



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

CAROLINA PINHEIRO MOREIRA

**CAPSi: A QUE SERÁ QUE SE DESTINA?
ANÁLISE DOS PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE OS CASOS ACOLHIDOS EM
UM CAPSi DE SALVADOR.**

**SALVADOR
2016**

CAROLINA PINHEIRO MOREIRA

**CAPSi: A QUE SERÁ QUE SE DESTINA?
ANÁLISE DOS PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE OS CASOS ACOLHIDOS EM
UM CAPSi DE SALVADOR.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Vlândia Jamile dos Santos Jucá.

SALVADOR
2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

M835c Moreira, Carolina Pinheiro.

CAPSi: a que será que se destina? Análise dos processos decisórios sobre os casos acolhidos em um CAPSi de Salvador / Carolina Pinheiro Moreira.-- Salvador: C.P.Moreira, 2016.

98 f. il.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Coorientadora: Profa. Dra. Vlândia Jamile dos Santos Jucá.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Mental. 2. Acolhimento. 3. Análise Institucional. 4. Processos Decisórios. I. Título.

CDU 616.89



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CAROLINA PINHEIRO MOREIRA

*CAPSi: a que será que se destina? Análise dos processos decisórios
sobre os casos acolhidos em um CAPSi de Salvador.*

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao
Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de abril de 2016.

Banca Examinadora:

Profa. Mônica de Oliveira Nunes - Orientadora
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof. Luciano da Fonseca Elia
Universidade do Estadual do Rio de Janeiro/UERJ

Profa. Monique Azevedo Esperidião
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Profa. Vladia Jamile dos Santos Jucá
Instituto de Psicologia/UFBA

Salvador
2016

AGRADECIMENTOS

“Gracias a la Vida, que me ha dado tanto...”

Mercedes Sosa

Agradecimento maior à Vida, por toda força e inspiração que me guiam na construção dos meus caminhos.

Aos meus pais, por me nutrirem de amor e proporcionarem um ninho sempre carinhoso onde encontro meu conforto, mesmo à distância.

Às minhas orientadoras, professoras Mônica Nunes e Vlândia Jucá, pela confiança e todo companheirismo vivenciados neste processo de orientação e nos outros espaços que compartilhamos nestes últimos seis anos. Gratidão por serem também inspiração para uma produção científica profundamente comprometida com a Reforma Psiquiátrica, com a Luta Antimanicomial e com a construção de formas de vida mais justas e livres.

Às professoras Monique Espiridião e Vânia Bustamante pela preciosa colaboração desde a qualificação desta pesquisa. Ao Professor Luciano Elia, pela disponibilidade para participação na banca examinadora da defesa desta dissertação.

Aos profissionais do CAPSi Liberdade, por toda confiança em mim conferida para desenvolvimento desta pesquisa, por compartilharem dos desafios e dos encantamentos do cuidado cotidiano às crianças e adolescentes em sofrimento, por tudo que aprendi com vocês nestes últimos três anos.

Aos amigos e amigas cearenses e baianos, pela companhia, por serem minha alegria, por todo apoio recebido nos vários momentos nestes dois anos em que precisei me distanciar para dedicar tempo e energia nesta produção.

À minha terapeuta Heloísa Longo, por me acompanhar nestes dois anos de vida vivida em tanta intensidade, pelo cuidado que me permitiu permanecer-me Inteira.

Ao meu companheiro de vida, Jaime, pelo companheirismo incondicional nestes dois anos, pela paciência, pelo cuidado amoroso, pelos momentos de prazer e alegria compartilhados, por me proporcionar segurança em seu abraço e por ter participado tão ativamente da elaboração desta dissertação. Toda gratidão e Amor.

*A lição de conviver,
senão de sobreviver
no mundo feroz dos homens,
me ensina que não convém
permitir que o tempo injusto
e a vida iníqua me impeçam
de dormir tranquilamente.
Pois sucede que não durmo.*

*Frente à verdade ferida
pelos guardiães da injustiça,
ao escárnio da opulência
e o poderio dourado
cujo esplendor se alimenta
da fome dos humilhados,
o melhor é acostumar-se,
o mundo foi sempre assim.
Contudo, não me acostumo.*

*A lição persiste sábia:
convém cabeça, cuidado,
que as engrenagens esmagam
o sonho que não se submete.
E que a razão prevaleça
vigilante e não conceda
espaços para a emoção.
Perante a vida ofendida
não vale a indignação.
Complexas são as causas
do desamparo do povo.
Mas não aprendo a lição.
Concedo que me comovo.*

Thiago de Mello

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
--------------------------	----------

ANÁLISE DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UM CAPSi: CONSIDERAÇÕES DE UMA INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 METODOLOGIA.....	20
2.1 Apresentação do campo da pesquisa e participantes.....	22
3 O ACOLHIMENTO NO CAPSi	25
3.1 Sobre o espaço acolhedor.....	25
3.2 Sobre o acolhedor	26
3.3 O encontro entre acolhedor e sujeitos em sofrimento	31
3.4 Avaliação psicossocial do caso	34
3.5 Os encaminhamentos	36
4 O ACOLHIMENTO COMO CAMPO PARA ANÁLISE INSTITUCIONAL	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	44

CAPSi: A QUE SERÁ QUE SE DESTINA? ANÁLISE DOS PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE A DEMANDA ACOLHIDA EM UM CAPSi.

1 INTRODUÇÃO	49
2 METODOLOGIA	53
2.1 Apresentação do campo da pesquisa e participantes	55
3 ANÁLISE DOS DADOS	56
3.1 “Esse menino é nosso” – Casos que são consenso na determinação da responsabilidade do CAPSi	58
3.2 “A gente abarca porque não tem para onde encaminhar!” – Casos assumidos pelo CAPSi pela ausência ou ineficiência de outros dispositivos da Rede	63
3.3 “A questão é que a gente não dá conta” – Crianças e adolescentes que usam drogas: casos que deveriam ser acompanhados no serviço, mas a equipe não tem consenso acerca da responsabilidade sobre eles	65
3.4 “Esse menino não é pra cá” – Casos reconhecidos como não sendo responsabilidade para o serviço	68

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA	80
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DO ACOLHIMENTO	82

APRESENTAÇÃO

A escolha do objeto de pesquisa dessa dissertação emergiu do meu campo de atuação profissional, como psicóloga de um CAPSi, nos diálogos e questionamentos em torno da atenção dada a crianças e adolescentes neste serviço específico e, sobretudo, na conformação do acolhimento e dos processos decisórios em torno dos casos acolhidos neste serviço.

A responsabilidade de ofertar atenção à população infantojuvenil da cidade de Salvador lança-nos diariamente no desafio de acolher uma diversidade de demandas, expressas por sujeitos que compartilham de contextos de vida de extrema vulnerabilidade. A essas demandas temos a responsabilidade de ofertar alguma resposta em forma de cuidado. Soma-se a esse desafio, o fato de que, em função de concurso público realizado há três anos, o quadro de profissionais do serviço foi completamente renovado. Além disso, grande parte dos profissionais vivencia no CAPSi o primeiro contato com o campo da saúde mental e/ou assistência ao público infantojuvenil.

A tomada de decisão em torno de cada caso envolve uma cuidadosa escuta dos sujeitos e seus cuidadores, para uma avaliação criteriosa e ética. Porém, este percurso que atravessa o acolhimento e as formas de estabelecimento de relação entre os profissionais e usuários, a avaliação e a forma de identificar os indicadores de sofrimento e de construir explicações sobre os eles, assim como a tomada de decisão sobre as estratégias terapêuticas a serem adotadas, é atravessado por diferentes concepções, valores, injunções morais, que expressam as contradições e conflitos existentes na equipe multiprofissional e que vão incrementar a discussão sempre presente neste serviço: de quem os CAPSi cuidam?

Não irei nesta pesquisa traçar um tão mencionado “perfil” para um serviço de atenção psicossocial infantojuvenil, até porque acredito que estabelecer uma delimitação deste tipo é limitar as possibilidades deste serviço e excluir as formas singulares de sofrimento que podem chegar expressas de diferentes formas e intensidades no CAPSi. Meu intento é compreender como, na conformação do acolhimento e dos processos decisórios em torno dos casos acolhidos no serviço, são construídos signos e significados que orientam os julgamentos, as avaliações e decisões da equipe.

Reconhecemos neste trabalho que a clínica da saúde mental tem ainda histórico recente sobre a construção de um modelo de cuidado que respeite a liberdade, a dignidade, os desejos e a integralidade da saúde dos sujeitos em sofrimento, e traz ainda resquícios, nas

mentalidades e nas instituições, de um modelo de tratamento de repressão, de segregação, de estigmatização, de moralização, de controle dos corpos, das expressões e dos desejos.

Deste modo, a clínica psicossocial em construção, ainda de forma mais iminente no campo da infância e adolescência, desvela impasses e contradições relacionadas a uma série de elementos que nela estão presentes. Afinal, a prática se desenrola não apenas a partir dos conhecimentos técnicos e do horizonte ético-político preconizado pela reforma. Nessa clínica, entram em cena: os valores morais, as questões de classe social, gênero e etnia, a trajetória de cada profissional, além de interesses diversos e jogos de poder entre os atores presentes no cotidiano do serviço. Analisar o fazer clínico em instituições como o CAPSi exige reconhecer a influência dos valores do histórico de conformação da atenção à infância e adolescência no Brasil. Faz-se mister, portanto, compreender: como este dispositivo localiza-se histórico e culturalmente em um modelo de sociedade e de Estado; como atua para reproduzir ou resistir aos ideais próprios de seu contexto; e qual missão assume frente aos desafios de oferecer cuidado a uma população cujo sofrimento está entrelaçado às formas de produção da miséria e da exclusão.

O **primeiro artigo** desta dissertação, intitulado “Análise do processo de acolhimento em um CAPSi: considerações de uma investigação etnográfica”, tem como enfoque a análise das práticas desenvolvidas pelos profissionais do CAPSi no acolhimento dos casos que chegam a esta unidade. Foram considerados nesta análise tanto os aspectos institucionais quanto os de perspectiva clínica, tomando como recorte o momento da chegada do usuário pela primeira vez no serviço até o encaminhamento dado ao caso. Por fim, foi feita uma análise do acolhimento como campo para uma análise institucional, considerando a expressão das contradições resultantes dos conflitos reais entre os grupos e interesses sociais representados nas instituições.

O **segundo artigo**, “CAPSi: a que será que se destina? Análise dos processos decisórios sobre a demanda acolhida em um CAPSi”, tem como enfoque a análise sobre os processos decisórios em torno dos casos acolhidos neste serviço. Os casos acolhidos foram categorizados em: 1) Casos que são consenso na determinação da responsabilidade do CAPSi; 2) Casos assumidos pelo CAPSi pela ausência ou ineficiência de outros dispositivos da Rede; 3) Crianças e adolescentes que usam drogas: casos que seriam para o serviço, mas a equipe não tem consenso acerca da responsabilidade sobre eles; 4) Casos reconhecidos como não sendo responsabilidade para o serviço. A partir do referencial teórico-metodológico denominado “signos, significados e práticas em saúde mental”, em cada categoria foram

evidenciados os indicadores de sofrimento psíquico e da necessidade de acompanhamento ou não no serviço, o sistema de explicação atribuído pelos profissionais ao sofrimento psíquico apresentado pelos sujeitos e as práticas desenvolvidas a partir do acolhimento destes diferentes casos na unidade.

Inserção e investigação etnográfica no CAPSi

Frente à impossibilidade de contemplar nos artigos desta dissertação as minúcias do processo de investigação etnográfica no CAPSi, mas com o reconhecimento de seu valor para abordagem de aspectos relevantes para esta pesquisa, escolhi por apresentar o caminho percorrido nesta empreitada.

Inicialmente, um elemento se colocou como grande desafio, questionado por muitos professores e colegas do mestrado: a escolha pelo desenvolvimento do método da etnografia em um serviço onde atuava profissionalmente. Os questionamentos sobre a possibilidade de enviesamento da leitura da realidade, que poderia ser produzida por julgamentos prévios elaborados em minha experiência profissional e os impasses possíveis frente à necessidade de expor problemas da equipe e/ou da instituição e o impacto disto para minha relação com o serviço foram presentes durante toda elaboração do projeto e de seu desenvolvimento. Esses questionamentos me foram importantes e me serviram como alertas permanentes durante minha inserção em campo.

Porém, a escolha do método de pesquisa não ocorre de forma irrefletida: ela depende da escolha do objeto, do marco teórico-metodológico e da escolha do campo de pesquisa. Alinhados esses três aspectos, contei com a relação com minhas orientadoras enquanto espaço de análise sobre meu percurso em campo, permitindo-me a reflexão constante sobre o movimento de aproximação e distanciamento da realidade investigada, necessários para apreensão do discurso do “nativo” e sua articulação com os conceitos científicos do estudo. O desenvolvimento desta pesquisa demonstrou-me que a familiaridade com o espaço e os sujeitos não me davam em si o conhecimento científico e antropológico sobre as dinâmicas operadas nas interações em diferentes espaços do serviço. Não foram poucas as surpresas, as descobertas inusitadas, as desconstruções de conceitos e interpretações empreendidas neste caminho.

Outro aspecto que me encorajou nesta escolha era a necessidade de alinhamento entre minha produção científica e meu compromisso de reflexão e transformação positiva com as práticas operadas em meu cotidiano de trabalho profissional. Ser uma profissional do SUS

é para mim um exercício também político, que me convoca a fazer de meu ato profissional um ato de afirmação e ampliação dos direitos dos sujeitos em situação de maior vulnerabilidade. Assim, minha pesquisa alinha meu fazer científico, técnico e político.

Atravessados os questionamentos da academia sobre esta minha escolha de pesquisa, deparei-me com o segundo desafio: a explicação para os profissionais e gestores sobre minhas intenções na pesquisa e a conquista de seu aval para seu desenvolvimento. Após três meses de análise do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde, com inúmeras trocas de e-mails com solicitações de explicações sobre os detalhes da investigação proposta (mesmo após apresentação de aprovação do Comitê de Ética), iniciei a sensibilização e diálogo com minha equipe sobre a proposta de desenvolvimento da pesquisa.

Em um primeiro momento, encontrei a negativa das profissionais de nível técnico. Busquei-as para conversar, esclarecendo que era seu direito a não participação, mas que era importante para mim, enquanto pesquisadora, compreender os motivos da recusa. Tivemos uma longa e rica conversa, quando elas tiveram a oportunidade de expor que se sentiram ameaçadas com a possibilidade de serem “avaliadas” por alguém que poderia apontar para sua falta de conhecimento técnico, denunciando o que faziam como “errado”. As técnicas colocaram a angústia de assumirem um espaço de extrema responsabilidade (acolhimento), que lhes afetava também emocionalmente (quando deparadas com casos de extremo sofrimento), que lhes exigia a tomada de decisões e encaminhamentos importantes para garantia de cuidado para os sujeitos que chegavam no serviço. Elas colocaram que faziam tudo isso com poucos recursos técnicos e sem muito suporte da equipe. Vale ressaltar que neste momento, o serviço mantinha a maioria dos turnos de acolhimento com a presença das técnicas de enfermagem, que assumiam alguns turnos sozinhas e permaneciam mais de um turno semanal nesta função.

Frente ao exposto, coloquei que lhes apoiaria para que esta queixa fosse levada para toda a equipe em reunião técnica; expus minha concordância com a não manutenção delas sozinhas nesta função, com a proposta de que os turnos de acolhimento fossem assumidos por pelo menos um profissional de nível superior (que poderia atuar junto a uma profissional de nível técnico), compreendendo a necessidade de construir a aprendizagem conjunta neste espaço e da necessidade de manter profissionais de categorias diferentes para uma avaliação multiprofissional dos casos. Este diálogo promoveu a reavaliação pelas técnicas sobre a autorização para minha inserção etnográfica nos espaços de acolhimento em que elas atuavam e, na minha percepção, criou um vínculo maior de confiança entre nós.

Os estranhamentos continuaram presentes, mesmo após autorização concedida pelos profissionais para minha entrada em campo. Identifiquei que o sentimento de ser “avaliada” foi colocado pelas técnicas de nível médio e técnico, talvez pelo meu lugar de psicóloga do serviço e também pesquisadora colocar-me em um duplo lugar de “suposto saber”, que pressupunha a detenção de um conhecimento de cunho normativo a partir do qual, eu avaliaria as práticas daqueles que possuem outra formação. O esforço de desconstrução desse tipo de elaboração, com interferência direta na minha relação em campo com as profissionais, foi um direcionamento constante.

Nos primeiros acolhimentos que acompanhei, uma técnica de nível médio colocou seu incômodo com meus registros “fico achando que você está registrando tudo que estou falando e fico pensando a toda instante se estou falando algo errado”. Foi necessário afirmar, repetidas vezes, que não estava em um lugar de “avaliação” do trabalho desenvolvido, que meu trabalho tinha o intento de “colaborar” com o serviço e não de “denunciá-lo”. Esse, de fato, foi um compromisso ético que busquei manter durante toda esta produção.

Importante colocar também que o fato de ser psicóloga do serviço e estar presente nos acolhimentos me impediam de manter-me em posição de neutralidade. Nas buscas por opinião feitas pelos técnicos, colocava que a avaliação deles era importante, que confiava na sua capacidade de pensar as estratégias para cada caso. Em um momento, porém, me vi convocada a intervir, pela avaliação que fiz dos efeitos positivos que esta intervenção teria para o usuário e sua família: uma mãe chegou para o acolhimento com seu filho de 11 anos, apresentando uma queixa de dificuldade de aprendizagem, identificada pela escola. A mãe fala sobre outros sintomas de ansiedade da criança, como compulsão alimentar e medo de dormir sozinho; avalia que estas mudanças se deram após separação dos pais. Porém, a mãe sustentava sua argumentação de que seu filho apresentava de fato uma “dificuldade para aprender que não era normal”, com a afirmação que uma avaliação psicológica feita pela psicóloga da escola anterior, há dois anos, havia atestado este problema. O relatório da avaliação psicológica foi entre as técnicas do acolhimento, que, porém, não realizaram a sua leitura.

Ao final deste acolhimento, pedi licença às técnicas e à mãe para ler o documento, que tinha uma linguagem bastante técnica, mas que me surpreendeu ao apresentar como resultado da avaliação do garoto um desenvolvimento cognitivo superior ao esperado para sua idade e a identificação de problemas de cunho emocional (o que revalidava a avaliação da mãe dos impactos para a criança do evento de separação dos pais neste período). Li o

documento para a mãe, explicando-lhe de forma clara, e esta se surpreendeu imensamente. Este documento era para a mãe o atestado de incapacidade de seu filho e me vi na obrigação de intervir, frente à possibilidade de recolocar essa criança no “parâmetro de normalidade do desenvolvimento cognitivo”, tirando-lhe da condição de incapaz, destacar as questões emocionais que de fato demandavam atenção.

A minha permanência em campo durante três meses, em três turnos semanais (fora o turno de acompanhamento da reunião técnica, que era dentro de minha carga horária de trabalho) permitiu o progressivo fortalecimento do vínculo de confiança com os profissionais em campo, com maior abertura, inclusive, para exposição de suas inseguranças e dúvidas. Acompanhei neste período o acolhimento realizado por oito profissionais, de quatro categorias distintas. Apesar do acordo feito em equipe citado anteriormente, em alguns turnos os profissionais de nível médio e nível técnico assumiam os acolhimentos sozinhos, sem participação de um profissional de nível superior, como sugerido. No período de permanência em campo, não consegui acompanhar os acolhimentos realizados por uma psicóloga e uma assistente social, por serem em um turno específico no qual eu tinha atividades no serviço como profissional. A não disponibilidade para assumir turnos de acolhimento no serviço era justificada pelos profissionais por já terem outras atividades (grupos e atendimentos) tomando toda sua carga horária no serviço – destaco que os profissionais de nível superior têm neste serviço carga horária de 20 horas semanais e os profissionais de nível médio e técnico de 40 horas semanais. A ausência de coordenação técnica no serviço dificulta o planejamento dos processos de trabalho na unidade – a não priorização da organização do acolhimento pela equipe é um indício desta afirmação.

No acompanhamento realizado aos acolhimentos, foi possível identificar a diversidade de posturas na relação entre os trabalhadores e os usuários. Estas posturas variavam quanto à priorização da fala da criança ou adolescente ou do familiar/cuidador – em alguns acolhimentos a criança se quer teve espaço para fala, em outros o familiar foi escutado após longa conversa feita pelos profissionais sozinhos com a criança. Foi observado que alguns técnicos colocavam-se em maior disponibilidade para interação lúdica com as crianças. Suponho que em algumas formações tradicionais em saúde é reforçada a relação de poder entre os técnicos e os usuários, principalmente em um contexto de cuidado em saúde mental, ainda mais com o público da infância e adolescência.

Este tipo de postura, porém, é progressivamente desconstruída no cotidiano de aprendizado do serviço, com problematizações em ato das intervenções e discursos entre os

profissionais. Foram também vivenciados episódios de afetação profunda com os casos: em um acolhimento de uma criança que se expressava de forma gentil, mas demonstrava extrema fragilidade com sinais de intensa ansiedade e que vivenciava um contexto de abandono, atravessado por diversas formas de violência, uma das profissionais acolhedoras precisou encerrar o atendimento porque não estava “contendo a emoção”. Quando o usuário e sua familiar deixaram a sala e a porta fechou-se, a técnica pôs-se a chorar intensamente e pediu para que a outra profissional desse continuidade ao acolhimento sozinha. A clínica da saúde mental tem fortes elementos de mobilização afetiva, que podem gerar processos de sofrimento nos profissionais, mas também são potentes na geração de esforços para oferta ampliada de cuidado aos sujeitos.

A investigação etnográfica deu-se também junto aos grupos de observação. Estes grupos recebem as crianças que foram acolhidas e que necessitam de uma avaliação processual para melhor compreensão das demandas de cuidado. A avaliação processual de adolescentes geralmente acontece em atendimentos individuais ou na inserção temporária em grupos já existentes. Os grupos de observação se diferenciam pela idade dos usuários em avaliação. As atividades desenvolvidas pelos técnicos, geralmente, envolvem a oferta de atividades lúdicas (brinquedos, jogos, brincadeiras, desenhos, contação de histórias) nas quais as crianças são estimuladas a interação e práticas de cooperação; escutas individuais aos cuidadores e, se necessário, visitas à escola. Caso seja identificada demanda para intervenções individuais, estas podem ser realizadas pelos técnicos do grupo de observação ou por outro técnico do serviço, observada a especificidade e complexidade da demanda para esta intervenção.

A etnografia deu-se em três grupos diferentes, facilitado por profissionais de nível superior e técnico. Segundo um profissional, o grupo de observação deve ofertar estímulos para trabalhar as demandas, as queixas apresentadas no acolhimento (por exemplo, se há uma queixa sobre dificuldade de concentração, o grupo deve ofertar exercícios para avaliar esta questão). Em geral, foram referidos pelos técnicos como aspectos em avaliação: aspectos cognitivos, capacidade de interação e vinculação, capacidade de seguir regras, expressão afetiva, a autonomia nas práticas da vida diária. Os casos são discutidos ao final de cada encontro. Não há uma sistematização dos aspectos avaliados nestes grupos (variam, inclusive, conforme especificidade dos técnicos que estão à frente da facilitação do grupo), nem sobre a rotina de avaliação, com planejamento e indicativo do tempo de avaliação. Finalizada a avaliação no grupo, os casos avaliados ou seguem para reunião técnica, quando identificados

com demandas a serem assistidas no CAPSi, ou são encaminhados para outras estratégias ou instituições, quando avaliado que estas podem melhor atender as demandas do caso.

Outro espaço de inserção etnográfica no CAPSi foi a reunião técnica. Este é o espaço de encontro da equipe técnica (profissionais de nível médio, técnico e superior) com a gerência administrativa, que ocorre com periodicidade semanal, no turno matutino, com discussão de pautas administrativas e constitui-se como principal espaço de construção da clínica do serviço, a partir da discussão dos casos. Alguns técnicos de nível superior não participam deste espaço, por concentrarem seus turnos à tarde, por conta de outro vínculo de trabalho. Não participam também deste espaço as médicas, que tem sua carga horária reduzida, conforme negociação com a secretaria municipal de saúde, e concentram seus turnos em atendimentos individuais. Chama atenção este fator porque as médicas são profissionais priorizadas nas avaliações diagnósticas, porém não participam dos espaços de avaliação e decisão coletiva sobre o processo terapêutico dos usuários – aspecto frequentemente questionado pela equipe multiprofissional.

Participava também das reuniões a apoiadora institucional do distrito ao qual o CAPSi está vinculado, cargo que tinha a função de apoiar as discussões clínicas, articular as demandas do serviço com os outros dispositivos do Distrito e mediar a relação entre as gestões do serviço, do Distrito e da área técnica de saúde mental da secretaria municipal de saúde. A cada quinzena, juntava-se a este grupo a colaboradora técnica da secretaria municipal de saúde, que mediava a discussão de alguns casos clínicos eleitos pela equipe a partir da identificação de maior dificuldade de manejo– esta profissional tinha a função de colaborar com a equipe no direcionamento clínico do serviço, com enfoque também no apoio para discussão da atenção aos crianças e adolescentes em uso problemático de drogas. Os cargos de apoio institucional e de colaboração técnica foram fundamentais para mediar a discussão e direcionamento clínico do serviço, que se encontra desde o início de 2015 sem o cargo de coordenação técnica. Porém, por decisões advindas da gestão municipal, ambos os cargos foram destituídos no início de 2016. Outros atores presentes neste espaço são os estagiários e os residentes da Residência Multiprofissional de saúde mental (assim como os médicos, os estagiários de medicina e os residentes médicos também não participam das reuniões técnicas).

A etnografia neste espaço foi-me desafiadora por participar dele assumindo em paralelo as duas funções: a de profissional do serviço e a de pesquisadora. Manter uma reflexão analítica e crítica sobre dos processos de interação e intervenção dos demais

profissionais, nos quais estava envolvida, foi para mim um ato de aprendizado muito importante também para meu exercício profissional. Analisando hoje que minha posição na reunião técnica, antes do início da pesquisa, era excessivamente ativa, de muita fala e constante exposição de posicionamentos, o que me impedia de refletir sobre a equipe, sobre as opiniões diversas, de abrir mais espaço para a participação de outros profissionais. Apesar do posicionamento assumido neste período de muita observação e análise, não me eximi de participar das discussões quando considerava essencial.

Sobre a dinâmica dos profissionais da reunião técnica, pude observar que, contrastando com o fato de serem as profissionais que mais participavam do acolhimento dos casos, as profissionais de nível técnico mantinham-se em silêncio nas reuniões. As discussões clínicas e os processos decisórios ficam centrados em profissionais de nível superior, que apresentam, em geral, diferentes visões sobre os usuários (atribuindo-lhes valores e conceitos distintos), sobre o processo terapêutico (com a circulação do discurso da “imposição da lei”, da necessidade de “limites”, da manutenção das regras institucionais, como também do discurso da garantia de direitos) e sobre o próprio trabalho (concebido diversamente, desde o alinhamento com a lógica da “burocratização” até seu reconhecimento como exercício político de garantia de cidadania dos sujeitos). Neste espaço, a gerente administrativa abstinha-se de colocar sua opinião nos espaços de discussão clínica, afirmando ser responsável apenas pelas demandas administrativas do serviço. Todavia, na realidade cotidiana do serviço, as questões administrativas e clínicas encontram-se emaranhadas, articuladas, em íntima relação. Discutir os critérios de oferta de lanche e almoço aos usuários, por exemplo, não é uma questão apenas burocrática e administrativa, mas deve envolver considerações clínicas importantes, como a oferta àqueles que a via de vinculação ao serviço é pelo acesso à alimentação.

As discussões clínicas não são pautadas somente nas construções produzidas pelo conhecimento técnico do campo da saúde mental ou dos núcleos profissionais, ou dos direcionamentos da Política de Saúde Mental, mas articula-se profundamente com os valores e morais que atravessam as leituras sobre os modos de vida dos sujeitos em situação de sofrimento e suas famílias. Estas diferentes injunções morais, valores, experiências, concepções que irão compor os sistemas simbólicos que constituem os modos de significar o sofrimento psíquico pelos profissionais e irão orientar sua forma de ofertar o cuidado serão objetos de análise dos artigos que seguem.

ARTIGO 1

**ANÁLISE DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UM CAPSi:
CONSIDERAÇÕES DE UMA INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA**

**Carolina Pinheiro Moreira
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Vlândia Jamile dos Santos Jucá**

RESUMO

Este artigo analisa as práticas desenvolvidas pelos profissionais de um CAPSi do município de Salvador no acolhimento dos casos que chegam a esta unidade. A partir do método etnográfico, foi realizada a imersão no cotidiano da instituição por um período de três meses, em dois turnos semanais. Foram considerados na análise do processo de acolhimento neste serviço tanto os aspectos institucionais quanto os de perspectiva clínica, tomando como recorte o momento da chegada do usuário pela primeira vez no serviço até o encaminhamento dado ao seu caso. Foram aspectos discutidos na análise: a ambiência do serviço; a escolha dos profissionais que assumem a função de acolhimento inicial; os elementos relacionais entre os profissionais, usuários e familiares no acolhimento; os elementos envolvidos na avaliação psicossocial dos casos e as práticas desenvolvidas nos encaminhamentos. Por fim, o acolhimento foi tomado enquanto campo para a análise institucional, a partir dos seguintes parâmetros de análise: as concepções de objeto (saúde-doença-cura) e dos meios de trabalho; as formas de organização do dispositivo institucional, destacada a caracterização dos fluxos decisórios e o modo da divisão do trabalho interprofissional; e a forma como o serviço se apresenta para sua clientela, considerando sua posição no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico.

Palavras-chave: Saúde mental infanto-juvenil. Acolhimento. Análise institucional.

ABSTRACT

This article analyzes the practices developed by Center of Psychosocial Care for children and adolescents (CAPSi) professionals at one of the units in the city of Salvador during the reception of cases. Using the ethnographic method, a process of immersion was carried out in the institution's routine for a period of three months in two weekly shifts. During the analysis of the reception process, it was taken into account both the institutional and clinical aspects from the moment of the user's arrival for the first time until the case's referral. Aspects discussed in the analysis: the service's ambience; the choice of professionals who take the initial reception function; relational elements among professionals, users and families in the reception; the elements involved in the psychosocial assessment of cases and the practices developed in referrals. Finally, the reception was taken as the field for the institutional analysis under the following analysis parameters: the object concepts (health-disease-cure) and working methods; the forms of the institutional organization, highlighting the decision flows characterization and the cross division labor forms; and how the service is presented to its clientele, considering its position in the geographic space, in the imaginary and in the symbolic universe.

Keywords: Children and adolescents mental health care. Embracement. Institutional analysis.

1 INTRODUÇÃO

Os resultados que aqui serão apresentados são parte de uma pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), realizada em um CAPSi da cidade de Salvador. Este artigo analisará as práticas desenvolvidas pelos profissionais do CAPSi no acolhimento dos casos que chegam a esta unidade.

No processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que, desde os anos 1970, avança com conquistas importantes na produção do conhecimento sobre o sofrimento psíquico, no redimensionamento do modelo de cuidado e no embasamento normativo-jurídico, houve uma inclusão tardia das questões inerentes à saúde mental infantojuvenil na construção da nova política de saúde mental (COUTO, 2004). A marginalização na qual foi colocada a discussão da atenção à infância e adolescência no campo da saúde mental reflete-se na baixa prioridade tanto no campo da produção do conhecimento, quando na implantação de uma política específica. Esta realidade é bem retratada na implantação dos serviços especializados: são 210 CAPSi existentes em território nacional, dos quais 45 são localizados na Região Nordeste, 10 encontram-se no estado da Bahia e apenas 2 no município de Salvador¹ – destacamos que neste município não há implantação de CAPSi desde 2008.

Para seguir a proposta de exercício do cuidado territorial, com oferta de cuidado intensivo, em articulação com dispositivos intersetoriais, segundo a republicação em 2013 da Portaria 3.088/2011, os CAPSi têm como referência uma população de 70 mil habitantes por unidade; todavia, o número de unidades existentes é surpreendentemente inferior à demanda, o que dificulta a organização da oferta e a atenção qualificada às necessidades da população que lhe acessa.

Os CAPSi foram dispositivos propostos a partir de 2002, que, como as demais modalidades de CAPS, configuram-se como serviços de base territorial, de natureza pública, com a função de oferecer atenção em saúde mental com vistas à integralidade do cuidado (BRASIL, 2002). Os CAPSi têm a finalidade de atender casos de maior gravidade e ordenar a demanda em saúde mental infantojuvenil no seu território de abrangência. São prioritários os atendimentos de crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos (como autistas, psicóticos, neuróticos graves), incluindo aqueles decorrentes de uso de substâncias psicoativas, e para aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais

¹ Dados do Portal da Saúde do Governo Federal, referentes ao ano de 2016. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

severos, comprometendo a capacidade do sujeito de estabelecer ou manter os laços sociais em seu entorno e realizar projetos de vida (BRASIL, 2005; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; BRASIL, 2011). Destaca-se aqui a necessidade de problematização sobre a denominação de “gravidade” dos quadros de sofrimento na infância e adolescência, distintos daqueles aportados para o público adulto, uma vez que os agravos vivenciados nesta fase da vida têm impactos mais profundos para o desenvolvimento futuro dos sujeitos.

A recente publicação do Ministério da Saúde sobre a Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS (BRASIL, 2014) esforça-se para apresentar as nuances da proposta ética e política que norteiam este dispositivo:

Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (p. 27).

A amplitude da proposta clínica e política deste dispositivo, que trabalha, sobretudo, junto às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, exige um claro delineamento e compromisso ético, que deve repercutir na construção de estratégias terapêuticas, clínicas e sociais que deem suporte a estes sujeitos para se afirmarem e existirem no mundo, mesmo que trazendo em si diferenças radicais em relação ao ideal das expectativas sociais que os circundam.

Compreendemos, nesta pesquisa, que o acolhimento, além de ser uma ferramenta que altera a ordenação dos processos de trabalho em saúde mental, configura-se como espaço privilegiado de expressão da heterogeneidade de concepções e valores em torno da atenção à saúde mental, permitindo acessar como as construções morais operam nas concepções em torno do sofrimento dos usuários, das práticas de cuidado escolhidas, além de atravessar a significação do trabalho para o profissional na instituição.

O acolhimento configura-se como uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS e pode ser compreendida como o primeiro contato com quem procura o serviço, o qual tem nesse momento seus recursos postos à prova: quem atende, o que pode oferecer, como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda (SCHIMIDT; FIGUEIREDO, 2009). O acolhimento, porém, deve ser interpretado também como um

dispositivo relacional, que, articulado ao estabelecimento de vínculo entre trabalhadores, usuários e gestores, edifica as possibilidades de efetivação da humanização do cuidado, transversalizando toda ação terapêutica do serviço (JORGE *et al*, 2011). A linha guia de saúde mental do estado de Minas Gerais traz-nos a seguinte concepção de acolhimento:

O acolhimento não é simplesmente uma questão de escala em que se revezam os profissionais, nem uma maneira mais racional de preencher as agendas. Além disto, e mais do que isto, o acolhimento é a aplicação cotidiana de um princípio fundamental: seja ao pedir a informação mais corriqueira, seja ao trazer a mais fantasiosa expectativa, o usuário, quando nos traz o seu problema, é um cidadão que exerce o direito de dirigir-se a um trabalhador de um serviço público. Nosso trabalho é acolher essa demanda – ou seja, responder! Contudo, vejamos bem: o conteúdo da resposta pode ser sim ou não, agora ou depois, aqui ou noutro lugar, comigo ou com outra pessoa. O essencial é que a resposta, seja qual for, parta de uma postura acolhedora da nossa parte diante da demanda do usuário (MINAS GERAIS, 2006, p. 39).

É possível identificarmos distintas dimensões do processo de acolhimento: uma dimensão ética, no que se refere ao compromisso de reconhecimento do outro em sua singularidade, em seu sofrimento, em suas potencialidades, em seu modo de vida específico; uma dimensão relacional, no desenvolvimento de habilidades que permitam receber, escutar, tratar as demandas, com o estabelecimento de uma relação de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários; uma dimensão técnica, que exige a articulação dos saberes da equipe multiprofissional a fim de construir e articular respostas às demandas identificadas nos casos acolhidos; uma dimensão política, pois implica em um compromisso coletivo de potencializar nas relações a autonomia e protagonismo do sujeito; e, assim, assume a dimensão de reorientação do serviço, situando o acolhimento como centro da organização do projeto terapêutico institucional, que deve ser priorizado na organização dos processos de trabalho e cuidado e deve guiar a necessidade de capacitação da equipe, no sentido de não tornar essa instância uma triagem burocrática (BRASIL, 2006; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, sobretudo nos CAPS, o acolhimento apresenta-se como possibilidade de acolher o sujeito em sofrimento mental em sua integralidade, indo além de uma avaliação psicopatológica, mas avançando na tentativa de compreensão do contexto vivencial, relacional e comunitário no qual este sofrimento se configura em sua especificidade. Assim, podemos distinguir o acolhimento nos serviços de saúde mental em duas perspectivas (divisão esta apenas didática, mas com a compreensão que

ambas estão interconectadas). Uma primeira perspectiva é institucional, que atravessa a criação de uma estética, de um ambiente, de formas de relação que facilitem o sentimento de pertença, segurança e acolhimento, que veicule a disponibilidade para o cuidado incondicional, que crie as condições adequadas para a expressão genuína do sujeito. Por outro lado, o acolhimento envolve também uma perspectiva clínica, que exige habilidades técnicas, apropriação sobre o funcionamento do serviço e da Rede de atenção, capazes de viabilizar uma avaliação psicossocial que seja capaz de fazer o delineamento inicial sobre a expressão e história de sofrimento e vulnerabilidade, indo além da identificação de sintomas, buscando a dimensão subjetiva destes e a implicação do sujeito que sofre (BARRETO, 2015), mas também vislumbrando ações e articulações concernentes às demandas apresentadas pelo sujeito e seus cuidadores, considerando aspectos do seu contexto sociocultural.

2 METODOLOGIA

A partir do método etnográfico, foi realizada a imersão no cotidiano da instituição, através da observação e do registro em diário de campo, na análise das dinâmicas que se operam entre técnicos e destes com usuários e familiares, com enfoque no processo de acolhimento. A imersão neste campo deu-se em um período de três meses, em dois turnos semanais.

Esta pesquisa trouxe uma nuance pessoalmente desafiadora para a pesquisadora, que desenvolveu sua investigação em seu próprio espaço de atuação profissional. A primeira autora é psicóloga da instituição há cerca de três anos e os atravessamentos desse duplo papel assumido, como profissional e pesquisadora, tornaram-se material de análise importante neste estudo.

Frente a esta escolha confessadamente difícil do campo de investigação, busquei em alguns autores da antropologia o respaldo necessário para encorajar-me nessa empreitada. Utilizando de conceitos apresentados por Geertz (1978), compreendo que, ao constituir-me trabalhadora do serviço investigado, vivencio a “experiência próxima”, compreendida por certo nível de compartilhamento do discurso “nativo”, ao mesmo passo que, ao também constituir-me uma pesquisadora em Saúde Coletiva, cabe a mim o exercício da “experiência distante”, de articular os conceitos observados no campo com os conceitos científicos de meu estudo. Neste sentido, a experiência distante promove a problematização da experiência próxima.

Nessa direção, Gilberto Velho (1978) acrescenta-nos de que não é a familiaridade, a proximidade cotidiana de uma situação, que garante a compreensão, no sentido científico e antropológico, dessa situação.

Assim, em princípio, dispomos de um mapa que nos familiariza com os cenários e situações sociais de nosso cotidiano, dando nome, lugar e posição aos indivíduos. Isto, no entanto, não significa que conhecemos o ponto de vista e a visão de mundo dos diferentes atores em uma situação social, nem as regras que estão por detrás dessas interações, dando continuidade ao sistema (VELHO, 1978, p. 6).

Valendo-me ainda da premissa básica em pesquisa qualitativa sobre a impossibilidade de imparcialidade do pesquisador, reforço, como bem aponta Sarti na escrita do prefácio do livro “Etnografias em serviços de saúde”, organizado por Ferreira e Fleischer (2014), que as razões pessoais, institucionais, estruturais ou conjunturais que determinam a escolha do campo da pesquisa são parte integrante desta. Assim, ao invés de esforçar-me para interferir o mínimo possível na dinâmica institucional a partir de minha imersão em campo, irei expor as implicações e repercussões desta vivência na análise dos dados da investigação. Além disso, acredito que ser integrante da equipe do serviço investigado fortalece o compromisso ético de contribuir através dos resultados desta pesquisa com o avanço da organização clínica e dos processos de trabalho nesta instituição.

A escolha pelo método etnográfico deu-se por este permitir o conhecimento das dinâmicas socioculturais instituintes e dos modos de subjetividade individual e coletiva forjados nas instituições e grupos sociais, com a apreensão da singularidade dos modos de produzir, conceber, significar e vivenciar das pessoas e grupos culturais. Neste sentido, compreendem-se os fenômenos em análise como configurações sociais cuja construção está em íntima dependência com a forma que o sujeito a vivencia e com os recursos que lhes são socialmente disponibilizados para lidar com as situações concretas (VÉRAS, 2014).

A abordagem da etnografia no campo institucional tem o objetivo de apontar os significados produzidos nas relações forjadas socialmente, as quais modelam o fazer diário dos atores da instituição. O pesquisador deve estar atento, neste contexto, para a análise dos papéis desempenhados, das relações desenvolvidas, da distribuição de poder entre os sujeitos, dos textos presentes no cotidiano institucional (VÉRAS, 2014; FERREIRA; FLEISCHER, 2014).

O objeto deste tipo de investigação, porém, não são as pessoas ou as instituições em si, mas uma problemática vivenciada no cotidiano institucional. A delimitação da

problemática da pesquisa já implica, desta forma, na abertura à possibilidade para que os sujeitos desse contexto institucional possam refletir criticamente sobre a organização e operacionalização de suas práticas cotidianas – o que já evidencia o caráter transformador dessa perspectiva teórico-metodológica (VÉRAS, 2014).

Utilizaremos nesse estudo da concepção proposta por Nunes e colaboradores (2010) de que os CAPS devem ser compreendidos enquanto universos culturais próprios, com seus idiomas, práticas e significantes terapêuticos. Nesse contexto, as experiências individuais e coletivas são articuladas a partir do idioma cultural, expresso em recursos, mecanismos e significantes, capazes de produzir sentido e ação concreta. Os CAPS se constituem, nesta perspectiva, entre uma orientação pautada em um modelo ideal, baseado nos pressupostos da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e as peculiaridades produzidas pelo seu contexto local e pelos atores que o constituem.

A distinção entre os diferentes CAPS estaria demarcada na ênfase dada a determinadas ações terapêuticas, no grau de coesão de sua equipe, na ideologia de grupo que rege a orientação terapêutica e as relações entre trabalhadores – gestores – usuários. A singularidade de seu universo cultural se situa, ainda, na circulação e compartilhamento de saberes e práticas, produtos não só dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mas também das tradições e trajetórias pessoais dos profissionais, gestores e dos usuários (NUNES *et al.*, 2010).

Frente às construções históricas, políticas e científicas desse campo, podemos considerar que o trabalho em saúde mental envolve a gestão de diferentes normas (da política nacional de saúde mental, da gestão do município, do serviço, dos trabalhadores, dos familiares, dos usuários, de outras instituições) e de diversos e divergentes valores (em torno da infância, da dinâmica familiar, da sexualidade, do uso de drogas) (RAMMINGER; BRITO, 2011). A investigação etnográfica permite a identificação de como essas normas se atualizam no cotidiano e se articulam aos valores produzidos pelos sujeitos na instituição para, como investigado nesta pesquisa, estruturar as práticas de acolhimento e a organização da oferta de cuidado do serviço.

2.1 Apresentação do campo da pesquisa e participantes

Esta pesquisa foi desenvolvida em um CAPSi da cidade de Salvador. Como o município só conta com dois serviços especializados para atenção psicossocial de crianças e

adolescentes, a divisão territorial entre eles é complexa, e, na realidade cotidiana, ambos atendem a todo o território municipal. Salvador contava em 2010 com uma população total de 2.675.656 pessoas (com estimativa populacional para 2015 de 2.921.087 pessoas), sendo destas 28,7% em idade inferior a 19 anos.² Segundo dados do planejamento da Área técnica de saúde mental do Estado da Bahia, a demanda quantitativa de CAPSi para a cidade de Salvador é de, pelo menos, 6 unidades, considerando um CAPSi como referência para cada dois distritos sanitários (informação verbal)³. Porém, no plano municipal de saúde mental apresentado aos trabalhadores dos CAPS em 2013, não havia programação de abertura de novos CAPSi até o final da gestão atual, em 2016.

Este serviço tem a especificidade de ter sido o primeiro CAPSi implantado na Bahia, com início de suas atividades no ano de 2004, sob gestão estadual (a municipalização do serviço deu-se em 2009), com objetivo de ser um serviço de caráter docente-assistencial. Sua implantação deu-se no espaço onde antes funcionava um ambulatório infanto-juvenil, pertencente a um dos hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento. Ainda hoje o CAPSi está localizado em um imóvel ao lado deste hospital psiquiátrico, o que gera repercussões em seu funcionamento que serão consideradas na análise desta pesquisa. O ambulatório citado atuava desde a década de 1980 e, apesar de contar com atuação de equipe multiprofissional com proposta de intervir de forma inovadora, até 2003 funcionava como um ambulatório tradicional (BARRETO, 2015).

Após muitas mudanças na configuração da equipe do serviço em grande parte de sua primeira década de funcionamento, frente aos vínculos precários de contratação vigentes, a partir de 2012 iniciou-se a contratação de profissionais via concurso público. No início de 2016 a equipe técnica era composta por 21 estatutários das seguintes categorias: psicologia, educação física, serviço social, enfermagem, técnico em enfermagem, terapia ocupacional, farmácia, psiquiatria, além de oficineiros e uma gerente (cargo de confiança política). Deste quadro de profissionais, três eram do sexo masculino e 18 do sexo feminino.

No período de realização da coleta dos dados desta pesquisa, os profissionais que assumiram o acolhimento foram: uma psicóloga, uma assistente social, uma farmacêutica, dois oficineiros, quatro técnicas de enfermagem e, pontualmente, uma psiquiatra. Pela disponibilidade de horários para realização do campo, não foi possível acompanhamento

² Dados do Censo demográfico de 2010. A faixa etária de 19 anos foi utilizada por ser considerada a faixa de referência de 15-19 anos na contagem realizada pelo Censo. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

³ Dados obtidos em apresentação da Área Técnica em Saúde Mental do Estado da Bahia para a Área Técnica de Saúde Mental do município de Salvador no ano de 2012.

apenas do turno de acolhimento realizado pelo profissional de serviço social junto a uma técnica de enfermagem.

No momento de minha entrada no campo, o acolhimento era assumido maciçamente pelas técnicas de enfermagem, que assumiam entre si mais da metade dos turnos de acolhimento. Nos diálogos estabelecidos para minha entrada como pesquisadora em campo, as técnicas colocaram sua insegurança de assumirem sozinhas este espaço de muita responsabilidade; expressaram também a angústia de ter que lidar com a responsabilização pelos encaminhamentos e seu sofrimento vivenciado no acolhimento de casos com histórias de vida perpassadas por diferentes violências e vulnerabilidades. A partir desse diálogo inicial, as técnicas colocaram sua realidade para a equipe, que se reorganizou no sentido de inserir outros profissionais como acolhedores e de dar maior suporte aos profissionais de nível técnico e médio no acolhimento.

Em um levantamento breve, realizado por meio de questionário estruturado, foi possível caracterizar a experiência anterior destes profissionais no campo da saúde mental e do trabalho com público infantojuvenil. Dentre as profissionais de nível técnico, todas afirmaram ter uma disciplina de saúde mental na sua formação, porém nenhuma sobre intervenção com crianças e adolescentes; a experiência prática na área da saúde mental na formação acadêmica fora restrita às instituições manicomiais, por curto período de tempo (em torno de uma semana); nenhuma experiência prática vivenciada com crianças e adolescentes; nenhum curso específico na área da saúde mental ou da atuação com crianças e adolescentes foi realizado pelas técnicas antes da inserção profissional no CAPSi. Dentre osicineiros, ambos afirmaram não terem contato com nenhuma experiência de formação ou trabalho profissional no campo da saúde mental ou infância e adolescência antes da sua inserção profissional no CAPSi. A psicóloga e a psiquiatra tiveram disciplinas de saúde mental e sobre intervenções com público infantojuvenil na formação acadêmica; ambas têm pós-graduação na área de saúde mental e já haviam trabalhado na área da saúde mental infantojuvenil antes da sua inserção profissional no serviço. A farmacêutica afirmou não ter disciplinas de saúde mental ou atenção à infância e adolescência em sua formação acadêmica; mas teve um curto estágio em saúde mental em um CAPS (quatro encontros); sua experiência profissional anterior com público infantojuvenil foi com bebês em uma UTI neonatal. O tempo de atuação profissional no CAPSi por estes profissionais varia entre dois e três anos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sendo observadas as recomendações

e normas do CONEP – Resolução CNS 466/12 a respeito de pesquisas que envolvem seres humanos, e teve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para sua realização. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponibilizando a publicização das informações produzidas nesta investigação.

3 O ACOLHIMENTO NO CAPSi

Consideraremos na análise do processo de acolhimento neste serviço tanto os aspectos institucionais quanto os de perspectiva clínica, tomando como recorte o momento da chegada do usuário pela primeira vez no serviço até o encaminhamento dado ao seu caso.

3.1 Sobre o espaço acolhedor

Sobre a chegada do usuário no serviço, iniciaria essa discussão atentando para um aspecto que foi discutido em reunião técnica pela equipe como uma mudança recente de impacto positivo: a estética e ambiência do serviço. Como colocado, esta unidade herdou o espaço físico de um ambulatório de saúde mental que funcionava nas instalações de um hospital psiquiátrico. Isso significa que, ao contrário do que é proposto pela RAPS no que tange os espaços físicos dos CAPS, para configuração de um “espaço substitutivo, territorial, aberto e comunitário” (BRASIL, 2013), este serviço traz em suas paredes de azulejo branco, aliados à pouca iluminação e às janelas altas gradeadas, marcas de um espaço manicomial.

A ambiência é um dos aspectos considerados na discussão dos processos de Humanização da atenção em saúde. Nesta perspectiva, considera-se o espaço físico enquanto espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, na produção de espaços que viabilizem, além de privacidade e conforto, a produção de subjetividades no encontro entre sujeitos para reflexão sobre os processos de trabalho e cuidado (BRASIL, 2010).

Este aspecto foi identificado pela Residência de Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), em atuação no serviço no período de 2014 a 2016, que entrevistou na criação de diferentes estratégias que transformaram a estética do serviço, na tentativa de impregnar em diferentes espaços a identidade de um serviço voltado ao acolhimento e promoção de saúde de crianças e adolescentes. No local onde funciona a sala de espera, foram criados espaços de livre expressão nas paredes, com disposição de lápis coloridos, tintas,

revistas; pequenas mesas com cadeiras onde as crianças podiam divertir-se e expressar-se antes dos atendimentos; impressão de artes e poesias nas paredes. Além disso, a realização de uma oficina de grafite deu novas cores ao muro que une o CAPSi ao hospital psiquiátrico vizinho.

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2010, p. 5).

Outro aspecto que foi algumas vezes discutido pela equipe na busca de estratégias de superação foi sobre o tempo e as filas de espera no acolhimento. No contexto desta unidade, poucos profissionais se colocaram disponíveis para atuarem na realização dos acolhimentos dos casos que chegavam pela primeira vez ao serviço; a concentração do acolhimento em poucos turnos semanais implicava na limitação dos casos a serem atendidos. Tal circunstância acabou por gerar uma dinâmica na qual os usuários começavam a chegar até duas horas antes do horário de abertura do serviço para garantia de atendimento ou aguardavam do início do turno matutino até o início da tarde para serem atendidos. Por vezes, usuários com familiares residentes de bairros distantes tinham que retornar à sua residência sem terem sua demanda escutada. A naturalização do discurso sobre “as filas de espera do SUS” entre alguns profissionais confrontava-se com a problematização feita por outros sobre o diferencial que precisava ser analisado no contexto de um serviço de saúde mental. O sofrimento vivenciado pelos usuários e familiares que buscam um serviço de saúde mental é atravessado por uma urgência de escuta e acolhimento – assim, ainda que a resposta a ser dada implique em uma espera posterior, em ter que retornar outro dia ao serviço, é importante que a equipe mantenha uma postura acolhedora diante da demanda apresentada e busque fazer uma avaliação prévia sobre a possibilidade de espera do caso, ou não (MINAS GERAIS, 2006).

3.2 Sobre o acolhedor

Um aspecto técnico importante que merece destaque nesta discussão é sobre a escolha dos profissionais a atuarem como acolhedores. A realização do acolhimento é proposta como uma atividade do campo da saúde mental, não devendo ser específica a

nenhuma categoria profissional. Porém, ao atribuirmos ao acolhimento a importância de ser uma estratégia essencial para a avaliação inicial dos casos, para a construção de vínculo entre usuário e familiares com a instituição e para construção de respostas às demandas apresentadas pelos sujeitos, é preciso estabelecer a premissa que não é qualquer profissional que pode assumir este lugar. Apontamos aqui algumas habilidades relacionais, alguns conhecimentos clínicos e uma apropriação sobre o funcionamento do serviço e da rede de atenção integral, capazes de gerar respostas efetivas às demandas apresentadas, que consideramos necessárias ao profissional atuante no acolhimento em um CAPSi.

Sampaio e colaboradores (2011), ao discorrerem sobre o trabalho em serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, apontam que a mudança paradigmática do modelo manicomial, que sustentava seu modelo clínico nas avaliações psicopatológicas, nas intervenções medicamentosas e de contenção e isolamento dos sujeitos, com centralidade no saber médico, produziu um novo cenário no qual o principal recurso de intervenção é o trabalhador, que deve contar com o amparo de sua formação, seu protagonismo, suas habilidades relacionais e técnicas. Ramminger e Brito (2011) sintetizam as exigências nesse novo contexto de conformação do trabalho em saúde mental:

O cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseada em um conhecimento técnico-científico. Exige, agora, um trabalhador implicado política e afetivamente com o projeto de transformação do modo como a sociedade tem se relacionado com a loucura, que trabalhe de forma interdisciplinar, em uma articulação da gestão com a clínica, circulando pela cidade, considerando um duplo papel: ser agenciador tanto do cuidado como da rede – e não apenas da rede de saúde, mas de uma rede de suporte social (p. 153).

Dentre as habilidades relacionais, podemos elencar algumas que se apresentam como fundamentais no exercício de receber um sujeito em sofrimento que busca atenção e cuidado em um serviço de saúde mental. Peixoto, Mourão e Serpa Junior (2016) apontam a empatia, no campo da saúde mental, como elemento relacional que permite uma melhor compreensão da experiência do usuário e que favorece a relação entre esse e o profissional, sendo fundamental para o desenvolvimento do processo de cuidado. A empatia é apresentada pelos autores como “sentir ou representar algo semelhante ao que é a experiência do outro” (p. 881). Jaspers (1968 *apud* PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JUNIOR, 2016) considera que a imersão empática no universo psíquico dos pacientes, através do contato com os relatos de suas vivências, da análise dos comportamentos e expressões, pela leitura de seus escritos, como a via para determinação e análise do que os pacientes realmente vivenciam.

Outro aspecto é a disponibilidade para uma escuta atenta e para a interação com um sujeito que pode expressar seu sofrimento de forma difícil de ser compreendida, mas necessariamente possível de ser acolhida. Pinto (2005) avalia que o sucesso da clínica nos CAPSi parece estar atrelada à sua capacidade de “suportar as idiossincrasias do ser humano, não acolhidas em outros Serviços, fazendo falar o sofrimento, ao invés de oferecer-lhe uma escuta surda” (p. 11).

Maynard e colaboradores (2014) apontam para a necessidade de desmistificar a crença de que escuta e capacidade para o diálogo são dons, mas que podem ser desenvolvidas a partir de posturas profissionais e técnicas de comunicação, baseadas nos princípios, já mencionados, de aceitação do outro, empatia, reconhecimento do usuário como sujeito que possui direitos, saberes, valores.

Atuar no acolhimento em um CAPSi envolve uma postura ética que pressupõe desconstruções de ordem moral, das significações construídas em torno do ideal de criança, adolescência, família, saúde. Exige do profissional um descentramento de sua habitual leitura de mundo para contextualização subjetiva e cultural da experiência do usuário (PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JUNIOR, 2016). Tensiona também o redimensionamento do lugar de saber-poder do profissional em relação ao usuário de um serviço público, que exige que os técnicos ao menos não intensifiquem a condição de sofrimento dos sujeitos que chegam ao serviço, com o respeito ao seu modo de vida e aos saberes produzidos sobre sua existência, que não são cindidos do modo de vida que o rodeia (CARVALHO, 2014). Essas desconstruções exigidas para o encontro genuíno com os sujeitos em sofrimento, constituído em um contexto muito específico e expresso em contornos muito singulares, é essencial para emergência no usuário do sentimento de ser acolhido e, a partir daí, para a construção do vínculo.

Maynard e colaboradores (2014) afirmam que a não realização de uma escuta qualificada no acolhimento a um sujeito em sofrimento é capaz de produzir insatisfação no usuário, geração de sentimentos negativos em relação ao profissional e à instituição, bem como o bloqueio à expressão de seu sofrimento, aumentando os riscos e vulnerabilidades do quadro, com conseqüente agravamento do sofrimento mental.

A disponibilidade à convivência e diálogo com a diferença dos modos de significar e agir dos sujeitos precisa ser vivenciada não só na relação com os usuários e familiares, mas também na equipe multiprofissional. Sampaio e colaboradores (2011) colocam que, entre as vantagens do trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental, há aquelas de cunho

ideológico, uma vez que o encontro entre profissionais de diferentes formações provoca o questionamento das condutas baseadas na tradição e na rotina – “pois nada mais ideológico que o senso comum, o espontâneo, o naturalizado, ‘o sempre foi assim’” (p. 4686). As vantagens teóricas do trabalho interdisciplinar estariam na capacidade de fazer dialogar os saberes para produção de novas soluções, de novos conceitos e novas estratégias de cuidado. Porém, é imprescindível assumirmos que, em equipes com essa diversidade de formações e experiências (profissionais e pessoais), dialogam e se confrontam diferentes valores morais, visões de mundo, referenciais culturais, posicionamentos políticos, o que acaba por gerar, por vezes, campos de disputa e tensão. Por vezes, essa disputa ocorre no campo teórico-técnico, com confrontação de modelos de atenção e concepções sobre o cuidado, avançando inclusive no campo ético, em momentos onde se confrontam a ética de manutenção da ordem da instituição e a ética do sujeito.

No serviço investigado, o acolhimento aos casos que chegam pela primeira vez ao serviço é realizado por dois profissionais de categorias diferentes. Este formato foi proposto pela equipe, por compreender a importância de este ser um espaço que demanda uma multiplicidade de saberes e concepções, necessários para ampliar a capacidade de oferecer respostas às demandas dos casos acolhidos. Foi possível identificar como as avaliações das necessidades dos casos pelos profissionais se complementavam e como se expressava nessa interpretação a especificidade dos saberes. Como expressão desse aspecto, vivenciei a discussão de diferentes casos acolhidos.

Como exemplo, temos um caso de uma criança de seis anos chamou a atenção da técnica de enfermagem, que, observando um desgaste grave nos dentes do menino, supôs o uso prolongado de antibiótico – este desgaste nos dentes havia sido identificado pela outra técnica apenas como falta de higiene bucal. O questionamento sobre essa questão levou à descoberta de um problema respiratório na primeira infância que o submeteu a longos períodos de internação. Esta informação foi preciosa para avaliação de possíveis comprometimentos do desenvolvimento desta criança que chegou ao serviço com suspeita de autismo. Em outro acolhimento, o caso de uma adolescente que queixava-se de apresentar sintomas depressivos decorrentes de sua complexa e sofrida trama familiar, teve uma interpretação diferenciada da médica, que atentou a equipe para o sofrimento vindouro a partir do desenvolvimento da doença hereditária recentemente descoberto pela jovem, com prognóstico de incapacitação.

Sobre a necessidade de desenvolvimento de habilidades do campo da atenção psicossocial, é necessário afirmar que o trabalhador em saúde mental assume neste paradigma uma dupla função: a de agente de cuidado e a de agenciador de uma rede de cuidados (RAMMINGER; BRITO, 2011). O cumprimento dessas funções exige do profissional que atua no acolhimento a capacidade de identificar a multiplicidade de demandas explícitas e implícitas no discurso, na expressão e nos corpos dos sujeitos que chegam aos serviços, além do conhecimento dos dispositivos da rede intersetorial de atenção integral: suas ofertas, suas funções e fluxos. É preciso, ainda, que o profissional tenha no horizonte a concepção que seu trabalho deve atuar no sentido da ampliação dos direitos dos usuários, de sua autonomia e cidadania. Carvalho (2014) propõe a caracterização de acolhimento éticopolítico:

O modo de cuidado em uma dimensão ética, portanto, [...] ao não se restringir à técnica, busca verdadeiramente dar conta do encontro intersubjetivo, do diálogo, do compromisso com a dimensão sociocultural e política, bem como do responder ao apelo do outro por acolhimento, respeito e escuta de seu sofrimento e singularidade (CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008, *apud* CARVALHO, 2014, p. 45).

Apesar dos avanços produzidos pelo paradigma da atenção psicossocial na saúde mental na complexificação da compreensão do sofrimento mental, agregando concepções e intervenções no âmbito coletivo e comunitário, no cotidiano do serviço, a concepção de clínica ainda tem forte referencial no paradigma biomédico, com enfoque na avaliação de sintomas, com associação aos quadros psicopatológicos, e nas intervenções medicamentosas. Isso se expressa, sobretudo, no acolhimento de casos que chegam em situação de crise no serviço, “crise” por vezes traduzida como tal a partir da identificação da agitação psicomotora da criança ou adolescente. Para estes, a prioridade de intervenção primeira é pela psiquiatra, pois compreende-se a necessidade de urgência na intervenção medicamentosa, geralmente anterior a qualquer outra tentativa de intervenção. Na ausência de um médico no serviço, foi observado, por vezes, casos serem encaminhados diretamente para atendimento na emergência psiquiátrica, logo ali ao lado: “porque nós não atendemos emergência, porque não temos sempre médico”. Chama atenção a necessidade de empoderamento e capacitação da equipe para sentir-se capaz de lidar com os casos em situação de crise e para vislumbrar estratégias possíveis neste contexto que superem a dependência da presença do médico no serviço e da restrição à intervenção medicamentosa.

Além disso, a clínica da saúde mental infantojuvenil traz um diferencial para os trabalhadores:

[...] se trata de uma clínica que afeta de um modo único, pois contraria nossos ideais estéticos de uma infância pura e bela. Além disso, por vezes, essa clínica tem o potencial de resgatar o infantil que em cada um de nós habita e, em outros momentos, desperta, de modo complementar, a maneira pela qual cada um recebeu os investimentos maternos e paternos, atualizando-os na relação com a clientela do CAPSi (JUCÁ, 2015, p. 264).

Além dos desafios produzidos por essa especificidade da clínica da infância e adolescência, de nos remeter às nossas próprias experiências dessa fase da vida e das relações vinculares que a constituem, outras dificuldades são apontadas pelos profissionais, que atribuem ao acolhimento o potencial de produção de sofrimento para eles. O contato com as histórias de sofrimento, perpassadas por contextos de muita violência, diferentes vulnerabilidades e pobreza extrema, não raro gera angústia entre os profissionais que atuam no acolhimento, principalmente pela responsabilidade que lhe é atribuída para dar respostas a essas demandas, frente à fragilidade da rede de atenção, que possui poucas estratégias e serviços disponíveis, e os existentes sempre com extensas filas de espera.

O sentimento de impotência é referido em diversos momentos de compartilhamento dos casos acolhidos de difícil manejo com o restante da equipe técnica. Neste sentido, é importante que o serviço crie, além de estratégias de educação permanente que sejam capazes de ampliar a capacidade resolutiva aos casos pelos profissionais, também estratégias de cuidado à saúde mental dos trabalhadores. Para acolher, é preciso que o acolhedor desenvolva estratégias contínuas de cuidado a si, de suas questões pessoais que podem embaraçar-se àquelas que chegam ao serviço através dos casos em sofrimento.

Pressuposto do cuidar dos outros, o cuidar de si dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana (FRANCO; MERHY, 2009) e, complementamos, passa sempre por um ocupar-se consigo, por um estar ativo no mundo, sem perder de vista a capacidade de interrogar-se continuamente das possibilidades de novos modos de ser e de estar consigo e com o outro (CARVALHO, 2014, p.121).

3.3 O encontro entre acolhedor e sujeitos em sofrimento

A preocupação se volta agora para o modo de estarmos diante do outro em um serviço de saúde: ao invés de centrar esforços e olhares para o que fazer, o interesse está no como fazer, em como cuidar da demanda trazida pela pessoa em situação de adoecimento e em uma singular manifestação no mundo (CARVALHO, 2014, p. 34).

Sobre o encontro entre o profissional responsável pelo acolhimento e os sujeitos em sofrimento que chegam pela primeira vez ao serviço, com seus cuidadores (genitores, outros familiares ou representantes de instituições), vamos nos debruçar sobre dois aspectos principais: as estratégias de vinculação com os sujeitos em sofrimento e a forma de apresentação do serviço, com reverberação na vinculação ou não à instituição.

Um diferencial da clínica infantojuvenil reside no fato de que, por vezes, a criança ou o adolescente em sofrimento que chega ao serviço traz em si uma demanda pelo tratamento que parte do Outro (a família, o médico, o juiz, a escola), o que gera um impasse sobre a identificação se os sintomas de sofrimento apresentados são da criança ou do adolescente, ou se estes sujeitos encontram-se embaraçados nos ideais deste Outro demandante. Além disso, a criança e o adolescente, sujeitos de maior vulnerabilidade psíquica, por vezes expressam em si sintomas de sofrimento que permeiam todo o sistema no qual estão inseridos, ao mesmo tempo em que convocam os atores deste sistema para gerir o cuidado do outro e de si.

As crianças, porque estão nessa encruzilhada de excesso de demandas pelo lado do mundo adulto e de inúmeros atravessamentos institucionais, têm seus conflitos, seus sofrimentos transbordando para todo o campo social. Ou seja, porque fazem crise nas famílias e nas instituições, os “transtornos” da infância têm a potência de desafiar o mundo adulto a analisar permanentemente seu posicionamento (consciente e inconsciente) no mundo (VICENTIN, 2006, p. 14).

Ao significarmos a produção de saúde enquanto movimento de produção de responsabilização dos sujeitos e das comunidades sobre o cuidado de si e do outro, o direito à palavra torna-se princípio fundamental. À responsabilização do outro sobre seu cuidado, precede a necessidade da escuta desse sujeito em sofrimento. “Ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família” (BRASIL, 2014, p. 23). Essa premissa clínica e política envolve um alinhamento ético dos técnicos que trabalham em um CAPSi, pois reconhecemos que socialmente há ainda uma tendência a negar às crianças a fala, a expressão dos desejos, assim como, por vezes, são suprimidos seus sofrimentos.

A priorização da fala das crianças e dos adolescentes, no exercício de buscar uma linguagem que promova a comunicação (seja de uma linguagem verbal mais próxima do universo infantojuvenil, seja nas outras formas de linguagem corporal, de utilização dos instrumentos lúdicos, ou de expressão em desenhos e pinturas) foi observada como uma

estratégia que permite na dinâmica do serviço investigado melhor compreensão das queixas apresentadas, bem como a produção de autonomia e vinculação com os sujeitos. A disposição pessoal, observada entre os profissionais ao sentarem-se no chão para brincar junto com as crianças, ao criarem jogos lúdicos, junto a alguns recursos próprios para a expressão desse público específico, permite o distanciamento do discurso produzido pela família ou pelas instituições sobre o sujeito e a aproximação deste em sua expressão mais genuína. Em um acolhimento de um adolescente, a mãe buscava “adequar” o comportamento do garoto, corrigindo seu vocabulário, pedindo para que ele tirasse os fones de ouvido e desligasse a música que escutava. A técnica neste momento pede gentilmente para que a mãe deixe o garoto à vontade, e pede para escutar a música junto com ele – a partir daí o garoto começa a falar mais abertamente de suas experiências e pede para a mãe retirar-se da sala, deixando-o sozinho com as profissionais.

É preciso muitas vezes realizar a separação, inclusive no espaço concreto, entre as crianças e adolescentes e aqueles que lhe acompanham e expressam suas queixas, para melhor compreender as diferentes perspectivas que atravessam a complexidade do contexto de produção do sofrimento.

Um segundo aspecto do acolhimento, só possível de ser acessado frente a uma estratégia de investigação etnográfica, foi o discurso produzido sobre o serviço pelos profissionais acolhedores ao apresentar o funcionamento da instituição aos usuários e familiares. Foi observado que o discurso ora era atravessado pela intencionalidade de promover a vinculação (nos casos que se compreendia que deveriam ser acompanhados no CAPSi), com falas no sentido de exaltar elementos de identificação do serviço com o sujeito; ora de não fazê-lo, junto aos casos que seriam encaminhados a outros dispositivos. Neste último caso, porém, conscientemente ou não, a produção do discurso sobre o serviço tinha a potência de gerar o afastamento nos sujeitos em acolhimento em relação ao serviço. Neste sentido, identificamos discursos como: “não é justo colocar seu filho organizado com outros aqui esquizofrênicos, com depressão grave” ou “o CAPS é um serviço que veio substituir o manicômio. Então, aqueles casos graves que antes eram internados, como os esquizofrênicos, com transtorno bipolar, agora são tratados aqui” (esta última fala, apesar de verdadeira no contexto do cuidado em saúde mental para os adultos, não é compatível com a realidade do público assistido no CAPSi). Observamos, assim, que na expectativa de não promover identificação de uma demanda interpretada como “leve” ao tipo de demanda a ser assistida no

CAPSi, acaba-se por promover um discurso que distorce a caracterização do serviço e ainda tem a capacidade de gerar estigmas em torno dos usuários acompanhados nele.

3.4 Avaliação psicossocial do caso

A rede de danos que trama o sofrimento da criança é ampla. Por isso temos o desafio de pensar uma psicopatologia que não fique restrita aos mecanismos endopsíquicos. Nem o sofrimento, nem o tratamento devem ser entendidos como sendo da criança. Daí pensarmos que de todos ‘se trata’: da criança, de sua família, de seus entornos, de seus terapeutas, e da própria instituição de tratamento e dos processos sócio-político-institucionais de produção de subjetividade (VICENTIN, 2006, p. 14).

Uma outra dimensão do acolhimento é o seu intento de iniciar uma avaliação do caso. Para além da identificação de sintomas, típico do processo de avaliação em saúde mental em um modelo manicomial, a avaliação de um caso que chega a um centro de atenção psicossocial deve contemplar a avaliação dos fatores de risco (variáveis que aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma psicopatologia ou para resultados negativos no desenvolvimento) e dos fatores de proteção (recursos pessoais ou sociais que diminuem ou inibem o impacto do risco) presentes na história e no contexto sociocultural atual do sujeito e sua família.

Os fatores de risco para problemas de saúde mental entre crianças e adolescentes podem ser agrupados entre os fatores biológicos (associados a problemas vivenciados na gestação, no parto, ou complicações clínicas na primeira infância); fatores genéticos (histórico de transtorno mental na família); fatores psicossociais (disfunções na vida familiar e na inserção escolar; perda de vínculo com genitores; ausência de vinculação a grupos sociais, baixos níveis de suporte social); eventos de vida estressantes (altos níveis de estresse familiar, separação dos pais, perda de pessoa afetivamente significativa, evasão escolar); exposição a maus-tratos (violência intrafamiliar, violência em contexto escolar ou comunitário, abuso físico ou sexual); e fatores ambientais (baixa renda, más condições de moradia, acesso limitado à saúde e à educação) (MAIA; WILLIAMS, 2005; RAMIRESI *et al*, 2009; MATSUKURA *et al*, 2012).

A identificação dos fatores de proteção é fundamental para a criação posterior de estratégias de cuidado, ao se configurarem enquanto potenciais para investimento terapêutico. Os fatores de proteção podem ser categorizados em atributos da criança (autonomia, auto-estima, preferências), características da família (coesão, afetividade, clareza de regras e

responsabilidades entre membros) e fontes de apoio individual ou institucional disponíveis para a criança e a família (apoio de outros familiares, suporte cultural, vinculação à instituições religiosas, etc.) (MAIA; WILLIAMS, 2005).

A identificação dos fatores de risco e proteção deve ser considerada em sua contextualização sócio-histórica-cultural, em um esforço de não realizar a imposição de valores, referências e normas, de referência pessoal, às famílias atendidas. Esse movimento coloca o profissional frente à tomada de posição quanto aos valores que devem reger a organização social e a relação entre os homens (CARVALHO, 2014).

A leitura realizada pelo profissional pelo sintoma apresentado pelos usuários e aqueles que o acompanham ao serviço deve alcançar a dimensão simbólica da mensagem articulada ao pedido de ajuda ao serviço, afim de atribuir-lhe sentido, de lhe desvendar a complexidade da problemática, com a facilitação da expressão do sujeito em uma linguagem diferente da do corpo (MENDES, 2004). Desta forma, abre-se caminho para a construção da demanda para um cuidado singularizado.

Observamos que, nas entrevistas iniciais realizadas no acolhimento dos casos que chegam pela primeira vez ao CAPSi, são priorizados aspectos do desenvolvimento da criança (gestação, parto, desenvolvimento na primeira infância: idade com que começou a falar, a andar, se amamentou), aspectos da dinâmica familiar (como se relaciona com pais, irmãos e outros familiares, identificação das pessoas com maior vínculo, identificação da relação de autoridade dos pais, identificação de separação ou perda de pessoas significativas), aspectos da inserção social (como é a dinâmica escolar, se tem amigos, se realiza outras atividades de esporte ou cultura, como se organiza seu lazer, como se relaciona com outras crianças ou adolescentes), aspectos da rotina (como é a alimentação, o sono, as atividades que realiza cotidianamente). De forma geral, os profissionais colocam a necessidade de compreender melhor sobre os aspectos da primeira infância que podem incidir em riscos para o desenvolvimento. Priorizam a fala da criança ou do adolescente na investigação desses aspectos, dispondo de brinquedos, lápis, papel e outros instrumentos para facilitar a comunicação.

Na escuta com familiares e instituições, é possível ampliar a leitura sobre o problema e, por vezes, desconstruir a demanda de cuidado especializado para a criança. Em alguns acolhimentos, por exemplo, foi possível identificar que o problema maior estava situado em uma crise no casamento dos genitores, ou na ansiedade da mãe em lidar com a vivência da maternidade, ou, ainda, nas dificuldades de manejo da família sobre as questões próprias da

adolescência. Nesses casos, é importante que seja acolhida a demanda, que se construa junto aos sujeitos a ampliação da leitura do problema e que sejam dados os devidos encaminhamentos.

3.5 Os encaminhamentos

Ao discorrermos sobre os aspectos do acolhimento em um CAPSi, não podemos perder de vista o exercício de seus dois papéis fundamentais: um papel terapêutico, relacionado à criação e desenvolvimento de estratégias de cuidado diversas que busquem atender às diferentes demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico; e um papel gestor, que o incube de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Deste modo, recai sobre o CAPSi a responsabilidade de direcionamento para o cuidado adequado das crianças e adolescentes que chegam ao serviço, ainda que se reconheça que não é o CAPSi o lugar que responderá a essas demandas. É importante compreender que “o encaminhamento é necessariamente um procedimento clínico, onde o paciente e o profissional estão implicados na decisão institucional” (PINTO, 2005, p. 25). Este destaque é fundamental, sobretudo, para desconstruir a compreensão difundida entre muitos serviços públicos do encaminhamento como um mero trâmite burocrático. O encaminhamento deve ser realizado no caso de identificação de outro dispositivo que possa responder melhor às necessidades do usuário e deve ser realizado de forma implicada e corresponsável, com o acompanhamento pelo profissional que acolheu o caso no CAPSi até o atendimento e inclusão do usuário no outro serviço. Este processo pode envolver comunicação interinstitucional, visitas para estabelecimento de parcerias, discussão de caso entre as equipes envolvidas, ou ainda o atendimento conjunto pelos diferentes dispositivos.

É importante que a equipe reflita sobre as estratégias que podem tornar mais efetivos os encaminhamentos realizados, o que impacta na redução dos longos itinerários realizados pelas famílias em busca de cuidado. O contato direto com outras instituições, com a discussão do caso acolhido e a garantia de disponibilidade do outro dispositivo de dar continuidade ao cuidado tem chances maiores de gerar um encaminhamento efetivo que a entrega de uma lista de contatos de instituições para as famílias fazerem a busca por conta própria.

Um nó na Rede identificado pelos profissionais do CAPSi é a resolutividade nos encaminhamentos, no sentido de garantir a continuidade da atenção nos outros pontos de atenção da Rede. Com a realidade de poucos serviços disponíveis e com os existentes sempre com longas filas de espera, a angústia de encaminhar os casos com a incerteza de serem assumidos por outros pontos da atenção confronta-se com a impossibilidade de abarcar o cuidado desses casos no CAPSi. Porém, percebe-se no cotidiano do serviço que muitos casos, reconhecidos como de responsabilidade de outros serviços, acabam sendo assumidos no CAPSi por não se ter para onde encaminhar ou por não se confiar na capacidade de outro serviço dar conta do caso naquele momento. Destaca-se aqui a necessidade de investimento contínuo do serviço no conhecimento dos diferentes dispositivos de cuidado a essa população, incluindo aqui aqueles de oferta no campo da arte, esporte, lazer, cultura, iniciação profissional.

4 O ACOLHIMENTO COMO CAMPO PARA ANÁLISE INSTITUCIONAL

As nuances de perspectiva técnica e ética vivenciadas na investigação etnográfica no acolhimento em um CAPSi podem ser aqui auxiliares para a realização de uma análise da conformação da instituição em suas esferas político-ideológicas e teórico-técnicas, com os atravessamentos éticos que lhe são próprios. Utilizarei os pressupostos de Costa-Rosa (2003) para análise dos parâmetros que compõem as práticas de saúde mental em seus dois paradigmas fundamentais: o do modo asilar e do modo psicossocial.

A análise das práticas de saúde mental a partir do acolhimento não pode ser aqui interpretada sem a consideração primeira que elas são expressão das contradições resultantes dos conflitos reais entre os grupos e interesses sociais representados nas instituições. Para tanto, nos apropriamos da concepção de Costa-Rosa (2003) sobre a instituição enquanto “formação material constituída por um conjunto de saberes e prática articulados por um discurso de tipo ideológico” (p. 145) – a articulação promovida pelo discurso é exatamente entre saberes e práticas contraditórios entre si.

O primeiro parâmetro de análise a ser considerado são as concepções de objeto (saúde-doença-cura) e dos meios de trabalho. Neste sentido, o modo de atenção psicossocial complexifica a compreensão do objeto de intervenção, atribuindo-lhe determinantes políticos e biopsicosocioculturais, na superação da interpretação de determinação essencialmente orgânica do sofrimento mental, segundo modelo asilar, que se projetava em intervenções

quase que exclusivamente medicamentosas. O campo de intervenção no modo psicossocial, ao compreender o sofrimento do sujeito localizado em sua teia de relações e contexto específico de vivência, pressupõe que a oferta de estratégias de cuidado não pode ficar restrita ao usuário do serviço, mas deve envolver a família e seus grupos sociais, com a superação das posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar (COSTA-ROSA, 2003).

Além disso, a implicação subjetiva do sujeito em relação ao seu sofrimento o reposiciona do lugar daquele que apenas sofre com os efeitos produzidos por seus conflitos para aquele de quem passa a implicar-se nesse sofrimento e a reconhecer-se como agente de possibilidades e de mudança. Reconhece-se o sujeito em sofrimento enquanto potência autônoma e transformadora, superando a objetificação produzida pelo modo asilar de manejo em saúde mental.

Na investigação etnográfica empreendida, observamos a expressão das contradições quanto às concepções sobre os sujeitos pelos profissionais acolhedores, demarcada, de um lado, pelas posturas de enfoque na identificação dos sintomas e enquadre em diagnósticos psicopatológicos e, de outro, pelo empenho de compreensão das demandas integrais de cuidado do sujeito em sofrimento. Estas diferentes formas de leitura se confrontam, sobretudo, na discussão sobre a responsabilização do serviço sobre os casos. A confrontação ocorre no enfrentamento de duas posições: uma pautada na lógica de que o usuário do CAPSi deve apresentar um “transtorno mental grave e persistente”, portanto, o diagnóstico seria o parâmetro para inclusão ou não no serviço; uma outra que prioriza a análise da gravidade de seu sofrimento e os prejuízos psicossociais acarretados. Foi observado o empenho da equipe em alinhar essas diferentes concepções, na tentativa de complexificação da análise dos casos.

Esta leitura do problema apresentado pelo sujeito projeta-se diretamente nas respostas que serão produzidas pela equipe: apesar de ainda imperar a necessidade de avaliação psiquiátrica junto aos casos considerados mais graves, sobretudo aqueles que implicam em um risco de vida para si e para o próximo, observa-se o esforço da equipe em oferecer uma maior diversidade de respostas às demandas identificadas, na inserção em atividades de produção cultural e artística, de circulação pelos espaços da cidade, de promoção de vínculo social. Destaca-se, porém, que, apesar da análise dos casos acolhidos em sua maioria incidirem na interpretação sobre a implicação da família na produção do sofrimento da criança e do adolescente, a resposta produzida não tem sido compatível à dimensão do problema identificado. Em geral, os grupos de família atuam na perspectiva de grupos operativos ou de orientação; e a identificação de questões subjetivas mais complexas,

que geram um quadro de sofrimento mais intenso entre os cuidadores, que demandam cuidado mais direcionado, em sua maioria são encaminhadas para outras instituições.

O segundo parâmetro de análise refere-se às formas de organização do dispositivo institucional, do qual destacaremos a caracterização dos fluxos decisórios e o modo da divisão do trabalho interprofissional. Neste aspecto, o modo psicossocial imprimiu uma diferenciação em relação ao modo asilar quanto à configuração das relações de poder entre os sujeitos, ao direcionar a necessidade de horizontalização das relações institucionais, sejam aquelas estabelecidas entre os técnicos, entre técnicos e gestores, ou as forjadas entre estes e os usuários. A institucionalização das relações horizontais implica uma transformação no campo dos micropoderes que interfere diretamente na dinâmica do poder decisório na instituição: o poder técnico, assumido de forma distinta entre membros da equipe, não seria o determinante do fluxo decisório, assumido pelo coletivo em seu espaço instituído de reunião geral. Acrescenta-se aqui, o imperativo do modo psicossocial de ampliação dos espaços de participação dos usuários e familiares, tanto na organização dos processos terapêuticos particulares, quanto nos espaços de discussão sobre a gestão do serviço (COSTA-ROSA, 2003).

Na dinâmica investigada no CAPSi, observa-se uma preponderância entre alguns técnicos sobre a posse de um poder técnico, atribuído geralmente por sua categoria profissional ou experiência na área, que interfere diretamente nos processos decisórios. Uma técnica de enfermagem, que realizou o acolhimento de um caso que considerou grave, coloca que sente que a equipe nem sempre alcança a complexidade a partir de sua apresentação em uma reunião técnica e que ela geralmente busca a realização de uma nova escuta por uma das psicólogas para dar respaldo e confiabilidade ao seu posicionamento sobre o caso. A realização de um novo acolhimento é, com frequência, solicitada às psicólogas, o que convoca a reflexão sobre a preponderância ainda em vigor do “saber psi” nos serviços de saúde mental. Em outro caso, o educador físico se coloca: “Acho que ela precisa de uma escuta mais especializada; ela tá dizendo que tá se cortando, não sei se tenho condições de lidar com isso. Acho que ela precisa ser ouvida por uma psicóloga.” Ainda que se reconheça a especificidade do núcleo da psicologia em atuação em um serviço de atenção psicossocial, a escuta qualificada e avaliação da demanda de cuidado não podem ficar restritas a uma categoria. As psicólogas do serviço se questionaram: quais aprendizados podem ser compartilhados para que a equipe sintam-se mais segura em realizar uma nova escuta de avaliação dos casos de sofrimento psíquico mais intenso?

Ainda no bojo de preponderância do “saber *psi*” nos serviços de saúde mental, a avaliação psiquiátrica aparece como elemento diferencial na consideração sobre os casos, porém com o agravante das profissionais médicas não participarem das reuniões técnicas e raramente discutirem em equipe sobre essa avaliação. A avaliação psiquiátrica, centrada na imposição de um diagnóstico, confronta-se, por vezes, com a avaliação das condições psicossociais realizada pelo restante da equipe. Uma técnica pontua: “O problema é que a maior parte da equipe trabalha na lógica da atenção psicossocial, enquanto os psiquiatras trabalham na lógica ambulatorial”. É evidente o quanto os processos de trabalho operam de forma diferenciada entre os psiquiatras e as demais categorias profissionais, tanto nas normas que lhes são impostas institucionalmente, quanto no respaldo dado às suas avaliações e posicionamentos pela maioria da equipe.

Observa-se também que, frente à ausência de um processo formal de educação permanente na equipe para sua atuação no campo da saúde mental e da clínica infantojuvenil, o aprendizado sobre avaliação dos casos e seu manejo clínico ficam à mercê do aprendizado feito no cotidiano do serviço, tomando alguns técnicos com mais tempo de serviço como referência, aliado aos aprendizados da vida pessoal. Esse processo gera uma reprodução de uma cultura específica no serviço quanto à interpretação dada aos problemas que chegam ao CAPSi, que, na ausência de um referencial clínico, assume um enfoque de interpretação moral; e quanto às práticas produzidas na relação com os usuários, com a reprodução das relações de poder estabelecidas com as crianças e adolescentes nos contextos familiares pessoais.

O terceiro parâmetro de análise das práticas de saúde mental seria a forma como o serviço se apresenta para sua clientela e se situa no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico. Avaliam-se os significantes utilizados para apresentar a instituição, bem como são apresentados seus recursos e a possibilidade destes de cumprirem seu objetivo de responder às demandas sociais que lhe são atribuídas (COSTA-ROSA, 2003).

Como já apresentado, este serviço carrega em si um histórico em sua constituição atrelada ao Hospital Psiquiátrico do qual é vizinho e ao qual foi vinculado por alguns anos. Não é raro a busca de pessoas por “internação” de crianças e adolescentes no CAPSi, ou o medo das crianças por acharem que estão adentrando o Hospital Psiquiátrico. Por outro lado, por ser um dos únicos pontos de atenção à infância e adolescência no seu território específico e pela pouca produção atual de espaços de diálogo com os outros pontos de atenção da Rede, é reconhecido pelas escolas, pelos conselheiros tutelares e outros tantos serviços, como o

responsável pela demanda aberta de crianças e adolescentes com qualquer tipo de problema comportamental.

A criação de espaços de diálogo com a comunidade e com outros pontos de atenção para apresentação do serviço e da proposta de cuidado ofertado pelo CAPSi, bem como para as articulações necessárias às demandas outras de cuidado à infância e adolescência em seu território, apresenta-se como imperativo para seu momento atual. Apesar do contexto deste serviço, responsável por atender metade da população infantojuvenil de uma capital com mais de três milhões de habitantes, é importante que a gestão clínica do serviço organize-se no sentido de manter o CAPSi conectado e no exercício de desenvolvimento de trabalho conjunto e dialogado com os demais dispositivos de atenção a esta população. Do contrário, incorremos no sério risco de torná-lo mais um serviço de atuação ambulatorial, que pouco tem a capacidade de responder ao papel que lhe é atribuído.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A etnografia do acolhimento no CAPSi permitiu a compreensão de como, para além da normatização que rege as práticas dos serviços segundo os princípios do SUS, se configuram as tensões, ambiguidades e conflitos na conformação do cuidado neste serviço, regido por diferentes compreensões e valores em torno do sofrimento psíquico. A escolha do acolhimento enquanto espaço privilegiado para esta análise justificou-se com o reconhecimento que a forma de organização e vivência do encontro de usuários e profissionais neste momento é importante demarcador para continuidade do cuidado, seja neste serviço ou em outras instituições.

Foi possível nesta análise identificar dois aspectos centrais do acolhimento: a vinculação e a responsabilização. Observa-se que o modo de operar as relações (entre profissionais e usuários e entre os profissionais), o modo de apresentação da instituição (na concretude espacial e na produção do discurso sobre o papel e as possibilidades de intervenção do serviço), a forma de organização institucional (turnos e profissionais disponíveis para acolhimento, tempo e filas de espera) e a forma como são dados os encaminhamentos dos casos acolhidos, definem a possibilidade de vinculação do usuário ao serviço e/ou ao profissional. Esta vinculação pode ser traduzida na percepção do usuário de ser respeitado e acolhido em seu sofrimento e no seu reconhecimento da capacidade do

serviço e/ou do profissional de oferecer respostas ao seu problema, ainda que esta resposta seja o encaminhamento para outro dispositivo ou estratégia de cuidado.

Desta análise, podemos oferecer outra leitura para o que geralmente os profissionais interpretam como “abandono de tratamento”, que pode estar atrelada à percepção do usuário de não sentir-se acolhido no serviço (ao sentir-se julgado, culpabilizado, desrespeitado), ou de não reconhecer a capacidade do serviço de responder à sua necessidade, ou, ainda, de rejeitar a identificação com um serviço que lhe é apresentado como lugar de substituição dos manicômios, lugar de “psicóticos”, sem que seja problematizado seu imaginário em torno da loucura, com o reforço de estigmas e preconceitos. Importante pensar que a partir da percepção dos usuários da experiência de acolhimento na unidade, reproduz-se nas suas redes sociais e comunitárias um imaginário sobre este serviço, que pode gerar aproximação ou afastamento da população em relação ao CAPSi.

Quanto à responsabilização, temos, em primeira instância, a necessidade de, desde o acolhimento, intervir na produção em saúde como movimento de responsabilização dos sujeitos sobre o cuidado de si e do outro, premissa inaugurada com o paradigma psicossocial, ao deslocar o sujeito do lugar daquele que apenas sofre as consequências de seus conflitos. Este movimento implica a necessidade de conferir a fala aos sujeitos em sofrimento: no campo da infância e adolescência, temos aí incutida uma mudança também histórica, cultural e política, da retirada da criança e do adolescente do lugar de objetos de disciplinarização e normatização para seu reconhecimento enquanto sujeitos de direitos. Em outra dimensão, o acolhimento apresenta-se como importante espaço de gestão das demandas emergentes do território, que implica o exercício de gestão da Rede de atenção local para ampliação das possibilidades de resposta aos problemas apresentados pelos sujeitos que chegam ao serviço.

A responsabilização do CAPSi não pode ser, assim, somente junto aos casos que potencialmente podem ser acompanhados neste unidade, mas também daqueles que podem beneficiar-se de uma intervenção breve, como uma escuta qualificada ou uma avaliação mais processual do caso, ou de um direcionamento implicado para continuidade do acompanhamento em outro ponto da Rede. Esta premissa aponta para a necessidade do CAPSi também atuar em seu território junto aos serviços de educação, assistência social, saúde, justiça e demais setores envolvidos no cuidado ao público infantojuvenil, no sentido de problematizar o processo de medicalização embutido nos encaminhamentos aos CAPSi, com o questionamento dos elementos contextuais (socioeconômicos, culturais, políticos, institucionais) dos enquadrados “criança-problema” ou “adolescente-problema”, que

expressam problemas de ordem coletiva. Este movimento envolve a desconstrução da demanda de acompanhamentos especializados e a criação de estratégias de abarcamento da expressão e vivência desses sujeitos, que rompem com o ideal produzido de criança e adolescente “ajustado”, “adequado” às normas institucionais.

O acolhimento mostrou-se potente em sua função de analisador institucional. A partir do acolhimento, foi possível identificar os atravessamentos morais, técnicos, éticos, políticos e administrativos na organização de seu funcionamento, na operacionalização do cuidado, na configuração das relações entre os sujeitos, no estabelecimento de seu lugar – imaginário e concreto – na Rede de atenção à infância e adolescência. Essas considerações têm como pano de fundo os conflitos entre grupos e interesses sociais contraditórios, representados na instituição por diferentes perspectivas teóricas, éticas e técnicas dos profissionais que a constituem, que disputam modelos de atenção e o direcionamento clínico do serviço.

Dessa confrontação, emerge a necessidade de discussão sobre o trabalho em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica: com a reprodução na formação acadêmica do modelo manicomial de intervenção em saúde mental, com centralidade nos procedimentos biomédicos e na relação hierárquica de poder entre profissional e usuário, evidencia-se a demanda de um investimento maciço em espaços de educação permanente que intervenham na cultura profissional e institucional, expressa, por vezes, em discursos e práticas manicomialmente dentro dos serviços substitutivos.

Diante dessas considerações, assumimos o acolhimento enquanto um ato clínico, que exige conhecimentos técnicos e habilidades para sua operacionalização, mas também como um compromisso ético e político com as populações, enquanto estratégia de afirmação das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e como espaço de intervenção que deve direcionar-se à garantia do cuidado e proteção integral a este público.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, S.G. Desafios na construção de um CAPSi. In: NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. de.; PRATES, A. (Org.) **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 287-305.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2006.
- _____. **Portaria nº 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília, 2014.
- CARVALHO, L. B. **Tessituras éticopolíticas do cuidado na saúde mental**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde Coletiva por associação ampla de IES (UECE/UFC/UNIFOR), Fortaleza, 2014.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-168.
- 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, v. 30, n.4, p. 390-398, dez. 2008.

COUTO, M.C.V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.). **A Criança e a Saúde Mental** – Enlaces entre a Clínica e a Política. Belo Horizonte. Ed Autêntica/FCH-FUMEC, 2004. p. 61-72.

GEERTZ C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 13-41.

JORGE, M.S.B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JUCÁ, V. A residência no CAPSi: especificidades do cuidado na saúde mental infanto-juvenil. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.) **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 263-286.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.

MATSUKURA, T. S. *et al.* Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, maio/ago. 2012.

MAYNART, W.H. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem (online)**, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental (Linha-Guia)**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte: 2006.

NUNES, M. de O. *et al.* A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial: uma proposta metodológica. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 204-220, abr. 2010.

PINTO, R.F. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da Psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. 2005. 105f. Dissertação de mestrado em Psicologia. Instituto de Psicologia, Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

RAMIRESI, V.R.R. *et al.* Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, ago. 2009.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 150-160, 2011.

SAMPAIO, J.J.C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (org.) **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMSUERJ, 2004. p. 241-257.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 92-101, jun. 2005.

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

VELHO, G. Observando o Familiar. In: NUNES, E. O. (org.). **A Aventura Sociológica**: Objetividade, Paixão, Improviso e Método na Pesquisa Social. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

VÉRAS, R.M. (org.) **Introdução à etnografia institucional**: mapeando práticas na assistência à Saúde. Salvador: EDUFBA, 2014.

VICENTIN, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, ago. 2004.

ARTIGO 2

**CAPSi: A QUE SERÁ QUE SE DESTINA?
ANÁLISE DOS PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE A DEMANDA ACOLHIDA EM
UM CAPSi.**

**Carolina Pinheiro Moreira
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Vlândia Jamile dos Santos Jucá**

RESUMO

Este artigo analisa o processo decisório sobre os casos acolhidos em um CAPSi do município de Salvador. A partir do método etnográfico, foi realizada a imersão no cotidiano da instituição por um período de três meses, em três turnos semanais. Os casos acolhidos foram categorizados em: 1) Casos que são consenso na determinação da responsabilidade do CAPSi; 2) Casos assumidos pelo CAPSi pela ausência ou ineficiência de outros dispositivos da Rede; 3) Crianças e adolescentes que usam drogas: casos que seriam para o serviço, mas a equipe não tem consenso acerca da responsabilidade sobre eles; 4) Casos reconhecidos como não sendo responsabilidade para o serviço. A partir do marco teórico-metodológico dos “signos, significados e práticas em saúde mental”, em cada categoria foram evidenciados os identificadores do sofrimento psíquico e da necessidade de acompanhamento ou não no serviço, o sistema de explicação atribuído pelos profissionais ao sofrimento psíquico apresentado pelos sujeitos e as práticas desenvolvidas a partir do acolhimento destes diferentes casos na unidade. São identificados os conhecimentos, valores e princípios que regem as práticas de acolhimento e a organização da oferta de cuidado do serviço investigado. A pesquisa destaca a constatação da assistência deficitária aos casos de sofrimento psíquico não grave e àqueles que envolvem o uso problemático de drogas na Rede de atenção a crianças e adolescentes em Salvador.

Palavras-chave: Saúde mental infantojuvenil. Acolhimento. Processos decisórios.

ABSTRACT

This article analyzes the decision-making process on cases received into one of the Center of Psychosocial Care for children and adolescents (CAPSi) units in the city of Salvador. The immersion process was carried out in the institution's routine utilizing the ethnographic method for a period of three months in three weekly shifts. The cases received were categorized into: 1) Cases where there is consensus on the determination of the CAPSi responsibility; 2) Cases taken by the CAPSi unit due to other Network institutions absence or inefficiency; 3) Children and adolescents who use drugs: cases that would be for the service, but the team has no consensus about their responsibility; 4) Cases that are known as not being of the service responsibility. From the methodological framework system of “signs, meanings and practices” concerning mental health at a CAPSi, in each category, the identifiers (signs) of psychological distress and the need for monitoring (or not) in the service were highlighted, the explanation system (meanings) given by the professionals to psychological distress presented by the subjects and practices developed from the reception of these different cases in the unit. Thus, knowledge, values and principles governing the practices of reception and organization of the investigated service care provision are identified. The research highlights the verification of deficitary assistance to cases of not serious psychological distress and those involving the drugs abuse in the care Network for children and adolescents in Salvador.

Keywords: Children and adolescents mental health care. Embracement. Decision-making processes.

1 INTRODUÇÃO

Os resultados que aqui serão apresentados são parte de uma pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), realizada em um CAPSi da cidade de Salvador. Este artigo terá o enfoque no objetivo de analisar o processo decisório sobre os casos acolhidos neste serviço, evidenciando os signos atribuídos pelos profissionais do CAPSi como indicadores da necessidade de acompanhamento de um caso neste serviço, os significados constituintes do sistema de explicação destes signos na definição de um sofrimento psíquico e as práticas desenvolvidas a partir do acolhimento de um caso nesta unidade.

A atenção a crianças e adolescentes pode ser compreendida historicamente como evento recente, uma vez que a consciência da particularidade da infância, o que Ariés (1982) irá nomear de “sentimento da infância”, surge somente ao final do século XVI e se fortalece ao longo do século XVII, sobretudo entre os moralistas e educadores. A partir do século XVIII, a infância ganha destaque ao assumir um status de preocupação social, sobretudo em relação à medicina. A partir de uma perspectiva higienista, a medicina atua, neste momento histórico, no sentido do controle e educação dos futuros adultos, os bons cidadãos, aqueles adequados ao cumprimento das normas sociais vigentes (RIZZINI; PILOTTI, 2011).

No Brasil, a influência do higienismo na conformação da psiquiatria infantil irá estruturar-se apenas no século XX. O cuidado ofertado ao público infantojuvenil neste período era centrado em instituições fechadas, muitas delas sob a tutela do campo da filantropia. A história do cuidado a este público no Brasil, sobretudo às crianças e adolescentes pobres, é, então, marcado por um longo processo de desresponsabilização do Estado que se faz substituir por estratégias filantrópicas que levaram à institucionalização do cuidado e à criminalização da infância pobre, em um quadro caracterizado pela desassistência, pelo abandono e pela exclusão (BRASIL, 2005).

No processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que, desde os anos 1970, avança com conquistas importantes na produção do conhecimento sobre o sofrimento psíquico, no redimensionamento do modelo de cuidado e no embasamento normativo-jurídico, houve uma inclusão tardia das questões inerentes à saúde mental infantojuvenil na construção da nova política de saúde mental (COUTO, 2004). Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), a esta inclusão tardia podem ser associados alguns fatores, como a variada gama de problemas que abarca a saúde mental da infância e adolescência (desde os transtornos globais de

desenvolvimento; os fenômenos de externalização, como transtorno de conduta e hiperatividade; os fenômenos de internalização, como depressão e transtornos de ansiedade; o uso problemático de substâncias psicoativas; entre outros) e a extensa variação do período de incidência e dos prejuízos relacionados, o que complexifica a avaliação diagnóstica e situacional.

Esta inclusão tardia da discussão da infância e adolescência no campo da atenção em saúde mental tem impactos concretos na produção do cuidado a este público: frente à incipiência dos serviços públicos especializados de saúde mental infantojuvenil e à histórica influência do conhecimento e das práticas pedagógicas neste campo, constata-se que crianças e adolescentes diagnosticados como autistas ou psicóticos são frequentemente submetidos a métodos pedagógicos de controle de suas condutas tomadas como bizarras, ou ainda, a uma administração excessiva de medicação, que, com enfoque no desenvolvimento funcional, afetam negativamente as possibilidades existenciais e biológicas do sujeito. Este enfoque na noção de “deficiência”, que gerou a montagem dos dispositivos numa direção mais pedagógica do que clínica – no sentido de atuarem no apagamento do sintoma e no desenvolvimento de habilidades que se acreditam perdidas por conta de um “distúrbio”, retirando da criança a possibilidade de subjetivar suas questões – interfere nas tentativas de construção de um dispositivo clínico/psicossocial capaz de sustentar a oferta de um novo modelo de cuidado dirigido às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (COUTO, 2004; DIAS, 2009).

Além da problemática instituída a partir da priorização das intervenções de cunho pedagógico neste âmbito, outro fator que interferiu na montagem de uma Rede de Atenção Psicossocial para atenção ao público infantojuvenil foi a simples extensão das estratégias de cuidado empreendidas no público adulto para o público das crianças e adolescentes. As especificidades quanto aos tipos de transtornos, aos fatores de risco e proteção, às estratégias de cuidado e à complexidade da organização da Rede de atenção acabaram por não ter o merecido destaque na construção da agenda mais geral das políticas de saúde mental, demandando a proposição de uma agenda política específica (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Neste sentido, diferentes autores expõem a identificação da defasagem entre a demanda de cuidado ao público das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, problema de reconhecida magnitude, e a oferta de serviços e estratégias capazes de dar-lhe alguma resposta efetiva (VICENTIN, 2006; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; ZAVASCHI, 2009).

No âmbito brasileiro, a proposta para uma política pública voltada para a saúde mental infantojuvenil, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê a priorização de duas estratégias: a primeira seria de implantação e qualificação dos serviços especializados, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no âmbito nacional; e a segunda seria a articulação de uma rede intersetorial com o intento de promover o cuidado integral entre dispositivos essenciais para atenção às necessidades desse público, geralmente inserido em contextos de vulnerabilidade social, com prejuízos sociais severos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). O CAPSi assume, neste contexto, dois papéis fundamentais: um papel terapêutico, relacionado à criação e desenvolvimento de estratégias de cuidado diversas que busquem atender às diferentes demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico; e um papel gestor, que o incube de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Sobre as demandas que chegam ao serviço, a avaliação acerca da possibilidade e capacidade do serviço responsabilizar-se por tal é um dos pontos de entrave da clínica em desenvolvimento no CAPSi. Com o mandato de acolher a todos que chegam ao serviço e com a responsabilidade de gerar uma resposta efetiva à demanda acolhida, profissionais se deparam constantemente com o questionamento sobre os critérios que devem estabelecer a efetivação do cuidado dos casos no próprio serviço. Frente à incipiência dos serviços especializados para atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e de outros dispositivos intersetoriais de apoio, o CAPSi encontra significativas dificuldades de determinação do público a ser atendido no serviço, do que decorre a dificuldade de estabelecimento das estratégias de cuidado e intervenção.

Sobre a caracterização do público a ser atendido no CAPSi, algumas considerações: a Portaria 336/2002, que institui os Centros de Atenção Psicossocial, é pouco clara na definição destes, apontando o CAPSi como unidade para “atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais” (BRASIL, 2002); já a Portaria 3088/2011 determina que o CAPSi deve atender

[...] crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2011).

Na produção científica do campo, identificamos a caracterização do público a ser atendido neste dispositivo da seguinte forma: Couto, Duarte e Delgado (2008) colocam que no CAPSi devem ser prioritários “os atendimentos para autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos (na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária etc.)” (p. 393); Pinto (2005) coloca que não deve ser o diagnóstico o ponto de partida para definir se a criança ou adolescente deve permanecer ou não no serviço, mas a identificação de perda de laços sociais; Zavaschi (2009) coloca o CAPSi como responsável pelas patologias graves, que a autora caracteriza como aquelas que expõem o sujeito a riscos de morte ou de agressão a si e aos outros.

Diferentes estudos apontam questões que devem ser consideradas nesta discussão: a imprecisão diagnóstica nos casos de infância e adolescência em sofrimento psíquico (GAUY; GUIMARÃES, 2006); a atenção aos casos que não apresentam sintomas estruturados, mas que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade social (ASSIS *et al*, 2009); o fato de, em muitos casos, a demanda ser identificada a partir do Outro (professor, assistente social, juiz), pela não realização por parte da criança ou do adolescente de um ideal esperado por esse (BRITO, 2004); a insuficiência de dispositivos para oferecer assistência aos casos de sofrimento psíquico não grave (com número reduzido de ambulatórios e despreparo da atenção básica para lidar com essa demanda específica) (DELFINE; REIS, 2012); a ausência de formação especializada em saúde mental pelos profissionais em atuação, com desconhecimento de psicopatologia e de estratégias da atenção psicossocial (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Sobre a dimensão da prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência nas populações, estudos epidemiológicos mostram que a maioria dos transtornos, quando observados separadamente, afetam pelo menos 1% da população infantil; entre os casos de abuso de substâncias psicoativas, os transtornos de aprendizagem, transtornos de conduta e os transtornos de comunicação, a incidência é superior a 10%, atingindo 30% nos dois últimos (GARFINKEL; CARLSON; WELLER, 1992 *apud* SANTOS, 2006). Outros estudos populacionais sobre a saúde mental de crianças e adolescentes (BORDIN; PAULA, 2007) apontam prevalência de transtorno mental entre 13% e 35% para a população infantojuvenil, quando a informação é dada por pais e educadores, e entre 12,6% e 13,1 % quando os informantes são os próprios adolescentes.

Pesquisas sobre perfil dos usuários de CAPSi empreendidas no Brasil trazem-nos dados relevantes: no que diz respeito aos motivos prevalentes que levaram à busca de

tratamento, aparecem o problema alimentar (30,7%), a agressividade (28,9%), a agitação (28,2%) e a dificuldade escolar (12,3%) (BERGMANN *et al*, 2009). Quanto aos diagnósticos de maior frequência nos CAPSi estudados, os estudos apontam: os transtornos emocionais do comportamento (com maior frequência de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno desafiador opositivo e transtorno de conduta); os transtornos do desenvolvimento psicológico (com destaque ao transtorno global do desenvolvimento); o retardo mental; os transtornos de humor; a esquizofrenia, transtorno esquizotípico e transtorno delirante; transtornos neuróticos (com maior frequência dos transtornos ansiosos); transtornos de aprendizagem; transtornos da alimentação (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; BERGMANN *et al*, 2009; DELVAN *et al*, 2010; REIS *et al*, 2012). Uma das pesquisas (BERGMANN *et al*, 2009) destaca a violência por abuso sexual, não associada a nenhum transtorno psíquico, como um quadro de alta frequência em um CAPSi estudado.

Reis e colaboradores (2012) destacam que as características da população atendida pelos CAPSi refletem, entre outras questões, as demandas particulares do território, o direcionamento e as possibilidades de resposta dos serviços, assim como os valores e representações que orientam seus julgamentos. Identificar os principais problemas de saúde mental acolhidos neste dispositivo, e/ou as demandas assumidas pelo CAPSi, pode nos fornecer uma visão ampla sobre o papel que este serviço está desempenhando na Rede de Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave. Neste sentido, esta pesquisa buscou auxiliar na identificação dos conhecimentos, valores e princípios que estão regendo as práticas de acolhimento e a organização da oferta de cuidado do serviço investigado.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi pautada nos pressupostos teóricos que norteiam a metodologia denominada “signos, significados e práticas em saúde mental”, que se constitui enquanto modelo semiológico, pragmático e contextual com o objetivo de identificar categorias utilizadas por grupos específicos para identificar, explicar e reagir a problemas de saúde mental.

Este marco teórico traz a concepção de sujeito, da saúde e da enfermidade como aspectos da vida social e como objetos de tratamentos simbólicos que forçam o pesquisador a fazer a leitura do processo de saúde-doença, bem como das escolhas terapêuticas adotadas,

sob o pano de fundo da concepção de mundo e do sistema de representações que prevalecem nos grupos e culturas investigadas:

[...] a patologia e a terapia comunicam as concepções cosmológicas, os modos de organização sócio-política e familiar, as maneiras locais de pensar e explicar as coisas, assim como a concepção que tem de pessoa, do corpo, da vida geral (BIBEAU, 1992, p. 20).

As dimensões investigadas neste sistema devem ser compreendidas em íntima e constante relação: os signos atribuídos ao adoecimento se referem aos sinais que são socialmente considerados como indicadores de um determinado fenômeno, passível de interpretações que correspondem ao nível dos significados (atribuídos à experiência da doença). Por fim, é dada ênfase à dimensão pragmática, a partir da análise das práticas (de cuidado), que devem ser acessadas a partir de situações e experiências concretas (CORIN *et al*, 2002 *apud* NUNES *et al*, 2008). Esta dimensão parte da consideração que “a produção cultural é factualmente orientada, ou seja, a cultura se realiza não como um evento mental, mas como um fruto da imersão dos sujeitos no mundo, propiciada pela experiência de cada um” (JUCA, 2003). Os comportamentos concretos servem de ponto de partida para a identificação das lógicas conceituais subjacentes e dos diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares (CORIN *et al*, 1989 *apud* UCHÔA; VIDAL, 1994).

O modelo de análise desta perspectiva teórico-metodológica apresenta duas premissas básicas em sua construção: a primeira determina que cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, privilegiando sintomas e explicações e encorajando determinados tipos de reações e ações. A segunda premissa propõe a continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los. Essa construção específica deve considerar a ligação intrínseca entre as características sócio-culturais da comunidade e as condições macroscópicas de contexto (CORIN *et al*, 1990 *apud* UCHOA; VIDAL, 1994).

A partir do método etnográfico, foi realizada a imersão no cotidiano da instituição, na observação, registro em diário de campo e análise das dinâmicas que se operam entre técnicos e destes com usuários e familiares, com enfoque na análise do processo de acolhimento e dos processos de tomada de decisão sobre os casos acolhidos no serviço. Foram privilegiados enquanto espaços de tomada de decisão sobre os casos acolhidos no serviço o acolhimento, os grupos de observação (configurados nesse serviço para avaliação

mais processual das demandas dos casos acolhidos e sobre conduta terapêutica a ser assumida) e as reuniões técnicas, onde se concentra a discussão dos casos a serem assumidos pelo serviço e os encaminhamentos a serem dados sobre eles. A imersão neste campo deu-se em um período de três meses, em três turnos semanais.

2.1 Apresentação do campo da pesquisa e participantes

Esta pesquisa foi desenvolvida em um CAPSi da cidade de Salvador. Como o município só conta com dois serviços especializados para atenção psicossocial de crianças e adolescentes, a divisão territorial entre eles é complexa, e, na realidade cotidiana, ambos atendem a todo o território municipal Salvador contava em 2010 com uma população total de 2.675.656 pessoas (com estimativa populacional para 2015 de 2.921.087 pessoas), sendo destas 28,7% em idade inferior a 19 anos⁴.

Este serviço tem a especificidade de ter sido o primeiro CAPSi implantado na Bahia, com início de suas atividades no ano de 2004, sob gestão estadual, com objetivo de ser um serviço de caráter docente-assistencial. Sua implantação deu-se no espaço onde antes funcionava um ambulatório infanto-juvenil, pertencente a um dos hospitais psiquiátricos ainda em atuação e de forte referência de cuidado manicomial na cidade – hoje o CAPSi funciona em um prédio localizado ao lado deste hospital psiquiátrico, o que gera repercussões em seu funcionamento que serão consideradas na análise desta pesquisa. O ambulatório citado atuava desde a década de 1980 e, apesar de contar com atuação de equipe multiprofissional com proposta de intervir de forma inovadora, até 2003 funcionava como um ambulatório tradicional (BARRETO, 2015).

Após muitas mudanças na configuração da equipe do serviço em grande parte de sua primeira década de funcionamento, frente aos vínculos precários de contratação vigentes, a partir de 2012 iniciou-se a contratação de profissionais via concurso público. Em 2016 a equipe técnica é composta por 21 estatutários das seguintes categorias: psicologia, educação física, serviço social, enfermagem, técnico em enfermagem, terapia ocupacional, farmácia, psiquiatria, além de oficinairos e uma gerente (cargo de confiança política).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sendo observadas as recomendações

⁴ Dados do Censo demográfico de 2010. A faixa etária de 19 anos foi utilizada por ser considerada a faixa de referência de 15-19 anos na contagem realizada pelo Censo. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

e normas do CONEP – Resolução CNS 466/12 a respeito de pesquisas que envolvem seres humanos, e teve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para sua realização. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponibilizando a publicização das informações produzidas nesta investigação.

3 ANÁLISE DOS DADOS

Na apresentação da análise dados desta pesquisa, gerados na inserção etnográfica nos espaços de tomada de decisão sobre os casos acolhidos no CAPSi, atentamos que a ação de cada membro da equipe técnica é subordinada a uma vasta rede de determinações econômicas, políticas, culturais, administrativas, teóricas, corporativas, interpessoais (SAMPAIO *et al*, 2011). Na impossibilidade de identificar e analisar cada aspecto desta complexa trama, priorizamos a análise dos modos de identificar, explicar e reagir aos problemas de saúde mental que chegam expressos nos casos acolhidos no CAPSi, com intuito de evidenciar os valores, princípios e saberes que estão a reger as práticas de acolhimento e a organização da oferta de cuidado do serviço investigado, consideradas as especificidades de seu contexto institucional.

A análise da oferta de cuidado de um serviço está em estreita relação com a demanda de quem busca esse serviço. A busca por um serviço de saúde se dá através da construção imaginária do usuário sobre a oferta desse serviço e a capacidade que este teria de responder às suas demandas, associada às experiências práticas de pessoas de sua rede social ou da sua rede de apoio. No caso do CAPSi, esta construção imaginária sobre os possíveis efeitos das práticas produzidas pelo serviço se estende para as instituições (escolas, conselhos tutelares, serviços da rede de assistência social e outras instâncias) que com frequência realizam encaminhamentos de criança e adolescentes.

Neste processo, denominado por Franco e Merhy (2005) como a construção social da demanda, interfere, além da percepção dos sujeitos sobre a oferta do serviço, a não realização de certas necessidades por outros serviços e o fato dos usuários associarem a resolução de seus problemas a certos produtos ofertados pelo serviço. Neste último caso, podemos considerar a medicação ou o atendimento psicológico como exemplos de produtos socialmente associados à resolução de problemas da ordem do sofrimento mental.

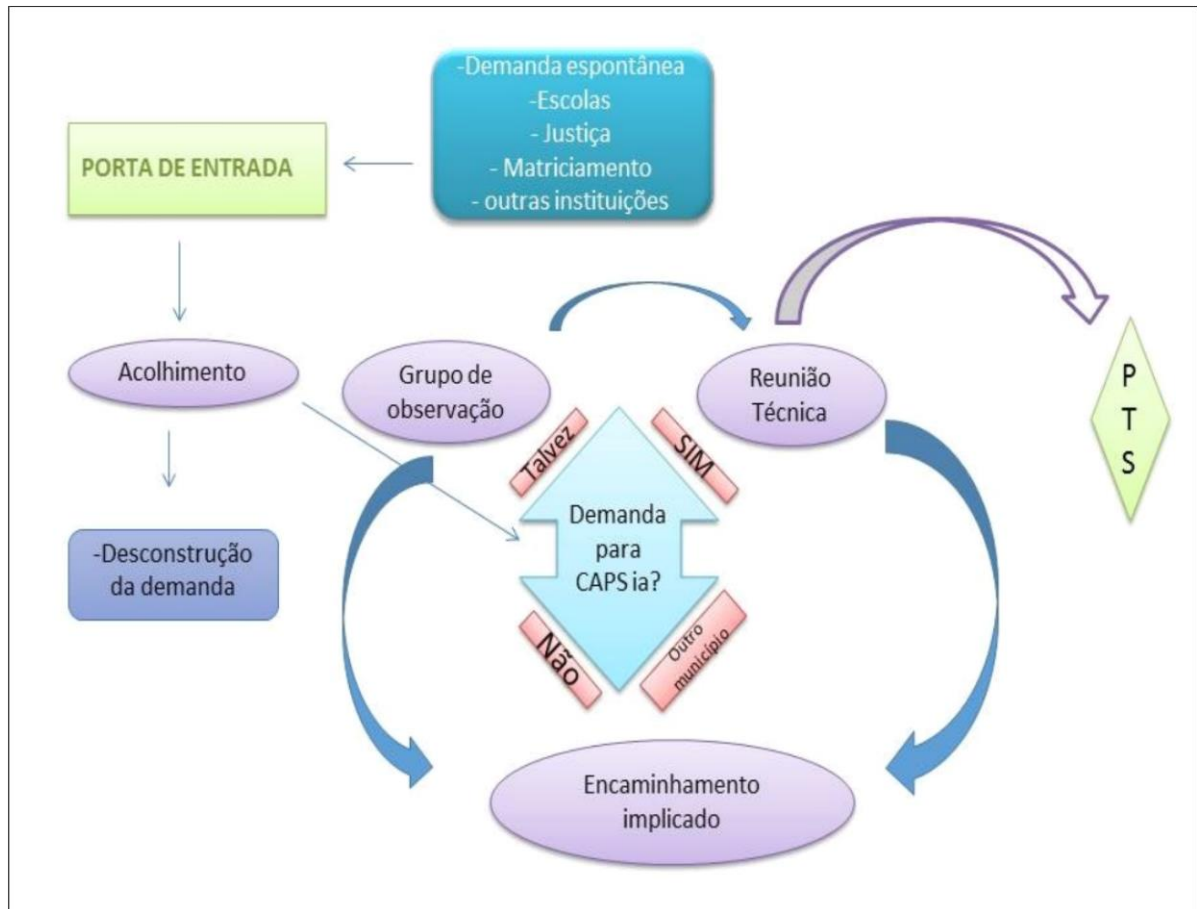
A falta de sincronia na articulação da demanda do usuário com o projeto terapêutico ofertado pela equipe pode gerar conflitos e contradições na relação de vinculação e

responsabilização entre profissionais e usuários (MENDES, 2004). Apesar deste aspecto não ser evidenciado nesta pesquisa, por não investigar as demandas dos usuários que acessam este serviço, a análise da oferta das estratégias terapêuticas do CAPSi ajuda-nos a compreender como está organizada a assistência à saúde mental infantojuvenil no município de Salvador, visto que o serviço investigado é responsável pela demanda de metade da cidade, identificando as dificuldades e facilidades de acesso, os vazios assistenciais e os nós críticos na articulação do cuidado na instituição e na Rede de atenção.

A análise do acolhimento possibilita a visibilidade dos critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos (SILVEIRA; VIEIRA, 2005), assim como o discurso dos profissionais sobre esses casos evidencia as formas presentes na equipe, por vezes contraditórias ou até antagônicas, de compreender as situações e contextos de sofrimento e de como intervir sobre eles.

Sobre o fluxo do processo decisório quanto aos casos acolhidos no CAPSi investigado: todos os casos que chegam ao serviço passam por uma primeira escuta de acolhimento e avaliação, realizado em cerca de três turnos da semana. A partir deste primeiro contato: 1) é estabelecido o encaminhamento externo, em caso de uma demanda que pode ser melhor acompanhada em outro serviço; 2) são eleitos os casos que serão matriculados no serviço, ou que necessitarão de outras estratégias de avaliação para uma melhor compreensão da demanda. Os casos que se encaixam no segundo grupo são levados para a reunião técnica, na qual é feita a discussão clínica com a maioria dos profissionais da equipe. Muitos casos demandam um processo de avaliação mais minucioso e, por isso, são encaminhados para os grupos de observação, onde a criança ou adolescente é avaliado por um período determinado em um espaço coletivo de intervenções lúdicas, geralmente facilitado por dois ou três profissionais, que também realizam novas escutas aos familiares ou instituições envolvidas nos cuidados aos sujeitos em avaliação. Os casos avaliados nos grupos de observação podem ser encaminhados para outros dispositivos, podem ser matriculados no serviço ou ter sua demanda de cuidado especializado desconstruída e ressignificada, considerando que o processo de avaliação já é em si uma intervenção terapêutica. O espaço prioritário para decisão sobre os casos que devem ser acompanhados no serviço é a reunião técnica, na qual é definido o profissional que assume a função de técnico de referência e que fará gerenciamento do processo de cuidado sobre o caso. Este fluxo é esquematizado no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Processos decisórios dos casos acolhidos no CAPSi.



Fonte: produção da própria autora.

3.1 “Esse menino é nosso” – Casos que são consenso na determinação da responsabilidade do CAPSi

Dentre os casos que são acolhidos no CAPSi, observamos que alguns são assumidos mais facilmente em consenso como de responsabilidade para esse serviço. Observamos, dentre estes, a prevalência dos casos de autismo e psicose, ou seja, casos em que há um diagnóstico claramente estabelecido referente a esses transtornos.

É importante contextualizarmos que a construção social e histórica da psicopatologia infantojuvenil deu-se profundamente atrelada ao discurso social de investir na proteção e cuidado de crianças e adolescentes para preservação do “futuro da civilização e que, tal ideário, projeta-se na semiologia e na prática clínica com este público. O discurso psiquiátrico, através da classificação diagnóstica, contorna com rigor científico a detecção do

entreve da criança à realização de seu projeto social (VORCARO, 2011; ASSUMPCÃO JÚNIOR, 1995; OKAMOTO, 2013).

Vorcaro (2011) aponta duas consequências negativas deste processo de classificação diagnóstica para crianças e adolescentes: o risco de, entre a identificação e pareamento de sinais e sintomas a quadros psicopatológicos já determinados, perder-se a singularidade do sujeito em sofrimento, que escapa a qualquer tentativa de observação codificada; e o risco de o distúrbio psíquico identificado tornar-se o traço prevalente de reconhecimento do sujeito pelos agentes parentais e pelos agentes de seu tratamento. Consta-se que o diagnóstico atribuído precocemente na vida de uma criança ou de um adolescente tem impactos subjetivos tanto para estes sujeitos em sofrimento, quanto para seus pais, que se deparam com um problema atribuído aos seus filhos sobre o qual o poder parental não tem capacidade de identificação nem cuidado, delegado aos especialistas.

No processo de tentativa de estabelecimento pela equipe do CAPSi investigado de diagnóstico para os casos que chegam ao serviço, destacam-se os casos de autismo e psicose. Observamos, nos acolhimentos, grupos de observação e nas reuniões técnicas, a atribuição de alguns signos associados à identificação dos casos de autismo: “não olha nos olhos”, “não interage”, “parece que está sozinho no seu mundo”, “tem uma forma específica de percepção”, “não responde aos estímulos, não reage”. De forma geral, os profissionais colocam a insegurança na avaliação de crianças com possibilidade de diagnóstico de autismo, o que leva ao encaminhamento para avaliação de alguns técnicos específicos no serviço, reconhecidos como detentores de maior conhecimento sobre a questão. Este movimento, porém, acaba por gerar grandes filas de espera em grupos de observação facilitados por estes técnicos – filas que geram uma distorção do tratamento ao lançar os usuários e familiares em um período de abandono, durante o qual o serviço exime-se de sua responsabilidade sobre eles (MENDES, 2004).

Por outro lado, há profissionais que chamam a atenção da equipe para a necessidade de superação da centralidade do discurso e das práticas em torno dos diagnósticos para voltar-se para as necessidades psicossociais do sujeito, traduzidas por profissionais da equipe como “capacidade de construir vínculos”, “ter uma rede de apoio”, “estar inserido em espaços sociais”, “ter autonomia”. Em uma discussão específica em torno da avaliação dos casos de autismo, a equipe admite que muitas crianças chegam ao serviço com suspeita deste diagnóstico e, quando este não é confirmado na avaliação da equipe, o caso é encaminhado para outra instituição, sem uma avaliação mais criteriosa sobre as demandas destes sujeitos.

Outra profissional complementa: “a confirmação do diagnóstico não deve ser o definidor para a criança ser acompanhada no CAPSi. Mesmo com diagnóstico confirmado, deve-se avaliar se ele está inserido socialmente, se tem vínculos preservados”. Neste sentido, a equipe passa a problematizar, inclusive, que os casos de autismo que têm diagnóstico confirmado, mas têm boa inserção social, forte rede de apoio formal e informal, outros recursos de cuidado disponíveis, podem não ser assumidos pelo CAPSi.

Frente a estes signos, os significados atribuídos (sistema de explicação) centram-se na implicação com a dinâmica familiar: “falta de estimulação por parte da família”, “a mãe centra muito o cuidado nessa criança”, “a mãe faz tudo por ela, não estimula a criança a ter autonomia”. Destaca-se também no discurso de parte da equipe a interpretação que algumas famílias buscam o serviço para confirmação de diagnóstico para o ganho secundário de um benefício social. Esta questão é, porém, analisada em alguns momentos sob uma perspectiva moral, de julgamento sobre a família que busca forjar um quadro psicopatológico para obter outros ganhos a custo da incapacitação da criança e resistem a aceitar a avaliação feita no CAPSi; e menos da perspectiva ética de buscar compreender a realidade psicossocial da família e pensar junto a ela outras estratégias de redução da sua vulnerabilidade.

Nos casos de psicose, os principais signos utilizados pela equipe para descrever o problema são: “teve surto nervoso”, “tem visões”, “ouve vozes”, “apresenta agressividade com a família”, “comportamentos bizarros”. Outros signos que se destacam relacionam-se com seu itinerário de cuidado: ter sido atendido em algum momento em uma emergência psiquiátrica ou ter feito administração de medicação psiquiátrica também se apresentam como indicadores relevantes para os profissionais. Observa-se que há uma maior tendência, nos casos de psicose, de que a primeira ação programada seja a avaliação psiquiátrica, geralmente encaminhada frente ao reconhecimento dos profissionais da necessidade de intervenção medicamentosa. Estes casos geralmente seguem para atendimento psicológico individual, o que expressa, em certa medida, a reprodução de uma lógica ambulatorial no serviço, centrada, nestes casos, nas intervenções “*psis*” e na medicação.

Dentre as outras formas de sofrimento psíquico assumidas pelo serviço, os casos identificados como transtorno de conduta geram intensas discussões na equipe. Entre os signos deste tipo de manifestação do sofrimento são apontados pelos profissionais, entre casos diferentes: “comportamento agressivo”, “cria muitas mentiras”, “já realizou pequenos furtos”, “postura irônica”, “postura desafiadora”, “falta de controle”, “pratica maus tratos a animais”, “não tem amigos”. É possível apontar que, para alguns profissionais, expressões

caracterizadas como pertinentes a este quadro rompem com um ideário em torno de comportamentos e afetos esperados para uma criança. Neste sentido, falas como “ele é perverso”, “a impressão que dá é que se a gente não tivesse olhando ele podia agredir uma das meninas” ou, ainda, “ele não tem um olhar doce de criança” expressam uma postura judicativa dos profissionais, com a atribuição de um “desvio de caráter” a estas crianças. A construção das explicações pela equipe (significados) frente a estes casos geralmente gira em torno da incapacidade da família de “dar limites”, de exercer a autoridade com a criança ou adolescente.

Nas discussões clínicas, ficam evidentes diferentes leituras sobre esses casos: por um lado, parte da equipe apresenta o discurso de que esse tipo de manifestação não deve ser assumido pelo serviço - “falta de limite não é uma demanda para o CAPSi”, uma vez que a centralidade das estratégias deveria ser direcionada à família, no sentido de restabelecer sua autoridade perante a criança ou adolescente. Neste sentido, a prática assumida é comumente o encaminhamento para intervenções de ordem terapêutica, individual ou familiar. Por outro lado, há signos reconhecidos pelos profissionais como expressão da necessidade de atendimento destes casos, como “isolamento social”, “não se vincula a outras crianças de sua idade”, “existe risco de vida para outras pessoas”. Em uma discussão clínica, uma profissional problematiza a noção da equipe sobre estes casos, restrita à noção da “necessidade de limite”, com a proposição de práticas morais e disciplinares, que pouco abrem espaço para o reconhecimento e acolhimento da expressão de sofrimento apresentada nos quadros de agressividade ou oposição à autoridade.

Foram identificados, ainda, os casos assumidos para o cuidado no serviço a partir do reconhecimento das condições de extrema vulnerabilidade que atravessam a conformação do sofrimento psíquico dos sujeitos, e não pela identificação de um quadro diagnóstico associado a um transtorno mental. Nestes casos, se destacam a “ausência de suporte familiar”, “isolamento social”, “abandono escolar”, “ausência de rede de apoio”, “exposição à violência”. Em alguns casos, acrescenta-se o contexto de extrema pobreza.

São frequentes também os casos de adolescentes que atuam com frequência, oferecendo riscos à sua saúde e à sua vida – são os casos de adolescentes que produzem as escarificações no corpo, que realizam tentativas de suicídio ou atuam pela via da heteroagressividade. Sobre estes casos, uma profissional destaca que “como elas vem vestidas bonitinhas, como elas namoram, como mostram ser inteligentes, alguns profissionais acham que elas não deveriam estar aqui, não reconhecem a profundidade de seu sofrimento”,

enfatizando a leitura atribuída por parte da equipe em relação a esta forma de expressão de sofrimento, mais frequente no serviço nos últimos dois anos.

Estes casos são assumidos com o reconhecimento da equipe de que a exposição a situação de extrema vulnerabilidade pode intensificar o quadro de sofrimento e levar ao desenvolvimento de um transtorno psíquico grave, podendo o serviço intervir no sentido de prevenção do agravamento do sofrimento.

Chama a atenção na análise dos casos assumidos pelo serviço que, mesmo frente à diversidade de formas de expressão dos quadros de sofrimento psíquico, a explicação dada pelos profissionais para conformação desses quadros, em sua grande maioria, está vinculada às relações familiares. Esta associação ora acontece pela interpretação de configuração de uma relação de abandono ou incapacidade de impor autoridade pela família, ora pela interpretação de existência de uma relação de excesso de cuidados.

Importante refletirmos sobre os impactos para as famílias, que já vivem imersos em um contexto de extrema vulnerabilidade social, o que em si demanda uma atenção diferenciada, na relação com as crianças e adolescentes que não respondem às expectativas sociais que lhe são projetadas; sobre as transformações provocadas nas vidas dos genitores com a vivência da maternidade e da paternidade, que reacendem suas próprias experiências com seus genitores; sobre os processos de culpabilização que emergem nas tramas familiares; sobre a vivência de serem suprimidos de seu papel de cuidador frente a uma condição sobre a qual não tem conhecimento ou habilidade para intervir com seus filhos. São muitas as questões subjetivas firmadas neste laço entre as crianças ou adolescentes e seus cuidadores e cuidar delas é ampliar as possibilidades de avanço terapêutico, de fortalecimento do cuidado e responsabilização, de ampliação da autonomia e recolocação dos sujeitos fragilizados frente à situação de sofrimento.

Contraditoriamente, o serviço direciona esta reconhecida demanda de cuidado dos vínculos familiares a outros dispositivos, em encaminhamentos para psicoterapias individuais ou familiares. A oferta do serviço é, segundo a equipe, de grupos de família que trabalham no sentido da “orientação” e suporte no manejo cotidiano com as crianças e adolescentes, mas não são espaços que aprofundam os atravessamentos subjetivos presentes nessas relações. Alguns casos são acompanhados individualmente. O cuidado à família não é posto pela equipe como parte do projeto terapêutico dos usuários, o que impacta na pouca efetividade das intervenções propostas.

3.2 “A gente abarca porque não tem para onde encaminhar!” – Casos assumidos pelo CAPSi pela ausência ou ineficiência de outros dispositivos da Rede

Dentre os casos assumidos para o cuidado no CAPSi, existem aqueles sobre os quais se reconhece que outros dispositivos poderiam responder melhor às suas demandas, mas eles permanecem pela ausência ou ineficiência de outros dispositivos da Rede de atenção. Sobre estes, são falas frequentes dos profissionais: “muitas vezes a gente acaba abarcando o caso, porque não tem uma rede de suporte”, “acho que ela não é perfil pra cá, mas o problema é que eu olho lá pra fora e não vejo para onde encaminhar”. Destacam-se aqui os casos para atendimento ambulatorial.

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial promoveram importantes avanços na criação de outro modelo de atenção voltado para o cuidado aos usuários com quadros de sofrimento psíquico grave. A Reforma Psiquiátrica deu início às transformações do modelo assistencial na década de 80, com investimentos na ambulatorização e nas ações de Saúde Pública no campo da saúde mental (VASCONCELLOS, 2008). A baixa resolutividade e o aumento do número de internações produzidas por este modelo levou, no final da década de 80, à concepção dos NAPS/CAPS (Portaria/SNAS nº 224/1992), que compartilhavam a responsabilidade da atenção em saúde mental com os ambulatórios. Em 2002, a Portaria nº336 define novas categorizações para os CAPS, que passam a diferenciar-se por seu porte e clientela. (BRASIL, 2002). Os CAPS, dentro de um modelo de atenção territorial e comunitário, deveriam articular-se com outros dispositivos do território dos sujeitos na promoção do cuidado integral. O posterior desenho da atenção em Rede formatado pela RAPS (BRASIL, 2011) propõe uma Rede substitutiva, com a atenção em saúde mental em vários níveis, agregando a atenção básica, a atenção psicossocial estratégica, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Este modelo já não prevê a existência do hospital psiquiátrico e dos ambulatórios na Rede de atenção.

Nesta configuração, os casos que não se encontram em estado de gravidade, que não demandam um cuidado intensivo, deveriam ser assumidos pela atenção básica, que seria responsável pela oferta de estratégias de cuidado e promoção da saúde, em articulação com outros dispositivos e matriciada pelas equipes dos CAPS (CAMPOS, 1999; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2008). Neste desenho assistencial, os ambulatórios, herdeiros do modelo hospitalar de atenção, deixam de existir enquanto dispositivo assistencial, assim como

o próprio hospital psiquiátrico. Porém, a implantação da Rede substitutiva de forma não planejada acaba por gerar um enorme vazio assistencial: com o esfacelamento dos ambulatorios, a não ampliação da cobertura da atenção básica e sem efetivação da implantação da estratégia de matriciamento na Rede, os casos que não demandam cuidado intensivo acabam por superlotar os Centros de Atenção Psicossocial.

Vejamos esse retrato no contexto desta pesquisa: Salvador conta com a cobertura de atenção básica em torno de 29%, com apenas 8 equipes de NASF implantadas na cidade⁵. Poucas são as experiências identificadas de matriciamento de saúde mental na atenção básica em Salvador e estas ainda têm pouco impacto na criação de estratégias de cuidado e promoção de saúde para os casos não graves na atenção básica. Desta forma, os casos avaliados como não graves, que não demandariam acompanhamento no CAPS, acabam por não ter outro lugar na Rede para onde serem direcionados e, quando o são, acabam por percorrer longas filas de espera ou iniciam longos itinerários em busca de um serviço de atenção.

Na discussão de um caso típico deste quadro, uma criança de cinco anos foi acolhida, com a atribuição pelos profissionais dos seguintes signos: “agressividade”, “comportamento agitado”, “não tem noção de limites”. Na avaliação pela equipe, mais uma vez emerge o significado atribuído à “desestruturação familiar”. A criança foi encaminhada para a médica, porque estava sob uso de medicação psiquiátrica. A avaliação da médica aponta a hipótese diagnóstica de TDAH. A princípio, a médica acha que o caso deveria ficar no serviço porque o ambulatório do Hospital das Clínicas está muito lotado. Após intensa discussão, a equipe acaba por encaminhar o caso a um projeto de um grupo de profissionais de Psicologia que intervém na relação entre as crianças e os cuidadores, por não ter conhecimento de outros dispositivos da Rede que pudessem acolher esta demanda e que estejam com disponibilidade para atender novos casos.

O papel de gerenciador das demandas de saúde mental em seu território de abrangência, em uma realidade na qual apenas dois CAPSi são responsáveis pelas demandas do território de uma capital das dimensões de Salvador, é de fato extremamente desafiador. A expansão dos serviços especializados é, em si, uma prerrogativa para efetividade desta proposta. Observa-se que a equipe é tomada pela sua função terapêutica de ofertar estratégias de cuidado à população que acessa o serviço e demanda cuidado intensivo, deixando o trabalho de reconhecimento, articulação, estabelecimento de parcerias com a rede de atenção à infância e adolescência em último plano. Articular essas duas funções demanda um trabalho

⁵ Dados do Portal da Saúde, da Diretoria de Atenção Básica do Governo Federal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 16 mar. 2016.

de coordenação das ações do serviço, com clareza do direcionamento clínico da atenção prestada e do papel proposto a este dispositivo na Rede de Atenção Psicossocial.

Na realidade do serviço investigado, a alta demanda de casos atendidos e de oferta de ações intrainstitucionais (como os atendimentos individuais, grupos e oficinas) acabam por centralizar o processo de trabalho dos profissionais, que poderia ser otimizado com a articulação junto a serviços de outros setores (como esporte, arte, cultura, lazer), ou ainda com o diálogo mais estreito junto a serviços especializados que atendem a outras demandas das crianças, como atenção psicopedagógica. O papel do CAPS de matriciador da Rede de atenção tem a potência de ampliar o acesso a outros serviços; de desmistificar o imaginário social em torno do sofrimento mental; de reinventar as estratégias de cuidado com os sujeitos em sofrimento psíquico e de ampliar a efetividade na atenção às demandas singulares dos casos em acompanhamento (DRUMMOND JÚNIOR, 2009; TANAKA, RIBEIRO, 2009).

O não conhecimento e a parca produção de ações de articulação com os serviços e dispositivos da Rede acabam por lançar o CAPS em um modo de funcionamento mais próximo do modelo ambulatorial-manicomial, distante dos territórios, isolado na tentativa de responder às demandas de diferentes ordens dos sujeitos. Esse modo de funcionamento gera ainda superlotação, pouca oferta efetiva de intensificação de cuidados e pouca resolutividade no cuidado integral.

Uma das propostas feitas em reunião técnica foi o levantamento do quantitativo de casos com demanda ambulatorial para tensionar e implicar a Secretaria Municipal de Saúde na criação de estratégias para atenção a esta demanda.

3.3 “A questão é que a gente não dá conta” – Crianças e adolescentes que usam drogas: casos que deveriam ser acompanhados no serviço, mas a equipe não tem consenso acerca da responsabilidade sobre eles

A Portaria 3088/2011 preconiza como casos de responsabilidade do CAPSi as crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais graves e inclui, entre estes, aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Os problemas relacionados ao uso abusivo de drogas por adolescentes constituem-se como uma importante questão de saúde pública, estimando-se que correspondam à principal categoria de problemas psíquicos em adolescentes acima dos dezesseis anos (KAMINER; SZOBOT, 2004 *apud* RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

Apesar do registro legal, a responsabilização sobre os casos de crianças e adolescentes em uso problemático de substâncias psicoativas é apontada como um dos nós da atenção na Rede no contexto de Salvador. No quadro geral, os CAPSi em Salvador colocam a pouca habilidade para manejar as questões específicas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (SPA's), enquanto os CAPSad destacam o problema ético e legal, de conformação com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sobre a atenção a crianças e adolescentes em espaço compartilhado com adultos. Neste jogo, a responsabilização sobre este público fica fragilizada, com restrito alcance obtido pelas estratégias de atenção à população de rua, com articulação de diferentes setores (saúde, justiça, assistência social) e mantém pouca ou nenhuma articulação/diálogo com as equipes dos CAPSi, que permanecem distantes da atenção a este público neste contexto específico.

Foi possível acompanhar algumas discussões de casos clínicos que suscitaram essa problematização na equipe do serviço pesquisado. Um dos casos mobilizadores foi de um adolescente de 17 anos, com quadro aparente de retardo mental, em uso regular de maconha e que estava em situação de agravamento de sua vulnerabilidade frente à ameaça de morte por pessoas ligadas ao tráfico em sua comunidade. A avaliação da equipe, em primeira instância, aponta a necessidade de articulação com dispositivos da justiça que garantam alguma medida de proteção para o adolescente; avaliam, ainda, que por conta do quadro de retardo, o adolescente não conseguia avaliar as situações que lhe expunham ao risco. “Mas o CAPSi não atende quadros de retardo!” “Mas as instituições que atendem casos com retardo não darão conta do uso de drogas”. “Mas e a situação de vulnerabilidade na qual está exposta?” Em meio ao debate, uma técnica propôs que o cuidado fosse partilhado entre o CAPSi e o CAPSad, com o trabalho das diferentes demandas em cada instituição. Uma trabalhadora do CAPSad presente na reunião contra argumentou que a inserção de um adolescente com quadro de retardo em um CAPSad pode ter efeito iatrogênico para o garoto.

Um apontamento primeiro é que o diagnóstico é nesse momento questionado como definidor para não se assumir o caso, apesar do reconhecimento de seu quadro de vulnerabilidade. Em seguida, sobressaiu uma discussão maior: “a questão não é se é perfil para o serviço, mas se temos condições para atendê-lo” – a “limitação” e as “possibilidades do serviço” seriam definidores das demandas a serem atendidas. Disparou-se uma discussão na equipe: “mas condições ideais não temos para atender autistas e psicóticos também! Mas, se é um caso que reconhecemos como nosso, temos que criar estratégias para dar conta”. A discussão exposta reflete o conflito existente sobre a organização dos processos de trabalho e

cuidado, se centrados nas ofertas do serviço (construídas, por vezes, à mercê do que lhe é proposto legalmente), ou nas demandas dos usuários (que exige ir além da oferta estruturada em um quadro de atividades institucionais) – esta argumentação emergiu na discussão de outros casos do serviço, entre aqueles que a oferta institucionalizada não respondia às demandas, não sendo restrita aos casos que envolviam uso de drogas.

A saída, neste caso, se deu com a intervenção da colaboradora técnica da secretaria de saúde do município presente na discussão: a “ausência de competência” apontada no manejo de alguns casos específicos deve ser propulsora de espaços de educação permanente e capacitação da equipe. Foram então planejadas algumas discussões temáticas sobre atenção aos usuários de SPA’s e propôs-se a participação de profissionais do CAPSi no grupo de trabalho de atenção à infância e adolescência que funciona junto ao CAPSad.

O manejo dos casos de crianças e adolescentes em uso de SPA’s evoca na equipe também a expressão de sua construção social em torno desses casos: “inserir um adolescente que usa drogas aqui é também expor nossos meninos” – a diferenciação produzida entre “os meninos que usam droga” e os “nossos meninos” escancara o atravessamento moral sobre a leitura do problema. Crianças e adolescentes em uso problemático de drogas encontram-se, na grande maioria dos casos, em comunidades socialmente vulneráveis ou em situação de rua; muitos têm relação direta com o tráfico e a eles são quase que instantaneamente atribuídos signos de periculosidade.

Porém, na aproximação e vinculação com esses sujeitos, observa-se que os problemas apresentados são muito próximos daqueles vivenciados pelos usuários do CAPSi que não fazem uso de SPA’s: conflitos familiares, dificuldade de inserção escolar, fragilidade da rede social de apoio, contexto comunitário de violência (NOTO *et al*, 2004). Acrescenta-se, neste quadro, a fala de alguns profissionais que ressaltaram que já lidam com a questão do uso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, entre os casos que acompanham, mas que este consumo em si não é colocado na centralidade de seu problema.

Sobre a atenção a crianças e adolescentes em uso problemático de drogas, Rauppe Milnitsky-Sapiro (2005) analisam que a “crise psíquica” vivenciada pelos adolescentes na busca de seu “lugar próprio”, situado nessa “posição de intervalo” entre a infância e a fase adulta, é reforçada pela falta de um lugar específico para o adolescente em nossa sociedade e, conseqüentemente, nas práticas institucionais. Este quadro é retratado nos programas de atenção ao abuso e dependência de drogas, nos quais encontramos o paradoxo da falta de

estratégias de atenção específica a adolescentes, apesar desta ser considerada a fase de maior exposição ao consumo de drogas.

Sobre a abordagem terapêutica a este público específico, estas autoras propõem, de início, o reconhecimento da complexidade envolvida neste problema. Este processo exige a consideração das especificidades do abuso de drogas nesta fase, o reconhecimento da singularidade dos sujeitos e de sua configuração familiar e comunitária, bem como a compreensão em torno da valorização social do consumo como fonte de reconhecimento, prazer e fuga dos problemas cotidianos (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

Importante atentar também, nesse contexto, que assim como as práticas institucionais são definidas pelas concepções sobre os sujeitos e suas características, elas também têm a potência de provocar modulações nas imagens dominantes que a sociedade constrói sobre esses sujeitos. As práticas instituídas nos espaços terapêuticos, como os CAPSi, podem, portanto, atuar no sentido de aprofundamento da marginalização deste público, ou no fortalecimento da garantia de direitos e das condições de cidadania, ampliando as perspectivas de vida desses adolescentes.

3.4 “Esse menino não é pra cá” – Casos reconhecidos como não sendo responsabilidade para o serviço

Por fim, dentre os manejos mais delicados exigidos por um profissional que acolhe uma criança ou adolescente em alguma situação de sofrimento no CAPSi, está aquele exigido frente a um caso sobre o qual os profissionais reconhecem que este serviço não é o que melhor responde às demandas do sujeito. Dentre estes casos, foram identificados com maior frequência aqueles que necessitam de uma intervenção especializada não disponível neste serviço, como casos de comprometimento neurológico, casos de dificuldade de aprendizagem, casos de problemas no desenvolvimento da linguagem, ou, ainda, casos que apresentam conflitos nas relações familiares que não demandam cuidado intensivo.

Porém, para chegar a uma conclusão como esta, é necessária uma escuta qualificada e uma avaliação minuciosa sobre a demanda apresentada: por vezes, as famílias apresentam no contato inicial a queixa sobre uma dificuldade escolar, por exemplo, que pode, no processo de acolhimento, se revelar como uma demanda muito mais complexa, que necessite do acompanhamento do CAPSi. Pinto (2005) aponta em sua pesquisa que o direcionamento

metodológico e ético do acolhimento deve convocar o profissional a suspender a ansiedade em dar respostas apressadas na busca de uma solução, movimento que geralmente só traz benefício à instituição, que tem a sensação de “resolver” rapidamente mais um encaminhamento.

Importante reconhecer que existem, no imaginário social, muitas demandas que são associadas à saúde mental, sobretudo na infância e adolescência, com recorrente patologização destes sujeitos, ao não se desenvolverem de acordo com um ideal esperado pela família, pela escola, ou por qualquer outra entidade. Porém, estas demandas por vezes não expressam as reais necessidades das crianças e adolescentes, o que exige do profissional no acolhimento um trabalho de desconstrução da demanda enquanto uma demanda de tratamento. Faz-se necessário trabalhar a compreensão do usuário e de sua família, e/ou instituição, apontando que nem toda dificuldade ou sofrimento vivenciado necessita de tratamento sistemático em um serviço de saúde, o que não exime este da responsabilidade pelo acolhimento desta demanda e pela tomada de direcionamentos que se fizerem necessários (BRASIL, 2014).

No processo de investigação sobre os processos decisórios no CAPSi, observou-se a dificuldade dos profissionais de efetivarem esse processo problematizador e reflexivo que pode levar à desconstrução da demanda de um cuidado especializado. Alguns profissionais colocam que, mesmo reconhecendo a não necessidade de acompanhamento especializado (com destaque aqui da demanda para acompanhamento psicológico), acabam por realizar encaminhamentos apenas para responder a uma demanda dos sujeitos, que se apresentam naquele momento com expressiva angústia. Isso, não obstante o fato de a disponibilidade para alguns encontros de escuta e orientação mostrar-se capaz de redirecionar a demanda dos sujeitos, com um reposicionamento destes frente à situação conflituosa ou de sofrimento.

Um grupo de demandas que se destaca nesse contexto e que merece maior problematização são as demandas escolares. Cotidianamente o CAPSi acolhe casos encaminhados pelas escolas com queixas de “dificuldade de aprendizagem”, “baixo rendimento”, “comportamento agressivo”, “desobediência”, “dificuldade de se concentrar nas atividades”, “confronto com autoridade”; alguns relatórios avançam mais claramente na atribuição de um transtorno e chegam a sugerir diagnósticos.

Para os técnicos, muitos encaminhamentos são realizados pelas escolas sem a clareza acerca do funcionamento do CAPSi, sobre o público a ser assistido no serviço, o que é produzido pela falta de diálogo dos serviços de saúde mental com a rede de educação.

Reconhece-se, porém, que este movimento justifica-se pela ausência de outras opções de encaminhamento no território.

É preciso problematizar, prioritariamente, o movimento de medicalização produzido nestes encaminhamentos escolares, que, se não respondidos em diálogos institucionais, em ações de matriciamento de saúde mental junto às escolas, acabam por ser reforçados em encaminhamentos pelo CAPSi a instituições especializadas. O não questionamento sobre os processos institucionais, sociais, políticos e culturais que atravessam o contexto dos considerados “alunos-problema” enquadra no sujeito individual problemas que são de determinação coletiva (LUENGO, 2010). Se a precarização do sistema escolar e sua função social historicamente construída de produção e regulação social tensionam os encaminhamentos de crianças e adolescentes para tratamento de seus problemas individuais, cabe ao serviço de saúde mental infantojuvenil a produção dos espaços de diálogo, de reflexão conjunta, a problematização para a complexificação da leitura do problema e a criação de estratégias coletivas alternativas junto às escolas. Dentre estes casos, destacam-se os casos de TDAH e transtorno opositor desafiador, diagnósticos já exaustivamente questionados no debate de patologização e medicalização dos problemas sociais (FIORE, 2005; MEIRA, 2012; DECOTELLI; BOHRER; BICALHO, 2013).

Por fim, é importante fazer o destaque à necessidade de articulação intersetorial para contemplar a assistência às demandas não abarcadas pelo CAPSi. O encaminhamento deve ser realizado no caso de identificação de outro dispositivo que possa responder melhor às necessidades do usuário e deve ser realizado de forma implicada e corresponsável, com o acompanhamento pelo profissional que acolheu o caso no CAPSi até o atendimento e inclusão do usuário no outro serviço.

Neste sentido, é importante compreender que “o encaminhamento é necessariamente um procedimento clínico, onde o paciente e o profissional estão implicados na decisão institucional” (PINTO, 2005, p. 25). Este destaque é fundamental, sobretudo, para desconstruir a compreensão, difundida entre muitos serviços públicos, do encaminhamento como um mero trâmite burocrático. Uma recente publicação do Ministério da Saúde sobre a atenção psicossocial a crianças e adolescentes (BRASIL, 2014) propõe que este processo pode se desenvolver na comunicação interinstitucional, em visitas institucionais, na discussão de caso entre as equipes envolvidas, ou ainda no atendimento conjunto pelos diferentes dispositivos.

Foi observado nesta pesquisa que não há no serviço investigado um alinhamento sobre a forma de realização do encaminhamento, realizado em alguns momentos com a entrega de contato telefônico e endereço de instituições, sem contato prévio ou apropriação de informações sobre o processo de acolhimento nestes outros serviços; nem sempre é entregue um relatório com a avaliação da equipe do CAPSi a partir do acolhimento, com a descrição dos motivos do encaminhamento; em outros casos há de fato contato institucional pelo profissional acolhedor, com a discussão mais minuciosa do caso.

Observa-se que a forma de realização do encaminhamento tem forte determinação sobre a continuidade do cuidado em outra instituição, ou sobre o prolongamento do itinerário das famílias em busca de cuidado. Interferem também nesse processo de vinculação a outros serviços a confiança e compromisso percebidos pelo usuário e sua família ou instituição neste primeiro momento de acolhimento (BRASIL, 2014).

Os profissionais do CAPSi apontam, porém, as dificuldades vivenciadas nas tentativas de articulação com outros dispositivos para efetivação dos encaminhamentos para continuidade do cuidado. Mais uma vez, esbarram-se em uma rede de poucos serviços disponíveis e muitos deles “lotados”, sem abertura para acolher novos casos, e ainda distantes dos territórios dos sujeitos que demandam a atenção. Em uma discussão em reunião técnica, a colaboradora técnica da secretaria de saúde coloca a importância do empréstimo do poder de contratualidade dos profissionais junto aos usuários e familiares, tanto na efetivação do encaminhamento, quanto no tensionamento com o poder público para ampliação da rede de atenção à infância e adolescência. Foi proposta nesta reunião a elaboração de um relatório, a ser direcionado às gestões municipal e estadual, com o quantitativo de casos acolhidos pelo CAPSi e que não tiveram seu encaminhamento efetivado por não existência de vagas nos serviços de diferentes especialidades existentes na Rede.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“De quem os CAPSi cuidam?” Observamos nesta pesquisa que a resposta a este questionamento deve situar-se histórico e culturalmente: a identificação do sofrimento psíquico, as leituras produzidas em torno dele e a elaboração de estratégias de cuidado são determinadas por elementos contemporâneos envolvidos na concepção sobre a infância e adolescência, sobre o papel do Estado na assistência a este público e sobre a dimensão atribuída aos elementos concretos de seu contexto de vida.

Além disso, os aspectos da cultura local, da cultura institucional, da cultura profissional e pessoal dos sujeitos que desenvolvem as práticas de cuidado também são definidores do público a ser assistido em um serviço de saúde mental infantojuvenil.

Não há, portanto, uma normatização – seja ela da Política de saúde mental, da gestão do município ou da gestão do serviço – que abarque a complexidade e diversidade do sofrimento psíquico na infância e adolescência e que seja capaz de definir um “perfil” claro e preciso do público a ser assistido em um CAPSi. Além da consideração feita sobre a necessidade de contextualização das formas de expressão do sofrimento psíquico que chegam aos serviços de saúde mental infantojuvenil nos aspectos histórico e cultural, a demanda de responsabilidade de um serviço deve, também, relacionar-se profundamente com a realidade do território no qual atua. Assim, não podemos esperar que um CAPSi situado em uma capital de grande porte venha a receber as mesmas demandas que um CAPSi do interior; assim como a realidade do bairro onde está situado, se em um contexto de grande violência ou vulnerabilidade social, por exemplo, irá influir diretamente no tipo de demanda que se apresentará para o serviço.

Dito isto, um grande risco na organização clínica de um serviço como o CAPSi é a prévia delimitação de suas fronteiras, que pode ocorrer na produção de um “processo de seleção” dos usuários a partir do projeto assistencial existente na instituição, com um “cardápio” de ofertas terapêuticas estruturadas, desconsiderando a demanda que chega ao serviço e que exige estratégias de cuidado que extrapolam o instituído pela equipe. Neste sentido, Levcovitz (2000 apud MENDES, 2004) afirma que as instituições que determinam suas fronteiras previamente têm rapidamente esgotadas as possibilidades de receber novos usuários, novas demandas.

A identificação dos principais problemas de saúde mental acolhidos e das demandas assumidas pelo CAPSi ofereceu-nos uma leitura da organização da atenção a crianças e adolescentes com as mais diversas expressões do sofrimento psíquico. No contexto de Salvador, é preciso destacar o não cumprimento pleno do papel atribuído ao CAPSi de exercício de gestão da Rede local de atenção infantojuvenil. O papel de gestão das demandas e dos serviços locais de atenção somente torna-se viável frente a um território delimitado; com uma equipe diversa e capacitada; com recursos disponíveis, funcionais e integrados na Rede; com estratégias de comunicação e articulação bem estabelecidas entre os serviços.

Na realidade soteropolitana, com a responsabilidade de ofertar atenção limitada a apenas dois serviços especializados, com equipes reduzidas e pouco investidas tecnicamente,

com baixa cobertura da atenção básica, com poucos serviços de atenção à infância e adolescência para compartilhamento do cuidado, essa missão é uma utopia distante. Sobrecarregados com casos que deveriam ser assumidos por diferentes pontos da RAPS e dispositivos de outros setores, com problemas estruturais somados à insuficiência técnica, os serviços operam sempre no limite de sua possibilidade de ação, não conseguindo desenvolver plenamente o cuidado aos casos mais graves, que seriam seu público prioritário. É notória a dificuldade de efetivação da atenção à crise e da intensificação de cuidados, o que, por vezes, reproduz no cuidado ao caso grave a intervenção medicamentosa e o direcionamento para internação como estratégias primeiras.

Soma-se, nessa realidade, um vazio assistencial às crianças e adolescentes em uso problemático de drogas, que permanecem no interstício entre os CAPSad e os CAPSi, que não têm espaços de diálogo com os dispositivos de outros setores que acessam essa população e sustentam o discurso de incapacidade técnica para manejo das demandas deste público. Outro ponto de desassistência crítico são os casos de sofrimento psíquico que (ainda) não se encontram em situação de gravidade: com a falta de estratégias da atenção básica para dar conta desta demanda, e o esfacelamento não planejado dos ambulatórios, estes casos acabam por vezes a ficar sem nenhum tipo de assistência, retornando aos serviços quando o quadro já está agravado. Vê-se, assim, o impacto que a desresponsabilização histórica e persistente do Estado com a atenção a crianças e adolescentes acaba por intervir no modos operandi do CAPSi, que acaba por desempenhar um funcionamento distante do proposto pela atenção psicossocial.

Apontamos, assim, a necessidade de desenvolvimento de dois estudos importantes na Rede de Atenção Psicossocial: um primeiro que realize a avaliação do cuidado ao público infantojuvenil em uso problemático de drogas nos diversos dispositivos da RAPS; e um segundo que dimensione o vazio assistencial produzido aos casos não graves, com a realização de um mapeamento das demandas ambulatoriais que não conseguem efetivar seu acompanhamento na Rede.

Não podemos, porém, fadar ao fracasso o funcionamento do serviço por conta de seu contexto macro: no campo das micro-relações são criadas as estratégias de resistência e inventividade, que conseguem operar um cuidado de qualidade mesmo nos contextos mais adversos. Quando os profissionais não se paralisam pelas dificuldades impostas pelas “faltas” inúmeras, próprias dos serviços públicos em nossa realidade, ações de importante impacto para os sujeitos são empreendidas.

Por fim, utilizo-me da ideia de Franco e Merhy (2005) para atentar que a forma de organização da oferta terapêutica de um CAPS, tem a capacidade de intervir na desconstrução da demanda social que lhe é atribuída, essencialmente alicerçada no modelo manicomial, centrada nas intervenções “psi”, na medicalização e na internação em instituições totais. Quando o serviço começa a acolher o sofrimento dos sujeitos de seu território e a gerar respostas mais efetivas e criativas, com desenvolvimento de ações promotoras de autonomia, de ampliação dos laços sociais, da circulação dos sujeitos nos territórios, bem como a renovação de seus projetos de vida, ele começa a gerar outros sentidos em torno de si, ressignificando seu papel social para as comunidades e para outros dispositivos de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História social da criança** e da família. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- ASSIS, S.G. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, abr. 2009.
- ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B. **Psiquiatria infantil brasileira**: um esboço histórico. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.
- BARRETO, S.G. Desafios na construção de um CAPSi. In: NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (Org.) **O otimismo das práticas**: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 287-305.
- BERGMANN, D.S. *et al.* O perfil das crianças e dos adolescentes atendidos. In: ZAVASCHI, M.L.S (org.) **Crianças e adolescentes vulneráveis**: o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 69-78.
- BIBEAU, G. *¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo*. Trabalho apresentado no VI Congreso de Antropología de Colombia, 1992.
- BORDIN, I.A.S.; PAULA, C.S. Estudos populacionais sobre a saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (org.) **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 101-117.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- _____. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2005.
- _____. **Portaria nº 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília, 2014.
- BRITO, M.M.M. Novas formas de pensar o coletivo. In: FERREIRA, Tânia (Org.). **A Criança e a Saúde Mental** – Enlaces entre a Clínica e a Política. Belo Horizonte. Ed Autêntica/FCH-FUMEC, 2004. p. 93-109.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

COUTO, M.C.V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, Tânia [Org.]. **A Criança e a Saúde Mental** – Enlaces entre a Clínica e a Política. Belo Horizonte. Ed Autêntica/FCH-FUMEC, 2004, p. 61-72.

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

DECOTELLI, K.M.; BOHRER, L.C.T.; BICALHO, P.P.G. A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p. 446-459, 2013.

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

DELVAN, J.S. et al. Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Cresc. E Desenv. Hum.**, v. 20, n. 2, p. 228-237, 2010.

DRUMMOND JÚNIOR, M. A. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica.** [s.l.] Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. **Etnografias em serviço de saúde.** 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde debate**, v. 32, n.78/80, p. 143-149, jan.-dez. 2008.

IORE, M. A. Medicalização do corpo na infância – Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção Social da Demanda.** IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

GAUY, F. V.; GUIMARÃES, S.S. Triagem em Saúde Mental Infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília, v. 22, n. 1, p. 05-16, jan-abr. 2006.

GEERTZ C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 13-41.

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

- JUCA, V.J.S. **Os Sentidos da Cura em Saúde Mental**. 2003. 235f. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2003.
- LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. 1.ed. – São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.
- MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, jan-jun. 2012.
- MENDES, M. C. S. **Repercussões da recepção-escuta no atendimento da porta dos serviços de saúde mental coletiva e em seus projetos terapêuticos**. 2004. 154 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2004.
- NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003**. São Paulo: CEBRID, 2004.
- NUNES, M. *et al.* A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 188-196, jan. 2008.
- OKAMOTO, M.Y. A patologização e a medicalização da infância: um olhar sobre a família e as crianças. In: EMIDIO, T.S.; HASHIMOTO, F. (Org.) **A Psicologia e seus campos de atuação: demandas contemporâneas**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013. p. 85-111.
- PINTO, R.F. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da Psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. 2005. 105f. Dissertação de mestrado em Psicologia. Instituto de Psicologia, Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 60-68, maio-ago. 2005.
- REIS, A.O.A *et al.* (org.) **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012.
- RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (org.) **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SAMPAIO, J. J. C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4685-4694, 2011.
- SANTOS, P.L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, mai./ago. 2006.
- SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, n. 5, v.1, 2005.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477–486, 2009.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 497-504, out-dez. 1994.

VASCONCELLOS, V. C. **A dinâmica do trabalho em saúde mental**: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2008. 270f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 2008.

VICENTIN, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (org.) **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 219 – 229.

ZAVASCHI, M.L.S. Crianças vulneráveis. In: ZAVASCHI, M.L.S. *et al* (org.) **Crianças e adolescentes vulneráveis**: o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-42.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



Estou realizando uma pesquisa intitulada “**CAPSi para quem? Análise dos signos, significados e práticas produzidos no acolhimento e nos processos de tomada de decisão sobre os casos acolhidos em um CAPSi de Salvador**”, cujo objetivo principal é investigar os sinais atribuídos pelos profissionais do CAPSi como indicadores da necessidade de acompanhamento de um caso neste serviço, quais as explicações construídas sobre os problemas identificados nos casos acolhidos e quais as práticas desenvolvidas no acolhimento nesta unidade.

Convido-lhe a participar como informante na coleta de dados desta pesquisa a partir da autorização para inserção da pesquisadora em uma abordagem etnográfica, na qual ela fará observação e vivência dos espaços de acolhimento e daqueles implicados na tomada de decisão sobre os casos acolhidos no serviço (reuniões técnicas e grupos de observação). Não haverá retorno financeiro pela sua participação. Os resultados dessa pesquisa poderão colaborar nas reflexões e estruturação do cuidado no serviço quanto às estratégias de acolhimento e os processos de tomada de decisão sobre os casos acolhidos no CAPSi.

Com estas informações, após leitura desse documento e estando de acordo com sua participação na pesquisa, solicito que assine os termos de sua aceitação para participar da referida pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. que você não ficará exposto a nenhum risco ou problema; 3. a identificação de todos os envolvidos será mantido em sigilo; 4. que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. somente depois de ter entendido o que foi explicado deverá assinar duas vias deste documento, ficando uma cópia com você e uma com o pesquisador.

Em caso de dúvida, poderá comunicar-se com a pesquisadora Carolina Pinheiro Moreira, mestranda do Mestrado de Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, disponível nos contatos: telefone (71) 992257951, email: carollpinheiro@hotmail.com ou Mônica Nunes, orientadora desta pesquisa, disponível nos contatos: (71) 32837438, email: monicatorrente11@gmail.com.

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO ETNOGRÁFICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



Espaço para inserção: ACOLHIMENTO

Elementos a serem considerados:

- Quais estratégias são desenvolvidas neste serviço para promoção do acolhimento;
- Como se estabelece a escolha dos profissionais que atuam no acolhimento;
- Como se dá a relação dos profissionais neste momento específico;
- Como se dá a relação dos profissionais com usuários e familiares que chegam ao serviço;
- Qual o espaço dado à fala e à expressão do sofrimento da criança ou adolescente durante o processo de acolhimento;
- Quais dados e demandas são levantados e identificados como relevantes para avaliação das necessidades de intervenção do caso;
- Quais são as reações dos profissionais aos diferentes problemas apresentados pelos usuários e familiares;
- Quais signos pré-diagnósticos são levantados pelos profissionais nos primeiros contatos com os usuários;
- Quais necessidades de saúde são identificadas;
- Como são construídas as intervenções a partir do acolhimento;
- Como é definida a demanda de responsabilidade do serviço;
- Como são realizados os encaminhamentos para outras instituições ou estratégias.

Espaço para inserção: GRUPOS DE OBSERVAÇÃO

Elementos a serem considerados:

- Como se dá a escolha dos profissionais para assumir esta estratégia;
- Como se dá direcionamento de um usuário para esta estratégia;
- Quais critérios diferenciam os diferentes grupos de observação;

- Como se dá a relação dos profissionais neste momento específico;
- Quais estratégias de avaliação são utilizadas;
- Como os técnicos identificam determinado problema, a gravidade de um problema ou a necessidade de uma intervenção;
- Quais explicações são atribuídas pelos profissionais aos problemas identificados na avaliação dos casos;
- Quais aspectos são e identificados como relevantes para avaliação das necessidades de intervenção do caso nesse espaço;
- Como se dá relação com usuários e familiares nesse espaço;
- Quais são as reações dos profissionais aos diferentes problemas apresentados pelos usuários e familiares;
- Como se dá o processo de tomada de decisão sobre os casos em avaliação neste espaço específico;
- Como são realizados os encaminhamentos para outras instituições ou estratégias.

Espaço para inserção: REUNIÕES TÉCNICAS

Elementos a serem considerados:

- Quem são os atores que participam desse espaço;
- Quais casos acolhidos são privilegiados para discussão nesse espaço;
- Como se dá a relação dos profissionais na discussão dos casos e nos processos de tomada de decisão neste momento específico;
- Como os técnicos identificam determinado problema, a gravidade de um problema ou a necessidade de uma intervenção;
- Quais aspectos são e identificados como relevantes para avaliação das necessidades de intervenção do caso nesse espaço;
- Quais explicações são atribuídas pelos profissionais aos problemas identificados na discussão dos casos;
- Como é definida a demanda de responsabilidade do serviço;
- Como se dá o processo de tomada de decisão sobre os casos em discussão neste espaço específico;
- Como são realizados os encaminhamentos para outras instituições ou estratégias.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DO ACOLHIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



Este questionário constitui parte da pesquisa “CAPSi para quem? Análise dos signos, significados e práticas produzidos no acolhimento e nos processos de tomada de decisão sobre os casos acolhidos em um CAPSi de Salvador”, da qual você foi participante. Ela será aplicada aos profissionais participantes, com a garantia de sigilo sobre sua identidade, com objetivo de identificar as experiências anteriores dos profissionais que estão realizando o acolhimento no CAPSi com a clínica da infância e adolescência e a clínica da saúde mental.

Categoria profissional: _____

Tempo de atuação no CAPSi _____

1 Possui alguma disciplina específica de saúde mental em sua formação acadêmica?

() sim () não

2 Possui alguma disciplina específica sobre intervenção com criança e/ou adolescência em sua formação acadêmica?

() sim () não

3 Possui alguma experiência prática na área da saúde mental em sua formação acadêmica?

() sim () não

Se sim, onde? _____

4 Possui alguma experiência prática com o público infanto-juvenil em sua formação acadêmica?

() sim () não

Se sim, onde? _____

5 Realizou algum curso específico na área de saúde mental antes de iniciar sua atuação no CAPSi?

() sim () não

Se sim, qual? _____

6 Realizou algum curso específico na área da infância e adolescência antes de iniciar sua atuação no CAPSi?

() sim () não

Se sim, qual? _____

