gente encaminhar e não sair daqui. Então a gente precisa ter condições dentro da instituição, mas em toda rede. Precisa que o conselho tutelar dê conta, de que ele consiga atender rapidamente, de que a creche não leve um ano e meio pra chamar uma criança que precisava ter sido inserida naquele mês. Se a rede funcionar, o sofrimento da equipe diminui muito.</i>
h. Atenção às famílias	<i>Que a gente pudesse, vamos supor, oferecer mais subsídios pra essas famílias também, a gente escutando mais elas, com pessoas que escutem e que queiram escutar.</i>
i. Processos de contratação	<i>Critérios mais bem estabelecidos de seleção e contratação de trabalhadores para compor os equipamentos da saúde mental.</i>
j. Estímulo aos profissionais	<i>Eu acho que a gente também fica muito cansado. É muito desgastante também. Acho que trabalhar um pouco, não sei, falando da psicologia, uma carga reduzida, eu acho. Ficar aqui nove horas acho que é muito puxado. Acho até pra arejar um pouco mais, você poder volta com mais energia.</i>
k. Redução do território	<i>Uma redução do território, né? Porque atualmente a gente esta com o território muito grande pra dar conta.</i>
l. Controle social	<i>Eu acredito no controle social, tá? Eu acho que é a família parceira brigando pelos seus direitos, não só quando a gente quer que ela seja, que ela se coloque como conselho, pra brigar, pra entrar, mas quando a gente precisa ir la falar com o secretário leva eles e faz abaixo assinado, mas efetivamente é pra poder reivindicar melhoria nos recursos nas políticas, aonde eles possam checar, onde eles possam perguntar porque saiu a folha e contas pra contratar.</i>
m. Visita domiciliar e busca ativa	<i>Eu acho que fazer com que a equipe participe mais em visita, fazer busca ativa de paciente que eu acho que é uma coisa que</i>

	<i>a gente não faz, e que a gente precisa fazer.</i>
n. Participação familiar	<i>Acho que uma maior aderência desses usuários nas oficinas, no tratamento. Isso eu acredito que melhoraria bastante. A gente tem muito faltante. Aqueles que aderem mais às oficinas, a gente vê um resultado maior, mas tem uns que os pais não conseguem vir, não conseguem aderir ao tratamento, e a criança depende deles, né? Então acaba ficando meio que prejudicado em relação a isso. A sugestão seria, então, que tivesse mais aderência. Não depende da gente, depende deles mesmos.</i>

A presente subdimensão retrata por meio do relato dos técnicos que ainda há muito que se avançar no trabalho em saúde mental infantojuvenil na esfera pública. Pelo que se nota, tudo o que durante o desenvolvimento deste estudo foi apontado como necessidade de aprimoramento no trabalho dos CAPSi: aumento dos atendimentos grupais, crítica ao modo ambulatorial, dificuldade de articulação de um trabalho intersetorial e dinâmicas extenuantes, aparece identificado nesta subdimensão.

Essa constatação identifica, portanto, que os técnicos têm produzido pensamentos, críticas e reflexões importantes em relação ao trabalho que realizam. Pode-se assim afirmar que certamente não se trata de um trabalho alienado, em que os sujeitos não reconhecem o que produzem ou que poderiam produzir.

Na medida em que sugerem pertinentes e relevantes mudanças, evidenciam também que é possível realizar um trabalho sob outros aportes e perspectivas, fazendo assim reconhecer que as dificuldades vivenciadas não são apenas uma questão da organização interna do trabalho, de responsabilidade apenas dos profissionais. Outrossim, as carências e questões a serem resolvidas para a melhora do cuidado e do ambiente de trabalho implicam em mudanças políticas e sociais.

Merhy (2007b) afirma que o trabalho desenvolvido pelos CAPS tem dupla função; ao mesmo tempo em que criticam o modelo manicomial, devem atrelar novas perspectivas à criação de práticas alternativas para o cuidado. Esse lugar de crítica a ser assumido não deve assim se travestir de uma crítica da negação, que acaba por paralisar os sujeitos em suas ações. Pelo que se observou, os técnicos dos serviços em estudo, mesmo criticando o modo com tem sido efetivado o cuidado conseguem oferecer alguns momentos de intensa e positiva troca com os sujeitos atendidos.

Os DSCs apresentados revelam duas principais formas de relacionar a possibilidade de melhoria dos serviços; uma relativa aos processos de trabalho (DSC *Supervisão Clínica e Formação*, DSC *Coletivização e compartilhamento das ações*, DSC *Espaços de cuidado para a equipe*, DSC *Processos de contratação*, DSC *Estímulo aos profissionais*) e outra relativa ao cuidado que se realiza (DSC *Organização do trabalho*, DSC *Atenção às famílias*, DSC *Visita Domiciliar e busca ativa*, DSC *Controle social*). Entende-se que estas duas dimensões não podem ser avaliadas ou discutidas em separado, uma vez que se assume neste trabalho a inseparabilidade entre gestão dos serviços e oferta assistencial.

O DSC *Organização do trabalho* revela impasses importantes presentes na dinâmica dos serviços. As agendas lotadas, estabelecidas de modo endurecido não favorecem a invenção de outros modos de cuidado. Merhy (2007b) nesse sentido afirma que o trabalho em saúde mental que objetiva romper com a lógica manicomial precisa ter espaço, produzir momentos de respiro e de alternativas uma vez que busca a desinterdição dos sujeitos e de suas famílias, do contrário, acaba por trabalhar em nome mesmo da lógica manicomial.

Não basta, destarte, perceber que o cuidado oferecido pode estar fundado ainda em paradigmas que se relacionam com o modo manicomial de atenção aos sujeitos. Pelo que se evidencia, o que é proposto enquanto dinâmica de organização do trabalho para os próprios trabalhadores torna o fazer manicomial. Estar submetido a atendimentos já predefinidos, responder a mecanismos que cobram determinada produção, não encontrar espaço para produzir momentos de convivência com os usuários interdita toda possibilidade criativa dos trabalhadores como ainda deixa sob risco a importante capacidade empática para o trabalho clínico-político em saúde mental.

Algumas sugestões de melhora da situação que vivenciam os técnicos -, de endurecimento do cotidiano, sobrecarga do trabalho e sentimento de impotência -, são realizadas no DSC *Espaços de cuidado para a equipe*. Ainda usando como referencial as contribuições de Merhy (2007b), que sugere que as equipes dos CAPS encontrem momentos para cuidarem de si, uma equipe só consegue ser inventiva e antimanicomial se puder produzir para si mesma momentos de alívio e de descanso. Estes momentos, contudo, não devem ser confundidos com momentos de estudo, supervisão clínica ou formação, mas devem ser construídos na possibilidade que a equipe tenha em se acolher mutuamente e poder falar do que lhes entristece. Assim, fomentar espaços que sejam para os técnicos

arranjos que desloquem, mas os recolhem, do fazer cotidiano que lhes consome em vida e em ato, como se fosse um ser antropofágico. Situação não difícil de entender em processos de trabalho que se alimentam do trabalho vivo em ato, como qualquer agir em saúde (MERHY, 2007b, p. 62).

Sobre o que se realiza com as famílias, há dois DSCs que tratam desta temática, entretanto de forma oposta. Enquanto o DSC *Atenção às famílias* demonstra uma preocupação com o que é oferecido a este grupo no sentido de melhoria das ações realizadas, o outro DSC *Participação familiar* outorga às famílias a responsabilidade pelo sucesso do tratamento e do cuidado.

A respeito deste tema, da culpabilização das famílias durante o cuidado, Pinho, Hernandez e Kantorski (2010), referem que esta postura traz os resquícios de ações anteriores calcadas na normatização enquanto representante do poder disciplinar a ser depositado nos sujeitos. Para estes autores, a relação dos profissionais com as famílias ainda é mais marcado pela responsabilização que pelo genuíno comprometimento. No referido DSC *Participação familiar* nota-se assim, que os entrevistados destinam aos familiares o sucesso ou fracasso do cuidado, evidenciando a responsabilização da família pelo que ocorre à criança/adolescente no lugar de entendê-la como um grupo singular que manifesta coletivamente, mesmo que de formas diferentes, o sofrimento que se atualiza.

Todavia o contrário da culpabilização aos familiares também aparece nos relatos. Ao tratarem da importância do controle social, representado principalmente pelas famílias, os técnicos problematizam como têm sido feito nos serviços o encontro com estes sujeitos, no DSC *Controle social*. O relato disponibilizado mostra que os técnicos também reconhecem que a participação da população tem importante função política. Ao dizer que é possível que os familiares, entre outras coisas, chequem as folhas de pagamento dos serviços denota-se relevância de suas participações enquanto agentes de transformação das políticas sociais.

No que se refere a melhorias nas condições materiais de trabalho, se revela no DSC *Aquisição de carro*, que a dificuldade de acesso a um recurso material impede sobremaneira a execução de atividades essenciais ao trabalho com as crianças e adolescentes em maior sofrimento. Como exposto ao longo do trabalho, a não realização das visitas domiciliares acarreta em um agravamento nas condições do cuidado, uma vez que muitos sujeitos quando em situação de intensificação de seu sofrimento não tem como sair de casa.

Uma vez que os CAPSi são entendidos como serviços que devem ter uma penetração nas comunidades, relata-se que o auxílio de um transporte não se configura em detalhe, mas sim, em recurso imprescindível para o cotidiano.

Possivelmente uma equipe poderia prescindir de um carro disponível todos os dias caso estivesse organizada em torno de áreas menos extensas. O que se verificou, como assinalado no DSC *Redução do território* é que a dimensão territorial também é um fator que limita as possibilidades de ação da equipe, seja por conta do tamanho populacional a atender como mesmo pela extensão geográfica. Anteriormente citado, o número de CAPSi no Estado de São Paulo deveria ser muito mais expressivo para que a condição mínima de atendimento à uma população de 250mil habitantes estivesse respeitada como indica a Portaria 3088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial.

IV.iii. Dificuldades das crianças e adolescentes superadas pelo cuidado no CAPSi a partir da percepção dos Familiares/Responsáveis

Após serem questionados a respeito das principais dificuldades e demandas apresentadas pelas crianças e adolescentes que acompanham, os responsáveis foram convidados a refletir se haveria alguma dificuldade que pôde ser superada pelos usuários após a inserção no CAPSi. As respostas obtidas configuraram dez DSCs, que são apresentados a seguir, no Quadro 18.

Quadro 18 – Melhora percebida em relação às crianças e adolescentes após inserção no CAPSi pelo olhar dos Familiares/Responsáveis

<p>a. Ajudou na socialização</p>	<p><i>Ajudou assim, que ela aprendeu a socializar melhor com as crianças que isso era quase zero, agora a gente já conseguiu resolver o problema dela, que nem ela sai numa boa vai no restaurante, teatro. E antes também, no começo da doença ela não era muito assim com a mãe dela, agora reverteu, tá mais pra perto da mãe. Também vindo aqui, ela consegue ver que as crianças que tão aqui tem o probleminha que ela tem... então ela vem aqui ela vê que não é só ela. Quando fizeram a inclusão na escola fizeram para ela ver que ela pode ser igual aos outros mas ela sabe que ela não é.</i></p>
-----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>b. Não ajuda</p>	<p><i>Não ajudou para U. tinha que ter um tratamento mais sério, muito profissionais, só eles lá não da conta, é muito difícil lidar com ele. Nem eu aqui na minha casa dou conta, ele não faz, não faz nenhuma atividade, não vai para a escola, é o tempo todo ele sentado aqui. Então tinha ele que ir pra um lugar que tenha profissional para ajudar dar um banho, pentear cabelo, vestir ele, porque aqui no CAPSi não dá conta.</i></p>
<p>c. Ajuda pela oferta de intervenções técnicas</p>	<p><i>Ajuda pelo fato dela estar vindo com a psicóloga, é a fórmula que eu encontrei né? Porque tem as médicas, né, tem a psicóloga, a psiquiatra. É as únicas pessoas que ela conversa. Os remédios também ajudaram muito.</i></p>
<p>d. Ajuda com a melhora no comportamento</p>	<p><i>No comportamento dele aceitar mais o que a gente fala, assim.</i></p>
<p>e. Ajudou na melhora da realização das atividades de autocuidado</p>	<p><i>Ajuda, ela fazendo a fono, tá fazendo trabalho nesse sentido, né? De usar roupa, porque pra ficar em casa ela não usa roupa, a calcinha ela não aceita. Então a fono tá trabalhando sobre isso aí, pra usar roupa, sapato. Porque assim ela já sabe falar mais, ela sabe assim vamos supor, nosso dia que fala que vem aqui ela fica muito empolgada, toma banho sozinha, sabe?</i></p>
<p>f. Ajudou nas dificuldades cognitivas e de aprendizagem</p>	<p><i>Ajuda, agora ele não esta mais nessa situação de dar sumiço, sair, igual agora ele sabe que tem que ficar perto de alguém, ele não consegue escrever as coisas na mão ainda, mas ele escreve coisas no computador, no celular, se ele não sabe escrever ele pergunta as letras pra gente. Também ele ja dorme bastante, ele ja consegue.</i></p>
<p>g. Ajudou na aquisição da fala</p>	<p><i>Acho que ele melhorou bastante, começou a falar mais, não falava nada, ele gosta de vim. Eu acredito no que eles falam ne? Eles falaram que é importante, que tem que trazer a gente traz, onde manda eu ir eu vou.</i></p>
<p>h. Ajuda na diminuição das restrições</p>	<p><i>Ajuda ele não aceita certos sons, não aceitava certos barulhos e ajudou bastante.</i></p>

i Ajuda nas situações de crise e de suporte para as famílias	<p><i>Então acho que depois que ele entrou aqui, melhorou muito. Então assim, funciona né? Quem somos principalmente os pais, ou os médicos, ou a escola, pra tirar todos os problemas? O CAPSi já é mais, mexe com a parte da doença, né? Ao mesmo tempo se tiver convulsão aqui, eles tem cama ali, eles acode. Tem um carro, eles mandam pro hospital, entendeu? Também esta me ajudando, na minha carga, esta diminuindo.</i></p>
j. Ajudou pelo aumento de atividades realizadas pelos usuários	<p><i>Ajuda porque ela não gosta de ficar assistindo televisão. Ela quer fazer alguma coisa. Então aqui ajuda bastante, tipo as atividade. É uma pena que é só de 2a a 6a. Então nessa parte o CAPSi ajudava bastante. Distrai, faz coisas diferentes que faz em casa.</i></p>

Pelas variadas categorias apresentadas neste quadro fica evidente a contribuição que os CAPSi agregam às vidas das crianças, adolescentes e famílias. Mesmo que em muitos momentos os técnicos dos serviços tenham referido um distanciamento entre o que entendem por condutas específicas emancipatórias e as intervenções que têm oferecido. De todo modo, nota-se que a inserção no CAPSi gera importantes mudanças no ambiente familiar, social e individual de cada usuário inserido.

Ao se realizar uma comparação entre o que se apresentou no Quadro 8 que trata das principais necessidades e demandas das crianças e adolescentes inseridos na visão dos familiares, fica nítida a contribuição dos serviços. Muitas das categorias indicadas no Quadro 8, repetem-se no quadro atual, o que indica que o que tem sido visto como demanda tem podido encontrar espaço de cuidado e atenção nos CAPSi. Mesmo que diferentes famílias tenham referido um tema como demanda e outras tenham indicado tal tema como ganho, pode-se indicar que os CAPSi têm ferramentas para responderem às problemáticas apontadas e reconhecidas pelos familiares.

Os DSCs que apareceram como problemáticas e demandas como o DSC *Dificuldade de realização de atividades de autocuidado*; DSC *Dificuldades em aceitar limites e negativas*; DSC *Dificuldades percepto-cognitivas*; DSC *Dificuldade de interação social*; DSC *Linguagem* citados no Quadro 8 encontram correspondência na presente subdimensão evidenciando assim que foi direcionada alguma forma de intervenção para as necessidades assinaladas.

Apenas uma categoria faz menção a não correspondência de suas expectativas com o que o serviço tem oferecido. No DSC *Não ajuda*, nota-se que o familiar demanda mais cuidados intensivos do que aquele que o CAPSi tem oferecido, como principalmente a ajuda para as atividades diárias de manutenção de higiene e cuidados básicos. Todavia, como se assinala no DSC *Ajudou na melhora da realização das atividades de autocuidado*, alguns serviços e intervenções têm podido responder à esta necessidade.

Entende-se que a manutenção da higiene e a realização das atividades de autocuidado é uma preocupação constante de familiares quando se trata de crianças e principalmente nos adolescentes, em que os familiares começam a se constranger com algumas situações. Minatel (2013) em sua dissertação discorre sobre o tema quando caracteriza principalmente as dificuldades de famílias de adolescentes com autismo, como já descrito em outro momento do estudo. Assim, faz sentido que este tema seja produtor de diferentes considerações quando se avaliam os ganhos obtidos pela participação no CAPSi.

Para os familiares, poder contar com os serviços é de grande ajuda, uma vez que referem que a sobrecarga diminuiu depois da inserção no CAPSi. Como já discutido em outros momentos, a falta de suporte social a que os familiares de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico experimentam acarreta em profundas perdas e problemáticas de ordem psíquica, social e física (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; MATSUKURA, et al., 2007; SMEHA, CEZAR, 2011). Então, encontrar respaldo e um pouco de acolhida nos serviços, mesmo que ainda timidamente é a possibilidade de um descanso para a dor e o sofrimento e a chance da reelaboração da percepção sobre o familiar adoecido.

Supostamente, mesmo que ainda aquém das possibilidades de agenciamento de demandas mais complexas dos sujeitos e seus grupos, os CAPSi e seus profissionais têm desempenhado um papel de extrema importância na vida das pessoas atendidas e suas famílias.

IV.iv. Sugestões dos familiares para a melhoria da atenção às crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico no CAPSi

Após a avaliação por parte dos familiares sobre o cuidado realizado nos CAPSi, foi solicitado que pudessem realizar sugestões para o aprimoramento dos equipamentos. As sugestões foram analisadas, resultando em onze DSCs que contemplam todas as sugestões narradas.

O Quadro 19, a seguir exibe as categoria e os DSCs obtidos com relação às sugestões dos familiares para a melhoria do atendimento oferecido pelos CAPSi.

Quadro 19 – Sugestão dos Familiares para a melhoria no atendimento oferecido pelos CAPSi

<p>a. Trabalho com escolas</p>	<p><i>Eu acho que CAPSi deveria fazer um trabalho nas escolas, pelo menos nas escolas que tem alunos daqui. Fazer uma reunião com os professores daquela escola, daquela turma, então chegar pra essas professoras e explicar pra elas o que é, o que eles são, eu acho que falta talvez orientação porque as professoras se veem desesperadas. Eu acho que CAPSi como instituição geral deveria chamar os professores e ensinar esses professores de uma maneira pedagógica a como lidar com essa criança. A professora é ruim? Não, é porque a professora não sabe o que fazer como ele entendeu?</i></p>
<p>b. Ajuda viabilizando recursos para engajar as crianças e os adolescentes em outras atividades quando não estão no CAPSi</p>	<p><i>Assim, vamos supor se eu arrumasse uma escola pra ele que fosse uma escola especial pra ele, tivesse a perua escolar pra ele ia ajudar bastante, né?E se fosse pra escola especial ia ser bom, porque na escola que ele tá, não aprende nada. Não vai com perua porque não tem condições de pagar. E ainda que eles arrumassem um lugar para ajudar mais ele que tivesse uma profissional, uma clínica, um lugar pra ficar mais longo, porque aqui dentro de casa não dá.E ainda tem o auxílio, nesse momento eu gostaria de receber o auxílio dele. Você sente que tem uma barreira, mas que é o direito dele.</i></p>
<p>c. Garantir espaços de orientação aos pais</p>	<p><i>Acho que não só o U., mas principalmente a família que, vamos supor, que tá recebendo o diagnóstico agora e não faz ideia o que vai passar. Acho que era bom ter tipo, não sei, tipo uma pessoa pra chegar e falar assim, olha, explicar, abrir o jogo mesmo com a pessoa, porque o que me atrapalhou muito foi isso. Eu não fazia ideia do que tava acontecendo. Não fazia ideia sobre medicação, que tinha que esperar. Eu no</i></p>

	<p><i>começo briguei muito com o U. porque achei que era coisa dele. Então acho que no começo, acho que precisava ter uma base. Depois ai é diferente. Você fica mais tranquilo, mas no começo precisa de muito, mas muito apoio, muito suporte, senão o cara fica louco também.</i></p>
<p>d. Grupo de Apoio aos pais</p>	<p><i>Gostaria que tivesse mais programação com as mães. As mães novas que chegam também. Eu senti essa necessidade de conjunto, de participar, então tinha antes um grupo de expressão que era muito bom, ali eram só mães. Era muito bom, então ali a mãe chorava, ria ai cada um contava do seu caso, ai via que o caso da outra era o mesmo que o da outra. Lá você só podia falar de você, não falava da criança. Era só você ali. Era muito bom, gostava muito. Quando entrei aqui ajudou muito, né, na aceitação. A terapia de pais, que eu passei no outro serviço também ajudou muito, ajuda na questão dele, ne?</i></p>
<p>e. Melhoria na ampliação do serviço</p>	<p><i>E que, pelo menos de sábado e domingo, devia ter tipo assim, tipo um plantão. Porque, que nem, as crises que o U. deu geralmente foi sempre de final de semana. Eu ficava apavorado em casa. 6a e sábado. Uma vez eu corri no posto aqui. Pronto socorro é totalmente diferente do CAPS, não tem nada a ver. Acho que se o CAPS pudesse abrir de sábado e domingo seria bom, muito bom.</i></p>
<p>f. Não tem o que sugerir</p>	<p><i>Eu acho que o trabalho que eles faz é muito bom, pra mim até o momento eles estão fazendo a parte deles e eu tenho que fazer a minha, acho que no momento eu acho que eu nem consegui me organizar direito nessa situação toda, então pra mim nesse momento esta bom.</i></p>
<p>g. Contratação de profissionais</p>	<p><i>Ah, acho que gostaria que tivesse uma fono, pra trabalhar com ele essa parte de mastigação, que não sei como lidar com isso. Eu fico vendo, que nem hoje ela tá sozinha, né? Que a outra moça não tá, então tem que ter acolhimento. Então você chega às vezes aqui até estressado, então a gente quer ser bem acolhida né? Então às vezes quanto mais profissional pra cuidar melhor, né? Sabe, o CAPSi não salva, mas o CAPSi ajuda muito, viu? Ajudou muito meu filho. Penso que poderia ter um professor de educação física que não precisava vir todos os dias, mas aqueles dias,</i></p>

	<i>mas que fosse pelo menos de dois ou três dias, principalmente quando tivesse mais criança, que tivesse mais atividade.</i>
h. Melhorar infraestrutura	<i>Acho que mais infraestrutura, coisa material pra eles trabalharem, né? As terapeutas, ninguém tem infraestrutura, que nem se a prefeitura não der, se o estado não der o que elas vão fazer? Acho que elas precisam de mais coisa pra ter curso, oficina de arte, elétrica, computação, arte de pintura de quadro, essas coisas assim, mas como se elas às vezes só tem uma folha de caderno um lápis e um jogo aqui que é o que a prefeitura manda? Vai ficar o dito pelo não dito se não tiver verba, ne?</i>
i. Aumentar oferta de atividades externas para os usuários	<i>Ah, eu acho assim, eu queria uma forma dela se soltar mais, né? Mas eu não sei se é em algum passeio, né? Algum passeio assim que ela, que ela podia se soltar mais, né?</i>
j. Melhora na relação com profissionais	<i>Então, nisso, eu acho que pra trabalhar tem que ter amor, se não tem paciência pra trabalhar com doente, então que não entre. Agora, o CAPSi tem métodos que precisa melhorar. Não é só o CAPSi, é todos os lugares. Tem umas coisas que eu chamo de relaxo, tem muitos médicos que acha que tá aqui porque acha que tem que ganhar, porque tem que fazer o papel de bonzinho, gosta de cochichar, gosta de rebolar, sabe? Métodos que eu falo, entendeu? Então tem uns que nem parece que estudou tempos e tempos, sabe? Só fica aqui, só faz o trabalho ali direitinho, que acha que é uma obrigação. Só tá ali pra ganhar o dinheirinho dele, cumprir o horarinho. Agora tem uns aqui que pode ganhar pouco, eles mereciam ganhar um milhão por dia, que são médicos maravilhosos.</i>
k. Maior participação e acompanhamento das ações realizadas	<i>Que eu pudesse também falar mais sobre ele, nem que fosse uma vez por mês, uma vez. Uma vez por mês seria ideal na minha opinião. Mas eu queria assim poder, as pessoas ter contato com o U., no caso a psicóloga. Que se fosse uma vez, a cada quarenta e cinco dias, dois meses, não sei. Ter uma conversa de meia hora com a psicóloga.</i>

As famílias participantes apresentaram considerações relevantes para que os serviços possam aumentar a qualidade e eficácia da atenção. Os apontamentos feitos parecem indicar que mesmo sem apreender acerca das questões técnicas e/ou de direitos – justificado pela pouca inserção nos serviços - as famílias apresentam questões pertinentes ao campo da saúde mental e suas indicações têm profundo rebatimento com o que vem sendo discutido na atualidade sobre a construção do cuidado no SUS, como intersectorialidade, construção de serviços efetivamente substitutivos à internação e participação popular por meio do controle social (BRASIL, 2008; 2009; 2011).

As múltiplas e diferentes sugestões dadas que se organizam, entre outras, em torno das dificuldades de inserção das crianças em outros equipamentos, DSC *Trabalho com escolas*, DSC *Ajuda viabilizando recursos para engajar crianças e adolescentes em outras atividades quando não estão no CAPSi*, mostra que os familiares percebem as dificuldades de inserção e mais que isso, reconhecem os técnicos dos CAPSi como principais parceiros para a busca de outras alternativas para seus filhos. Essas solicitações evidenciam também que, embora ainda de modo frágil – haja vista a pouca frequência e o predomínio de atividades individuais – os CAPSi são reconhecidos também pelos familiares como agitadores de uma rede de atenção, e assim, como o principal, senão único parceiro para o cuidado.

Além das sugestões para a ampliação das ações que auxiliem a participação das crianças e adolescentes em outros equipamentos, os familiares também demonstram, por meio das sugestões que fazem, de que o cuidado interno, desenvolvido nos CAPSi deve poder favorecer a participação familiar de diferentes modos, por meio dos DSCs, DSC *Maior participação e acompanhamento das ações realizadas*, DSC *Grupo de apoio aos pais*, DSC *Garantir espaços de orientação aos pais*. Com o objetivo de evidenciar que a participação dos pais nos CAPSi não se refere a somente um aspecto, como por exemplo orientação, durante a análise dos dados optou-se por dividir as diferentes sugestões em relação à temática.

Os pais solicitam apoio para diferentes situações vividas com o familiar em intenso sofrimento psíquico, no DSC *Maior participação e acompanhamento das ações realizadas*, estes sugerem que possam ser, ao menos informados do que tem sido realizado com seus filhos na possibilidade de apreenderem os progressos e dificuldades de seus familiares. Reside nesta solicitação uma importante questão; se o trabalho em saúde mental no SUS, a partir de seus avanços e conquistas, orienta para a participação familiar como agente de cuidado e de transformação, evidencia-se que ainda há muito

que fazer. Pelo exposto, os familiares sequer têm sido informados a respeito das condutas terapêuticas a que seus filhos têm sido submetidos.

Nessa temática, a PNH (BRASIL, 2008) aponta que a transformação das relações de saúde dependem, sobremaneira, da mudança nas lógicas de atenção e gestão por meio da inclusão de outros atores nesse cenário. Incluir então os usuários e seus familiares é a dimensão mínima para a garantia de novos modos de se produzir saúde, mais diversificados e potentes. No caso de crianças e adolescentes em cuidado, a opção pelo tratamento e as informações devem também ser atribuídas aos familiares, do contrário o cuidado se mantém tutelado e arbitrário não condizendo com as propostas de saúde como direito à cidadania.

Sobre a participação familiar, os responsáveis pelas crianças e adolescentes fazem ainda outras duas sollicitações, a de que o serviço possa lhes garantir amparo quando da definição do diagnóstico, importante para que o familiar possa manter a calma, encontrar explicações sobre o que ocorre e poder planejar as próximas ações a serem realizadas por ele e por seu grupo familiar em relação aos sujeitos adoecidos. E ainda, que possam ter também espaços de acolhida e de expressão, que por meio de encontros grupais possam dizer de suas dores e das alegrias e tristezas da vida. Essas duas ações, conjuntamente com a citada anteriormente têm a potência de aliviarem a sobrecarga do cuidado e garantirem ainda que os familiares possam produzir relações mais saudáveis com seus filhos e outros parentes.

Em pesquisa que objetivou identificar as necessidades de suporte de pais de crianças com necessidades educacionais especiais, Gualda, Borges e Cia (2013) apresentam que uma das principais necessidades de apoio destes familiares é a de terem encontros constantes com profissionais para a solução de dúvidas e falarem sobre os problemas vividos por seus filhos. Pelo que se mostra, o apoio a ser oferecido pelos profissionais deliberadamente sustenta e conforta os responsáveis para o exercício de suas práticas parentais.

Os familiares também indicam questões de melhoria que estão atreladas à organização dos serviços, seja nos aspectos de melhoras físicas nos CAPSi, DSC *Melhorar infraestrutura*, como aspectos da organização dos recursos humanos e também da dinâmica de funcionamento, DSC *Contratação de profissionais*, DSC *Melhoria na ampliação do serviço*.

A comum sollicitação por contratação de fonoaudiólogos indica uma necessidade das crianças e adolescentes, principalmente quando em idade escolar. Embora estes

profissionais possam estar inseridos nos CAPSi uma vez que é possível aos serviços montarem suas equipes de acordo com necessidades territoriais (BRASIL, 2004a), mesmo estando presentes em três dos quatro CAPSi estudados, evidencia-se que ainda há demandas dos familiares a serem atendidas. Possivelmente nestes serviços, os pais atribuem aos fonoaudiólogos a atenção de modo ambulatorial para as crianças e adolescentes com alguma dificuldade de linguagem, o que é relativamente comum em situações de sofrimento psíquico. Ainda, ao solicitarem a atenção de profissionais de reabilitação, que não necessariamente precisam efetivar o cuidado dentro dos serviços de saúde mental, indica-se a necessidade que as famílias têm em acessarem outros serviços.

Quanto à ampliação do horário dos serviços, os familiares solicitam um apoio que se estabeleça durante os finais de semana e mesmo no período noturno. Esta solicitação tem profunda relevância, pois, mesmo com a instituição das Redes de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), ainda são poucos os serviços de hospitalidade noturna e ininterrupta para crianças e adolescentes como os CAPSi III. Mesmo que os CAPSi ofereçam um cuidado efetivo durante as situações de crise e de agravamento do sofrimento, seu fechamento por volta das 19h00 e durante os finais de semana prejudica o cuidado para as situações mais graves.

Este dado também é apresentado por Cavalheri (2010) que, em estudo abordando familiares de um CAPS para adultos apresenta que para estes sujeitos, a falta de um serviço de retaguarda noturna faz muita falta. Segundo a autora, ainda que os familiares consigam reconhecer a importância do advento dos serviços substitutivos para seus parentes em sofrimento psíquico, elucidam que a falta de apoio mais intensivo nos momentos de crise dificulta o cuidado que têm de realizar, assim, não contar com a possibilidade eventual de internação de seus familiares, sobrecarrega em demasia o cotidiano do núcleo familiar.

No presente estudo, pelo que se observou a respeito das frequências dos participantes nos serviços, mesmo em se tratando de crianças/adolescentes em intenso sofrimento, estas são reduzidas, o que seguramente dá mais força para esta narrativa dos familiares, expressa pelo DSC *Melhoria na ampliação do serviço*, de que os usuários precisariam contar com mais de tempo de participação nos CAPSi. Este mesmo dado também é relado por Cavalheri (2010) que identifica que mesmo os usuários mais comprometidos pelo sofrimento têm frequência pequena nos serviços.

Tal como foi exposto, essa dimensão possibilitou o encontro com outras esferas do trabalho que indicaram a delicadeza e complexidade do que se faz nos CAPSi. Se as crianças e adolescentes e suas famílias ainda vivem o serviço de modo fragmentado, cindido nas práticas que são oferecidas, vê-se que os técnicos também estão submetidos a esta lógica.

O trabalho calcado em produções e na escassez de recursos (materiais e humanos) limita as possibilidades de agenciamento criativo dos técnicos. Nesse sentido, como se torna possível exigir que os trabalhadores, além de oferecerem o cuidado mais próximo com as crianças e adolescentes, com as famílias, possam também fazer aquecer uma rede de cuidados que cotidianamente se mostra fragilizada? Como criar ferramentas necessárias ao trabalho quando se têm de responder a regiões imensas com situações de vulnerabilidade e fragilidade ainda mais graves?

Para Merhy (2007b), o trabalho a ser desenvolvido pelos técnicos dos CAPS deve poder também potencializá-los para a execução destas diversas tarefas a que são implicados constantemente. Os CAPS se tornam, assim,

os lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios, (...) e ousar dar conta dessas missões, gigantescas é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade, adotando como um dos princípios o de ser um dispositivo para isso, o que implica em produzir novos coletivos para fora de si mesmo (MERHY, 2007b, p.56)

Entende-se que assim podem se constituir os diferentes desafios dos serviços, como por exemplo a intersetorialidade, em que sem ela não se efetiva o cuidado e a responsabilidade dos CAPSi em se engajarem no objetivo da produção de mais saúde e mais vida. A possibilidade ancorada no real é a de que os CAPSi se entrelacem em outros coletivos – fóruns, grupos, reuniões – que tenham a dupla tarefa: responder e criar alternativas dignas a vida dos sujeitos e também produzir encontros quentes e fortes para o cuidado com os profissionais.

Com relação ao pedido dos familiares para a construção de outras redes, fica indicado que os usuários dos CAPSi não conseguem acessar outros serviços, e que mesmo com suas supostas falhas, ainda é nos CAPSi que os sujeitos se encontram e vivem suspiros de saúde e de participação.

Nota-se, portanto, que os CAPSi em sua organização, oferta assistencial e população atendida vivenciam questões paradigmáticas que fazem confrontar os modos

como têm sido produzido, por meio das políticas públicas, o alcance emancipatório proposto pela Reforma Psiquiátrica, nas palavras de Pande e Amarante (2009),

as perspectivas opostas estão presentes, em um jogo de forças que compõe diferentes desenhos de acordo com a ocasião. Os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo (p.2075).

*Então se a criança muda a função de um
verbo, ele delira.*

E pois.

*Em poesia que é voz de poeta, que
[é voz de poeta, que é a voz
de fazer nascimentos -
o verbo tem que pegar delírio.*

Manoel de Barros

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É por isso que quando nos tornamos parceiros sociais de crianças loucas, deixamos de ser terapeutas de enquadres pré-formados. Todos os nossos grãos de subjetividade ganham relevo. Pequenas habilidades, pequenos talentos, gostos desconhecidos. Fazem a diferença a cor dos olhos, o jeito dos cabelos, o tom de voz, os defeitos físicos. Isso tudo que costuma ficar nos bastidores do nosso potencial terapêutico. Aparecem as lacunas de nossas formações, a indisciplina dos saberes acumulados, as fronteiras com outros conhecimentos. Ficamos expostos ao mais cru e mais sofisticado de nós mesmos. Somos multiplicados sem perder o que somos. Ganhamos assim o poder de fabricar territórios expressivos a partir das nossas cores, e das cores que adquirimos na química com nossos pares e ímpares (ANDRE, BASILE, 1999, p. 118-119).

Este estudo objetivou identificar como ocorrem as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes inseridos nos CAPSi que apresentam intenso sofrimento psíquico. Objetivou também identificar de que forma os profissionais compreendem a experiência do intenso sofrimento psíquico nas crianças e adolescentes que acompanham e também evidenciar as principais necessidades e demandas dos sujeitos em atendimento nos CAPSi a partir de diferentes perspectivas: a dos familiares/responsáveis e dos técnicos que atuam nas instituições. Ainda, se propôs, a descrever os modos com que se organizam as ações de cuidado, bem como as necessidades e percepções dos familiares que frequentam os serviços.

Ainda que se considere os limites deste estudo em relação ao recorte realizado para a definição dos CAPSi participantes, bem como do número de sujeitos envolvidos na pesquisa, considera-se que os objetivos propostos foram respondidos.

Ao apresentar e discutir as principais necessidades dos sujeitos atendidos nos serviços que se encontram em situação de intenso sofrimento psíquico a partir da percepção dos trabalhadores e dos familiares, evidenciando cada faceta e as diferenças entre estas percepções, o estudo possibilita a proposta do redimensionamento das ações dirigidas aos usuários dos CAPSi, bem como problematiza a construção das ações que são atualmente oferecidas, como por exemplo, o expressivo número de atendimentos individuais, as práticas constantemente realizadas no interior dos serviços e a baixa frequência, no geral semanal, destinadas às situações de grave sofrimento.

Ainda, ao referir as principais necessidades dos familiares das crianças e adolescentes atendidos, revela as múltiplas perspectivas da problemática do sofrimento

psíquico e as possibilidades de articulação familiar e comunitária para a garantia do cuidado e da atenção.

Acredita-se que ao revelar as dificuldades familiares, ampliam-se as miradas sobre o tema, na medida em que se entende que o sofrimento não é somente do sujeito, mas de todo o grupo com quem convivem, aludindo principalmente à solicitação dos familiares em participar mais ativamente na condução do cuidado.

Ao detalhar as ações realizadas nos CAPSi tanto para as famílias como para os usuários atendidos evidenciou-se também as dificuldades encontradas pelos trabalhadores dos serviços para o desenvolvimento de ações compartilhadas de cuidado: a extensão territorial, o grande número de usuários atendidos e as dificuldades de trabalho intersetorial são questões que têm comprometido o trabalho em seu objetivo de produzir aumento da circulação e da participação social das crianças e adolescentes.

Nota-se ainda que os profissionais, mesmo com situações por vezes adversas para a realização do trabalho, têm podido criar estratégias para a ampliação da atenção às crianças e adolescentes, bem como de suas famílias, cita-se como exemplo o oferecimento dos espaços de convivência e de hospitalidade-dia como intervenções que visam garantir espaços mais protetivos para as situações de crise.

Entende-se também que o estudo oferece discussões e elementos para reflexões ao problematizar junto aos técnicos dos serviços seus entendimentos acerca da problemática do intenso sofrimento psíquico em crianças e adolescentes. Ainda, revela sob quais paradigmas de saúde e de cuidado se opera neste cenário da atenção em saúde mental infantojuvenil no SUS.

Concretamente foi evidenciado um relevante descompasso entre aquilo que os técnicos enxergam por demandas e o que os sujeitos que procuram os serviços referem necessitar. A essa constatação, questiona-se em que medida estes sujeitos, envolvidos na dimensão do cuidado têm produzido efetivamente trocas, ou seja, como os familiares têm sido escutados pelos profissionais que estão nos serviços?

Pelo exposto nota-se que a dimensão dada às necessidades mantém-se intrinsecamente relacionada com as perspectivas que se adotam. Ao tratarem das necessidades das crianças, adolescentes e suas famílias, os técnicos dos CAPSi falam de suas dificuldades de articulação do cuidado e ao tratarem das dificuldades de seus filhos, os familiares tratam também de suas dificuldades para o exercício e manutenção do cuidado. Estas perspectivas revelam, mais uma vez que a experiência do sofrimento

não se restringe à um sujeito; quando sofre uma criança ou adolescente, sofrem todos: sua família, sua comunidade, e mesmo o serviço que o acolhe.

Na medida, portanto, em que o entendimento sobre o sofrimento pode ser ampliado para uma rede de sujeitos, as estratégias de cuidado devem assim, comportar a entrada e as necessidades de outros participantes e o cuidado, por conseguinte, multiplica-se. O desafio de lidar com as famílias não apenas como meros informantes ou detentores da tarefa irrevogável de cuidar de um ente adoecido, pede que se una à elas, considerando-as na posição de atores do cuidado, de si e do outro na perspectiva de garantir o potencial de agenciamento que possuem, para junto com os serviços poderem trabalhar para a construção da cidadania das crianças e adolescentes e de si próprios no sentido do respeito às suas diferenças e singularidades.

Por fim, salienta-se que, na medida em que o estudo se delineia a partir da contribuição dos técnicos e dos familiares, aumenta-se o grau de problematização da questão em estudo assim como revelam-se novas dimensões a serem abordadas em estudos futuros.

Dentre novas questões de estudo apontam-se a possibilidade de aproximação com outros atores em jogo neste campo: profissionais com formação em nível técnico, crianças e adolescentes atendidos e coordenadores dos serviços, bem como parceiros de trabalho intersetorial.

*Em tudo quanto olhei fiquei em parte.
Com tudo quanto vi, se passa, passo. Nem distingue a memória
Do que vi, do que fui.*

Ricardo Reis

7. REFERÊNCIAS.

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMORIM, A.K.M.A. Participação social, formulação de políticas e controle social: construindo estratégias de empoderamento no campo da saúde mental. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não, 2001, Brasília. **Caderno de textos**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf>. Acesso em 30 de setembro de 2013.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M.C.C.L.; MONTEIRO, T.P.M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y.. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p.33-45.
- ANDRADE, V. F. Resumo de tese: Educação inclusiva, por um devir minoritário em uma escola para todos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n.2, dez. 2008, p. 239-241.
- ANDRE, S. Al-B; BASILE, O. Fábrica de mundos: ferramentas conceituais para o tratamento das psicoses infantis. In.: FERNANDES, M.I.A; VICENTIM, M.C.G.; VIEIRA, MCT (Org.). **Tecendo a rede**. Taubaté: Cabral, 1999, p. 137-182.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSIS, S. G. et al. Necessidade e utilização de serviços de saúde mental infantil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 93-108
- ASSUMPCÃO JR., F.B. **Psiquiatria infantil brasileira: um esboço histórico**. São Paulo: Lemos, 1995.
- BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, ago. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 ago. 2013.
- BALLARIN, M.L.G.S.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da Reabilitação Psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In.: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.162-170.
- BALLARIN, M.L.G.S.; FERIGATO, S.H.; CARVALHO, F. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, 2010. P.444-50.

- BARROS, R.D.B. Grupo e Produção. In. LANCETTI, A. **SaúdeLoucura 4: Grupos e Coletivos**. Hucitec: São Paulo, 1994, p. 145-153.
- BARROS, M. **Poesia Completa**. LeYa: São Paulo, 2010.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BENETTI, S.P.C., et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 6, jun. 2007, p. 1273-1282
- BERTAGNA, R.H. Avaliação e progressão continuada: o que a realidade desvela. **Proposições**, Campinas, v.21, n.3 (63), set./dez. 2010, p. 193-218.
- BEZERRA, G.F.; ARAÚJO, D.A.C. De volta à teoria da curvatura da vara: a deficiência intelectual na escola inclusiva. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.27, n.2, ago. 2011, p.277-302.
- BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2007, p. 243-250.
- BIELEMANN, V.L.M.; et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, jan./mar. 2009, p.131-138.
- BOARINI, M.L.; YAMAMOTO, O.H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia em Revista**, São Paulo v.13, n.1, 2004.pp. 59-72. Disponível em: http://www.cocsite.coc.fiocruz.br/psi/pdf/higienismo_eugenia.pdf. Acesso 30 de julho de 2012.
- BORBA, L.O; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.4, 2008, p. 588- 594.
- BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.V. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa em saúde? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, 2007, p.150-153.
- BRANDÃO, M.T.; FERREIRA, M. Inclusão de crianças com necessidades educativas especiais na educação infantil. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.19, n. 4, dez. 2013, p. 487-502.
- BRANDÃO JR, P.M.C. Um bebê no CAPSi; uma clínica possível. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, jul./dez. 2009, p. 345-355.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224 de 19 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992.
- _____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995. 210p.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não, 2001, Brasília. **Caderno de textos**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001, p. 121 - 130.

Disponível em:

< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf>. Acesso em julho 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336 de 16 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria SAS 185 de 10 de julho de 2003**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Ato Portaria GM 1947 de 10 de outubro de 2003**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1608 de 03 de agosto de 2004**. Brasília, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral da Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012a. Acesso em 04 de dezembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 845 de 22 de agosto de 2012**. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**, nº 4. Brasília: Ministério da Saúde: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRIANT, M.E.P.; OLIVER, F.C. Inclusão escolar de crianças com deficiência na escola regular numa região do município de São Paulo: conhecendo estratégias e ações. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.18, n.1, mar. 2012, p. 141-154.

BUENO, A. R. **Terapia ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil: revelando ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi)**. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

CAMATTA, M.W. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4405- 4414.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev., 2007, p.399-407

CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago. 2001, p. 98-111.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). **Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPREGUER, I. **Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão: a família no cotidiano da loucura**. 2009. 166 f. Dissertação (mestrado em Psicologia Social e do Trabalho). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, fev.2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de agosto de 2012.

CAYRES, A.Z.F.; REIS, A.O.A. Projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para as crianças e adolescentes: discurso e prática do campo da saúde mental. In. REIS, A.O.A.; et al. (Orgs). **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012, p. 217 -240.

CAYRES, A.Z.F. **Projetos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental**. 2008. 251 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CEBES. Necessidade de reformar a estrutura do gerenciamento público dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde. In.: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 320 - 324.

CECCIM, R. B. Apresentação. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.12, n.24, p.5, jan./mar., 2008.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6ª. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CID, M. F. B. **Saúde mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção**. 2011. 141 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós Graduação em Educação Especial – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial para além da reforma psiquiátrica: contribuição à uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

COUTO, M. C. V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: Necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não, 2001, Brasília. **Caderno de textos**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001, p. 121 - 130. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf>. Acesso em julho 2012.

COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, A. M. C., LIMA, N. L. (orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2003, 191-198.

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

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y.. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 217-279.

CRUZ, C.A. **O transtorno mental na adolescência e o convívio familiar: relato dos pais**. 2006, 77fls. Dissertação (mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006

CUNHA, C.C.; BOARINI, M.L. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v.3, n.1, jan./jun.2011, p. 68-78.

DELFINI, P. S. S. et al . Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, ago. 2009, p. 226-236.

DELL'ACQUA, G. MEZZINA, R. Resposta à crise. In. AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005, p. 161-194.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.1, jan./abr. 2009 (CD-ROM)

DOMBI-BARBOSA, C. **A inserção familiar nas práticas realizadas em serviços especializados de atenção psicossocial infanto-juvenil**. 2009. 193 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DUARTE, M.L.C. **Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa**. 2007. 173 fls. (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n.24, p.213-225, 2004.

ELIA. L. A rede de atenção na Saúde Mental: articulação entre Caps e ambulatórios. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p. 49-61.

ESCOSSIA, L.; PASSOS, E.; KASTRUP, V. (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

ESPOSITO, B.P.; SAVOIA, M. G. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2006, p. 30-47.

FERREIRA, T. G. As novas nomeações do adoecimento psíquico das crianças e adolescentes na contemporaneidade e o cuidado no tratamento (distúrbios alimentares, hiperatividade, toxicomanias e depressão infantil). **Jornada Estadual de Saúde Mental da Criança e do Adolescente**, 21 e 22 agosto de 2008, CERSAMI Betim. Disponível em: <http://espacosaudemental.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/01/criancaeadolescenteTania.pdf>. Acesso 26 de maio de 2013.

FLEITLICH, B.W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.1, 2002, p.2-2.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H.L. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231- 249.

_____. O poder Psiquiátrico. In: _____. **Resumo dos cursos do Collège de France**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, p. 47-57.

_____. A Loucura e a Sociedade. In: _____. **Ditos e Escritos I**. Rio de Janeiro: Forense, 1999, p.235-242.

FREITAS, L.C. A internalização da exclusão. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.23, n.80, setembro 2002, p. 299-325.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2005.

GUIMARÃES, J.M.X.; JORGE, M.S.B.; ASSIS, M.M.A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abril, 2011, p. 2145-2154

GOMES, A.L. Comissão Intersetorial para promoção, defesa e garantia do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p.43-48.

GOMES, N.A. **Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental**. 2009. 166 f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

GUALDA, D.S.; BORGES, L.; CIA, F. Familiares de crianças com necessidades educacionais especiais: recursos e necessidades de apoio. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, v. 26, n. 43, maio/ago. 2013, p. 307-330.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N. ; MOTA, E. L. A.. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008, p.633-642.

HOLANDA, I.C. L.C.; ALMEIDA, M.M.; HERMETO, E.M.C. A. Indutores de mudança na formação dos profissionais de saúde: Pró-Saúde e PET-Saúde. **Revista brasileira em promoção da saúde**, Fortaleza, v.25, n.4, out./dez. 2012, p.398-391.

INOJOSA, R.M. Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n.22, p. 102-110, 2001.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In.; PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

LANCETTI, A. Clínica Grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In. LANCETTI, A. **SaúdeLoucura 4: Grupos e Coletivos**. Hucitec: São Paulo, 1994, p. 155- 171.

LAURIDSEN, E. ; TANAKA, O. Y. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 1999, v. 33, n.6, p.586-592.

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, 2009, p. 1193-1204.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque Qualiquantitativo, a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília: Liber Livro, 2010.

LOYOLA, C.M.D., et al. Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010, Brasília. **Textos de Apoio**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

< http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1 > Acesso em 08 de outubro de 2013.

LUZIO, C.A.; YASSUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n.1, jan./mar.2010, p. 17-26.

MÂNGIA, E. F. e NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional e Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P. e BARTALOTTI,

C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: tendências e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001, p. 63-80.

MÂNGIA, E.F.; et al. Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 3, set./dez. 2003, p. 123-132.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.17, n. 3, set./dez. 2006, p. 115-122.

MANZINI, E.J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, 1990/1991, p. 149-158.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para a entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M.A.A.; OMOTE, S. (Org.) **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Ed. Londrina, 2003, v.1, p. 11-25.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos 2: a pesquisa qualitativa em debate. Bauru, 2004. **Anais**. Bauru; SIPEQ, 2004, 1 CD.

MARTIN, D; ANDREOLI, S.B.; QUIRINO, J.; NAKAMURA, E. Cartas ao editor: Noção de significado nas pesquisas qualitativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.1, 2006, p. 178-180.

MARINI, A.M., et al. Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. **Revista de Neurociência**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2010, p. 300-306.

MATSUKURA, T.S.; et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.13, n.3, set./dez. 2007, p.415-428.

MATSUKURA, T.S.; MENECHLI, L.A. Famílias de crianças autistas: demandas e expectativas referentes ao cotidiano de cuidado e ao tratamento. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.19, n.2, maio/ago. 2011, p. 137-152.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A.D.S.A.; CID, M.F.B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 2, maio/ago. 2012, p. 122-129.

MELMANN, J. **Família e Doença Mental – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. Escrituras: São Paulo, 2001.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 3ª. Ed, 2002.

MERHY, E.E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In.: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Orgs.) . **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2007.p.25-37.

MERHY, E.E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial – alegria e alívio como dispositivos analisadores. In.: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Orgs.) . **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2007b, p.55-66.

MERHY, E.E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. [online, s.d.] Disponível em: <http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-17.pdf>
Acesso: 18 abril, 2013.

MINATEL, M.M. **Cotidiano, demandas e apoio social de famílias de crianças e adolescentes com autismo**. 2013. 103 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul./set, 1993, p.239-262.

MINTEGUI, S. C. L.; MAGALHÃES, M. V. A. Política de Saúde Mental e Política de Atendimento Socioeducativo de Adolescentes em Conflito com a Lei: desafios da atenção e cuidado de adolescentes em privação de liberdade a partir da leitura de dados. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6ª REGIÃO (Orgs). **Políticas de Saúde mental e juventude nas fronteiras psí-jurídicas**. São Paulo: CRP SP, 2011, p.43-49.

MONTEIRO, A.R.M.; et al. O sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – a busca pelo tratamento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul./set. 2012, p.523-529.

NASCIMENTO. S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.101, jan./mar., 2010, p.95-120,.

NICÁCIO, M.F.S. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

NOGUEIRA, R.P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In.: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 24-47.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, set./dez.2004, p.44-57.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental – Nova concepção, nova esperança**. Suíça: World Health Report, 2001.

OLIVEIRA, M.F.A.P.B; et al. Processos de trabalho e impasses institucionais em Saúde Mental. In. REIS, A.O.A.; et al.(Orgs.) **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012.p.165-179.

OLIVEIRA, M.F.A.P.B.; REIS, A.O.D. O trabalho oculto na Rede de Atenção Psicossocial: as crianças e os jovens em sofrimento psíquico. In. REIS, A.O.A.; et al. (Orgs.) **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012.p. 193-216.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abril, 2011, p. 2067-2076.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. Por uma política da narratividade. In.: ESCOSSIA,L.; PASSOS,E.; KASTRUP,V. (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p 150-171.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**, v.36, 2007.

PAULA, C.S.; MIRANDA, C.T.; BORDIN, I.A.S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão de estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y.. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 75-92.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **Interface: Comunicação, Educação e Saúde**, Botucatu, v. 12, n. 25, abr./jun 2008, p.295-307.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Reforma psiquiátrica, os trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface: Comunicação, Educação e Saúde**, Botucatu, v.14, n.32, jan./mar. 2010, p. 103-113.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

PITTA, A. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?. In_____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 19 -26.

PRADA, C. **Menores no Brasil: a Loucura nua**. São Paulo: Atalanta, 1998.

REDACCIÓN ÀTOPOS. Entrevista a Benedetto Saraceno. **Átopos: Salud Mental, comunidad y cultura**, Ginebra, n.11, 2011, p. 73-83. Disponível em: http://www.atopos.es/pdf_11/73-83_Entrevista%20a%20Benedetto%20Saraceno.pdf. Acesso 15 de julho de 2012.

REIS, J.R.F. "De pequenino é que se torce o pepino": a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **História, ciência, saúde - Manginhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2000

REIS, A. O. A.; et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 109-130.

REIS, A.O.A.; et al. (Orgs) **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, abr. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 abril 2012.

RIZZINI, I. Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. In. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005, p.31-36.

RONCHI, J.P.; AVELLAR, L.Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória – ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n.1, 2010, p.71-84.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In. NICACIO, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 89-99.

RUTTER, M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**. v. 21, 1999, p. 119–144.

SANO, H; ABRUCIO, L.F. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v.48, n.3, jul./set., 2008, p.64-80.

SANT'ANNA, D.B. **Corpos de Passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS NETO, E. T.; et al . Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 ago. 2013.

SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

SANTOS, D.C.M.; et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.6, 2011, p.845-850.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.9, n.1, p.26-31, jan./abr., 1998.

_____. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá, 1999.

_____. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio. In. PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 13– 18.

SCANDOLARA, A.S.; et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.21, n.3, 2009, p.334-342.

SCHECHTMAN, A. Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil. In. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005, p. 25 -29.

SMEHA, L.N.; CEZAR, P.K. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.1, jan./mar. 2011, p. 43-50.

SOUZA, C.Z. **Avanço à ação intersetorial: produção de saúde mental na escola**. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010, Brasília. **Textos de Apoio**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
< http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1 > Acesso em 08 de outubro de 2013.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6 n.1, 2001, p.73-85.

VASCONCELOS, E. M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, set./dez. 1999, p. 6-19.

VICENTIN, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.17,n.1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

VILARONGA, C.A.R.; CAIADO, K.R.M. Processos de escolarização de pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.19, n.1, mar. 2013, p. 61-78.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas - Child and Adolescent Mental Health Resources: global concerns, implications of future**. 2005.

YASSUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciência na Área da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

8. APÊNDICES

A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

Título da Pesquisa: **OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS (CAPSi) E AS PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS POPULAÇÕES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO.**

Pesquisadora: Bruna Lidia Taño

Contatos: bruna.tano@yahoo.com.br ; (11) 97393.4969 e (11) 98538.5409

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

Caro gestor/coordenador, solicitamos que preencha o questionário a seguir, a fim de que possamos realizar a caracterização do serviço. Ressaltamos que os serviços não serão identificados durante a pesquisa, e tampouco na redação dos relatórios a respeito.

1. Nome do serviço: _____
_____.

1.a. Tempo de funcionamento: _____.

2. Tipo de Administração: () Prefeitura () Prefeitura e O.S.S. () O.S.S.
() Outro _____.

Informe se a administração é feita por coordenador técnico e/ou coordenador administrativo: _____.

3. Quantidade de funcionários: indique o número total e especifique quando solicitado.

() equipe administrativa

() terapêutica

B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS

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

Título da Pesquisa: **OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS (CAPSi) E AS PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS POPULAÇÕES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO.**

Pesquisadora: Bruna Lidia Taño

Contatos: bruna.tano@yahoo.com.br ; (11) 97393.4969 e (11) 98538.5409

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSERIDOS NOS CAPSi QUE TIVERAM AS FAMÍLIAS COMO PARTICIPANTES DO ESTUDO.

1. Nome: _____
_____.
2. Nome do Familiar/Responsável participante do estudo: _____
_____.
3. Hipótese Diagnóstica: _____.
4. Data de inserção no serviço: _____.
5. Atual Modalidade de inserção (frequência/atividades realizadas): _____

_____.

C – ROTEIRO DE ENTREVISTA CATEGORIA TÉCNICOS

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

Título da Pesquisa: **OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS (CAPSi) E AS PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS POPULAÇÕES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO.**

Pesquisadora: Bruna Lidia Taño

Contatos: bruna.tano@yahoo.com.br ; (11) 97393.4969 e (11) 98538.5409

ROTEIRO DE ENTREVISTA TÉCNICOS.**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO:**

1. Nome:

2. Data de Nascimento:

3. Formação:

4. Tempo de Formação:

5. Tempo de experiência na área:

6. Tempo neste serviço:

7. Outras formações:

B. ROTEIRO DE ENTREVISTA – TÉCNICOS COM FORMAÇÃO EM NÍVEL SUPERIOR.

1. Sobre os usuários em intenso sofrimento psíquico, quais são as intervenções que o CAPSi oferece a eles?

A.) Aproximadamente, qual a incidência (porcentagem) destes usuários no serviço?

B.) Considerando as práticas de cuidado adotadas neste CAPSi, quais você considera as mais efetivas? Fale sobre isso.

C.) Quais são as principais dificuldades e demandas apresentadas pelos usuários em sofrimento psíquico intenso?

2. Na sua rotina de trabalho você está envolvido com o acompanhamento e cuidado com os usuários em intenso sofrimento psíquico?

A.) Em relação ao acompanhamento e cuidado que você realiza junto a esta população em intenso sofrimento psíquico, quais são as principais ações que você realiza?

B.) Na sua rotina de trabalho com os usuários em intenso sofrimento psíquico, você encontra alguma dificuldade? Fale sobre isso.

3. Considerando os usuários em intenso sofrimento psíquico há no CAPSi articulação com outros serviços? Fale sobre isso.

4. Para estes usuários em intenso sofrimento psíquico, como o serviço organiza e propõe a alta?

5. A respeito das famílias dos usuários em intenso sofrimento psíquico, quais são as principais necessidades que apresentam? Fale sobre isso.

A.) Quais são as ações do CAPSi voltadas aos familiares dos usuários em intenso sofrimento psíquico? (como são, frequência...informações)

B.) Quais são os profissionais envolvidos nessas ações de cuidado junto às famílias?

6. Sobre as ferramentas da equipe para lidar com as demandas apresentadas pelos usuários em intenso sofrimento psíquico e seus familiares, você as considera efetivas? Fale sobre isso.

A.) Há sugestões do que poderia contribuir para a equipe no trabalho cotidiano com os usuários em sofrimento psíquico intenso?

7. Em relação às políticas de saúde mental e da implantação dos CAPSi, você considera que este serviço atende às normativas?

8. Como é para você realizar ações de cuidado com as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico e tudo o que isso envolve?

9. Você gostaria de fazer mais algum comentário? Fique a vontade para tratar de mais algum tema que julgue importante.

D – ROTEIRO DE ENTREVISTA CATEGORIA FAMILIARES/RESPONSÁVEIS

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

Título da Pesquisa: **OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS (CAPSi) E AS PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS POPULAÇÕES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO.**

Pesquisadora: Bruna Lidia Taño

Contatos: bruna.tano@yahoo.com.br ; (11) 97393.4969 e (11) 98538.5409

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FAMILIARES.

A. FICHA DE IDENTIFICAÇÃO:

Sobre respondente da pesquisa:

1. Nome:

2. Data de nascimento:

3. Escolaridade:

4. Parentesco com o familiar em acompanhamento no CAPSi:

SOBRE OS PAIS/FAMÍLIA DO USUÁRIO:

5. Quem reside com o usuário? (anote a idade dos irmãos e outros)

6. Nome da Mãe.

7. Escolaridade:

8. Trabalha?
9. Já trabalhou?
10. Por quanto tempo trabalhou?
11. Qual profissão?

12. Nome do Pai:
13. Escolaridade:
14. Trabalha?
15. Já trabalhou?
16. Por quanto tempo trabalhou?
17. Qual profissão?

18. Composição familiar.

19. Renda familiar: () 1 a 2 SM () 2 a 3 () mais de 4 e () recebe auxílios (pensão, bolsa família, aposentadorias por invalidez, outras – ver sobre o PP usuário)

SOBRE O USUÁRIO EM ACOMPANHAMENTO NO CAPSi.

1. Nome.

2. Data de Nascimento.

3. Diagnóstico U já recebeu algum diagnóstico? Fale sobre isso.

4. Esta na escola? Qual (tipo) ? Série ?

5. Já frequentou a escola?

- i. Se sim, por quanto anos?
- ii. Há quanto tempo esta afastado? Por que?

6. Já trabalha ou já trabalhou? (onde, por quanto tempo, se parou os motivos)

7. Esta há quanto tempo inserido no CAPSi?

8. Breve Histórico de chegada até o serviço. (Já realizou outros acompanhamentos? Quais? Por quanto tempo?) até chegar ao caps

9. O seu familiar que faz acompanhamento no CAPSi tem Projeto Terapêutico? (se for preciso, explicar: que ações foram propostas para o tratamento?)

9a Isso foi informado ou combinado?

10. Quais são as atividades que ele realiza no CAPSi?

B. ROTEIRO DE ENTREVISTA - CUIDADORES INFORMAIS - FAMILIARES.

1. Sobre U , me conte quais são as maiores dificuldade que você acha/ entende/ percebe?

2. Estar no CAPSi ajuda seu filho/familiar a superar estas dificuldades?

A. Em quais dificuldades? (Cite algumas das dificuldades que foram e são auxiliadas).

3. Na sua opinião como é o acompanhamento oferecido pelo CAPSi?

4. Quais profissionais estão mais próximos à U.?

5. Você tem alguma sugestão para o CAPSi ou para outros serviços que pudessem ajudar seu familiar e/ou você nas necessidades de seu familiar?

6. Você tem alguma sugestão para outros serviços (escola, saúde, transporte...) que pudessem ajudar seu familiar e/ou você nas necessidades de seu familiar?

7. E sobre sua família: quais são as maiores dificuldades da sua família hoje?

8. Ter chegado ao CAPS ajudou a sua família ? Fale sobre isso.

9. Conte um pouco sobre sua participação no CAPSi.

a. Há algum profissional que é mais próximo de você?

10. Você conhece os direitos de seu filho/familiar e sua família? (educação, saúde, assistência social). Fale sobre isso

11. Você gostaria de falar sobre mais algum assunto? Fique a vontade para contar.

E – CARTA CONVITE AOS JUÍZES



Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

São Carlos, outubro de 2012.

Vimos através desta convidá-lo a contribuir para a adequação do roteiro de entrevista a ser aplicado pela pesquisadora Bruna Lidia Taño em sua pesquisa intitulada "*Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as populações em sofrimento psíquico intenso*", sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O convite é para que você, como especialista na área, julgue a pertinência das perguntas que compõem os roteiros que serão apresentados aos profissionais dos CAPSi e aos familiares de usuários em acompanhamento nos mesmos serviços, que serão participantes da pesquisa. A pertinência deverá ser julgada tanto no que se refere ao conteúdo e abordagem quanto à forma de apresentação (redação, ordem, etc).

O presente estudo tem o objetivo de identificar quais as ações de cuidado direcionadas às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, na ótica dos diferentes atores envolvidos na situação: profissionais que atuam nos CAPSi e familiares dos usuários inseridos nestes serviços. Pretende-se, com esta pesquisa, fornecer elementos para a identificação das práticas de cuidado e das ações terapêuticas inseridas nesse contexto, vislumbrando a elucidação das atuais condutas destinadas às populações infantojuvenis em intenso sofrimento, a partir da problematização de como se dão os processos de cuidado em saúde mental.

Os participantes serão profissionais que trabalham em CAPSi do Estado de São Paulo com no mínimo doze (12) meses de experiência como também familiares de usuários (adolescentes e crianças) que estejam em acompanhamento nos CAPSi por no mínimo seis meses.

Os instrumentos (roteiros) para entrevista com os profissionais focalizam quatro temas: (a) identificação pessoal e formação profissional; (b) caracterização das principais ações e estratégias para o cuidado junto às populações em intenso sofrimento psíquico; (c) modalidades de acompanhamento aos familiares dos usuários em intenso sofrimento psíquico; (d) desafios para o cotidiano de trabalho em equipe junto às populações em intenso sofrimento psíquico. Os instrumentos (roteiros) para os familiares de usuários em acompanhamento no CAPSi focalizam os seguintes temas: (a) identificação do familiar respondente da pesquisa; (b) identificação da composição familiar; (c) identificação da trajetória do usuário em acompanhamento no CAPSi; (d) identificação da participação do familiar e do usuário do serviço no CAPSi. Sua contribuição será valiosa para o desenvolvimento e adequação dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa.

Caso aceite este convite, por favor, nos retorne confirmando para receber o instrumento através do email bruna.tano@yahoo.com.br ou pelos telefones (11) 97393.4969 e (11) 98538.5409.

Coloco-me à disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Grata.

Bruna Lidia Taño

Thelma Simões Matsukura.

F – CARTA DE INSTRUÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO AOS JUÍZES**Programa de Pós-Graduação
em Terapia Ocupacional**

São Carlos, 20 de outubro de 2012.

Vimos através desta convidá-lo a contribuir para a adequação do roteiro de entrevista a ser aplicado pela pesquisadora Bruna Lidia Taño em sua pesquisa intitulada "*Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as populações em sofrimento psíquico intenso*", sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O convite é para que você, como especialista na área, julgue a pertinência das perguntas que compõem os roteiros que serão apresentados aos profissionais dos CAPSi e aos familiares de usuários em acompanhamento nos mesmos serviços, que serão participantes da pesquisa. A pertinência deverá ser julgada tanto no que se refere ao conteúdo e abordagem quanto à forma de apresentação (redação, ordem, etc).

O presente estudo tem o objetivo de identificar quais as ações de cuidado direcionadas às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, na ótica dos diferentes atores envolvidos na situação: profissionais que atuam nos CAPSi e familiares dos usuários inseridos nestes serviços. Pretende-se, com esta pesquisa, fornecer elementos para a identificação das práticas de cuidado e das ações terapêuticas inseridas nesse contexto, vislumbrando a elucidação das atuais condutas destinadas às populações infantojuvenis em intenso sofrimento, a partir da problematização de como se dão os processos de cuidado em saúde mental.

Os participantes serão profissionais que trabalham em CAPSi do Estado de São Paulo com no mínimo doze (12) meses de experiência como também familiares de usuários (adolescentes e crianças) que estejam em acompanhamento nos CAPSi por no mínimo seis meses.

Os instrumentos (roteiros) para entrevista com os profissionais focalizam quatro temas: (a) identificação pessoal e formação profissional; (b) caracterização das principais ações e estratégias para o cuidado junto às populações em intenso sofrimento psíquico; (c) modalidades de acompanhamento aos familiares dos usuários em intenso sofrimento psíquico; (d) desafios para o cotidiano de trabalho em equipe junto às populações em intenso sofrimento psíquico. Os instrumentos (roteiros) para os familiares de usuários em acompanhamento no CAPSi focalizam os seguintes temas: (a) identificação do familiar respondente da pesquisa; (b) identificação da composição familiar; (c) identificação da trajetória do usuário em acompanhamento no CAPSi; (d) identificação da participação do

familiar e do usuário do serviço no CAPSi. Sua contribuição será valiosa para o desenvolvimento e adequação dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa.

Para efeitos de facilitação da avaliação, os roteiros encontram-se inseridos no mesmo arquivo eletrônico no formato .word.

Sobre a avaliação:

Fique à vontade para acrescentar questões e/ou sugerir temas para serem abordados, caso observe que os mesmos não se encontram no rol de perguntas do questionário e seria importante integrar esta investigação. Fique à vontade ainda para modificar ou sugerir termos, assim como acrescentar e/ou modificar palavras. Solicito que se possível, as alterações propostas sejam realizadas em outra cor da presente no texto, de modo a destacar as contribuições.

Peço, por gentileza, para que o retorne até **05 de novembro**, via correspondência eletrônica (email). Comprometo-me lembrá-lo deste prazo no dia 28 de outubro de 2012.

Coloco-me à disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas, pelo email bruna.tano@yahoo.com.br e nos telefones (11)97393.4969 e (11) 98538.5409.

Grata pela atenção e participação.

Bruna Lidia Taño

Thelma Simões Matsukura.

G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

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.**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME.....
2. DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°..... SEXO: M F
3. DATA DE NASCIMENTO/...../.....
4. ENDEREÇO.....N°
5. BAIRRO..... CIDADE.....
6. CEP..... TELEFONE (DDD)-

DADOS SOBRE A PESQUISA.

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as populações em sofrimento psíquico intenso.
2. PESQUISADORES: Bruna Lidia Taño, terapeuta ocupacional, inscrição regional CREFITO 3/11546 – TO, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – PPGTO-UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO : **X**

RISCO BAIXO :

RISCO MÉDIO :

RISCO MAIOR :

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 18 MESES.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS E AS PRÁTICAS DE CUIDADO PARA AS POPULAÇÕES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO.

Os objetivos deste estudo são identificar como ocorrem as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso que frequentam os CAPSi a partir da opinião dos profissionais que atuam no serviço e dos familiares dos usuários em acompanhamento.

Entendemos que esta pesquisa poderá contribuir com um aprofundamento sobre as necessidades e desejos das pessoas atendidas pelos CAPSi, como também poderá contribuir com a manutenção, melhoria e criação de estratégias em saúde mental infantil.

Os dados serão coletados a partir de entrevistas realizadas com os profissionais com formação em nível superior que trabalham nos CAPSi e com os familiares dos usuários em acompanhamento. A duração prevista para a realização das entrevistas é de uma hora. As entrevistas serão realizadas pela mestrandia Bruna Lidia Taño.

Gostaríamos de convidá-lo a participar desta entrevista e também de pedir sua permissão para a gravação desta. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados serão informados de modos a não revelar sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde assim como também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos.

Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Salientamos ainda que sua recusa em participar deste estudo não acarretará em prejuízos no atendimento de seu familiar no serviço a que está vinculado, e tampouco qualquer outro tipo de prejuízo.

Estamos a disposição para esclarecê-lo, há qualquer momento, sobre outras dúvidas em relação ao presente estudo. O principal pesquisador é Bruna Lidia Taño, que poderá ser encontrada no seguinte endereço: Rua José Alvarez Maciel, 90 ap. 22. Parque Arnold Schmidt. São Carlos; email: bruna.tano@yahoo.com.br

Nome e assinatura do pesquisador

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 que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data

Sujeito da pesquisa

H – CARTA CONVITE E APRESENTAÇÃO AOS CAPSi



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

São Carlos, de 2013.

Caros trabalhadores do CAPSi;

Venho através desta carta convidá-los a contribuir com o desenvolvimento da pesquisa "*Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as populações em sofrimento psíquico intenso*", sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

O objetivo deste estudo em nível de mestrado é identificar as práticas de cuidado desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso a partir da percepção dos profissionais envolvidos e também dos familiares destes usuários.

Esperamos que este estudo possa contribuir com um melhor delineamento das políticas públicas em saúde mental para as crianças e adolescentes gravemente comprometidos, como também almejamos que possa evidenciar as formas com as quais os profissionais têm se implicado no cuidado com essas populações.

Por se tratar de um estudo com abordagem qualitativa, será necessário realizar entrevistas com os participantes. Cada profissional que se disponibilizar a participar do estudo necessitará dispor de tempo para apenas um encontro com a pesquisadora para a realização da entrevista.

Envio juntamente com essa carta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para vosso conhecimento.

Coloco-me a disposição para o esclarecimento de demais dúvidas pelo email: bruna.tano@yahoo.com.br e nos telefones: 11.97393.4969 e 11.98538.5409.

Desde já grata pela atenção e disponibilidade.

Bruna Lidia Taño.

Mestranda PPGTO-UFSCar.

9. ANEXOS.

A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as populações em sofrimento psíquico intenso.

Pesquisador: Bruna Lidia Taño

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 05532112.2.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 192.282

Data da Relatoria: 05/02/2013

Apresentação do Projeto:

As ações de cuidado às questões de saúde mental na infância e adolescência no Brasil, estiveram até poucas décadas calcadas em práticas filantrópicas com caráter de asilamento. A partir da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (1990) tornou-se possível redimensionar o cuidado e atenção dispensados a esta população. Em 2003 tem-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) responsáveis pelo cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso, com enfoque comunitário e territorial, em substituição aos modelos asilares. Pesquisas recentes indicam, entretanto, que mesmo com a criação destes serviços públicos há discordâncias quanto às formas de organização do cuidado e às demandas específicas a serem atendidas pelos CAPSi. O presente projeto de pesquisa tem o objetivo de poder identificar quais as percepções, em relação às ações de cuidado, expressas pelos diferentes atores envolvidos na situação: profissionais que atuam nos CAPSi e os familiares dos usuários inseridos nestes serviços. Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta dos dados se fará por meio de entrevistas semiestruturadas, e a análise das informações obtidas se dará por meio da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as práticas de cuidado desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora os riscos e benefícios estão descritos a seguir:

Riscos:

Por se tratar de pesquisa que objetiva identificar percepções e entendimentos acerca do cuidado em saúde mental infante juvenil a partir das contribuições de familiares e técnicos dos serviços, estes poderão estar submetidos ao risco de trazerem à tona emoções que produzam algum incômodo emocional. Entretanto trata-se de risco pequeno que não tem como intenção expor familiares e tampouco funcionários do serviço a qualquer situação vexatória no prosseguimento de seu acompanhamento no serviço ou na relação entre os profissionais. Salientamos que a qualquer momento os participantes poderão desistir da participação na pesquisa. Serão seguidas com seriedade as condutas éticas em pesquisa, entre estas as prerrogativas mencionadas na resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando entre outras coisas o anonimato dos participantes, o rigor com o tratamento dos dados e o compromisso ético quando da realização das entrevistas. A pesquisadora se manterá disponível para a qualquer momento da pesquisa, prestar informações e outros esclarecimentos aos participantes.

Benefícios:

A identificação dos índices que compõem as estratégias da produção de cuidado em saúde mental é questão relevante no âmbito da saúde coletiva e da atenção em saúde mental. Dar a possibilidade de expressão aos familiares e cuidadores principais das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso configura-se em aspecto essencial ao delineamento de novas estratégias em saúde mental, que respondam aos anseios e necessidades das famílias e comunidades envolvidas com a população em sofrimento psíquico. Mapear os modos de produção do cuidado em saúde mental infantil é também um aspecto relevante das discussões no campo em saúde mental uma vez que as propostas à estas populações correntemente encontram-se à sombras das discussões em relação à saúde mental do adulto. A exploração da diversidade e semelhança das condutas terapêuticas desenvolvidas nos diferentes serviços dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis pode trazer à tona elementos importantes acerca da sustentação desta modalidade de atenção e da produção de estratégias inventivas e condizentes com as reais necessidades das populações atendidas. Posteriormente à elaboração do relatório final da pesquisa, este será disponibilizado para os serviços em que as entrevistas foram realizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante com baixo risco aos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não contam pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 01 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(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