

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABIANE MACHADO PAVANI

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL VOLTADAS ÀS
ADOLESCÊNCIAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-
JUVENIL

Porto Alegre

2019

FABIANE MACHADO PAVANI

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL VOLTADAS ÀS
ADOLESCÊNCIAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-
JUVENIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, linha de pesquisa da Saúde mental e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Christine Wetzel

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Pavani, Fabiane Machado

Avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) / Fabiane Machado Pavani. -- 2019.

286 f.

Orientador: Christine Wetzel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Saúde mental. 2. Adolescente. 3. Avaliação em saúde. 4. Serviços comunitários de saúde mental. I. Wetzel, Christine, orient. II. Título.

FABIANE MACHADO PAVANI

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL VOLTADAS ÀS ADOLESCÊNCIAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 03 de maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA



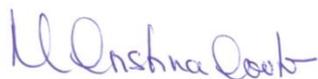
Profa. Dra. Christine Wetzel
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Agnes Olschowsky
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski
Membro da banca
UFPEL



Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto
Membro da banca
UFRJ

Dedico este trabalho acadêmico aos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil, em especial, à **equipe do CAPSi Pandorga** e a todas as pessoas que acreditam no cuidado em liberdade.

AGRADECIMENTOS

Acredito que as construções que realizamos nunca são individuais, sempre há muito incentivo e suporte durante todo processo. Dessa forma, a presente dissertação de mestrado não poderia chegar até aqui sem o precioso apoio de várias pessoas, logo agradeço: imensamente, à minha orientadora Prof^a Dr^a **Chirstine Weztel** por todo acolhimento, paciência, tempo, empenho e dedicação com que sempre me orientou neste trabalho. Obrigada pelas inúmeras discussões, aprendizados, parcerias para além da escrita, a amizade e o cuidado que teve comigo nessa trajetória. É um privilégio e um prazer inexplicável trabalhar contigo.

À **Equipe do CAPSi Pandorga** pela oportunidade de realizar a minha pesquisa, e a participação de todos. Obrigada pela disposição e pelo tempo despendido, compartilhando vivências que contribuíram com meu aprendizado e desenvolvimento profissional e pessoal. Obrigada também às **Residentes** presentes nesse serviço.

Aos colegas e amigos da UFRGS pelas discussões, trocas e apoio: **Letícia Passos, Juliana de Carvalho, Mariane Botega, Aline Basso, Fabrício Soares, Franciele Batistella, Cristiane Kenes, Gabriela Dalenogare, Adalvane Damaceno, Thayane Dornelles, Bárbara Moraes, e Jaíne Santin**. Aos amigos que sempre me incentivaram e me apoiaram, mesmo à distância: **Allan Palheta, Aline Neutzling, Lucas Vasconcellos, Paola Camargo, Larissa Dall’Agnol, Lauren Rosa, Naiana Oliveira**.

Às professoras que contribuíram desde o início dessa pesquisa, e são importantes para mim como mulheres, professoras e pesquisadoras: **Agnes Olschowsky, Cristina Ventura e Luciane Kantorski**.

A todos os membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPEM) da UFRGS e do Grupo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde Mental e Saúde Coletiva da UFPel.

À minha família por todo o suporte durante essa caminhada e pela compreensão quando eu não pude estar presente.

À **Universidade Federal do Rio Grande do Sul** e à **Escola de Enfermagem da UFRGS** por toda a estrutura necessária ao desenvolvimento da minha pesquisa. Por fim, ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS** e à **CAPES**, pela bolsa de mestrado, estrutura e suporte necessários à realização e qualidade da pesquisa brasileira em saúde.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”.

Nise da Silveira

RESUMO

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a inclusão da atenção à infância e adolescência vem sendo operacionalizada prioritariamente pela implantação dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), sendo considerados dispositivos de saúde mental de referência para o atendimento no território. No entanto, quando pensamos em saúde mental infanto-juvenil, consideramos de imediato as crianças, esquecendo, muitas vezes, dos adolescentes. A adolescência e sua complexidade vêm se constituindo como um desafio ao campo da saúde mental, e é na busca por melhorias na qualidade, no acesso, nas práticas e continuidade da atenção a esse grupo que entendemos a avaliação como um importante instrumento, considerando os efeitos e as repercussões que os CAPSi produzem na perspectiva psicossocial. Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar as práticas em saúde mental voltadas às adolescências realizadas por profissionais em um CAPSi de uma capital. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a Avaliação de Quarta Geração (AQG) como percurso teórico-metodológico, e as práticas em saúde na perspectiva da Atenção Psicossocial como parâmetro avaliativo. A AQG propõe um processo participativo mediante a inclusão de grupos de interesse, que, neste estudo, foram considerados os profissionais da equipe do serviço e ocorreu nas seguintes etapas: contato com o campo; organização da avaliação; identificação do grupo de interesse; desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas; preparação e execução da negociação. Para a coleta de dados, foram utilizadas 15 entrevistas através da aplicação do Círculo-Hermenêutico Dialético (CHD) e a observação participante, que foi realizada em dois momentos: na fase de organização da avaliação enquanto etnografia prévia e na fase do desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas, na busca pelo aprofundamento e sofisticação das questões que emergiram no CHD. A análise foi realizada concomitante à coleta pelo Método Comparativo Constante. As questões que emergiram no processo avaliativo foram agrupadas em: categorias de organização e processo de trabalho no CAPSi e categorias de redes e políticas. As categorias de organização e de processo de trabalho no CAPSi compreendem as práticas voltadas aos adolescentes e os aspectos que as influenciam relacionadas às características do serviço, às relações, às concepções teórico-técnicas, à implicação étnica e política, à organização e ao funcionamento da equipe. Essas categorias tratam de constituir o cuidado em saúde mental no cotidiano do CAPSi produzido pelos profissionais, em que esses passam a ter autonomia para interferir, de forma mais imediata, no uso, na implementação, na adequação e na modificação das práticas, a partir dos resultados da pesquisa, podendo produzir transformações no serviço. Já as categorias de redes e políticas correspondem às práticas relativas aos fluxos e às construções, estabelecidas ou não, entre o CAPSi e os outros serviços que trabalham com essa população. São categorias que revelam os contextos vivenciados, bem como desafios diários na integração extra-CAPSi de uma capital. Constatou-se que o CAPSi é referência para os adolescentes, e que ocupa um lugar de importância no SUS. Tem-se desenvolvido práticas que auxiliam e potencializam o cuidado em saúde mental nessa fase da vida, em que as demandas dos adolescentes estão sendo atendidas, em geral, a partir de um constante processo de aprendizagem e dedicação na direção da Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde mental. Adolescente. Avaliação em saúde. Serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT

In the context of the Brazilian Psychiatric Reform, the inclusion of child and adolescent care has been operationalized primarily by the implementation of the Psychosocial Care Centers for children and adolescents (CAPSi), and they are considered as referral mental health services for care in the territory. However, when we think of child and youth mental health, immediately children are considered, and often adolescents are forgotten. Adolescence and its complexity have been a challenge to the mental health field. Seeking for improvements in quality, access, practices and caring continuity to this group that we understand an evaluation as an important instrument, considering the effects and the repercussions that CAPSi produce in the psychosocial perspective. Therefore, this research aims to evaluate the adolescent mental health practices performed by professionals in a CAPSi from a capital. Qualitative study, which performed the Fourth Generation Evaluation (FGE) as a theoretical and methodological path, and health practices from the perspective of Psychosocial Care as an evaluative parameter. FGE proposes a participatory process through the inclusion of interest groups, which in this study were considered service health team and occurred in the following steps: contact with the field; organization of the assessment; identification of the group; development and enlargement constructions; negotiation preparation and execution. For data collection, 15 interviews occurred through the application of the Hermeneutic-Dialectic Circle (HDC) and the participant observation, which was carried out in two moments: evaluation organization a phase as previous ethnography and in the study development and enlargement constructions phase, seeking to deepen and sophisticated the issues that emerged on HDC. The Constant Comparative Method performed the analysis concomitantly with the data collection. The issues that emerged in the evaluation process were grouped into categories of: CAPSi organization and work process and network and policy. The CAPSi organization and work process categories include the practices aimed to adolescents and the aspects that influence them related to service characteristics, relationships, theoretical-technical conceptions, ethnic and political implications, organization and work team functioning. These categories try to constitute mental health care at CAPSi daily, produced by professionals, in which they have autonomy to interfere, more immediately, to use, to implement, to adapt and practices modification, based on research results and may produce changes in the service. The categories networks and policy correspond to the practices related to flows and constructions, established or not, between CAPSi and other services that work with this population. These categories reveal the contexts experienced, as well as daily challenges out from CAPSi in a capital. It was found that CAPSi is a reference for adolescents, and takes an importance place in the SUS. The developed practices have been helped and enhanced mental health care in this period of life, which demands from adolescents are being addressed, in general, based on a constant process of learning and dedication towards Psychosocial Care.

Keywords: Mental health. Adolescents. Health evaluation. Community mental health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 – Linha do tempo com os principais autores que influenciaram a compreensão da adolescência.....	21
Figura 2 – Círculo hermenêutico-dialético.....	65
Figura 3 - Distritos sanitários de Porto Alegre.....	67
Figura 4 – Distribuição do público total atendido no CAPSi Pandorga por faixa etária e sexo (n=181)	70
Figura 5 – Distribuição do diagnóstico de acordo com o número acumulado de cadastros feitos pelo CID e distribuição dos diagnósticos conforme o usuário em atividade coletiva.....	70
Figura 6 – Desenho da infraestrutura do CAPSi Pandorga.....	98
Quadro 1 – Serviços que compõem a atual Rede de Atenção Psicossocial no município de Porto Alegre.....	67
Quadro 2 – Características dos Distritos Sanitários em que o CAPSi Pandorga é referência.....	69
Quadro 3 – Miniequipes do CAPSi Pandorga em relação à sua composição, à realização das reuniões e ao número de Unidades de Saúde que realizam matriciamento.....	72
Quadro 4 – Atividades realizadas no CAPSi Pandorga em relação aos dias e aos turnos da semana.....	73
Quadro 5 – Caracterização do profissional em relação à profissão, à idade, à escolaridade, ao tempo de atuação no CAPSi Pandorga e ao regime de trabalho semanal.....	83
Quadro 6 – Participantes da pesquisa conforme a etapa de produção de dados.....	84
Quadro 7 – Construção da unidade temática e de informação (exemplo: Profissional 1)	92
Tabela 1 – Apresentação dos modos de cuidado tendo como eixo norteador a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	52

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO	20
2.1 A construção histórico-social da adolescência	20
2.1.1 A mudança do olhar sobre o adolescente	25
2.2 As políticas públicas e práticas de saúde mental voltadas aos adolescentes	28
2.3 Práticas em Saúde Mental	39
2.4 Avaliação em saúde	45
3 OBJETIVO DO ESTUDO	50
3.1 Objetivo geral	50
3.2 Objetivos específicos	50
4 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO	51
4.1 A perspectiva da Atenção Psicossocial	51
4.2 A adolescência e a sua interface com a saúde mental – um fenômeno social....	57
4.3 Pesquisa qualitativa	58
4.4 Pesquisa avaliativa qualitativa.....	59
4.5 Avaliação de Quarta Geração (AQG)	62
4.5.1 O enfoque responsivo	62
4.5.2 Metodologia construtivista	64
4.5.3 O processo hermenêutico-dialético	65
4.5.4 Cenário do estudo	67
4.5.4.1 O CAPSi Pandorga.....	69
4.5.5 Métodos de produção dos dados	78
4.5.5.1 Observação participante.....	78
4.5.5.2 Entrevista	79
4.5.6 Aplicação prática da Avaliação de Quarta Geração	80
4.5.6.1 Contato com o campo	80
4.5.6.2 Organização da avaliação	81
4.5.6.3 Identificação dos grupos de interesse	82
4.5.6.4 Desenvolvimento das construções conjuntas.....	85
4.5.6.5 Ampliação das construções conjuntas	86
4.5.6.6 Preparação da agenda para negociação.....	89
4.5.6.7 Execução da negociação	89
4.6 Análise de dados	91

4.6.1	Identificação de unidades de informação	92
4.6.2	Categorização	92
4.7	Princípios éticos	94
4.8	Divulgação dos resultados da pesquisa	95
5	RESULTADOS DO PROCESSO AVALIATIVO: categorias de organização e processo de trabalho do CAPSi.....	97
5.1	O trabalho com adolescentes no CAPSi	97
5.1.1	Ambiência.....	98
5.1.2	Acolhimento e construção de vínculo	106
5.1.3	As atividades como meio de trabalho nas práticas	113
5.2	Organização e características da equipe	120
5.2.1	As dimensões do objeto de cuidado e suas implicações no trabalho com adolescentes	123
5.2.1.1	Adolescências	125
5.2.1.2	Contextos socioeconômicos e culturais.....	137
5.2.1.3	Contextos de violência	141
5.2.1.4	Institucionalização	143
5.2.1.5	Trabalho com a família	146
5.2.2	Características dos profissionais.....	151
5.2.3	Movimento de uniformização e autonomia da equipe	155
5.2.4	Papéis e lugares dos profissionais na equipe	158
5.2.5	Supervisão	165
5.2.6	Prazer e sofrimento no trabalho com os adolescentes.....	166
5.3	O Projeto Terapêutico Singular enquanto estratégia nas práticas em saúde mental com adolescentes.....	169
5.3.1	O protagonismo dos adolescentes no cuidado em saúde mental	171
5.3.2	A valorização da autonomia do adolescente	175
5.3.3	A inclusão de atores no cuidado em saúde mental	179
5.3.4	Inserção social	183
5.3.5	Processo de transferência do cuidado no CAPSi.....	187
5.4	A clínica no CAPSi: na adolescência o diagnóstico se escreve à lápis	193
5.4.1	O papel do CAPSi no atendimento às situações de urgência e emergência..	203
6	RESULTADOS DO PROCESSO AVALIATIVO: categorias de redes e políticas.....	207
6.1	Rede de Atenção Psicossocial.....	208
6.1.1	Dispositivos da RAPS.....	209
6.1.2	Comunicação e integração da RAPS	221
6.1.3	CAPSi como organizador da RAPS	225

6.1.4 Matriciamento.....	227
6.1.5 Práticas inovadoras: sem a necessidade de reinvenção da roda.....	230
6.2 Ações intersetoriais e Rede Intersectorial	232
6.2.1 Serviços da Rede Intersectorial	238
6.3 Impacto das políticas e gestão nas práticas do CAPSi	243
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	249
REFERÊNCIAS.....	257
APÊNDICES	275
ANEXOS	281

APRESENTAÇÃO

Ao refletir a respeito do caminho que trouxe até este momento, o interesse em estudar a saúde mental, a adolescência, relacionando-as à Atenção Psicossocial infanto-juvenil, é possível concluir que não poderia ser justificado somente a partir da minha trajetória acadêmica.

A relação com o campo da saúde mental infanto-juvenil começou, desde muito cedo, na pré-adolescência, quando participei de atividades em um serviço de acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Naquela época, pouco entendia sobre seus problemas e necessidades de cuidado em saúde mental. Depois disso, tive contato com crianças e adolescentes “especiais”, por meio do desenvolvimento de atividades da escola junto à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Algumas tinham Síndrome de Down e hidrocefalia, mas também foi nesse momento que conheci o autismo.

Em 2011, após ingressar no curso de graduação em enfermagem, comecei a participar do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em que fiz parte da equipe da pesquisa CAPSUL II – Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial no Sul do Brasil, momento marcado pelo primeiro contato com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a Luta Antimanicomial, com Centros de Atenção Psicossocial, e com as Políticas de Saúde Mental.

Na mesma pesquisa, tornei-me bolsista de iniciação científica e tive aproximação com alguns Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil. Ao me apaixonar por essa especificidade, dentro do campo da saúde mental, procurei estudar autores e pesquisadores sobre esse tema. A motivação foi acrescida mediante o acompanhamento de um caso de Síndrome de Munchausen durante o estágio na pediatria, que me possibilitou desenvolver o meu trabalho de conclusão de curso intitulado: “Violência infantil no âmbito da Atenção Psicossocial: um estudo no Sul do Brasil”.

Com o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na linha de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Mental, a definição de trabalhar com a adolescência especificamente,

separando-a da infância, foi motivada por três fatores: o primeiro quando revisei os resultados do meu trabalho de conclusão de curso, que apresentou prevalência de adolescentes, os quais correspondiam a 51,8% dos usuários do CAPSi. O segundo fator foram as minhas reflexões sobre as diferentes trajetórias dos adolescentes, de como lidam com os processos do crescimento quando são interpelados devido ao desenvolvimento de algum problema de saúde mental.

A vivência do estágio de docência foi o terceiro fator. Durante esse período, observei que uma unidade de internação em saúde mental contava com nove leitos direcionados às adolescentes, de um total de 20. Embora os profissionais dessa unidade relatassem a realização de capacitações para melhor assistir as adolescentes, o número de leitos alterou a dinâmica e o fluxo da unidade, provocando a identificação de dificuldades em alguns processos de trabalho e na abordagem a essa população na unidade. Percebi, por exemplo, a reformulação da oferta de atividades, para a inclusão de assuntos que interessassem a essa faixa etária, bem como notei a rotina do uso do telefone restrito a uma vez por semana, exceto para adolescentes, cujo uso era liberado.

Considerando o exposto, as experiências, as oportunidades e as escolhas direcionaram essa dissertação, com a realização de uma pesquisa que possibilita compreender e analisar com mais profundidade o cotidiano do cuidado em saúde mental ao adolescente, na dimensão do serviço do CAPSi, sem esquecermos de contextualizá-la ao considerar a influência dos vínculos, da comunidade e do contexto político no qual nos encontramos.

Em relação às partes integrantes desta pesquisa, o primeiro capítulo apresenta o delineamento do objeto de estudo, abordando e discutindo o panorama histórico-social do período da adolescência, as políticas de saúde mental voltadas a essa população, as práticas em saúde mental e o campo da avaliação em saúde. No segundo capítulo, há a descrição dos objetivos propostos deste estudo.

No terceiro capítulo, justifica-se a escolha teórico-metodológica, assim como se descrevem as bases conceituais da pesquisa qualitativa avaliativa e participativa, na perspectiva da Avaliação de Quarta Geração (e sua aplicação prática), a análise dos dados empíricos e aspectos éticos.

No quarto e no quinto capítulo, apresentam-se os resultados do processo avaliativo, assim como as discussões pertinentes desenvolvidas. Por fim, estão as considerações finais da pesquisa, as referências, os anexos e os apêndices.

1 INTRODUÇÃO

O hospital psiquiátrico como lugar de cuidado em saúde mental começa a ser rompido a partir da década de 1970, mediante a denúncia e a exposição das práticas do isolamento e exclusão social, da violência institucional e da cronificação das condições de saúde dos sujeitos que nele habitavam. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), a ressignificação e a reformulação do cuidado em saúde mental passam a ser emergentes, tendo como objetivo substituir o hospital psiquiátrico pela construção de serviços que resgatassem a dignidade humana, os direitos à cidadania (COSTA-ROSA, 2012).

Esses serviços, então, deveriam ser capazes de trabalhar na mudança e na garantia de um modelo de cuidado, em que se priorizaria o sujeito, o sofrimento-existência, o diálogo, a participação ativa e a reinserção social. Sendo assim o cuidado, antes reduzido ao tratamento do problema definido por um diagnóstico, passou a ser oferecido de modo a atender à constelação de necessidades fisiológicas, sociais e psíquicas no campo da saúde mental (PAIVA, 2013). Dessa forma, impulsionou-se o surgimento dos serviços substitutivos ao manicômio, sendo o principal deles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o modelo de cuidado em saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Os serviços substitutivos foram definidos pela operacionalização de rupturas com o modelo manicomial e pela negação de seus referenciais, abrindo a possibilidade da construção cotidiana de outros parâmetros, saberes, práticas e relações com a loucura (AMARANTE; TORRE, 2001). Os CAPS assumiram a responsabilidade pela realização do cuidado em saúde mental aberta e baseada no território, buscando construir e aprofundar as práticas do cuidado integral e em liberdade, uma das principais características da Atenção Psicossocial (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; PITTA, 2011).

A Atenção Psicossocial, à medida que passou a demandar uma assistência que se articulasse com outros setores, como o da assistência social, tornou-se necessária à construção de uma rede de serviços que pudesse responder às diferentes demandas. Como resposta, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo outros serviços substitutivos como: os Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, o Programa de Volta pra Casa e os leitos de saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, 2011).

Apesar da importante trajetória de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, a RPB e a Atenção Psicossocial ainda permanecem em processo de consolidação, recebendo influências dos contextos e conjunturas políticas e sociais. Dessa forma, seguem enfrentando desafios a serem superados, na direção do seu fortalecimento e da sua continuidade. Um desses desafios são as lacunas assistenciais, principalmente no serviço ofertado à população infanto-juvenil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2019), cerca de 10% a 20% das crianças e adolescentes apresentam algum problema de saúde mental, e geralmente os sinais surgem no período da adolescência (a partir dos 14 anos). A Organização Pan Americana de Saúde – OPAS (2010) aponta que o suicídio é uma das maiores causas externas da mortalidade entre adolescentes. A depressão é uma das causas de maior perda de anos de vida na população mundial, mas também entre os adolescentes. O *National Institute of Mental Health* (2017) apresenta que, aproximadamente, um em cada cinco adolescentes de 13 a 18 anos vivencia um transtorno mental grave em algum momento da vida.

No contexto brasileiro, Bordin e Paula (2006), em estudo de revisão incluindo pesquisas populacionais de prevalência, apontam taxas de prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes que variam de 13,5% a 35,2% quando os pais são os únicos informantes; 12,6% a 13,1% quando foram os próprios adolescentes os respondentes.

Paula *et al.* (2014) apontam taxas de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes tendendo a aumentar conforme a idade; no momento do estudo, estava entre 7% e 12,7%, respectivamente. Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) trazem que os transtornos mentais mais prevalentes em crianças e adolescentes foram a depressão, os transtornos de ansiedade, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e outros por uso de substâncias.

O estudo multicêntrico de Paula *et al.* (2017) apresenta que uma criança ou adolescente do sexo feminino que vive em regiões menos desenvolvidas (nordeste, centro-oeste e norte), com condição socioeconômica média ou baixa, acessa menos os serviços de saúde mental infanto-juvenil, independentemente da condição do seu transtorno psiquiátrico.

Lopes *et al.* (2016) apresentam que a prevalência encontrada de transtornos

mentais comuns em adolescentes no Brasil foi de 30% em municípios com mais de 100 mil habitantes. Entre os sexos, os transtornos eram prevalentes em 38,4% das meninas e 21,6% dos meninos. Corroborando, Merikangas *et al.* (2011) trazem que apenas um terço dos adolescentes com transtornos psiquiátricos recebem assistência em saúde mental. O mesmo estudo aponta que os adolescentes negros apresentavam menos chance de receberem tratamento para transtornos de humor e ansiedade, mesmo quando esses eram associados ao comprometimento grave da saúde.

A discussão sobre a construção e afirmação de uma rede de cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes permaneceu, por muito tempo, indefinida em nossa sociedade. O Atlas de Saúde Mental (OMS, 2017), do qual 139 países participaram, 79% referiram apresentar políticas de saúde mental, porém somente 46% apontaram ter planos ou estratégias específicas para a saúde mental de crianças e adolescentes.

No Brasil, apesar de surgirem modificações na legislação em defesa dessa faixa etária, como o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, a necessidade de maior atenção em saúde mental infanto-juvenil, bem como de regulação do espaço social e da disciplina infanto-juvenil, ainda preponderava sobre ações de caráter repressivo (COUTO, 2004; COSTA, 2005). A inclusão da infância e juventude nas políticas públicas de saúde mental, na dimensão psicossocial, surge somente em 2002, com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) pela portaria 336/2002 (BRASIL, 2002).

Os CAPSi são destinados a assistir crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, incluindo portadores de autismo, de psicoses, de neuroses graves, usuários de álcool e de outras drogas e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou de estabelecer laços sociais. Cumpre ressaltar que esses serviços são importantes, como um ponto de atenção da RAPS, que visa realizar intervenções no percurso e tratamento do sofrimento psíquico. Além disso, os CAPSi devem assegurar, em todo o território nacional, o acesso aberto com base no território, envolvendo fatores sociais, que demandam uma articulação muitas vezes intersetorial da rede pública de serviços que assistem essa população (BRASIL, 2004).

Em relação aos adolescentes, no contexto do cuidado em saúde mental infanto-juvenil, há uma frequente associação da adolescência como problema, que se refere

ao campo da saúde mental. Para tanto, utilizam-se como justificativa os comportamentos agressivos e o uso abusivo de substâncias. Tal associação vem sendo fortalecida com o “encaixe” em diagnósticos psiquiátricos e com a prescrição de psicofármacos, na tentativa de barrar os comportamentos considerados inadequados socialmente protagonizados por adolescentes, o que se tem discutido com os processos de medicalização¹ e patologização da adolescência (ROSA; WINOGARD, 2011; CUNDA *et al.*, 2013; COUTO, 2012).

Acredita-se que o aumento de casos de saúde mental infanto-juvenil, tenha ou não justificativa, deve ser considerado nas pesquisas sobre a atenção em saúde mental, observando o contexto, o perfil e o processo de trabalho dos serviços de CAPSi, a fim de obter informações, assim como um “retrato” da realidade da saúde mental infanto-juvenil.

Em 2015, foi possível constatar a expansão de CAPSi em todo o país, com a implantação de 126 novos serviços até o final de 2014. Com isso, percebemos que, com a política pública de atenção em Saúde Mental, os CAPSi são percebidos como um dos principais dispositivos² de implantação da atenção em saúde mental infanto-juvenil, potentes em responder às questões locais dessa população. Entretanto, as diversidades contextuais, como, por exemplo, fatores técnicos, políticos, econômicos e culturais, têm condicionado a implementação dessas práticas, não permitindo que essa implantação ocorra de forma linear e homogênea (SCANDOLARA *et al.*, 2009; BRASIL, 2015a).

Nesse sentido, torna-se relevante avaliar esses serviços, como já apontado no estudo de Lima *et al.* (2014). Entendemos que a avaliação é um processo importante de produção e de qualificação de informações, para reformular modelos de atenção, visando à (re)construção dos arranjos da saúde mental infanto-juvenil, bem como do fortalecimento da reforma psiquiátrica. Por isso, nesta pesquisa, propomos a realização de uma avaliação participativa no que tange às práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes em um CAPSi de uma capital brasileira.

Frente ao exposto, tem-se como objeto do estudo a Atenção Psicossocial aos

¹Medicalização caracteriza o fenômeno do uso de medicamentos no nível social, sem estar necessariamente ligado à existência de alguma doença, ou seja, a expansão da demanda pela ação médica sobre aspectos da vida que não são doença (ROSA; WINOGARD, 2011).

²De acordo com Costa-Rosa (2012), as instituições de saúde mental como *dispositivos* correspondem à função de produção de saúde, de supressão de sintomas, de reinserção social da sua clientela, entre outras.

adolescentes em um CAPSi, apresentando as seguintes questões norteadoras: **Como ocorrem as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes realizadas por profissionais de um CAPSi? De que forma as ações realizadas pelo CAPSi aos adolescentes fortalecem o modelo de atenção psicossocial?**

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

Apresenta-se neste capítulo o delineamento do objeto de estudo desta pesquisa, tendo as práticas em saúde na perspectiva da Atenção Psicossocial como parâmetro avaliativo. É composto pelos seguintes subcapítulos: A construção histórico-social da adolescência, As políticas públicas e práticas de saúde mental voltadas aos adolescentes e Avaliação em saúde.

2.1 A construção histórico-social da adolescência

O conceito de adolescência vem sendo construído mediante diferentes influências, conhecimentos e vivências adquiridas ao longo da história da sociedade. Nesse contexto, alguns questionamentos, que instigam reflexões sobre o processo de desenvolvimento e diferenciação dessa etapa, são apresentados a partir da contextualização histórica, social e cultural da adolescência.

Levy (2001) traz que as primeiras informações sobre os adolescentes e a adolescência remetem ao quarto século, 384-332 A.C., quando Aristóteles, em sua obra *“Arte Retórica e Arte Poética”*, descreve os adolescentes de maneira generalizada, destacando as alterações do corpo, o comportamento corajoso e impulsivo, mas também inseguro, e a aproximação e identificação entre os pares.

A busca por explicações de fenômenos na ciência corroborou para que a adolescência “saísse do anonimato”, com o desenvolvimento de estudos que ajudaram a compreender sobre a dinâmica, as características e as relações na adolescência, antes mesmo de ser considerada uma fase da vida (FERREIRA, 1984).

A ideia de adolescente, assim como a de criança, sempre esteve atrelada à miniaturização ou à extensão do adulto. Na Idade Média, a divisão do desenvolvimento humano em fases ainda era muito incipiente, e, no século XV, com a transição para a Idade Moderna, é que se começou a construção de classificações e categorias do ciclo vital. Diversos fatores influenciaram essa transição, destacando-se a influência do Estado na realização do controle do espaço social e da ordem pública; o desenvolvimento da alfabetização; e a transformação da sociedade no modelo capitalista, urbano e industrial (AIRÈS, 1981).

Anterior à classificação de adolescência, ressalta-se a mudança, primeiramente, do papel da própria criança no âmbito familiar e comunitário. A infância era caracterizada pela sobrevivência do indivíduo ao período de alta mortalidade infantil e à sua independência em relação à mãe ou à ama, fatores que contribuíram para os primeiros indícios da fase denominada infância. No entanto, esta ainda desempenhava as mesmas atividades dos adultos; a mudança somente ocorre quando, para atender às necessidades da sociedade burguesa, as crianças foram percebidas como o futuro das famílias, das comunidades e das cidades e, conseqüentemente, precisavam ser cuidadas, escolarizadas e preparadas para o trabalho profissional (AIRÈS, 1981; CARVALHO; LEITE; KRAMER,1997).

Já adolescência, que permanecia imbricada mais à infância que à vida adulta, surge como um período independente, no contexto da sociedade industrial, com o advento das leis trabalhistas: diferentemente da criança, o adolescente ingressa no mercado de trabalho. Com isso, a adolescência se tornou um fenômeno universal, e sua consolidação ocorreu a partir de preocupações de ordem pessoal, moral e política, sendo relacionada tanto a fatores individuais, ligados à maturidade biológica, quanto a outros, de ordem histórica e social, relacionados às condições específicas da cultura na qual o adolescente está inserido (AIRÈS, 1981).

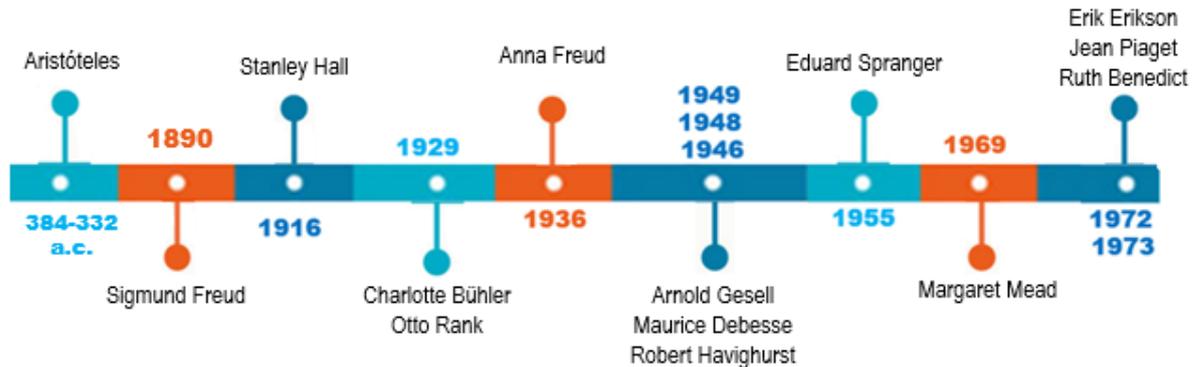
A definição da adolescência, por vezes, passou a corresponder aos contextos que se vivenciavam na sociedade, em diferentes situações locais, países e culturas. Por exemplo, considerando as relações entre adolescência e gênero, a adolescência feminina passa a ser estabelecida pelo período entre a primeira comunhão e o casamento, e a adolescência masculina pelo intervalo entre a primeira comunhão e o bacharelado ou o serviço militar (AIRÈS, 1981). Percebe-se que essa definição foi baseada no contexto católico-cristão, provavelmente predominante na época, e o contexto da família. Em contrapartida, há outras culturas e contextos nos quais a adolescência é considerada uma passagem e, por isso, requer diferentes rituais.

Para Marcelli e Braconnier (2009), a permanência da adolescência na não-diferenciação, por muito tempo, deve-se a um duplo movimento, tendo em vista que o adolescente não é mais criança, mas também ainda não é adulto. Para os autores, o momento da confluência entre a negação da infância e a busca de um *status* estável para a vida adulta acaba por constituir a essência do adolescente, dos processos de transformações fisiológicas, psíquicas e sociais que vivencia.

Para compreender melhor essa fase, desde a transformação corporal, até a

psicológica e a social, despendeu-se um grande investimento em estudos, que resultaram em teorias sobre esse universo. Na Figura 1, destacam-se os principais autores de teorias encontrados, que influenciaram o entendimento da adolescência.

Figura 1 – Linha do tempo com os principais autores que influenciaram a compreensão da adolescência



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Cabe ressaltar que a ordem cronológica apresentada possibilita reconstruir a história social da adolescência, na teoria, e identificar os movimentos e pensamentos que conduziram as discussões e transformações do conceito de adolescente e adolescência, considerando os contextos e acontecimentos no mundo ao longo do tempo. Marcelli e Braconnier (2009) apresentam algumas das teorias sobre a adolescência, que, de maneira articulada, para os autores, correspondem a quatro modelos principais: 1) fisiológico, 2) sociológico e ambiental, 3) psicanalítico e 4) cognitivo/educativo.

O **modelo fisiológico** traz as características da transformação ligadas ao corpo, com base na diferenciação entre os sexos, feminino e masculino, e indica que as alterações somáticas sofrem influência de áreas específicas do cérebro e da produção dos hormônios (MARCELLI; BRACONNIER, 2009).

Stanley Hall é considerado o pioneiro em estudos sobre a adolescência nessa abordagem, por isso, também é denominado o “Pai da Adolescência”. É o primeiro a aprofundar com rigor científico estudos sobre essa fase do desenvolvimento, conectando a psicologia científica empírica à psicologia filosófica. Os termos “tempestade”, “tormenta” e “tensão” na caracterização do fenômeno adolescência vinculadas à emergência da sexualidade são apresentados pela primeira vez em suas obras (HALL, 1904).

Já o **modelo sociológico e ambiental** enfatiza a repercussão do ambiente no desenvolvimento do adolescente. Considera-se esse fator o início da inserção à vida social, integrando os aspectos históricos, sociais e culturais. O modelo em questão não considera a adolescência como um fenômeno universal e homogêneo, pois observa que ela se modifica conforme os contextos que os indivíduos vivenciam (MARCELLI; BRACONNIER, 2009). Essa perspectiva aproxima-se das teorias de Erik Erikson, Margaret Mead e Ruth Benedict.

Erik Erikson é considerado um importante autor sobre o desenvolvimento da personalidade e a sua interação com o ambiente. Suas obras mais importantes são: “Infância e sociedade” e “Identidade, juventude e crise”. Para Erikson (1976), a cada etapa do desenvolvimento existe um conflito básico, no desenvolvimento da identidade. A adolescência é a fase da busca pelo estabelecimento da própria identidade mediante a grupal, sendo esta decisiva para a formação do adolescente, que, ao se sentir igual aos amigos, pela roupa, pelos gestos, pela linguagem, consegue desenvolver uma defesa da difusão de papéis no cotidiano.

Nessa direção, a importância dos fatores externos, como os culturais, no desenvolvimento, através da descrição das variações do comportamento adolescente, é enfatizada pelos estudos de Margaret Mead e Ruth Benedict, constituindo a teoria embasada na antropologia cultural do processo do desenvolvimento.

O desenvolvimento da adolescência se processa da dependência infantil para uma relativa independência, que se diferencia de acordo com cada cultura e população. A antropologia cultural traz a importância do determinismo cultural no desenvolvimento humano, isto é, o ambiente e o contexto desempenham papel relevante na construção da personalidade. De maneira geral, as autoras não negam a influência dos fatores biológicos e fisiológicos da puberdade, apenas dão maior ênfase às instituições sociais, aos hábitos, aos rituais e às crenças religiosas nesse processo (MEAD; BENEDICT; SAPIR, 2015)

O **modelo psicanalítico** se baseia na possibilidade de apreender a adolescência como um processo psicológico homogêneo às sociedades, o qual se orienta pelos processos identificatórios, valorizando o inconsciente e a afetividade. Seu principal autor, Sigmund Freud, e seus seguidores, Anna Freud e Otto Rank, defendem que, utilizando os três constructos - Id, Ego e Superego, o adolescente acaba selecionando mecanismos de defesa para lidar com as demandas dos contextos em que estão inseridos. Esses mecanismos regulam, então, os processos

mentais de busca pelo prazer, evitando a dor, a culpa e a ansiedade. Os mais comuns são: negação, racionalização, projeção, repressão, regressão, formação reativa, isolamento, identificação e sublimação (FREUD, 2011). Anna Freud, assim como Otto Rank, passam a contribuir na compreensão e na diferenciação dos tipos de mecanismos de defesa mais preponderantes na adolescência.

Para além dos constructos, esse modelo contribui a pensar sobre o processo de busca pela independência e identidade, capaz de aprimorar a personalidade para sobreviver à fase adulta. Nessa perspectiva, a identificação adulta só é possível mediante o abandono das referências parentais e a busca por referências culturais, no grupo social ou nas lembranças familiares (MARCELLI; BRACONNIER, 2009).

O **modelo cognitivo e educativo**, que tem como referência os estudiosos Robert Havighurst e Jean Piaget, aborda as modificações cognitivas e de desenvolvimento da capacidade intelectual na aprendizagem social. Os autores tratam o tema conforme suas especificidades: Piaget apresenta os estágios operatórios; Havighurst, as tarefas evolutivas. Ambos representam uma abertura a um novo tipo de inteligência, que o adolescente constrói para passar a assumir e integrar as modificações corporais, afetivas e relacionais que estão presentes nele e ao redor dele (MARCELLI; BRACONNIER, 2009).

Cada modelo traz contribuições distintas e, em alguns momentos, convergentes, na tentativa de explicar a adolescência, no entanto, torna-se necessário apreendê-los no sentido de que são modelos que constituem um grande campo de tentativas e de tendências, com vários autores. Sendo assim, deve-se considerar que, como o próprio termo sugere, eles não limitam o entendimento sobre a adolescência. Em outras palavras, os modelos ajudam a pensar sobre o fenômeno da adolescência, mas não são conclusivos.

Diante disso, a pesquisadora insere a problematização sobre o próprio campo de estudo, que é a adolescência e o adolescente. Ela sugere que os modelos sejam utilizados, então, como orientação, e não como regra explicativa, e mostra que essa é uma discussão aberta e necessária sobre a adolescência, a fim de não enquadrar o adolescente naquilo que, talvez, não seja possível. Trata-se exatamente de considerar essa complexidade que é estudar e, principalmente, trabalhar com a adolescência.

Nesse sentido, é importante incluir perspectivas mais amplas que as tradicionais para entender o adolescente, considerando que, enquanto convive com as inúmeras mudanças de diferentes ordens, esse indivíduo também se encontra em

uma sociedade, em constante modificação de culturas, de valores, de ideias e de conceitos. Ampliar as perspectivas é olhar, também, para cada adolescente, tendo em vista seus contextos sociais, econômicos e culturais.

Os contextos têm se mostrado importantes quanto à saúde mental dos adolescentes: indicadores de desemprego, moradia instável, heterogeneidade de raça/etnia e níveis baixos de escolaridade, por exemplo, têm apresentado correlação com o desenvolvimento de problemas dessa ordem. Outros estudos trazem que também influenciam a saúde mental de adolescentes situações como: gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis (DST) – como HIV/AIDS –, violência doméstica, violência infantil, acidentes de trânsito, brigas, crimes, homicídios (DAS *et al.*, 2016; SNEDKER; HERTING, 2013; WIGHT; BOTTICELLO; ANESHENSEL, 2006).

Em relação às culturas, Cauce *et al.* (2002) trazem que cada uma tem a sua própria construção sobre adolescência e saúde mental, que influencia principalmente os processos de procura por ajuda e adesão ao tratamento. Os mesmos autores sugerem que tentar compreender o que cada adolescente/família identifica a respeito desses fenômenos deve ser prioridade do serviço de atenção em saúde mental. Caso isso não ocorra, os serviços passam a ser irrelevantes, pois não conseguem atingir seu público-alvo.

Diante do exposto, percebe-se que a adolescência consiste em um fenômeno universal e singular ao mesmo tempo e, portanto, complexo, o que a torna um dos motivos deste estudo, além de requerer essa compreensão como ponto inicial.

2.1.1 A mudança do olhar sobre o adolescente

A perspectiva da adolescência como problema (ou os problemas específicos da adolescência) tem suas origens no início do século XX, com a implantação das reformas higienistas nos centros urbanos. Nessas reformas, a família considerada disfuncional – família operária, sem recursos financeiros, morais e intelectuais para educar seus filhos, muitas vezes, taxados como “a jovem prostituta” e “o delinquente juvenil” – tornava-se alvo das práticas intervencionistas e disciplinadoras, provenientes dos movimentos filantrópicos e, posteriormente, das instituições públicas e privadas recém-criadas (CÉSAR, 1999).

Essas famílias eram responsabilizadas pela produção e pela reprodução dos

problemas ligados a uma infância e a uma juventude sem assistência. Como a organização social estaria relacionada ao estabelecimento de normas, criticavam-se aqueles que tentavam criar seus filhos (crianças e adolescentes) estimulando-os a buscarem o sustento próprio e o da família na rua. Ocorre que, em vez de educá-los, permitir-lhes-iam, com isso, a construção de uma vida de vícios, de depravação e de vagabundagem (CÉSAR, 1999).

Com isso, surge uma preocupação com os adolescentes ociosos e pobres, que circulavam livremente, fazendo algazarra pelas ruas, atrapalhando a ordem e o trânsito. Intensifica-se, então, a ideia de que a adolescência constitui um momento crítico no desenvolvimento, na perspectiva de essa fase ser repleta de riscos à vida do indivíduo e à sociedade. Nesse contexto, criam-se figuras como a da “delinquência juvenil” e a da “sexualidade adolescente”, remetendo-se aos perigos que rondavam a adolescência e, assim, tornavam-na perigosa (DONZELOT, 1986; CÉSAR 1999).

Essas imagens, ao serem acrescidas a outros termos amplamente conhecidos, acabam por constituírem os rótulos da adolescência no imaginário social. De acordo com Alves (2008), o rótulo sugere uma visão distorcida do indivíduo, sem o seu consentimento, na direção de uma “identidade” inadequada, estabelecida por julgamentos superficiais.

Esses rótulos se manifestaram na utilização de termos como “aborrescência” ou “amolescência”, principalmente pelos pais, mas também pela sociedade em geral. Tiba (2005) traz que a “aborrescência” é a adolescência tumultuada, caracterizada pelo incômodo que essa fase gera aos pais, não somente em casa, mas em todas as esferas em que o filho transita. Os adultos sofrem, pois estão juntamente em transição com os filhos: do “havíamos crianças” para o “teremos adultos”. Alves (2008) ainda relaciona o termo “aborrescência” à aplicação do rótulo inofensivo, que corresponde à reprodução do olhar que veio a pré-conceituar a adolescência antes mesmo de tentar conhecê-la.

De acordo com Lírio (2012), o adolescente se destacava, na visão das culturas antigas, mais pelas características negativas, adquiridas naturalmente, tais como: ser tímido, hostil aos bons costumes, incapaz de escolher o bem sem os conselhos dos mais velhos, desprovido da sabedoria adquirida com os anos da idade. Por outro lado, a seu favor, apenas havia a virilidade e a beleza típicas da fase.

Essas características da adolescência também fundamentaram a sua patologização: são interpretadas não apenas enquanto desviantes, mas como

sintomas de doença. Marcelli e Braconnier (2009) observam que em nenhuma outra fase do desenvolvimento a questão do normal e do patológico é colocada de forma tão aguda e com tantas incertezas como na adolescência. A multiplicidade das condutas, a labilidade, a dificuldade de apreender a organização estrutural da sociedade, bem como de assimilar seu papel na família e no ambiente social, colocam em suspenso a noção e a fundamentação do que é normal ou patológico nessa fase.

Essas ideias são baseadas na “normalidade”, no sentido da norma estatística, da norma sociológica e em oposição à doença. Se seguíssemos essas noções, a primeira nos encorajaria a considerar as manifestações desviantes dos adolescentes como normais e, ao mesmo tempo, poderia estar retirando as suas significações de sofrimento. Já a segunda noção traria o risco de lançar a totalidade da adolescência como patologia, justificado pela frequência de condutas ditas como antissociais. Por fim, a terceira noção nos levaria a falar de “adolescência-doença” (MARCELLI; BRACONNIER, 2009).

A tentativa de solucionar esse paradoxo é uma melhor compreensão do período da adolescência, dos comportamentos e das condutas dos adolescentes. Para tanto, toda conduta deve ser vista por ela mesma e situada no conjunto das condutas do sujeito. Todavia, devido à não flexibilização do olhar às condutas e aos comportamentos “desviantes”, somada aos questionamentos das famílias e da sociedade, surgem os “problemas na adolescência” e a necessidade de corrigi-los, mediante respostas baseadas nos modelos socioeducativo e psiquiátrico (WIDLÖCHER, 1976).

O **modelo socioeducativo** baseia-se em modelos jurídicos para lidar com adolescentes que cometem ato infracional. Já sua resposta aos problemas da adolescência, a partir do modelo da psiquiatria, relaciona-se às tentativas de explicar a delinquência, o comportamento desviante e as suas consequências na sociedade, utilizando os estudos da psicologia do desenvolvimento, da estrutura psíquica e da crise na adolescência para isso.

Para Silva e Lopes (2009), a descoberta da adolescência como um problema relacionado à correção visava produzir um sujeito higiênico e disciplinado. Nesse intuito, a busca pela correção dos comportamentos desviantes veio pelas escolas, pelos reformatórios, pelas instituições assistenciais e pelos hospitais psiquiátricos, incidindo majoritariamente nas populações periféricas que marcaram a adolescência pela delinquência, pela situação de rua, pelo analfabetismo e pela vagabundagem.

A principal consequência desse olhar foi a criação de instituições voltadas para o amparo e a vigilância. Dessa forma, a psicopatologização da adolescência fundamentou regimes de contenção institucionais e familiares, fazendo com que os adolescentes se tornassem objetos do higienismo dos serviços de saúde e do tratamento moral (CÉSAR, 1999; CUNDA *et al.*, 2013).

O olhar sobre o adolescente como problema contribuiu na construção epistemológica da juventude e da adolescência, na diferença entre os conceitos e, sobretudo, na forma de trabalhar com essa população ainda hoje (SILVA, LOPES, 2009; GROSSMAN, 2010; LÍRIO, 2012).

Frente ao exposto, optamos, então, por utilizar o termo “adolescências” ao nos referirmos à adolescência e aos adolescentes neste estudo. O que se pretende com o uso desse termo é, segundo Grossman (2010), trazer os diferentes tipos de adolescentes, com suas diferentes construções individuais, sociais, culturais e com seus diversos contextos como parte importante no desenvolvimento da discussão à qual este estudo se propõe.

É a partir do reconhecimento das adolescências, com as conceituações sobre esse período, que é possível interpretar as formas de ser e de estar no mundo para os adolescentes. Entendermos que esse termo consegue representar a adolescência e os adolescentes abordando toda a sua complexidade, pois é capaz de considerar as diferenças fisiológicas, psicológicas, comportamentais e os diversos contextos vivenciados por eles. Embora presente em muitos textos, a temática das adolescências, neste estudo, é tratada como um importante ponto disparador de discussões, que também auxilia a construção do cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes.

2.2 As políticas públicas e práticas de saúde mental voltadas aos adolescentes

A assistência à saúde mental infanto-juvenil, no início do século XX, no Brasil, apresenta intervenções com a construção do Pavilhão-Escola de Bourneville no Rio de Janeiro e a instituição psiquiátrica brasileira chamada Liga Brasileira de Higiene Mental, trazendo a psiquiatria como higiene mental (SILVA, 2009).

O Pavilhão-Escola de Bourneville foi inspirado pela referência na assistência à criança de Desiré Magloire Bourneville, médico alienista, que, durante toda a sua vida, se dedicou a tratar e a estudar doenças mentais e nervosas infantis. Foi médico em

Bicetrê, onde teve uma das primeiras experiências com crianças e adolescentes com problemas mentais. Lá, as crianças eram atendidas juntamente com os adultos, sem distinção nos tratamentos, e Bourneville veio em defesa pela separação das crianças, para que pudessem ter um tratamento diferenciado, por apresentarem patologias específicas (SILVA, 2009).

No Brasil, o Pavilhão-Escola foi o único espaço em território nacional voltado à assistência específica à infância e adolescência. A criação desse espaço serviu de resposta a protestos e denúncias sobre a assistência dada às crianças que se encontravam internadas no Hospício Nacional de Alienados (HNA) até 1903. Dias (2015) aponta que, em sua inauguração, em 1904, o pavilhão acolhia aproximadamente 36 crianças, tornando-se superlotado nos anos seguintes. Esse acontecimento possibilitou a sua ampliação em 1908 e o início da discussão sobre a criação de um espaço específico às crianças e adolescentes “anormais”.

O Pavilhão-Escola foi desativado em 1942, mas deixou o território brasileiro direcionado à proliferação de instituições psiquiátricas destinadas à infância. Criaram-se o Pavilhão-Escola de Bourneville no Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, no Juqueri em São Paulo (1921); o Instituto de Psicologia, no estado de Pernambuco (1925), o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, em Minas Gerais (1929); o Serviço de Assistência ao Menor junto com o Serviço Nacional de Doenças Mentais, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, (1941); o Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil, Belo Horizonte, (1946); e o Instituto de Psicopatologia do Menor, Barbacena, (1968) (RIBEIRO, 2006; RIBEIRO, SILVA, SANTOS, 2008; SILVA, 2009; DIAS 2015).

Já a Liga Brasileira de Higiene Mental, iniciada em 1925, foi a instituição que se denominou como reguladora do espaço social, ultrapassando as intuições clássicas até então criadas como resposta às demandas de saúde mental, ao construir um saber psiquiátrico preventivo embasando a abordagem das questões relativas à saúde mental infanto-juvenil, consecutivamente à psiquiatria infanto-juvenil. Define-se higiene mental como uma construção moral e universal, para a criança e o adolescente, orientada à intervenção, utilizando o controle sobre os pais, logo a higiene mental é tida como orientação científica, embasada na ciência eugênica, às famílias (BRASIL, 2005a).

Nesse mesmo sentido, as intervenções de caráter educativo e higienista se tratavam de normalizar a educação infantil para todos, já que era considerada um fator

de grande influência no desenvolvimento do ser humano. Por ora, as intervenções psiquiátricas realizadas com as crianças e com os adolescentes constituíram a atuação de médicos na assistência escolar. O principal objetivo dessa atividade era detectar possíveis distúrbios degenerativos, classificar e segregar as crianças e os adolescentes conforme sua evolução psicológica individual.

Em 1932, a liga estabeleceu um modelo de clínica específica para atender essas crianças, com o objetivo de prevenir as doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e inibir a adolescência. Conhecida como a “Clínica da Eufrenia”, ela se responsabilizava pela própria formação da mente infantil, tendo atendimentos voltados a crianças com meses de idade até os 12 anos. Eram trazidas por mães que, ao lerem os jornais e as propagandas de forte ação higienista, procuravam o serviço, baseado na educação feita de modo científico, para prevenir alterações futuras e aperfeiçoar os mecanismos psíquicos (BRASIL, 2005a).

Com o advento do século XX, os novos discursos e debates sobre o papel da criança e do adolescente na sociedade, assim como o movimento da Reforma Psiquiátrica, foram capazes de mudar algumas concepções do estado e responsabilizá-lo pelo cuidado ofertado. No entanto, percebe-se que a grande maioria dos indivíduos era classificada como: deficiente social (pobre) ou deficiente mental e deficiente moral (delinquente). Observa-se também que a noção de deficiência atravessa a assistência ofertada à criança e ao adolescente e determina a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos, afinal, para atender deficientes, requer-se uma abordagem de reeducação (COUTO, 2004).

A partir da década de 1970, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o campo da saúde mental sofreu transformações teórico-práticas e ético-políticas, que resultaram em profundas mudanças no olhar para a loucura e nas práticas a ela direcionadas. Porém, no que se refere à atenção voltada para grupos específicos, alguns deles foram incluídos enquanto políticas específicas mais tardiamente.

Apesar dos avanços supracitados, a inclusão da atenção em saúde mental infanto-juvenil, respeitando os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e os princípios do ECA, começou a ser destacada somente nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM). O debate sobre a Saúde mental infanto-juvenil foi apresentado pela primeira vez na II CNSM em 1992, porém o relatório final da conferência não fez encaminhamento, somente constatou a existência desse segmento na nossa sociedade. Esse resultado foi contraditório devido à efervescência da discussão sobre

essa população nos anos 1990 (CNSM, 1994).

Somente na III CNSM, em 2001, como uma resposta à necessidade de ações político-assistenciais voltadas para a atenção à população infanto-juvenil, foi proposto a criação de uma política de saúde mental infanto-juvenil, em nível estadual, e o relatório da IV CNSM, em 2010, trouxe um capítulo inteiro sobre essa temática. Frente à urgência de estender as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil e de elaborar metas e estabelecer ações referentes às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais no contexto brasileiro, a saúde mental infanto-juvenil passou a compor as políticas públicas de Saúde Mental (BRASIL, 2005a; CNS 2010; DELGADO, 2011).

A crítica e o enfrentamento da única maneira de cuidado em saúde mental da população infanto-juvenil, citada anteriormente, começou a ganhar força e provocar mudanças na lei 10.216/01, que passou a regular os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabeleceu a extinção progressiva dos manicômios presentes no Brasil (BRASIL, 2001).

A aprovação dessa lei trouxe outros desafios para a realidade brasileira, pois ela por si só não significou a extinção total dos manicômios. De acordo com Amarante (1992), esses espaços nunca estiveram limitados à sua estrutura física, em que os loucos ficavam trancados: o manicômio é um aparato maior, correspondente a toda rede de dispositivos sociais, legislativos, familiares, jurídicos e culturais que permeiam as relações e delimitam espaços de exclusão e negação das pessoas com necessidades de cuidado em saúde mental. Uma das primeiras estratégias encontradas no processo de transformação da atenção em saúde mental, que visava assegurar o cuidado em liberdade – fora dos muros dos manicômios – foi o reconhecimento da complexidade dessa atenção.

Dessa forma, ao trazer essa questão para o contexto infanto-juvenil, percebeu-se que o movimento de reforma do modelo clínico-psiquiátrico-hegemônico pareceu não desestabilizar no que tange à assistência em saúde mental da população infanto-juvenil. Isso se deve ao fato de que ainda se visualizam crianças e adolescentes em abrigos, com diferentes origens, propósitos e justificativas, submetidos à lógica mortificante da institucionalização e excluídos do sistema formal de saúde (COUTO, 2012). Logo, o reconhecimento das crianças e dos adolescentes na dimensão subjetiva que têm é a tentativa de transformação no campo assistencial em saúde mental.

A partir de 2002, a área técnica da saúde mental do Ministério da Saúde vem propondo ações dirigidas às crianças e adolescentes, particularmente àqueles indivíduos em sofrimento mental severo. Considerando a portaria 224/1992, que definiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços de referência em saúde mental, substitutivos ao modelo manicomial, a portaria 336/2002 apresentou, em 2002, as modalidades de CAPS, sendo uma delas os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi).

Os CAPSi são importantes na sociedade, pois não visam só ao tratamento da doença, mas também envolvem fatores sociais mais complexos, demandando uma articulação muitas vezes intersetorial. Esses serviços são destinados a assistir crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, incluindo portadores de autismo, de psicoses, de neuroses graves, usuários de álcool e de outras drogas e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

Encontra-se registrado como primeiro CAPSi no Brasil o Pequeno Hans, construído em 29 de setembro de 1998, situado na cidade do Rio de Janeiro. Seu nome foi inspirado no trabalho, publicado por Sigmund Freud, sobre o caso de fobia de um menino de cinco anos, filho de um médico (conhecido do psicanalista), cuja mulher (mãe do menino) já havia sido sua paciente. Por ser considerado um dos primeiros casos de tratamento em saúde mental com população não adulta, gerou o nome do primeiro CAPSi brasileiro (BLOG PEQUENO HANS, 2019).

Os serviços de saúde mental infanto-juvenil vêm crescendo gradualmente ao longo dos anos. Conforme o último diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde (2015), dos 2.462 CAPS habilitados no país, 9,3% (229) são CAPSi. No estado do Rio Grande do Sul, em 2014, havia 180 CAPS, dos quais 21 eram CAPSi. Estudos realizados com a população atendida pelos CAPSi apontam para um perfil de usuários do sexo masculino, havendo prevalência da faixa etária dos 12 aos 18 anos (HOFFMANN, SANTOS, MOTA, 2008; ARRUE *et al.*, 2013; WEINTRAUB *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Garcia, Santos e Machado (2015) trazem um panorama nacional sobre os atendimentos realizados nos CAPSi entre os anos de 2008 e 2012. Os autores informam que os 208 CAPSi habilitados até 2014 estavam distribuídos em 23 estados brasileiros, com exceção do Acre, Roraima, Tocantins e Distrito Federal, e 98,1% tinham gestão municipal. Dos 187 municípios com população com mais de 150 mil

habitantes, 60,4% possuíam CAPSi, localizados em 52,9% dos casos na região sudeste.

Quanto aos registros dos atendimentos realizados pelos CAPSi, relacionaram-se 29,7% dos casos aos transtornos de comportamento, seguidos pelos transtornos psicológicos e pelo retardo mental, ao passo que somente 1,8% se referiu aos transtornos pelo uso de substâncias psicoativas. Considerando somente a região Sul, os registros dos atendimentos se concentraram nos transtornos de comportamento, de desenvolvimento psicológico, de humor, bem como no retardo mental e na esquizofrenia (GARCIA, SANTOS, MACHADO, 2015).

Weintraub *et al.* (2013) apresenta que, nos CAPSi do estado de São Paulo, além da prevalência de usuários do sexo masculino, entre idades de 10 a 14 anos, 45% (n=921) moravam com ambos os pais, e, em 57% dos casos, a mãe era a cuidadora. Das crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi, 89% estavam em escola regular, 6,3% frequentavam escola especial, e 22,7% recebiam algum tipo de benefício do governo. Considerando os usuários entre 10 e 20 anos, 15,6% exerciam alguma atividade remunerada.

Por meio de estudos realizados no Rio Grande do Sul, em relação ao perfil dos usuários de CAPSi, Pavani (2017) revelou que 61,8% (n=110) eram meninos, 51,8% tinham entre 12 e 16 anos, 75,5% eram de cor branca, 50,9% moravam com ambos os pais, ou com um dos dois, 87,3% frequentavam a escola, e 28,5% já haviam repetido algum ano de estudo. Esse perfil se aproxima do estudo de Arrué *et al.* (2013), o qual corroborou trazendo que 47,5% (n=139) dos usuários do CAPSi moravam com a mãe e mais uma pessoa, não necessariamente da família, e 28,8% tinham renda acima de um salário mínimo. No entanto, ainda é escasso o número de publicações e estudos acerca do perfil de usuários de CAPSi no cenário brasileiro em geral.

Além disso, a Política Nacional de Saúde Mental direcionada a crianças e adolescentes não foi reduzida somente à implantação dos CAPSi. Ela vem sendo proposta também a partir do conceito de rede de atenção, que pode adquirir diferentes formatos, dependendo da necessidade e das potencialidades locais. De acordo com Couto e Delgado (2010), a atenção em saúde mental infanto-juvenil deve incorporar a lógica de uma rede intersetorial, pois se trata de uma população que interage com diversos serviços, de diferentes setores e níveis de atenção, assim como também temos aquelas que nem acessam qualquer tipo de serviço.

O trabalho intersetorial para a criança e o adolescente é capaz de responder às diferentes ordens e problemas envolvidos no seu cuidado e tratamento, produzindo diferenças reais no modo de operar a fim de atender satisfatoriamente essa população. Os mesmos autores ainda explicam que o maior ou o menor impacto nos reordenamentos setoriais dependem de que a própria saúde mental tenha claro qual é o seu lugar e a sua função, assim como dos demais setores, condição essencial para que se construam novos alinhamentos e se produzam novos efeitos assistenciais.

A lacuna assistencial direcionada a essa população é uma dívida histórica e enorme, tanto no que concerne à saúde mental quanto por parte da assistência social, da educação, da saúde geral, da justiça e dos direitos. Posto isso, ressaltar a intersetorialidade torna-se um ponto de partida para a implementação e a gestão da saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2005a; COUTO; DELGADO, 2010; KANTORSKI *et al.*, 2014).

Nesse sentido, para além do novo desenho assistencial, que visa a uma nova lógica de operação no campo público, criou-se o Fórum Interinstitucional em Saúde Mental Infanto-juvenil no estado do Rio de Janeiro, em abril de 2000, mediante a resolução 185/2000. Trata-se de uma experiência inédita pela sua abrangência no estado, agrupando atores responsáveis historicamente pela atenção à criança e ao adolescente, a exemplo do judiciário, da educação, da saúde, da assistência social e dos profissionais de saúde mental. Foi um espaço de debate coletivo que instigou a reflexão e as possibilidades de resoluções intersetoriais, para os problemas mais comuns encontrados em diversos locais (COUTO, 2004).

Em agosto de 2004, o Fórum foi instituído em âmbito nacional, tendo como nome Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, regulado pela Portaria n. 1.608/2004. Sua criação e regulação visava fortalecer as diferentes iniciativas na área, assim como responder à necessidade de concentrar esforços e de otimizar propostas de diferentes setores governamentais e não-governamentais. É um espaço de debate coletivo, com ênfase na constituição de redes de atenção como diretrizes norteadoras de uma política de atenção, praticando a intersetorialidade e tido como instrumento para a tomada de decisões pela gestão da área em âmbito federal (BRASIL, 2014a).

Outro movimento considerado importante na construção e análise da saúde mental infanto-juvenil é a realização do I Congresso Nacional de CAPSi (CONCAPSi), entre os dias 10 e 12 de abril de 2013, também tendo o Rio de Janeiro como cenário.

O CONCAPSi teve iniciativa de duas instituições de ensino superior, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e também celebrou o aniversário de 15 anos do CAPSi Pequeno Hans. Participaram do evento ao todo 1515 pessoas, entre profissionais, usuários e familiares de 25 estados (CONCAPSi, 2013).

De acordo com os seus organizadores, o CONCAPSi trouxe –na participação dos envolvidos com os serviços de CAPSi, na avaliação, na análise da situação no território nacional – como se tem configurado a atenção psicossocial para crianças e adolescentes até 2013. A troca de experiências por meio dos diversos relatos de serviços, entre profissionais, usuários e familiares, possibilitou identificar uma construção gradual de uma rede sensível às singularidades dos sujeitos, com suas histórias de vida, de modo que a intersectorialidade atravessa a atenção em saúde mental (CONCAPSi, 2013).

Destacamos a importância dessas duas iniciativas – a criação do Fórum e o CONCAPSi – na demarcação e visibilidade dos temas em saúde mental infanto-juvenil, bem como a necessidade de políticas públicas de saúde mental específicas à infância e adolescência. As questões relacionadas ao desenvolvimento dessas políticas vêm transitando em debates árduos de defesa e fortalecimento da reforma psiquiátrica, para que essa também chegue às crianças e adolescentes.

Com base no estudo de Couto (2012), apresentam-se a seguir os principais desafios enfrentados no campo da atenção em saúde mental infanto-juvenil. Um deles é a permanência de crianças e adolescentes vivendo em abrigos para deficientes e em casas de passagem, marcadas pelas características da institucionalização, contrariando o modelo defendido no Brasil desde 2001. A mesma autora aponta que as crianças e adolescentes que se encontram nessas situações são submetidas à banalização da sua existência com a justificativa de proteção social, o que reforça a possibilidade do ingresso precoce na rede hospitalar psiquiátrica, sem a oferta do caminho substitutivo em que se configura a legislação brasileira vigente.

Outro desafio é a peregrinação de crianças e adolescentes diagnosticados como autistas ou psicóticos, em busca do atendimento, o qual se baseia em métodos pedagógicos de controle de condutas consideradas estranhas e na excessiva medicalização. Ainda há aqueles que estão incluídos nos programas oficiais de saúde mental, prioritariamente por estarem enquadrados em uma doença psiquiátrica definida, tornando-se reféns de ambulatórios. Muitos desses locais funcionam sob a

lógica do atendimento da demanda, sem problematizar nem discutir os casos com os demais serviços da rede (COUTO, 2012).

O problema da psicologização ou psiquiatrização da vida, direcionada à demanda dos escolares, também é apontada como um desafio. Apesar de já serem observados movimentos de debates entre profissionais e análises críticas dos serviços dessa ordem, percebe-se que existem formas ainda silenciosas que perpetuam a exclusão do debate e de ações sobre a atenção em saúde mental infanto-juvenil (COUTO, 2012). Tendo em vista todas essas dificuldades, acrescentamos à lista o que consideramos, outrossim, grandes desafios de ordem política e ética, no contexto atual desta pesquisa: o aumento na abertura de leitos em saúde mental e a proposta de reabertura de unidades em hospitais psiquiátricos.

Nos meios de comunicação, perpetua-se a propaganda: *Leitos para crianças enfermas!* – indicando que crianças e adolescentes com riscos graves de suicídio ou de crises psicóticas carecem de assistência, ficando por vezes “internados” em consultórios médicos ou nas emergências psiquiátricas. Esses movimentos são liderados por grupos e corporações que historicamente são contrários à Reforma e que, beneficiando-se da falta de uma política de saúde mental no município, em especial voltada para crianças e adolescentes, utilizam a seu favor a desassistência como argumento de retorno do sistema hospitalocêntrico. Nota-se que se assemelham ao utilizado na “epidemia do crack”, a qual marcou o retrocesso nas políticas voltadas para as questões do uso de drogas.

Com interesses ocultos, as frases diretivas afirmam: doenças mentais, inclusive a dependência de drogas, assim como outras moléstias que ameaçam a vida, devem ser tratadas em um ambiente hospitalar. Nessa conjuntura, em um curto espaço de tempo, foi possível perceber a repercussão disso na política de assistência: foram abertos mais 208 leitos no município, sendo 30 desses destinados à saúde mental, o que vem representar, em outra fonte de informação, a abertura de 25 leitos sendo 10 deles reservados a crianças e adolescentes³.

Essa decisão, em um contexto de fragilidade das instâncias de controle social, tem sido implementada, “do dia para a noite”, não estando nas pautas dos conselhos de saúde, sejam locais seja o municipal: é o caso, por exemplo, de Porto Alegre. O estágio de docência, em uma unidade psiquiátrica em um hospital materno-infantil do

³Reportagem do Jornal do Comércio publicado em 17 de outubro de 2017.

munícipio, permitiu identificar que adolescentes estavam sendo internadas constantemente. Acompanhei durante três meses, semanalmente, os processos de internação e de alta de adolescentes com características diferentes, desde as condições socioeconômicas até às clínicas. Espantei-me ao ver que o número de leitos, durante o período de férias acadêmicas (um mês) aumentou de cinco para nove, em uma unidade com capacidade para vinte, representando metade da unidade destinada às adolescentes.

O cenário exposto está relacionado ao contexto que o município de Porto Alegre atravessa neste momento. A atenção voltada à saúde mental infanto-juvenil, atualmente, apresenta três CAPSi territorialmente distribuídos, sendo dois deles com funcionamento atrelado a hospitais gerais. Penso que isso se deve ao fato de que a atenção em saúde mental ao adolescente, em vez de focar a expansão e a qualificação desses serviços, assim como a intensificação dos trabalhos intersetoriais – pelos quais o CAPSi também é responsável –, vem privilegiando o retorno da abertura de leitos em unidades psiquiátricas, na contramão do cuidado em liberdade defendido pela reforma psiquiátrica.

Além de a atenção em saúde mental infanto-juvenil ter entrado nas discussões no campo da atenção psicossocial tardiamente, convive-se com a disputa entre os avanços e os retrocessos nessa área. Há, nesse caso, um predomínio da simplificação dos problemas com adolescentes, os quais são sanados mediante soluções imediatistas, com a criação de novos leitos a cada dia.

Coelho e Oliveira (2014) também ressaltam que a regulamentação da reforma psiquiátrica foi elaborada para proteger os sujeitos em sofrimento psíquico, tendo como principal marco a desospitalização. Nesse contexto, torna-se difícil explicar a utilização dessa mesma regulamentação para tornar a internação psiquiátrica a regra para o cuidado em um espaço “dito diferente” do manicômio, mas que ainda opera na lógica de internação vinculada ao especialismo e à clínica tradicional.

Com isso, percebe-se que os hospitais gerais, por meio das internações psiquiátricas, vêm se configurando como um campo de disputas na atenção em saúde mental. Ao revisitar os princípios defendidos pela reforma psiquiátrica brasileira, entre eles as conquistas para a regulamentação do novo modelo de atenção, questionamos se seria esse o caminho na atenção em saúde mental, após anos da luta antimanicomial? Diante disso, devemos romper a inércia instaurada frente a esse cenário, na condição de profissionais da saúde e da saúde mental, militantes da luta

antimanicomial, na busca do enfrentamento desses desafios com caráter emergencial no Brasil.

Assim, conhecer os contextos em que a atenção em saúde mental de adolescentes funciona em determinadas cidades e estados se torna uma estratégia importante. A necessidade de reafirmar e de defender o lugar do CAPSi como referência e o modelo de atenção psicossocial que considere as particularidades e necessidades dos sujeitos e que siga os princípios do SUS, resulta no processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional, capaz de acabar com as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente e isolacionista (BRASIL, 2005a).

Para isso, segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), os CAPSi são, e devem se reconhecer como, os serviços de referência em saúde mental infanto-juvenil presentes hoje na nossa sociedade. São representantes da primeira ação concreta no território brasileiro que visa superar a desassistência histórica em saúde mental para a infância e adolescência, os quais requerem investimentos permanentes, acompanhamento, mecanismos potentes de verificação de seus efeitos (da oferta de cuidado à produção de conhecimento e difusão do seu mandato público).

Os autores salientam que não devem ser comparadas as estratégias de intervenção e organização dos CAPSi com as dos CAPS voltados à população adulta, pois se compreende que essas populações possuem suas respectivas especificidades. Acrescento a essa constatação que as características específicas das fases do desenvolvimento humano também devem ser consideradas ao olhar (cuidar/assistir) atentamente as diferenças entre a criança e o adolescente nos próprios CAPSi.

Portanto, considerando o exposto, construímos um dos pressupostos desta pesquisa: **de que a partir do impacto da Reforma Psiquiátrica Brasileira na transformação do aparato político, jurídico e de serviços, são necessárias políticas locais voltadas à atenção em saúde mental à adolescência na perspectiva do modelo da atenção psicossocial, que considere as adolescências e as especificidades do cuidado de adolescentes.**

A diferenciação entre crianças e adolescentes foi observada somente nas questões do desenvolvimento fisiológico e social, em que são definidos estágios, características e necessidades diferentes. Não se identificam, contudo, diferenças no cuidado ofertado à criança e ao adolescente, percebendo-se, assim, uma controvérsia

na práxis.

Valverde *et al.* (2012) trazem que, com frequência, os adolescentes são atendidos por especialistas da pediatria ou da clínica de adultos. Isso ocorre porque, apesar de existirem questões específicas do período da adolescência, especialmente relacionadas ao desenvolvimento psicossocial e de psicopatologia (que precisam ser conhecidas e difundidas), ao chegar no cuidado ofertado, as diferenças entre crianças e adolescentes não aparecem. Acredita-se que haja uma simplificação do cuidado, o qual na saúde mental aparenta ser o mesmo à criança e ao adolescente, não correspondendo à utilização do termo “infanto-juvenil”.

Considera-se, então, que deve haver diferenças no cuidado de crianças e de adolescentes. Para isso, é necessário desenvolver um novo modo de fazer a clínica do adolescente, considerando os aspectos inerentes a essa fase, com a colaboração de diferentes áreas da saúde. A relevância desse estudo consiste no fato de que visa à produção de uma concepção que possa abarcar os diferentes sentidos das adolescências para ofertar o devido cuidado nesses serviços.

2.3 Práticas em Saúde Mental

Este subcapítulo tem por finalidade apresentar a concepção de práticas em saúde utilizada neste estudo, auxiliando, assim, no delineamento do problema de pesquisa. Da mesma forma, trará estudos publicados que abordam as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes.

O termo “práticas em saúde/saúde mental” resultou de um contexto histórico, de amplas discussões e problematizações sobre o conceito de saúde e de modelos de atenção/cuidado à saúde da população. Na década de 1960, em face da II Guerra Mundial e da Guerra Fria, a constante instabilidade política em diversos países, inclusive no Brasil, ocasionou a instauração de governos ditatoriais, caracterizados inicialmente pela desarticulação da participação social e do endurecimento político. No território da saúde, viveu-se durante décadas uma duplicidade entre a medicina previdenciária e a saúde pública, com grande tendência ao setor privado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As reivindicações em busca do bem-estar social se desenvolveram após a Segunda Guerra, com a criação dos padrões de solidariedade social. Nesse contexto, o estado se tornou promotor e provedor do direito à cidadania mediante a criação e o

acesso aos serviços básicos: saúde, educação, previdência e assistência social. Vale ressaltar que tais direitos também foram acordados e patrocinados por instituições como a Organização Pan-americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, com meta de “Saúde para todos em 2000” em âmbito internacional (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No Brasil, a ditadura militar e o clima de instabilidade política acabaram por proporcionar um período de grande congelamento na chegada dessas ideias, movimentos e discussões no território nacional. Esses movimentos, juntamente com o cenário de modificações políticas, só começaram a aparecer a partir da reabertura democrática no país e, de fato, acabaram por denunciar o fracasso do sistema de saúde brasileiro, apontando a necessidade de sua reformulação.

O dever do Estado de prover saúde, o direito do cidadão ao acesso à saúde, a hierarquização dos cuidados médicos conforme a complexidade e a especialização, a participação popular nos serviços de saúde e o financiamento para o setor motivaram a busca pela reformulação do sistema nacional de saúde (PAIM, 2008). Primeiramente, ocorreu a separação dos ministérios “saúde” e “previdência” e, em seguida, a organização e a execução das Conferências Nacionais de Saúde. Observou-se, nesse contexto, a necessidade de diminuir as despesas com o sistema privado e ampliar as ações do setor público. A principal medida tomada foi a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que, com base em mecanismos de regionalização e de hierarquização deram origem às propostas institucionais da reforma sanitária do fim dos anos 1980 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Dessa forma, a transformação do cuidado em saúde da população brasileira, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde 8080 (1990) e com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), radicalizou o olhar à saúde, ao consolidar os princípios e diretrizes norteadoras para o funcionamento do SUS: equidade, integralidade, universalidade, regionalização e hierarquização, descentralização, integração.

Yasui e Costa-Rosa (2012) trazem que as lutas construídas por diversos atores sociais, desde os anos de 1960, 1970 e 1980, oportunizaram profundas transformações no cuidado em saúde mental, que reformulam, até hoje, o conceito de saúde-adoecimento, o modelo teórico e técnico-assistencial que orienta, organiza e sustenta o universo das práticas dos profissionais nessa área. As alterações provocadas pela Reforma Sanitária também apontaram para proposições teóricas,

práticas, ético-políticas que se desdobraram, no campo da saúde mental, na reconhecida Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

A reforma psiquiátrica veio para atingir a superação gradual da lógica do cuidado nos manicômios, mediante a criação de serviços no território. Sendo assim, deslocam-se as intervenções terapêuticas para o contexto social das pessoas, visando à prevenção e à reabilitação do indivíduo (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Podemos observar que as transformações no cuidado em saúde e saúde mental fazem parte de todo o processo de redemocratização do país, originando-se, também, na busca da cidadania, que reestrutura discursos. Nesse sentido, produzem-se novas propostas de (re)pensar o cotidiano das práticas nos serviços de saúde.

Logo, as práticas em saúde são entendidas como atos individuais e/ou coletivos realizados por profissionais, as quais envolvem uma abordagem clínica dos problemas de saúde através da conjugação dos diferentes saberes implicados na produção de saúde. Ocorrem através das relações de uma pessoa, que atua sobre a outra, num jogo intersubjetivo em que se produzem falas, escutas, interpretações, possibilidades de acolhida (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

Cecim (2008) acrescenta que as práticas em saúde correspondem ao exercício dos saberes profissionais no encontro com o usuário das ações e serviços de saúde. Essa interação constitui um lugar de aposta, de poucas convicções ou certezas, que também se configura como oposição às posturas reativas à mudança. As práticas são uma tomada do pensar-sentir-querer, que requer um trabalho constante de (re)educação, de (re)aprendizado, de (re)construção e de (re)criação.

Para a pesquisadora, as práticas em saúde resultam das relações que emergem na interação entre indivíduos e coletivos no decorrer do tempo e do espaço. Ao executar uma prática em saúde, aplicamos a ela não só o saber científico, técnico e assistencial, mas também a maneira como esses aspectos são utilizados nas interações.

No campo da saúde mental, pressupõe-se que as práticas em saúde mental não devem se limitar a um ou a outro conceito, pois são construídas por pessoas. Sendo assim, suas transformações, bem como suas diferentes perspectivas e contextos, permitem que estejam em constante reconstrução, em busca de inovações e avanços. Essa perspectiva possibilita ampliar o olhar às práticas em saúde, transversais às políticas públicas, de modo que elas acabam sendo de saúde, de assistência social, de cultura, de lazer, da garantia de direitos humanos e de cidadania.

Diante dos estudos encontrados, observaram-se quatro diferentes ênfases das práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes: as que se realizam no processo de trabalho, como oficinas e atividades; as que envolvem o território e serviços intersetoriais; a clínica em saúde mental; e as práticas com adolescentes que apresentam problemas relacionados às drogas e estão em situação de rua.

Moreira, Torrenté e Jucá (2018) indicam como práticas importantes, voltadas aos adolescentes, aquelas relacionadas à ambiência, aos profissionais, à construção de vínculos e à identificação de fatores de proteção. Em relação à ambiência, por exemplo, os autores trazem a criação de espaços de livre expressão (nas paredes da sala de espera) e a oficina de grafite; aos profissionais, a habilidade para fazer o acolhimento, com empatia, a disponibilidade para uma escuta atenta e para a interação com um sujeito, a postura ética, que pressupõe desconstruções de ordem moral, das significações elaboradas em torno do ideal de infância, de adolescência, de família e de saúde, a capacidade de identificar a multiplicidade de demandas explícitas e implícitas e a de saber sobre a rede.

Na construção de vínculo, os autores apontam a priorização da fala dos adolescentes no exercício de buscar uma linguagem que promova uma efetiva comunicação, usando recursos lúdicos, bem como a disposição pessoal para criarem juntos alternativas, a exemplo dos jogos. Para identificar fatores de proteção, assinalam que as entrevistas iniciais possam priorizar aspectos do desenvolvimento da criança (gestação, parto, desenvolvimento na primeira infância), da dinâmica familiar (relação com familiares e identificação das pessoas com maior vínculo, relação com a autoridade dos pais e separação ou perda de pessoas significativas), da inserção social (dinâmica escolar, realização de outras atividades de esporte ou cultura, organização do lazer e relacionamento com outras crianças ou adolescentes) e da rotina (alimentação, sono e atividades que realiza cotidianamente) (MOREIRA; TORRANTÉ; JUCÁ, 2018).

O estudo de Noronha *et al.* (2016) traz o reconhecimento das oficinas no CAPSi como oportunidade de o adolescente se expressar com manifestações afetivas, ensinando e ajudando-o a enfrentar problemas do dia a dia, o que melhora a autoestima, a comunicação, a desenvoltura, a disposição para fazer as atividades diárias, além de acalmar e, sobretudo, contribuir para a convivência familiar e na escola. Silva (2015) corrobora essa ideia mostrando que a realização de práticas relacionadas à expressão do sofrimento de adolescentes, como a dança na vida de

adolescentes entre 12 e 18 anos, promovem uma melhora relacionada à autoconfiança, ao bem-estar, ao sentimento de felicidade. Tudo isso causa, conseqüentemente, uma transformação positiva na vida social, ao propiciar o desenvolvimento afetivo e social, a diminuição de sintomas de isolamento e de depressão, servindo, assim, como canal potencializador de uma melhora global do ser humano.

Dias e Pereira (2016), de cujo estudo participaram jovens entre 12 e 14 anos, praticantes do hip hop, identificaram que a prática da dança influenciou a sensibilidade e a autovalorização desses indivíduos, o que diminuiu sua vulnerabilidade relacionada a aspectos psicossociais, socioculturais e econômicos da população no Brasil.

Em relação às práticas que envolvem o território e os serviços intersetoriais, Polga, Cabassa e Morissey (2016) apresentam que o tipo de prática organizacional da rede, a variedade de serviços e a consideração dos aspectos culturais permitem a continuidade do cuidado com os jovens. Para tanto, explicitam também que as práticas colaborativas ocorrem mais vezes quando os serviços têm maior número de profissionais.

Para Barry *et al.* (2013), as práticas em saúde mental em países de baixa renda demonstram mais relevância ao serem baseadas em programas que envolvem as escolas e a comunidade, por exemplo, programas de promoção e de prevenção sobre o desenvolvimento social e/ou emocional, resolução de problemas e habilidades de enfrentamento, combinados com promoção de saúde mental: através de programas de aptidão física (*physical fitness*), de educação sexual e de intervenção universal de prevenção da depressão; intervenções que visam ao fortalecimento da família, atividades recreativas.

Em outro estudo, aponta-se que, quanto a práticas em relação ao adolescente com risco e ideação suicida, as escolas têm sido o maior recurso entre os serviços, capazes de promover programas para esses jovens, especialmente para aqueles pertencentes a grupos minoritários (carentes, étnicos), os quais acabam não sendo representados nos serviços formais de saúde mental. A construção de centros de bem-estar familiar para realização de intervenções, como yoga, artes marciais, dança, música e acampamentos de verão, indica uma melhor integração do cuidado em saúde mental e física. O cuidado em saúde mental domiciliar também é citado, mas destacando-se que há resistência para a sua realização (ASARNOW; MIRANDA, 2014).

Os estudos que envolveram aspectos da clínica em saúde mental corresponderam à utilização das práticas de *Wraparound* e à prescrição de antipsicóticos aos adolescentes. Bruns *et al.* (2014) tratam sobre a efetividade da prática de *Wraparound* (envolver em torno) no cuidado em saúde mental, em situações de crise. Os autores descrevem-na como uma prática realizada pela equipe interdisciplinar, na qual se priorizam as preferências e as perspectivas da família e do adolescente ao longo do plano de cuidados em situação de crise construído a priori. São avaliadas continuamente as prioridades e o progresso, modificando-se a realização dessa prática conforme a necessidade.

Já Murphy *et al.* (2016) discorrem sobre a prática de prescrição de antipsicóticos aos adolescentes, que, às vezes, pode gerar insegurança. Sendo assim, apontam que a colaboração entre os profissionais não médicos e os médicos é importante para a discussão dos casos e para a possível prescrição. Destacam, outrossim, a importância de envolver os pacientes e seus familiares em todo o processo (início, meio e fim) de escolha das opções de tratamento.

Em relação ao trabalho com adolescentes que têm problemas envolvendo drogas, Noronha *et al.* (2016) trazem que o modelo de trabalho em oficinas consegue chamar a atenção desses jovens. No entanto, é necessário, ainda, investir em atividades que os atraiam mais, ensinando algo diferente, por exemplo, como música ou, ainda, alguma atividade física segundo a opinião dos pais.

Leahy *et al.* (2013), em seu estudo, abordam práticas que auxiliam a identificação e a intervenção precoce com adolescentes que têm transtornos mentais e fazem uso de drogas. Entre essas práticas, está a divulgação do tipo de trabalho que o serviço realiza, principalmente para os adolescentes em situação de rua; atividades como esportes, passeios em clubes e em cafés, que também auxiliam na construção do vínculo e da confiança entre o profissional e o adolescente. Uma abordagem holística/colaborativa, incluindo alta qualidade na comunicação, entre agências de saúde voltadas aos adolescentes, também é apontada como importante na formação dos profissionais, especificamente, ao abordar a saúde mental dos jovens e o uso de substâncias.

Percebe-se, então, que todos os espaços e momentos de contato com os adolescentes se tornam espaços potentes, nos quais conversas, trocas de informações, de afeto e de cuidado ocorrem. Essa atuação favorece a criação de vínculos, capazes de fazer com que esses jovens permaneçam e pensem sobre suas

vidas. Além disso, aponta-se que as práticas com esses adolescentes visam capacitá-los a partir do que eles necessitam para viverem, e não do que o profissional julga que eles necessitam.

2.4 Avaliação em saúde

Nos subcapítulos anteriores, foram apresentados os principais conceitos construídos na delimitação das adolescências e das suas repercussões enquanto ações de saúde pública e de saúde mental voltadas para esse grupo. Tratando-se de uma proposta de pesquisa avaliativa, no presente subcapítulo, é abordada a avaliação em saúde e em saúde mental. Busca-se, dessa forma, “delinear” o objeto de estudo e a sua interface com o campo da atenção em saúde mental e o da avaliação em saúde.

Na área da saúde, as avaliações surgem no decorrer de 1970, vinculadas às ações sanitárias, produto da incerteza nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis para resolvê-los, à medida que o desenvolvimento de novas tecnologias médicas era muito rápido, assim como crescia a expectativa de vida da população. Ligados a isso, também estavam os avanços das áreas da epidemiologia e da estatística, com testes e intervenções, focando o controle de doenças infecciosas e o desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias nos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Grã-Bretanha e Suíça. Nesse contexto, tornaram-se imprescindíveis informações sobre o funcionamento e a eficácia dos sistemas de saúde, sendo a avaliação o melhor caminho para auxiliar nesse processo (CONTRANDRIPOULOS *et al.*, 1999).

À medida que são criadas e implementadas políticas e programas, tanto sociais quanto de saúde, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, cresce o interesse e a necessidade de avaliações. Bosi e Mercado (2013) ressaltam que as práticas avaliativas ganharam espaço, principalmente, pela incorporação das organizações internacionais, que, devido a seu interesse em saber os resultados dos programas de ajuda, reivindicavam a transparência na condução das ações. Com isso, exigiam políticas para legitimar determinadas intervenções estatais, destacando a necessidade de provar a eficácia dessas intervenções.

No contexto brasileiro, a avaliação vigora mediante as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, com os processos de

descentralização das responsabilidades, das ações e dos recursos. Para atender aos preceitos de universalidade, acessibilidade, qualidade da atenção prestada e ao financiamento do SUS, tornaram-se necessárias as informações, sobre o sistema, que a avaliação era capaz de fornecer (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Ao enfatizarmos as avaliações em saúde mental neste estudo, observamos que começam a ser discutidas a partir da década de 1990. Na ocasião, Saraceno, Frattura e Bertolote (1993) já assinalavam a necessidade de avaliações em saúde mental referentes à integração e interação dos serviços de psiquiatria com a comunidade, o que as denominou de variáveis *soft*, na medida em que as variáveis *hard* se relacionavam à perspectiva quantitativa. O termo *soft* caracteriza as informações/variáveis que não se podem mensurar por números e escalas: a qualidade das relações interpessoais, por exemplo.

Em 1999, já se recomendava realizar a avaliação de políticas e de programas voltados à adolescência, como uma recomendação, aos países membros da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e da OMS, de que os países incluíssem a atenção à saúde e a preocupação com o desenvolvimento dos adolescentes e jovens. A iniciativa de avaliar programas de saúde do adolescente estava relacionada à necessidade de analisar e julgar atividades, ações, programas específicos e serviços de saúde, a fim de conhecer e de modificar situações, orientando a tomada de novas direções (TANAKA; MELO, 2001).

A avaliação, nessa perspectiva, emerge com potência a partir dos anos 2000, mediante as mudanças nas políticas de saúde mental, promovidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A RPB redirecionou o modelo de atenção em saúde mental: tornou-se a avaliação uma ação de extrema importância, fundamental na dimensão operacional das novas legislações e regulamentações, dos novos dispositivos de atenção em saúde mental e da política para a superação do modelo manicomial. A avaliação em saúde mental também é destacada por permitir a identificação de pontos que devem ser melhorados, direcionando os resultados da avaliação à oportunidade de potencializar a assistência prestada (WETZEL; KANTORSKI, 2004; ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

Considerando o período a partir da promulgação da Lei da Reforma até o ano de 2015, de acordo com Costa, Colugnati e Ronzani (2015), as avaliações de serviços de saúde mental no Brasil têm se caracterizado por abordagens qualitativas participativas, concentrando-se na região Sul do país. Quanto aos serviços de saúde

mental, a maioria das avaliações tem ocorrido em CAPS e em Unidades Básicas de Saúde, tendo como participantes do processo usuários do serviço, familiares de usuários, trabalhadores e gestores. Observam-se escassas avaliações específicas em Centros de Atenção Psicossocial e em CAPSi (ZAPPITELLI; GONÇALVES; MOSCA, 2006; COSTA, COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Lima *et al.* (2014) trazem que processos avaliativos voltados à saúde mental, de maneira geral, precisam avançar no Brasil. Porém, enfatiza-se a necessidade de pesquisas qualitativas de serviços de base comunitária e territorial, bem como a de avaliações específicas com a população atendida nos CAPSi. Os mesmos autores ainda destacam o papel da pesquisa enquanto produção de conhecimento e formação com vistas à qualificação da atenção em saúde mental, devendo constituir o objetivo comum entre pesquisadores, usuários dos serviços, familiares de usuários, trabalhadores e formuladores das políticas públicas. Com isso, é possível pensar que algumas áreas da saúde mental precisam ser avaliadas e aprofundadas, a exemplo da infanto-juvenil, especificamente quanto à atenção em saúde mental aos adolescentes.

Em 2010, no Brasil, estabeleceram-se, como diretrizes nacionais voltadas ao adolescente, o fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e de jovens e a reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral dessa população (BRASIL, 2010a).

Ao considerar as duas dimensões da avaliação – a necessidade de avaliar “os novos” serviços de atenção em saúde mental infanto-juvenil e os programas voltados à adolescência –, verificando se respondem às diretrizes formuladas, bem como a necessidade de consolidar o processo de implantação dessas, entende-se que a realização de uma avaliação é uma ferramenta importante não só para a área da saúde mental infanto-juvenil, mas também para as demais que se articulam com ela.

Portanto, penso que uma pesquisa avaliativa seja o caminho para discutir as práticas em saúde mental voltadas às adolescências no contexto vigente, não apenas na direção de seu julgamento, mas também enquanto um compromisso político-social de olhar para o setor público, como um espaço que promova inclusão e democracia, propondo um processo participativo e formativo.

A importância de estudar a atenção em saúde mental de adolescentes, especialmente no campo da avaliação das práticas, está na necessidade de suprir

uma carência evidenciada no que tange às avaliações dos serviços de atenção em saúde mental à população infanto-juvenil, o que foi enfatizado em outros estudos. Lima *et al.* (2014), Couto, Duarte, Delgado (2008) evidenciam que as avaliações existentes são dirigidas às abordagens e aos tratamentos específicos a essa população, não incluindo a avaliação de serviços públicos, como o CAPSi.

Thiengo, Fonseca e Lovisi (2014), ao realizarem uma revisão sobre a satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, identificaram que, para além da escassez de pesquisas avaliativas, as que foram encontradas tinham como contexto países desenvolvidos, com o predomínio dos Estados Unidos da América, que se diferencia bastante da realidade brasileira.

No Brasil, os CAPSi estão implantados com base na legislação há 16 anos, e os processos de avaliação são necessários para discutir questões tanto relacionadas à dinâmica interna desses centros quanto às suas conexões com a rede e com os demais setores.

A avaliação da atenção em saúde mental às adolescências em um CAPSi pretende apreender essa dinâmica no cotidiano, no microespaço, no seu potencial de mudança e nos seus limites, entendendo-os como sínteses, deliberadas ou não. Considerando-se a práxis como um espaço, onde instituído e instituinte se tensionam, transformando-se, a construção de sujeitos é reconhecida como fundamental e possível. Essa avaliação objetiva, também, reconhecer as determinações não apenas como uma forma de impotência frente ao macro, mas também como uma estratégia de construção mais consciente de contratos terapêuticos e de relações. No caso da saúde mental, esses contratos devem servir para mudar a lógica assistencial vigente.

Diante disso, defendemos que a proposta de realizar uma avaliação qualitativa participativa da atenção em saúde mental às adolescências em um CAPSi se torna importante, tanto por ser um dos elementos da política de saúde mental que rege o atual cuidado no Brasil quanto pelo contexto em que estamos inseridos, da necessidade de resistência e de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nessa perspectiva, a avaliação passa a ser uma ferramenta, mediante um processo participativo, permitindo que os atores ampliem a possibilidade de intervir na realidade do serviço, bem como no contexto em que se insere.

A partir disso, constrói-se o pressuposto de que **a realização de uma avaliação qualitativa das práticas em saúde mental aos adolescentes, por meio de um processo participativo e formativo, tem potencial para auxiliar na**

construção e na consolidação da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental voltadas a essa população.

3 OBJETIVO DO ESTUDO

3.1 Objetivo geral

Avaliar as práticas em saúde mental voltadas às adolescências, realizadas por profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil em uma capital.

3.2 Objetivos específicos

Conhecer as ações e as atividades de cuidado em saúde mental no CAPSi voltadas às adolescências.

Desenvolver um processo avaliativo formativo, propiciando a capacidade de análise do grupo de interesse envolvido na avaliação, para se constituírem como sujeitos do processo de mudança.

4 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Considerando a adolescência e a sua interface com a saúde mental um fenômeno social complexo, para ser estudado, requer aportes teórico-metodológicos heterogêneos, que possibilitem o estudo de suas diferentes perspectivas. Sendo assim, nesta pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa, avaliativa e participativa, mediante o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração e as práticas em saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Neste capítulo, portanto, apresenta-se o referencial utilizado para interpretar e analisar os dados empíricos e se justifica a escolha do delineamento da pesquisa a partir das seções “fenômeno social”, “pesquisa qualitativa” e “processo avaliativo”. Além disso, descrevem-se as bases conceituais e a operacionalização da Avaliação de Quarta Geração; o cenário de estudo; as técnicas de produção e de análise dos dados; e os princípios éticos.

4.1 A perspectiva da Atenção Psicossocial

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) vem para atingir a superação gradual da lógica do cuidado nos manicômios, mediante a criação de serviços no território, deslocando as intervenções terapêuticas para o contexto social das pessoas, visando à prevenção e à reabilitação do indivíduo. A desinstitucionalização, movimento construído a partir de um contexto cultural e político de ordem central, simboliza uma das bandeiras da RPB, com a perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social, atrelando-se, assim, à concepção da crítica à psiquiatria hegemônica (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Na busca por um modelo de cuidado baseado na reconstrução dos sujeitos, enquanto participantes ativos da sua reabilitação em saúde, tornou-se necessária a criação de instituições aptas a lidar com a mudança do modelo assistencial até então tradicional – focado na loucura, nos sintomas, nos medicamentos e na total dependência do usuário – para o modelo de reabilitação com diálogo, com participação ativa, com reinserção social, no qual impera o cuidado sobre vidas/pessoas (GOLDBERG, 1994).

Diante disso, a fim de continuar fortalecendo a (re)formulação dos serviços de saúde mental, veio o contato com a psiquiatria alternativa pelo congresso de

psicanálise (1978), que reuniu os grandes atores na saúde mental: Felix Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia (Yasui, 1999). Logo, o período entre 1980 e 1990 pode ser considerado como marco significativo das discussões e do início da desinstitucionalização no Brasil, para o processo de construção de um conjunto de políticas de cuidados na perspectiva da atenção psicossocial (Hirdes, 2009).

Segundo Amarante (1995), o movimento inicialmente se constituiu da estratégia de implantação do modelo preventivo-comunitário, por meio de intervenções individuais exitosas e de alternativas ao modelo manicomial em municípios, principalmente das regiões sudeste e sul do Brasil. As primeiras experiências distantes da lógica do hospital psiquiátrico encontram-se, ainda, na década de 70, com a experiência na cidade de São José do Murialdo (RS) e com a inclusão de um programa de saúde mental na rede básica de saúde em Campinas (SP).

A RPB ganhou visibilidade e força mediante a entrada dos trabalhadores de saúde mental, que, após os avanços e os retrocessos dessa primeira tentativa de reformulação da assistência psiquiátrica, deram consistência, organicidade e visibilidade com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Sendo assim, novos rumos emergiram com efervescência na I Conferência Nacional de Saúde (1986), na I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e no II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental (1987) (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; ARAÚJO, 2014).

As transformações no cuidado em saúde mental ocorreram, primeiramente, a partir da crise fiscal com os leitos psiquiátricos. Em seguida, veio a crise do modelo manicomial propriamente dita, mediante as denúncias de precariedade estrutural, devido ao cuidado ofertado, à superlotação e à produção de marcas permanentes que a institucionalização deixa no indivíduo. Essas marcas originam-se da ausência de relações sociais; da concepção do outro através de estereótipos muitas vezes limitados e hostis; do estigma, por estarem no manicômio (AMARANTE; TORRE, 2001).

Com isso, abriu-se a possibilidade da construção de outros parâmetros, saberes, práticas e modos de se relacionar com a loucura. Os recursos alternativos ao manicômio, sendo auxiliados pelos movimentos da Luta Antimanicomial e da RPB, começaram a ter maior permeabilidade no campo da psiquiatria, e as experiências renovadoras e exitosas, até então pontuais, serviram de inspiração à criação de práticas substitutivas. Essas práticas romperam com as manicomiais, enquanto

possibilidades de reabilitação psicossocial, constituindo uma estratégia de atenção à pessoa, num processo de reconstrução contínuo do exercício da cidadania (SARACENO, 2001a).

Para Costa-Rosa (2012), o movimento das práticas substitutivas ao modelo manicomial busca o resgate da dignidade humana e dos direitos de cidadania na sua dimensão político-ideológica. É o que tem ocorrido com as transformações dos aspectos teórico-técnicos, dentro do paradigma da psiquiatria pós-RPB, que designou dois modelos, o manicomial e o psicossocial – cada um com suas características, como apresentado no quadro a seguir –, e, conseqüentemente, dois modos básicos de práticas em saúde mental: o asilar e o psicossocial.

Tabela 1 – Apresentação dos modos de cuidado tendo como eixo norteador a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Modelo Manicomial	RPB	Modelo Psicossocial
Higienista e asilar	Políticas públicas de saúde mental	Problema de saúde pública na perspectiva existência-sofrimento
Institucionalizado	Desinstitucionalização	Cuidado em liberdade
Hospitalar		Territorial e intersetorial
Médico centralizado		Multiprofissional e interdisciplinar
Foco no diagnóstico/doença	Clínica ampliada	Foco no sujeito/subjetividade
Terapias medicamentosas		Abordagens terapêuticas
Isolacionista		Inserção social
Tutelar	Reabilitação	Autonomia e cidadania

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Somente é possível que um modo seja substitutivo ao outro no campo da saúde mental quando são unidades contrárias, que, apesar de terem a essência das suas práticas caminhando em sentidos opostos, dependam uma da outra para existir. Desvia-se, assim, da ideia reducionista das formulações que os põem somente em posição de opostos, por exemplo, julgar se as práticas são humanas ou desumanas, pois isso não caracteriza a alternatividade dos modos de ação em saúde mental. Refere-se, então, à análise das variações que ocorrem de um para o outro em seus parâmetros basilares (COSTA-ROSA, 2012).

Considerando isso, apresentamos o modo psicossocial conforme Costa-Rosa (2012), que se baseia em quatro parâmetros essenciais capazes de modificar as

esferas de ação e que vem sustentando práticas ao encontro da RPB: a concepção do objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção; as formas da organização dos dispositivos institucionais; as modalidades do relacionamento com as pessoas e populações; as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

Esses parâmetros nortearam a avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências no CAPSi nesta pesquisa.

a) Concepção do objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção: esse parâmetro diz respeito às concepções sobre saúde-doença-cura, aos meios e aos instrumentos de seu manuseio. Inclui-se o sistema jurídico-institucional, multiprofissional, teórico-técnico e os discursos ideológicos.

- Considerar os fatores políticos e biopsicossocioculturais do sujeito (por exemplo, os determinantes, com ênfase na discussão sobre cada um e sobre a situação encontrada).

- Investir na participação ativa do sujeito no seu tratamento.

- Considerar que o sujeito se constitui em meio social, pois pertence a grupos como família, trabalho, educação, entre outros, que estão convocados a serem agentes das mudanças buscadas.

- Reposicionar o sujeito, que, em vez de apenas sofrer os efeitos desse conflito, passa a se reconhecer como um dos agentes implicados nesse “sofrimento” e na possibilidade de mudança.

- Ter como meio a psicoterapia, a laboterapia, a socioterapia e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural.

- Promover ações, do teatro às diferentes formas de arte e de artesanato.

- Ampliar a crítica ao paradigma doença-cura, em busca do entendimento da existência-sofrimento.

- Promover diferentes ações que se estendam em continência do indivíduo durante a crise.

- Buscar um olhar à psicose para além dos sinais e sintomas e da medicação como modelo de intervenção.

- Promover ações integrais.

- Englobar, na determinação dos problemas, o psíquico e o sociocultural.

- Promover a reinserção social.

- Constituir-se de uma equipe interprofissional.

- Superar a estratificação e segmentação dos especialismos.
- Encontrar formas de intercâmbio entre as visões teórico-técnicas e as práticas.

O objetivo do modo psicossocial quanto a esse parâmetro é o estreitamento da frequência dos problemas em relação à população global (faixa do tratável). Por exemplo, o modo psicossocial não vai tratar as “queixas escolares” como problema de saúde mental.

b) As formas da organização dos dispositivos institucionais: nesse parâmetro inclui-se as instituições, pois se entende que ela é um intermediário necessário no tratamento, ou seja, os modos estruturais e conjunturais de organização, sejam quais forem, serão permeados pela presença desse intermédio. Também são consideradas as práticas, os fluxos decisórios, a execução e da divisão do trabalho interprofissional:

- Construir um organograma horizontal da instituição.
- Instrumentar todas as dimensões da instituição a serviço da técnica e da ética, por exemplo, por meio das assembleias.
- Realizar o fluxo decisório pela reunião geral da instituição.
- Realizar o poder de coordenação com a função de coordenar ações conjuntas e fazer executar, nas dimensões particulares, as decisões tomadas pelo coletivo.
- Enfatizar a participação da população para além da característica de ser democrática, a partir da participação e a autogestão (associações).

c) As modalidades do relacionamento com as pessoas e as populações: trata-se do modo como a instituição se apresenta geograficamente, simbolicamente (quanto seus recursos se conectam às possibilidades de cumprir as expectativas) e no imaginário (os significantes apresentados).

- Promover espaços de interlocução com características de “suposto-saber”.
- Dar importância às falas dos sujeitos.
- Funcionar como espaço de fala e escuta da população.
- Diferenciar a dimensão social da fala e ser capaz de referi-la a outras instâncias.
- Organizar programaticamente os equipamentos integrais, com relação ao território e ao ato terapêutico.
- Ofertar a transferência compatível com a ética da singularização.

d) As implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos,

teórico-técnicos e ideológicos: concepções das práticas de tratamento efetivo e das finalidades socioculturais amplas para que concorrem as ações da instituição e do tratamento.

- Reposicionar o sujeito com suas dimensões subjetivas e socioculturais.
- Considerar a perspectiva ética de um sujeito-desejo-carecimento ideal
- Entender que suprimir os sintomas e os sinais NÃO é a primeira ação nem a meta final.

Ressalta-se que a divisão dos quatro parâmetros possibilita melhor compreensão sobre o que são as práticas em saúde mental na perspectiva da RPB, no entanto Costa-Rosa (2000) enfatiza que esses parâmetros tendem à sintonia, no seu funcionamento e modo de ser, uma vez que:

O exercício de modelos horizontais nas formas de organização institucional tenderá a favorecer concepções do “objeto” centradas no saber múltiplo, presente no campo, e uma forma de divisão do trabalho capaz de superar radicalmente os modelos fragmentados. Estes, por sua vez, fornecem a base para relações de interlocução entre a instituição e sua clientela, e para relações terapêuticas em que se exercitam práticas de intersubjetividade horizontal, bases de singularização (COSTA-ROSA, 2012, p. 164).

Percebe-se que o modo psicossocial, assim como as práticas, não são estáticos. Na verdade, são um exercício contínuo de experimentar novas possibilidades, principalmente de quem se atreve a ousar, a (re)criar, a querer, a fazer projetos e, também, a moldar. Para Ayres (2010; 2004), a referência prática deve estar sempre presente no teórico, e o empírico não deve ser outra coisa, senão a prática conceitualmente interpretada. Para isso, uma efetiva consolidação dessas propostas e seu mais consequente desenvolvimento dependem de transformações radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, no que se refere aos seus pressupostos e fundamentos.

No entanto, no que tange aos parâmetros essenciais que modificam as ações, esses também podem ser alterados, assim como já foram historicamente, a depender de interesses, na maioria político-ideológicos, disparando um alerta da possibilidade de uma recaída nas práticas, com a repetição dos modelos os quais se pretende superar.

Não saber mais o que se está fazendo ou o que se deve fazer são questionamentos motivados pelo surgimento de modelos repaginados de produção do cuidado, e podem ser considerados como evidências da necessidade de revisão

das práticas em saúde. Essas propostas indicam que alcançamos os limites dos padrões aceitáveis até o momento para determinado cuidado, e a crise do “mesmo método, velhas práticas” sempre possibilitará levantar outras perspectivas de renovação e de criação (AYRES, 2001).

Apesar das conquistas realizadas, é necessário garantir que se continue avançando nas práticas psicossociais. Afinal, o cuidado em liberdade mudou o modelo de cuidado, ao trazer uma abordagem, uma nova forma de olhar para o sujeito e a loucura. Então, pergunta-se: quem faz um modelo? Quem produz um modelo? Somos nós, sociedade, nossa cultura patriarcal, moralista, que sempre visa ao senso comum.

A diferença de um modelo que funcione na lógica psicossocial deve ser pautada, também, numa atitude antimanicomial, e, dessa forma, segundo Saraceno (2001b), faz-se necessária uma constante reflexão, para que as novas práticas não se tornem as velhas práticas, que não se reduzam a rótulos novos, conduzindo a uma prática à espera da teoria.

4.2 A adolescência e a sua interface com a saúde mental – um fenômeno social

Um fenômeno social decorre das ações, das situações da vida social e dos comportamentos observados, a partir de organizações e grupos, em um período historicamente determinado. Para isso, os indivíduos são abordados de diversas formas, sendo estudadas tanto as suas singularidades como as suas relações coletivas e de interdependência (SILVA; PINTO, 2001). Dessa forma, entende-se que o objeto de estudo nesta pesquisa nos coloca diante de dois fenômenos sociais: a adolescência e a loucura.

Nessa direção, a adolescência se constrói a partir de como os adolescentes se expressam, da forma como concebem o mundo e da transformação do conceito de adolescência em função do tempo, do espaço, dos contextos e de seus valores (OLIVEIRA, EGRY, 1993). Já a loucura constitui um fenômeno social devido às diferentes concepções sociais que assumiu ao longo dos séculos, atingindo mudanças nas formas de considerá-la e de trabalhar com ela, e não envolve exclusivamente o indivíduo, mas também a família e o grupo em que o sujeito está inserido (WETZEL, 2005).

Logo, o adolescente junto à expressão de sua loucura torna-se um fenômeno social complexo, que se origina a partir do que Birman e Bezerra (1994) apresentam:

no campo da saúde mental, a questão está na problemática do sujeito e da subjetividade nas suas articulações com o social, assim como os destinos sociais do indivíduo. Spratt, Walker e Robison (2004) reafirmam que essa problematização, entre realidade e objetividade, interpretação e subjetividade, justificam o emprego da expressão fenômeno social.

Nesse sentido, para estudar um fenômeno social necessitamos da complementaridade de perspectivas, pela possibilidade de captá-lo e de explicá-lo na sua globalidade e complexidade. Conforme Cardano (2017), um fenômeno social requer a realização de uma pesquisa social, que se caracteriza por uma maneira particular de interação no estudo. O pesquisador deve estar aberto às experiências com o objeto, elaborando uma ou mais respostas, muitas vezes, à pergunta relativa sobre o como de um específico fenômeno social.

A pesquisa social, metodologicamente, se relaciona com a adoção do estilo de estudo em que se prefere o aprofundamento do detalhe à reconstrução do todo. Nessa perspectiva, utiliza-se, então, a pesquisa qualitativa, pois esta responde de forma específica à exigência geral que recobre o domínio da pesquisa social, ao guiar a complexidade dos fenômenos em análise, principalmente pela proximidade ontológica entre observador e observado. Somada à possibilidade de uma maior precisão na representação do ponto de vista dos participantes, obtida com as técnicas, por exemplo, de observação participante e de entrevista, está a elaboração de explicações e respostas aos comportamentos sociais, bem como a capacidade de representar a dimensão processual dos fenômenos sociais (CARDANO, 2017).

4.3 Pesquisa qualitativa

A escolha da abordagem qualitativa se justifica pelas características desse tipo de pesquisa: a capacidade de agrupar diferentes pontos de vista sobre a realidade e a utilização de técnicas de produção de dados capazes de solicitar discursos articulados, entre o que as pessoas dizem e o que fazem. Cardano (2017) ainda destaca mais duas características da pesquisa qualitativa, as quais podem enriquecer o estudo sobre as práticas em saúde mental voltadas às adolescências. A primeira diz respeito à prática da observação mais próxima, de longa duração em determinado contexto, permitindo construir o relato dos processos. A segunda relaciona-se à capacidade de incluir as diversas vozes e formas alternativas de participação dos

sujeitos. Em outras palavras, este estudo permite aos participantes expressarem a sua diferença, com as próprias palavras almejando incluir aqueles que, em muitos outros, ocupam os espaços de exclusão, marginais, periféricos ou até mesmo afogados⁴.

Outro ponto importante, para a realização da escolha do delineamento desta pesquisa, concentra-se nas respostas e nos processos que atribuem valor de relevância teórico e pragmático. A relevância teórica é a capacidade de os resultados oferecerem uma contribuição ao conhecimento do fenômeno que se quer estudar, o que pode ocorrer de três formas (adições heurísticas): adição de novo material empírico; adição de uma nova dimensão analítica; adição de novos métodos de pesquisa ou de novas molduras teóricas. Já a relevância pragmática da pesquisa qualitativa refere-se à expectativa de que as respostas encontradas possam orientar soluções ou mostrar uma forma mais eficaz de representar aquele fenômeno (CARDANO, 2017).

A partir disso, penso que esta pesquisa poderá contribuir, com relevância teórica e pragmática, nos campos da saúde mental e da adolescência. A proposta de utilizarmos o termo as adolescências e a realização de uma avaliação correspondem à possibilidade de desenvolver a relevância teórica. Quanto à pragmática, a aposta é por meio da escolha do percurso teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração.

4.4 Pesquisa avaliativa qualitativa

Patton (1997) define que a avaliação qualitativa é um processo que objetiva elucidar e compreender profundamente as dinâmicas e as operações de um programa/serviço. Para tanto, requer descrições detalhadas, geralmente baseadas em observações e/ou entrevistas com as pessoas envolvidas. Tanaka e Melo (2001) acrescentam o sentido de atribuir um juízo de valor assumido numa avaliação, a partir de um julgamento. Os autores também consideram a avaliação como uma estratégia ou instrumento que auxilia a tomada de decisão no enfrentamento de problemas, que

⁴Termo utilizado pela professora Rosana Onocko-Campos em curso ministrado no I Congresso Internacional de Pesquisa em Saúde, realizado de 21 a 22 de setembro de 2017, em Pelotas, RS, ao referir populações que não são frequentemente estudadas.

poderão ou não ter emergido do processo avaliativo.

A pesquisa avaliativa pode ser definida como o procedimento que consiste em fazer julgamento de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão (CONTRANDRIPOULOS et al, 1999).

Essas pesquisas iniciaram após a Segunda Guerra Mundial, devido ao desenvolvimento dos programas públicos de saúde, educação, sociais, emprego, entre outros. As mesmas contribuíram com o papel do estado ao desempenhar atividades nessas áreas, tornando a avaliação profissionalizada por meio da adoção de uma perspectiva interdisciplinar e com aspectos metodológicos a serem seguidos (CONTRANDRIPOULOS *et al.*, 1999).

Guba e Lincoln (2011) trazem que o campo da avaliação foi se modificando ao longo do tempo, perante as alterações dos seus objetivos, dos contextos e dos princípios filosóficos de cada época, resultando em diferentes significados e classificações. Por essa razão, a linha de estudos avaliativos é composta por quatro gerações, conforme detalhado a seguir.

Primeira geração – mensuração: elaboram-se exames e testes, inicialmente escolares, e depois na incorporação no mercado de trabalho, para determinar métodos de trabalho mais produtivos. Ressalta-se o grande uso e construção de instrumentos para a investigação, os quais utilizam variáveis que podem ser mensuradas. O papel do avaliador é baseado na técnica de aplicação e no conhecimento dos instrumentos disponíveis ou da necessidade de criar novos.

Segunda geração – descrição: abordagem caracterizada pela descrição de forças, centrada em objetivos. Considera as limitações da geração anterior, ao entender que os testes escolares não permitiam compreender os resultados da avaliação sem conhecer os respondentes, os percursos e as motivações que os mobilizavam e, conseqüentemente, suas respostas. Atribui-se ao avaliador, além do papel desempenhado na *primeira geração*, o de descritor.

Terceira geração – juízo de valor: inclui-se o juízo de valor no procedimento de avaliação, caracterizado, principalmente, pelo fato de o avaliador assumir o papel de julgador, juntamente com as atribuições das gerações anteriores. O avaliador começa a julgar os elementos com base em padrões externos.

Ao analisar as gerações dos estudos avaliativos, Guba e Lincoln (2011) identificam importantes avanços desenvolvidos durante as três, muito utilizados até hoje. Em contrapartida, apontam limitações importantes, como: *a tendência ao gerencialismo, a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e o comprometimento exagerado com o paradigma científico positivista de investigação.*

A *tendência ao gerencialismo* se refere à característica da pesquisa em que o avaliador é contratado pelo gerente. Essa contratação implica algumas consequências para o processo avaliativo: o gerente fica fora do processo avaliativo, e as suas qualidades e práticas não podem ser colocadas em questão; o gerente não pode ser responsabilizado pelos resultados da avaliação e tem a última palavra para determinar quais questões a comporão; o gerente detém o poder de decidir como será feita a coleta e a interpretação dos dados, se e para quem os resultados da avaliação serão divulgados. Por fim, todos esses exemplos determinam que essa forma de avaliação é, na realidade, um modo de o avaliador entrar em conluio com o gerente.

Em relação à *incapacidade de acomodar o pluralismo de valores*, durante muito tempo argumentou-se que, apesar da existência de diferentes valores, os achados de uma avaliação podem ser confiáveis porque a metodologia usada é científica, e a ciência é livre de valores, porém essa afirmação é questionada. Se a ciência não é livre de valores, então não apenas os achados são submetidos a diferentes interpretações, como também os próprios fatos são determinados em interação com o sistema de valores que o avaliador carrega. Sendo assim, todo o ato de avaliar torna-se um ato político.

Já o *comprometimento exagerado com o paradigma científico positivista de investigação* é a premissa do positivismo em geral – a necessidade de obter legitimidade na pesquisa social seguindo, o mais rigorosamente possível, a metodologia que caracterizou suas congêneres, as ciências duras ou experimentais. Parte-se da ideia de que o paradigma científico ocorre numa espécie de laboratório asséptico, sem interferências e, no caso da pesquisa avaliativa, desconsidera-se o contexto, ou são implementadas medidas para que seja controlada a sua interferência na avaliação.

De acordo com Patton (1997), o processo avaliativo implica enfatizar *como* o produto/resultado é produzido, em vez de *olhar somente* o produto. A avaliação do processo é realizada com base no desenvolvimento, na descrição, de maneira que nunca se esgota, é contínua, flexível e indutiva. Nesse sentido, ao apreender as

limitações encontradas nas três gerações de estudos avaliativos, Guba e Lincoln (2011) desenvolvem a denominada *Avaliação de Quarta Geração*.

4.5 Avaliação de Quarta Geração (AQG)

A Avaliação de Quarta Geração é uma proposta elaborada por Guba e Lincoln, em 1988, alternativa às gerações anteriores. Uma das principais características dessa avaliação é seu enfoque participativo, em que as reivindicações, as preocupações e as questões dos grupos de interesse, ou *stakeholders*⁵, servem como foco organizacional para determinar que informações são necessárias. É uma avaliação *responsiva* baseada em um referencial *construtivista* (GUBA; LINCOLN, 2011).

A terminologia **responsiva** é utilizada para designar uma diferente forma de realizar a avaliação quanto aos seus parâmetros e limites. Nos modelos tradicionais, os parâmetros da avaliação são definidos *a priori*; já na avaliação responsiva, o que determina os parâmetros é o processo interativo e de negociação envolvendo os grupos de interesse (participantes). O termo **construtivista** é usado para designar a metodologia da avaliação, baseando-se no modelo alternativo ao positivista: o paradigma construtivista, interpretativo ou hermenêutico. Logo, a Avaliação de Quarta Geração é um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer.

4.5.1 O enfoque responsivo

O processo avaliativo começa pelo método que determina quais questões serão avaliadas, e quais informações serão buscadas – parâmetros e limitações. Nesse sentido, os elementos a serem avaliados, geralmente, são as variáveis, os objetivos, as decisões, entre outros, sendo denominados, então, de organizadores de avanço (*advance organizers*). Na avaliação responsiva, esses organizadores de avanço são as reivindicações, as preocupações e as questões identificadas pelos grupos de interesse (GUBA; LINCOLN, 2011).

Consideram-se reivindicações qualquer alegação apresentada por um interessado (participante) que seja favorável ao objeto de avaliação. Já as

⁵O termo *stakeholders* se refere às pessoas que têm algum interesse no objeto da avaliação. É um termo original em inglês, da obra de Guba e Lincoln (2011), e tem sua tradução para o português como grupos de interesse; *stakeholder* refere-se ao termo no singular, o interessado. Para este estudo, é utilizado o termo traduzido.

preocupações são as afirmações que um interessado pode apresentar e que é desfavorável ao objeto de avaliação. Por fim, as questões dizem respeito a qualquer situação sobre a qual as pessoas possam discordar. Atenta-se que diferentes grupos de interesse acolhem diferentes reivindicações, preocupações e questões, sendo responsabilidade do avaliador abordá-las e trabalhá-las durante o processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Os grupos de interesse são as pessoas que têm algum interesse no objeto da Avaliação de Quarta Geração. Guba e Lincoln (2011) destacam três classes abrangentes de grupos de interesse: os *representantes* ou *agentes*, os *beneficiários* e as *vítimas*.

- Os *representantes* ou *agentes*: pessoas envolvidas em produzir, usar e implementar o objeto avaliado.
- Os *beneficiários*: pessoas que se beneficiam de alguma forma com o uso do objeto avaliado.
- As *vítimas*: pessoas que são afetadas negativamente pelo uso do objeto avaliado – grupos excluídos do seu uso, grupos que sofreram efeitos negativos, pessoas politicamente em desvantagem, sem poder, influência ou prestígio, pessoas que perderam oportunidades que não podem ser exploradas porque os recursos necessários estão alocados para darem suporte ao objeto da avaliação.

Logo, a avaliação é responsiva por buscar a visão de diferentes grupos de interesse, à medida que responde às questões ainda durante a coleta das informações. É muito comum que diferentes atores tenham construções distintas a respeito de reivindicações, de preocupações e de questões particulares. Nesse caso, a tarefa do avaliador consiste em conduzir a avaliação de forma que cada grupo confronte as suas construções com as dos demais, num processo denominado **hermenêutico-dialético**.

No processo hermenêutico-dialético, cada participante entra em contato com as construções dos demais, e suas próprias construções podem se alterar em virtude de se tornarem mais bem informadas e mais sofisticadas.

Na avaliação responsiva, busca-se o consenso das questões avaliadas, mas isso raramente é possível. Quando o conflito persiste, as resoluções podem exigir a introdução de informações externas, realizada pelo avaliador, mediante uma agenda de negociação. Todos os integrantes do grupo de interesse compartilham com o avaliador um esforço conjunto para resolver o que permanece em conflito. As

conclusões finais e recomendações que emergem dessa negociação são alcançadas de forma solidária e em conjunto, porém, na maioria das vezes, haverá itens da agenda que não serão resolvidos. Por outro lado, acredita-se que cada integrante entenderá qual é o conflito, ou como os demais se posicionam em relação a ele, o que possibilita maior transparência das informações e das posições de cada um em relação a elas.

Essa interação e reiteração é uma característica da avaliação responsiva. Dessa forma, as avaliações, de maneira geral, nunca terminam, ou estão completas, elas são suspensas por razões de logística, tais como o tempo e/ou os recursos disponíveis (GUBA; LINCOLN, 2011).

4.5.2 Metodologia construtivista

A metodologia construtivista se baseia no sistema de crenças oposto ao paradigma positivista de fazer ciência. Esse sistema se refere ao conjunto de suposições que se está disposto a fazer, que sirvam como critério para orientar as atividades na pesquisa. Guba e Lincoln (2011) afirmam que o paradigma positivista apresenta limitações que podem ser superadas pelo paradigma construtivista.

Esse paradigma, ontologicamente, nega a existência da realidade objetiva, afirmando que essa é formada por construções sociais da mente, ou seja, a quantidade de construções existentes é proporcional à de indivíduos. Já epistemologicamente, o paradigma construtivista nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo que os achados de um estudo existem pela interação entre observador e observado. Metodologicamente, e em consequência dos princípios ontológicos e epistemológicos, propõe a realização de um processo hermenêutico-dialético. Portanto, é em virtude da interação entre o conhecedor com o já conhecido, ou do observador com o observado, que se realiza a construção aproximada da realidade, mais informada e sofisticada, de determinado objeto e de seu contexto histórico-social (GUBA; LINCOLN, 2011).

Diante disso e da mudança do modelo de atenção em saúde mental, a qual exige a invenção de formas de pensar e fazer que sofram grande influência do contexto, as práticas em saúde mental voltadas às adolescências pressupõem um enfoque interdisciplinar e a inserção de diferentes participantes que respondam à complexidade do “novo” objeto construído e das ações a ele direcionadas. Logo, um

processo avaliativo dessas práticas, nessa perspectiva, não pode estabelecer indicadores *a priori*, que não sejam oriundos do contexto do serviço. O envolvimento dos grupos de interesse tem o objetivo de buscar questões mais pertinentes dentro desse contexto, que tenham significado para eles, assim como potencializar a possibilidade de que o processo aumente e aprimore a capacidade de ação desses grupos (GUBA; LINCOLN, 2011).

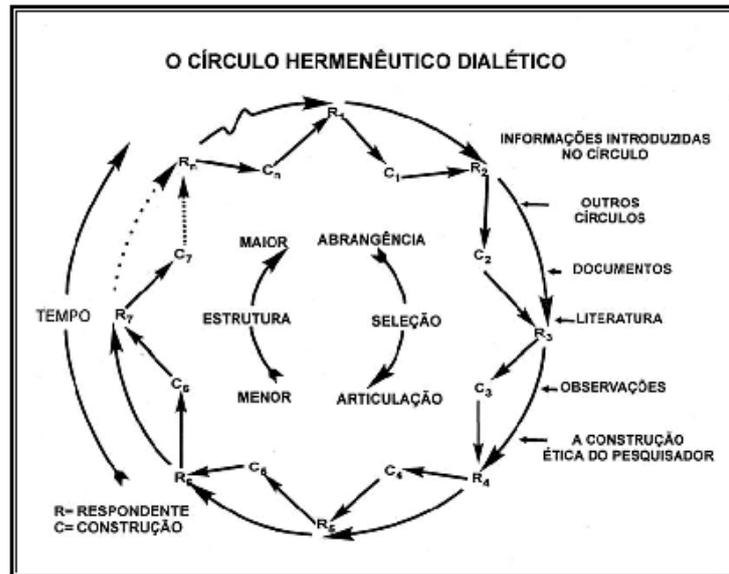
4.5.3 O processo hermenêutico-dialético

Para alcançar as condições anteriormente expostas, Guba e Lincoln (2011) propõem a realização do processo hermenêutico dialético. O termo hermenêutico se refere ao caráter interpretativo, e o dialético à possibilidade de comparação e de contraposição de pontos de vista divergentes no processo, tendo como objetivo obter uma síntese elaborada de todos os participantes.

Os autores ressaltam que a proposta desse processo não é justificar a sua própria construção nem atacar as fraquezas das propostas oferecidas por outros, mas formar uma correlação entre elas. A intenção é, quando possível, obter consenso e, na medida em que não é alcançado, espera-se, no mínimo, que sejam expostas e que fiquem claras as diferentes visões, possibilitando que se crie uma agenda de negociações, a ser abordada a seguir neste capítulo.

A prática do processo hermenêutico dialético é proposta por Guba e Lincoln (2011) mediante a aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético (Figura 2).

Figura 2 – Círculo hermenêutico-dialético



Fonte: GUBA; LINCOLN, 2011.

O primeiro passo se inicia com o respondente R1, que participa de uma entrevista aberta para determinar a construção inicial em relação ao foco da pesquisa. Nessa entrevista, o respondente é convidado a descrever e a comentar o objeto da avaliação em termos pessoais. Ao terminar, solicita-se que indique outro respondente (R2).

Após a realização da primeira entrevista com o R1, o pesquisador analisa os temas centrais, as concepções, as ideias, os valores, as preocupações e as questões propostas por R1, caracterizando uma análise de dados concomitante à coleta de dados. Essa análise resulta numa construção designada como C1.

O respondente R2 é entrevistado, e, ao término da entrevista, são introduzidas as questões de R1 que não foram abordadas por R2, sendo, então, este convidado a comentá-las. Como resultado da entrevista com R2, é produzida a construção C2, mais fundamentada, esclarecida e composta por duas fontes, R1 e R2. Dessa maneira, é possível visualizar uma construção conjunta, que acontece com os demais respondentes até o término do círculo.

As informações do círculo não se limitam ao que os respondentes e a análise do pesquisador trazem para ele. É possível introduzir outras informações, como dados de observações, documentos, literatura, respeitando a ética ao compartilhá-las. Esse movimento é realizado quando se identifica a necessidade de maior conhecimento e aprofundamento de certas temáticas pelos participantes e pelo pesquisador.

4.5.4 Cenário do estudo

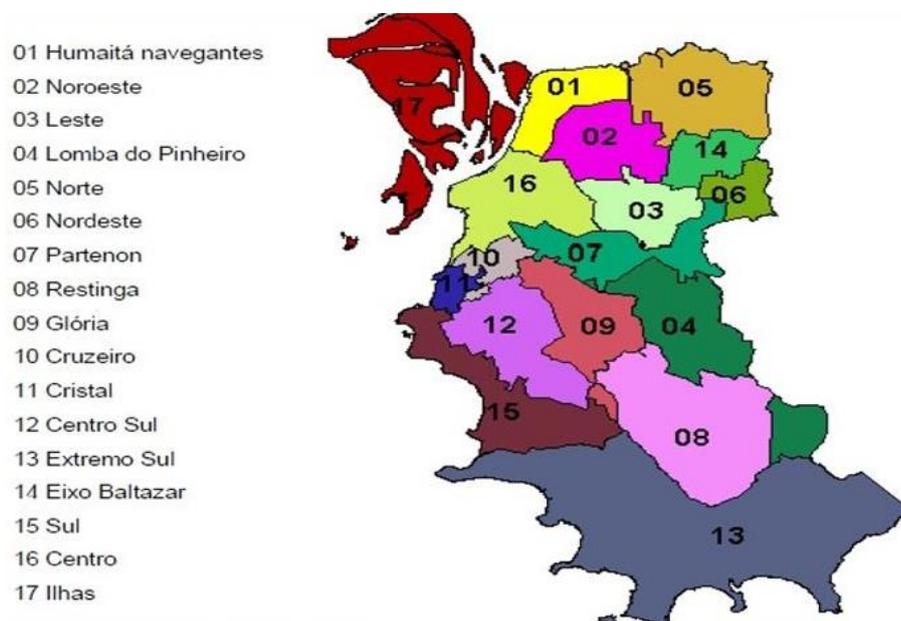
Esta pesquisa tem como cenário o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) Pandorga, que pertence à rede de serviços da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado no município de Porto Alegre. As informações apresentadas para contextualizar esse cenário são oriundas tanto de documentos institucionais como das observações da própria pesquisadora.

O município de Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul, com uma população estimada, em 2018, de 1.479.101 habitantes, com a proporção de 86,5 homens para cada 100 mulheres; 79,2% das pessoas se autodeclararam brancas, 20,2% negras e 0,23% indígenas; 60% declaram ser da religião católica. Cerca de 204.272 habitantes estão na faixa etária dos 10 aos 19 anos (IBGE, 2010).

Em 2016, o Índice de Desenvolvimento Humano era de 0,805; o Produto Interno Bruto *per capita*, de 49.577,53; o salário médio mensal equivalia 4,1 salários mínimos; a proporção de pessoas com ocupação em relação à população total era de 55,4%; e a taxa de escolarização de 6 a 14 anos era de 96,6%. Além disso, no município, 93% dos domicílios tinham saneamento básico e 82,7% estavam localizados em áreas urbanas. Em relação à saúde, a taxa de mortalidade infantil era de 9:1000 na cidade, que contava com 201 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2010; 2019).

A população está distribuída em 17 Distritos Sanitários (DS), conforme Figura 3, que mantêm orçamento participativo e fornecem serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada atenção hospitalar, assim como a vigilância em saúde, conforme o Decreto Federal 7.508⁶ (PORTO ALEGRE, 2017).

⁶Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 27 fev 2019.

Figura 3 - Distritos sanitários de Porto Alegre

Fonte: ObservaPOA, 2019.

A Rede de Atenção Psicossocial do município é composta pelos serviços listados no Quadro 1.

Quadro 1 – Serviços que compõem a atual Rede de Atenção Psicossocial no município de Porto Alegre

Componente	Pontos de Atenção	Quantidade
Atenção Básica	Unidade de Saúde – US (UBS e ESF)	141
	Consultório na Rua	2
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS II	4
	CAPS ad III	3
	CAPS ad	2
	CAPSi	3
	CAPS IV	1
	Equipe Especializada de Saúde Mental Adulto (EESMA)	9
	Equipe Especializada de Saúde Mental Criança e Adolescente (EESCA)	9
Ambulatórios de saúde mental, vinculados aos hospitais	4	
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital	7 (170 leitos)

	Geral	
Atenção de Urgência e Emergência	Plantão de Emergência em Saúde (IAPI e PACS)	2
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos	2 (12 vagas)
Reabilitação Psicossocial	Geração de Renda (Geração Poa)	1
Comunidade Terapêutica*	Pacto, Marta Maria e Novos Rumos	3 (54 leitos)
Hospital Psiquiátrico*	Hospital São Pedro e Hospital Espírita de Porto Alegre	2 (166 leitos)

*Serviços que passaram a fazer parte da RAPS após a reformulação da portaria 3588 em dezembro de 2017.

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Já o GHC é formado por uma rede de quatro hospitais, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), unidades de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Escola GHC. É referência no atendimento à saúde no município de Porto Alegre e, vinculado ao Ministério da Saúde, tem uma estrutura reconhecida nacionalmente como a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% realizado via o Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma equipe de 9.584 profissionais, 1.510 leitos, sendo responsável pela internação de 55,9 mil pessoas, por cerca de 1,4 milhão de consultas e por 33 mil cirurgias anuais. Em exames, o Grupo contabiliza cerca de 4,3 milhões por ano (GHC, 2019).

O Grupo é constituído por gerências de: internação, apoio, diagnóstico e tratamento, saúde comunitária e interunidades de emergência. A Gerência de Saúde Comunitária é a responsável por 12 Unidades de Saúde, por 39 equipes de saúde da família, por um Consultório de Rua e por três CAPS: o CAPS II, o CAPS Álcool e Drogas III (CAPS ad III) e o CAPSi. Os profissionais atendem cerca de 105 mil pessoas que são cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde, por uma equipe que presta atendimento multidisciplinar, incluindo, além dos médicos de família e de comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e agentes de saúde. Têm como área de atuação os bairros que compõem os Distritos Sanitários norte e nordeste (GHC, 2019).

4.5.4.1 O CAPSi Pandorga

O CAPSi Pandorga, serviço da Gerência de Saúde Comunitária do GHC, foi

inaugurado há 8 anos, no dia 14 de outubro, e está localizado no Bairro Cristo Redentor. Oferece o cuidado em saúde mental infanto-juvenil, mediante atendimentos individuais, atividades em grupo e oficinas, e é o serviço de referência em Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes pertencentes a três territórios dos distritos norte e nordeste (GHC, 2019).

Quadro 2 – Características dos Distritos Sanitários em que o CAPSi Pandorga é referência

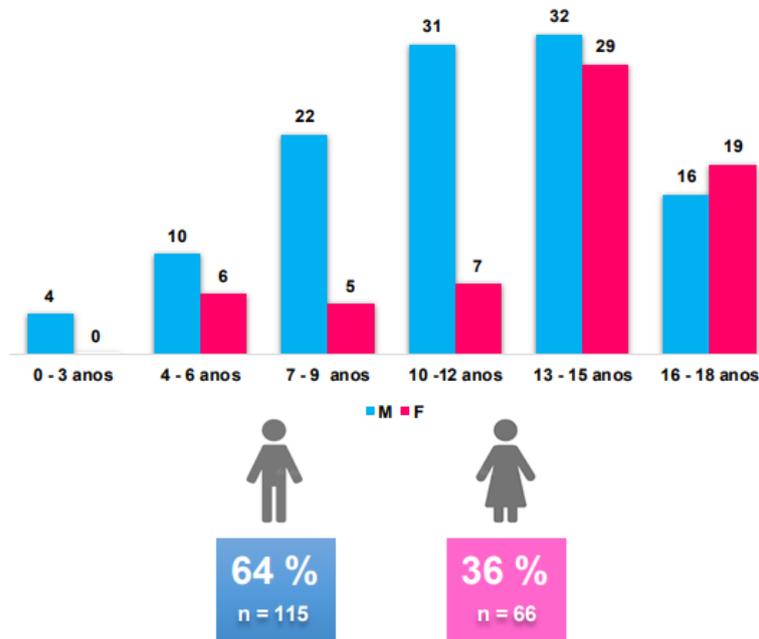
	DS NORTE	DS NORDESTE
Bairros	Sarandi	Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Floresta, Jardim Itú, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião e Vila Ipiranga
População	98.571 hab	129.800 hab
Sexo	52,53% feminino	55% feminino
Cor	77% branca	92% branca
Renda	2,64 salários mínimos	6,8 salários mínimos
IDH	0,729	0,89
Taxa de analfabetismo	3,43%	0,86%
Água potável e luz elétrica	99%	99,9%
Esgoto sanitário	92,79%	98,5%
Mortalidade infantil	7,98	6,78
Unidades de Saúde	14	5

Fonte: ObservatórioPoa, 2017.

Em média, o CAPSi Pandorga atende cerca de 200 pacientes por mês, recebendo encaminhamento de crianças e de adolescentes por meio do fluxo de referência das Unidades de Saúde do GHC e de contrarreferência dos ambulatórios, das unidades de internação hospitalares e do Plantão de Emergência em saúde Mental do IAPI.

De acordo com o levantamento de informações do CAPSi, realizado pela coordenação, durante o período de fevereiro a outubro de 2018, havia 181 usuários ativos: 64% eram do sexo masculino, e 74% estavam na faixa etária dos 10 aos 18 anos, conforme apresenta a Figura 4.

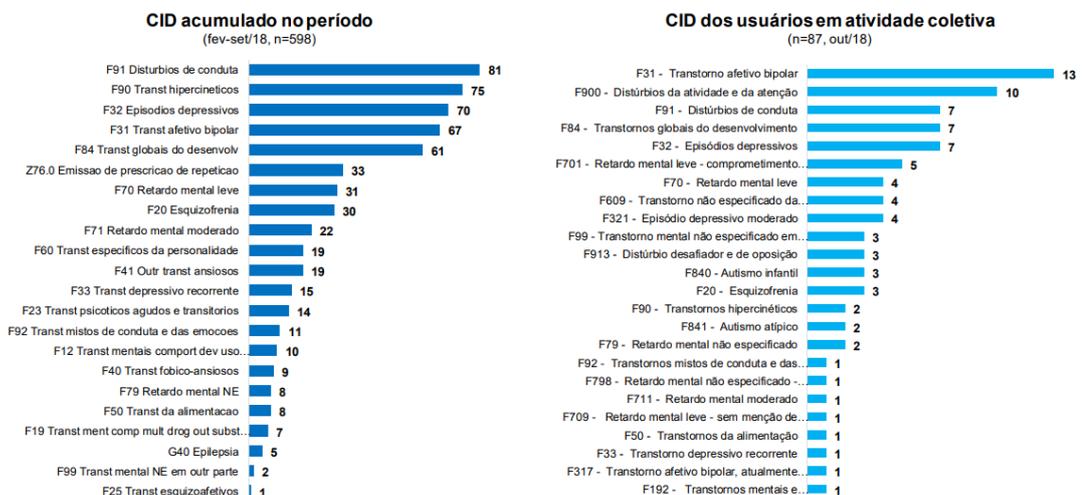
Figura 4 – Distribuição do público total atendido no CAPSi Pandorga por faixa etária e sexo. (n=181)



Fonte: CAPSi Pandorga, 2018.

Conforme o mesmo levantamento, 48% dos usuários estão em atividades coletivas, sendo 68% meninos, dos quais 62,7% estão entre 10 e 18 anos. O perfil de CID cadastrados, o total acumulado nos atendimentos e conforme a participação do usuário em atividade coletiva, no período de fevereiro a setembro, estão representados na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição do diagnóstico de acordo com o número acumulado de cadastros feitos pelo CID e distribuição dos diagnósticos conforme o usuário em atividade coletiva



Fonte: GHC, 2018.

A Figura 5 possibilita destacar, além do quantitativo de atendimentos e perfil dos usuários, a heterogeneidade dos atendimentos realizados pelo CAPSi Pandorga, demonstrando o quanto isso é importante para um serviço de referência em saúde mental às crianças e ao adolescente. Em outras palavras, pode-se observar que não se trata de um CAPSi que atende apenas casos seletos – somente de autismo, por exemplo –, mas que cuida daqueles que são avaliados como casos graves, persistentes e para os quais o CAPSi tenha recursos.

O CAPSi funciona das 8h às 18h de segunda a sexta-feira, possui uma equipe multidisciplinar composta por dois enfermeiros, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, três médicos, uma nutricionista, dois técnicos de enfermagem, três psicólogas, um professor de educação física; um professor de artes plásticas, uma pedagoga e dois auxiliares administrativos. Como se trata de um espaço de formação, conta também com cinco residentes do Programa de Residência Multiprofissional do GHC das seguintes categorias profissionais: psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional. Além desse contingente, dispõe de estagiários da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), do curso de enfermagem.

A equipe é dividida em três miniequipes, com o objetivo de auxiliar na organização e na dinâmica do serviço para atender às demandas dos usuários. São atribuições das miniequipes: avaliar e discutir casos, acompanhar e desenvolver o Projeto Terapêutico Singular dos usuários, realizar o matriciamento com as unidades de saúde, entre outros serviços, de acordo com o seu território. Cada miniequipe é responsável por um dos territórios que compõem a área de cobertura do CAPSi, conforme o Quadro 3 e a Figura 6.

Quadro 3 – Miniequipes do CAPSi Pandorga em relação à sua composição, à realização das reuniões e ao número de Unidades de Saúde que realizam matriciamento

Miniequipe (ME)	Profissionais	Unidades de Saúde
ME 1	Psiquiatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga. +1 residente	5 US do GHC 3 UBS 4 ESF
ME 2	Psiquiatra, psicóloga, psicopedagoga, nutricionista e educador físico. +1 residente	2 US do GHC 3 UBS 5 ESF
ME 3	Psiquiatra, enfermeira, assistente social, arteterapeuta e psicóloga. +1 residente	5 US do GHC 4 UBS 3 ESF

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Além disso, duas vezes por semana, realizam-se as reuniões de miniequipe, com objetivo de organizar seu trabalho, de discutir casos e avaliações e de atender às solicitações de matriciamento.

O acolhimento é realizado diariamente pelos dois técnicos de enfermagem, mediante agendamento e encaminhamento de algum serviço da rede de saúde do município. O CAPSi não realiza acolhimento “porta-aberta” (livre demanda), e os usuários que chegam no serviço sem encaminhamento são orientados a solicitá-lo na Unidade de Saúde mais próxima de casa. Em casos de emergência, os profissionais disponíveis no serviço, quando há algum, realizam o acolhimento.

Após o acolhimento o usuário é encaminhado para uma miniequipe, de acordo com o território no qual reside, e passa por uma avaliação. Essa avaliação consiste em encontros sistematizados, dos quais participam o adolescente ou a criança, os responsáveis e dois profissionais da miniequipe de referência. Esses profissionais, geralmente de diferentes núcleos – por exemplo, enfermeira e terapeuta ocupacional–, iniciam o processo de avaliação de cada caso e repassam as informações nas reuniões de miniequipe.

Cumprе ressaltar que, além dos encontros, o adolescente/a criança passa a participar das atividades do serviço, o que também faz parte da avaliação. Conforme cada caso, os atendimentos individuais são agendados em consonância à demanda de cuidado em saúde mental identificada, por exemplo: se o usuário necessita de

atendimento psicoterápico, agenda-se um horário com a psicóloga. Já as atividades coletivas apresentam o cronograma a seguir.

Quadro 4 – Atividades realizadas no CAPSi Pandorga em relação aos dias e aos turnos da semana

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
MANHÃ	Interagir	Espaço aberto com os cuidadores	Reunião de Miniequipe		Oficina Fábrica de Monstros
	Culinária para adolescentes	Oficina Brincar	Reunião da Equipe do CAPSi		Culinária infantil
		Rola-bola			Rolla Som
TARDE	Ambiência	Grupo de familiares	Passeando pela cidade	Convivendo	Oficina de Violão
	Grupo de Adolescentes	Divertidamente	Fazendo arte	Ambiência	Corpo em movimento
		Grupo Espaço Aberto			

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Grupo interagir: público de 7 a 10 anos. Objetivo: visa criar um ambiente com estímulos lúdicos, através de atividades recreativas, com exploração de materiais diversos, para oportunizar a avaliação e a intervenção terapêutica no que diz respeito ao seu desenvolvimento global, familiar e social. Profissionais responsáveis: assistente social e técnico de enfermagem.

Oficinas de culinárias: público de 9 a 11 anos (sexta) e acima de 12 anos (segunda). Objetivo: compartilhar processos, estimular a organização pessoal a partir de tarefas do cotidiano, favorecer um espaço de participação e socialização, trabalhar a cooperação no processo de preparação dos alimentos, enfatizar a importância do produto final e a divisão deste entre os participantes. Profissionais responsáveis: enfermeira (segunda); enfermeira, terapeuta ocupacional e técnica de enfermagem (sexta).

Ambiência: público de 10 a 15 anos. Objetivo: realizar atividade aberta, a partir do interesse dos participantes, da interação e das propostas que surgem, em que o profissional participa mais como observador do que condutor. Na segunda-feira, a atividade é voltada mais para usuários com autismo e, na quinta-feira, para adolescentes. Profissionais responsáveis: terapeuta ocupacional, arteterapeuta,

educador físico (segunda); assistente social (quinta).

Grupo de adolescentes: público de 10 a 15 anos. Objetivo: realizar conversas, discussões e atividades relacionadas às subjetividades e às individualidades, com adolescentes que apresentam diferentes especificidades: características próximas à depressão; personalidade *borderline*; prática de autoagressão; risco moral referente à sexualidade ou ao gênero; vivência de violência na condição de vítima. Profissional responsável: assistente social.

Espaço aberto com os cuidadores e Grupo de familiares: público adulto, formado pelos cuidadores e por familiares das crianças e adolescentes que estão em acompanhamento no CAPSi. Objetivo: oferecer espaço sistemático de acolhimento e intervenção para o público em questão, com o direcionamento de temáticas para psicoeducação, abordando psicopatologia, medicações, uso de substâncias, associação entre ambiente e comportamento. Profissionais responsáveis: assistente social e técnica de enfermagem (terça-feira pela manhã); enfermeira e assistente social (terça-feira à tarde).

Oficina Brincar: público de 2 a 7 anos. Objetivo: promover o desenvolvimento de processos básicos de estruturação da subjetividade, que, por consequência, culminarão na emergência de processos simbólicos, consolidando a capacidade dos usuários de brincarem entre si, o que auxiliará na aceção da criança, o objeto e meio. Profissionais responsáveis: psicóloga, terapeuta ocupacional e enfermeira.

Rola-bola: público de 10 a 15 anos, formado por usuários que apresentam dificuldades de relacionamento com os pares. Objetivo: desenvolver a capacidade de seguir combinações e regras, mediante a formação de grupo realizado a partir de atividade física, como jogo de futebol. Profissionais responsáveis: educador físico e técnicos de enfermagem.

Divertidamente: público de 8 a 10 anos. Objetivo: propiciar espaço de interação social, criando brincadeiras por meio da imaginação e da criatividade das crianças, com a tomada de decisão mediada pelos profissionais. Profissionais: educador físico, residentes, pedagoga.

Espaço aberto: público acima de 13 anos. Objetivo: proporcionar convívio social, estimulando a tomada de decisão em grupo, o respeito e a tolerância entre os pares. As atividades são discutidas coletivamente e decididas em consenso com o envolvimento de todos, podendo-se acordar, no dia ou na semana anterior ao encontro do grupo, qual atividade será realizada; algumas opções são: ir ao cinema,

à praça, assistir a um filme. Há espaço também para que os adolescentes possam expressar as demandas que lhe são importantes e refletir sobre elas, por exemplo: temáticas como relacionamento familiar, autoconfiança, assuntos escolares, DST/AIDS, *bullying*, violência, entre outras de interesse dos usuários. Profissional responsável: enfermeira.

Passeando pela cidade: público de 11 a 14 anos. Objetivo: propiciar atividades externas, que possibilitam a aproximação, o vínculo e a observação do paciente em ambientes diferentes, assim podendo entender o seu funcionamento e utilizar o social como dispositivo de intervenção para a promoção da saúde física e mental. Profissionais responsáveis: terapeuta ocupacional, psicopedagoga e educador físico.

Fazendo arte: público de 10 a 15 anos. Objetivo: construir acordos coletivos para a realização de atividades lúdicas integrativas, com vistas a estimular a tolerância quanto às deliberações coletivas, quando decisões do grupo não estiverem de acordo com a escolha individual. Para tanto, pretende-se proporcionar a reflexão sobre a conduta em espaços coletivos, quando esta tem dificultado a interação do usuário nos demais espaços sociais, e estimular a criatividade para desenvolver mecanismos que favoreçam a convivência. Profissionais responsáveis: arteterapeuta e enfermeira.

Convivendo: público de 8 a 12 anos. Objetivo: constituir brincadeira a partir de atividades recreativas, do movimento e da imaginação do usuário, na criação de história com início, meio e fim, para oportunizar a interação e a organização do pensamento. Profissionais responsáveis: enfermeira e educador físico.

Corpo em movimento: público de 10 a 14 anos. Objetivo: desenvolver a consciência corporal, experienciando movimentos e habilidades através de vivências práticas, por meio de jogos pré-desportivos, de exercícios aeróbico-anaeróbicos e de técnicas de relaxamento e respiração, o que estimula a solidariedade, a integração social, o respeito às regras de convivência e a ampliação das potencialidades físicas e mentais do usuário. Profissionais responsáveis: educador físico e enfermeira.

Oficina Fábrica de Monstros: público de 9 a 14 anos. Objetivo: desenhar projetos em papel branco e, em seguida, executá-los com sucata, auxiliando na organização das ideias e do pensamento. Essa oficina se caracteriza por ser um espaço de experimentação artesanal com tintas, sucata, papel, jornal e revistas.

Rolla-som e oficina de violão: público de 13 a 18 anos. Objetivo: propiciar espaço de expressão e de socialização através da música, contribuindo para o

aprimoramento das capacidades individuais de expressão, por meio da linguagem musical, bem como para o desenvolvimento das capacidades de socialização, pelo incentivo à produção e à reflexão acerca do conteúdo de letras de músicas. Profissional responsável: arteterapeuta.

Ressalta-se que essas atividades/oficinas foram sendo modificadas, conforme avaliação da equipe sobre a pertinência, o objetivo delas, bem como a demanda dos usuários presentes no serviço. Diante disso, ao longo do processo avaliativo, pode-se perceber a alteração de algumas atividades, como a substituição do CAPS Cine pela oficina de violão e a realização de mais atendimentos individuais do que em grupo na oficina de artesanato.

Para esta pesquisa, a opção pelo serviço de CAPSi em detrimento de outros da RAPS se justifica pelo caráter ideológico assumido no momento em que se busca entender essa forma de atenção como um campo de possibilidades na mudança da lógica manicomial. Além disso, essa mudança não está garantida apenas pelo deslocamento do lugar de assistência – do hospital psiquiátrico para os serviços de base comunitária –, pois se pode reproduzir facilmente o modo asilar em outros espaços.

Atenta-se que a consciência dessa posição é importante para que se possa ter alguns cuidados, entre eles, o de não excluir a crítica, fundamental para que o movimento não se cristalice, reproduzindo, assim, em um “novo espaço, velhas práticas”. A escolha pelo serviço de CAPSi também se relaciona ao fato de esse dispositivo ser a referência para o atendimento em saúde mental de adolescentes, ao construir e manter atividades estabelecidas e estruturadas especificamente para esse público, indo ao encontro dos princípios da RPB e do trabalho intersetorial, tendo como diretriz a Política Nacional de Saúde Mental.

Já a opção pelo CAPSi Pandorga se justifica pelo fato de que, por ser um dos serviços da capital, tem uma caminhada consolidada no atendimento de adolescentes, com diversas atividades voltadas a esse público. Sua experiência na área lhe possibilita ser um serviço com expertise para levantar questões relevantes sobre as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes. Além disso, os responsáveis pelo serviço aceitaram participar da pesquisa, o que também demonstra uma abertura para (re)formulações, construções e, se possível, mudanças.

4.5.5 Métodos de produção dos dados

São apresentadas, neste subcapítulo, as técnicas de produção de dados empíricos utilizadas neste estudo: observação participante e entrevista.

4.5.5.1 Observação participante

A observação participante é uma técnica de produção de dados que expressa um estilo de pesquisa interativa, no qual o pesquisador coordena os próprios “movimentos” com os dos demais participantes (CARDANO, 2017).

De acordo com o mesmo autor, a observação participante apresenta traços distintivos: 1) tem capacidade de representar a interação social; 2) é realizada no contexto natural, em que a interação habitualmente acontece “sem interferência”; e 3) permite uma profundidade temporal, observação de longa duração capaz de explicar a multiplicidade das interações. Portanto, a observação participativa alcança o seu objetivo de representar a interação social devido à participação do pesquisador na vida das pessoas envolvidas no estudo. Isso pode se dar em diferentes momentos e graus de envolvimento, variando entre “o viver como eles, até o viver com eles, interagindo com as pessoas envolvidas no estudo enquanto *fazem o que fazem*” (CARDANO, 2017, p.110).

Um dos benefícios de se realizar a observação participante é o fato de que, assim, reduz-se a perturbação que a presença do pesquisador causa no campo. Acredita-se que os participantes, com o tempo, passam a se habituar com a presença do pesquisador, podendo, em muitos momentos, esquecer o porquê de ele estar no local.

Guba e Lincoln (2011) apresentam que, na Avaliação de Quarta Geração, são realizadas inúmeras observações livres, em prol da etnografia prévia⁷ ou da experiência pessoal que se pode adquirir nesse contexto. Lincoln e Guba (1985) colocam que a observação pode tomar diferentes formas nos diferentes estágios da pesquisa. Na fase inicial, pode ser pouco estruturada, de forma a permitir que o observador expanda o seu conhecimento e desenvolva algum senso do que é importante ou saliente. Mais tarde, o observador pode torná-la mais focal, à medida

⁷Ver explicação sobre etnografia, item 4.5.6.2, página 78.

que as informações aumentam. Os autores acrescentam que é útil intercalar períodos de análise preliminar dos dados e períodos de observação, para construir unidades ou categorias preliminares de informação.

Foram realizadas observações no CAPSi Pandorga durante o período de agosto a dezembro de 2018, nos dois turnos (manhã e tarde), que corresponderam a 300 horas, aproximadamente, acompanhando as atividades desenvolvidas especificamente com adolescentes. Essa etapa permitiu a familiarização com a rotina e a dinâmica do serviço. Todas as observações foram registradas em diário de campo, organizadas e submetidas a uma análise inicial, material que foi utilizado nas entrevistas e no direcionamento das observações posteriores.

A observação foi guiada pelo roteiro (APÊNDICE A) e dividida em dois momentos. No primeiro, foi realizada nos turnos da manhã e da tarde diariamente, priorizando a extensão em detrimento da profundidade. No segundo, à medida que o processo hermenêutico-dialético se desenvolvia, as observações eram mais focalizadas nos eventos que subsidiavam a discussão das questões que emergiam no Círculo. Buscou-se desenvolver esse segundo momento da observação, conjuntamente, com a aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético, de modo que as idas ao campo foram intercaladas com as entrevistas, e não se realizou uma observação intensiva como a anterior.

4.5.5.2 Entrevista

A entrevista leva o avaliador a entrar no mundo de outra pessoa para entender a sua perspectiva. O avaliador, na condição de entrevistador, procura descobrir que concepções as pessoas criam a respeito do programa que está sendo estudado (PATTON, 1997).

A maior vantagem da entrevista é permitir ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através desse procedimento, podemos obter dados subjetivos e objetivos, e, em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, de informação, e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

O grau de estrutura pode ser categorizado tendo, em um extremo, a entrevista estruturada e, em outro, a não estruturada. A primeira ocorre quando o entrevistador “sabe o que quer saber”, o que lhe permite formular questões apropriadas a esse fim.

A segunda se caracteriza pela situação oposta, quando o entrevistador “não sabe o que não sabe”, e tanto as questões como as respostas são fornecidas pelo entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

Neste estudo, as entrevistas foram realizadas individualmente, mediante agendamento prévio, em uma sala no CAPSi de escolha do participante, o que lhe assegurou a privacidade e a liberdade de expressão. As entrevistas foram gravadas em áudio, em gravador digital, seguindo o roteiro (APÊNDICE B) e tiveram duração média de 1 hora e 30 minutos para cada entrevistado. Foram conduzidas mediante a técnica do Círculo Hermenêutico-Dialético, cujo detalhamento da aplicação prática se encontra na página 81 (item 4.5.6.4 Desenvolvimento das construções conjuntas).

4.5.6 Aplicação prática da Avaliação de Quarta Geração

Nesta seção, são descritas as etapas do trabalho de campo, com o desenvolvimento da Avaliação de Quarta Geração, de acordo com os passos de Guba e Lincoln (2011), adaptados por Wetzel (2005).

4.5.6.1 Contato com o campo

Primeiramente, realizou-se o contato com as coordenadoras dos dois CAPSi de Porto Alegre, por e-mail, sendo agendados encontros para a apresentação da proposta desta pesquisa a ambas, em março de 2018, nos quais se detalhou a proposta de pesquisa e as implicações de sua realização no serviço. Foi destacada a metodologia participativa e as exigências de envolvimento dos informantes em diferentes momentos. Além disso, o fato de tratar-se de um estudo avaliativo demanda um momento analítico crítico sobre os seus fazeres, sendo importante que a equipe, como um todo, avaliasse a adequação dessa proposta ao momento do serviço. As coordenadoras ficaram responsáveis por levar para a equipe as informações, a fim de que se discutisse sobre a possibilidade de realização do estudo no serviço.

Depois disso, ambas solicitaram um segundo encontro, para que se apresentasse a proposta e se esclarecessem as dúvidas a seu respeito. Nesse encontro, realizado no horário de reunião com a equipe dos serviços, a pesquisa foi apresentada novamente aos membros presentes, de modo que se ressaltou a intenção de realizá-la em um CAPSi do município de Porto Alegre, esclarecendo que

havia a possibilidade de fazê-lo em dois serviços. Dessa forma, a recusa dos dois me direcionaria à procura de outro CAPSi na região metropolitana; no caso de responderem positivamente a apenas um, a pesquisa seria realizada nesse serviço; e o aceite dos dois me levaria à utilização dos seguintes critérios para a escolha: o tempo de funcionamento do serviço, a quantidade de adolescentes em atendimento, a quantidade de atividades voltadas aos adolescentes, as atividades intersetoriais, a participação do fórum intersetorial de saúde mental infanto-juvenil.

Considerando isso, após discussão entre os membros da equipe, um dos CAPS, apesar de considerar a pesquisa relevante, acreditava não ser o momento adequado para o serviço realizar um processo avaliativo como o proposto. Relataram-se também experiências recentes bastante traumáticas de participação em outro estudo, no sentido de exposição da equipe. A equipe do CAPSi Pandorga aceitou participar da pesquisa e, a partir disso, foi encaminhada a sua aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da UFRGS e do GHC.

Após a aprovação dos dois Comitês, ocorreu a entrada no campo. O primeiro encontro formal com a equipe do CAPSi Pandorga foi em agosto de 2018, numa segunda-feira, e a coordenadora do serviço havia previamente encarregado o médico psiquiatra de realizar a recepção da pesquisadora. Foi-lhe exposto um panorama da estrutura física das atividades, bem como a dinâmica e o funcionamento do serviço, e os demais membros da equipe, os usuários e os familiares presentes foram sendo apresentados nesse primeiro contato.

As primeiras impressões foram de receptividade – a equipe me recepcionou muito bem –, e de apreciação pela pesquisa a ser realizada no serviço. Lembrando-me da primeira vez que participei da reunião, os integrantes da equipe se apresentaram novamente e fizeram com que eu me sentisse à vontade em todos os momentos (DC).

4.5.6.2 Organização da avaliação

Nessa fase, a principal tarefa foi o que Guba e Lincoln (2011) denominam de “ganhar o direito de entrada”, que envolve principalmente a construção da confiança. Em uma avaliação em que se espera que os interessados falem dos seus problemas, é necessário que o avaliador os conheça, interaja com eles e permita que eles o conheçam.

Outro aspecto fundamental nessa fase é que o avaliador viva e experiencie o contexto do serviço, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação – o que Guba e Lincoln (2011) denominam de etnografia prévia (*prior ethnography*) –, conversando com as pessoas e identificando os líderes informais. Para isso, foi utilizada a observação participante, já descrita.

Considera-se que o direito de entrada da pesquisadora foi sendo conquistado gradualmente, mediante sua presença e sua inserção nas atividades que iam acontecendo ao longo das semanas. Percebi uma grande abertura de todos à minha inserção no serviço, na medida em que, além de autorizarem a minha participação em todas as atividades, por vezes os próprios profissionais me convidavam para assistir à atividade/grupo e para contribuir, realizando as discussões e, depois, os registros ao término dessas. Acredita-se que a confirmação do direito de entrada ocorreu quando a pesquisadora foi convidada a acompanhar a Coordenadora do CAPSi a uma reunião com o Coordenador de Saúde Mental do Município e participar do lanche coletivo da equipe na sexta-feira à tarde; e quando a pesquisadora percebeu que estava participando das atividades como se fosse parte da equipe (discutindo casos e realizando intervenções nas atividades).

4.5.6.3 Identificação dos grupos de interesse

É impossível que todos os grupos de interesse sejam privilegiados em uma avaliação, estando além dos recursos materiais e do tempo disponíveis, mas existem algumas maneiras de classificar as audiências. Guba e Lincoln (2011) colocam que o único critério razoável e ético que pode ser usado na classificação das audiências na pesquisa é o que denominam de interesse relativo. Acrescentam que tanto a inclusão quanto a exclusão não podem ser arbitrariamente determinadas, nem pelo avaliador nem pelo cliente, mas devem ser determinadas pela negociação.

Os autores chamam a atenção para o fato de que critérios usados normalmente em outros estudos para essa seleção podem não ser úteis nessa proposta, tais como: posição de mais poder no grupo e maior conhecimento e sofisticação. Lembram, ainda, que a maior meta da Avaliação de Quarta Geração é ser formativa, abrindo o discurso para a possibilidade de reconstrução e desenvolvimento dos assuntos apresentados e discutidos.

Diante disso, o grupo de interesse desta pesquisa foram os profissionais que

compõem a equipe do CAPSi Pandorga. Por nem sempre serem incluídos nas avaliações em saúde e de serviços de saúde mental, esses profissionais são considerados, então, como o grupo de interesse estratégico para a realização de uma avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências. Ocorre que eles podem realizar no seu processo de trabalho modificações e reconstruções das práticas, conforme o resultado desta pesquisa.

Foram incluídos, no Círculo Hermenêutico-Dialético, todos os profissionais da equipe de saúde fixa do CAPSi Pandorga. Os critérios de exclusão do Círculo foram estar de férias ou em licença no momento da pesquisa, ser residente, estagiário ou voluntário no serviço. Desse modo, dos 17 profissionais da equipe, 15 participaram dessa etapa. As duas não participações correspondem a: um profissional em processo de saída do serviço e uma em licença por motivo de saúde no momento das entrevistas.

Quadro 5 – Caracterização do profissional em relação à profissão, à idade, à escolaridade, ao tempo de atuação no CAPSi Pandorga e ao regime de trabalho semanal

Profissão	Idade	Estado civil	Escolaridade	Tempo de atuação	Regime de trabalho
Enfermeira	39 anos	União estável	Especialização	8 anos	36h
Enfermeira	36 anos	Casada	Especialização	6 anos	36h
Técnico de enfermagem	49 anos	Solteiro	Ensino Médio	8 anos	36h
Técnica de enfermagem	38 anos	Divorciada	Ensino Médio	2 anos	36h
Psiquiatra	48 anos	Casado	Pós-graduação	10 meses	24h
Psiquiatra	50 anos	Casado	Pós-graduação	8 anos	36h
Psiquiatra	34 anos	Casado	Especialização e Pós-graduação	11 meses	30h
Psicóloga	62 anos	Divorciada	Pós-graduação	4 anos e 6 meses	36h
Psicóloga	45 anos	Divorciada	Superior Completo	1 mês**	36h
Assistente social	38 anos	Casada	Especialização	8 anos	30h
Assistente social	45 anos	Solteira	Especialização	8 anos	30h
Psicopedagoga	35 anos	Casada	Pós-graduação	8 anos	36h
Professor de Educação Física	40 anos	Casado	Pós-graduação	2 anos e 4 meses	30h
Professor/ arteterapeuta	52 anos	Casado	Pós-Graduação e Especialização	8 anos	36h

*Foram consideradas pós-graduação e especialização tanto na área de saúde mental quanto em outras áreas. **Profissional participou do início do serviço e, por um tempo, foi para o setor de gestão do GHC, mas estava retornando ao CAPSi no momento da pesquisa.

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Observa-se que, dos profissionais que estão atuando no CAPSi Pandorga há 8 anos, sete fizeram parte do grupo que elaborou a proposta e implementou o projeto do CAPSi na cidade. Essa é uma informação importante de ser apresentada, visto que, numa pesquisa avaliativa, essa trajetória no serviço possibilita aos profissionais trazerem diversos momentos e situações, já vivenciadas pelo CAPSi, e compararem com o momento atual na pesquisa.

Ressalta-se que, na etapa da negociação, além dos profissionais que participaram do Círculo Hermenêutico-Dialético, estavam presentes uma auxiliar

administrativa e as residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do GHC. Essa participação foi acordada entre os participantes da pesquisa.

Sendo assim, as etapas da produção dos dados em relação aos participantes de cada uma estão apresentadas na Quadro 6.

Quadro 6 – Participantes da pesquisa conforme a etapa de produção de dados

Técnica de produção de dados	Participantes
Observação participante	Profissionais do CAPSi Usuários e responsáveis que são assistidos pelo CAPSi Dinâmica do serviço (rotinas, atividades, grupos, reuniões)
Círculo Hermenêutico-Dialético*	15 profissionais
Etapa de Negociação*	15 profissionais, 3 residentes, a pesquisadora, 2 observadoras ⁸

*Participaram da etapa do Círculo e da negociação concomitantemente 14 profissionais.

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

4.5.6.4 Desenvolvimento das construções conjuntas

Essa etapa envolveu a aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético, descrito anteriormente.

A primeira entrevista foi realizada com um informante-chave, identificado durante a observação. Não foi considerada a sua posição hierárquica, mas, sim, as atividades que exercia no cotidiano do serviço, visto que promoviam uma maior aproximação com os adolescentes.

A entrevista começou com as questões de caracterização do profissional, seguidas da questão aberta: foi solicitado que falasse livremente sobre as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no CAPSi Pandorga (APÊNDICE B). Posteriormente, realizaram-se a transcrição e a análise da primeira entrevista, e esta indicou as questões, as preocupações e as reivindicações iniciais na avaliação, a serem aprofundadas na próxima entrevista.

Na entrevista com o segundo participante, também foi solicitado que falasse sobre a mesma questão aberta respondida pelo primeiro. Ao término da sua manifestação, apresentaram-se as questões que não foram abordadas espontaneamente por ele, mas que surgiram na entrevista com o anterior, solicitando-

⁸As observadoras foram a orientadora da pesquisa e uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.

se que manifestasse a sua opinião.

Esse processo se repetiu com os demais participantes, de modo que cada entrevista foi seguida imediatamente pela sua análise, tornando o material das entrevistas prévias disponível para as seguintes. Sendo assim, além de falar sobre as suas próprias construções, o entrevistado foi convidado a criticar as questões dos anteriores.

Para isso, as questões abordadas pelos entrevistados anteriores foram apresentadas de maneira anônima e sem características que identificassem o(s) participante(s) que as levantou. Por exemplo: “Com base no que estamos discutindo nesta pesquisa, gostaria de saber a sua opinião sobre...”. Cabe ressaltar que a crítica às construções anteriores teve o objetivo de obter informações mais específicas e detalhadas sobre elas.

No final desse passo, a pesquisadora alcançou a construção do grupo de respondentes. Cada entrevistado iniciou com uma construção pessoal e, depois, foi exposto a questões levantadas pelos anteriores, a fim de tecer críticas, comparações, e esse diálogo entre as diferentes construções resultou nas 14 questões conforme Apêndice B.

4.5.6.5 Ampliação das construções conjuntas

Nos passos anteriores, o Círculo Hermenêutico-Dialético foi estabelecido, o que facilitou a emergência de construções conjuntas do grupo de interesse, a partir das construções originais dos participantes.

No entanto, uma variedade de outras informações disponíveis causou impacto no material oriundo dessas construções. É a proposta desta etapa introduzir sistematicamente tal material, levando as construções conjuntas a um alto grau de sofisticação. A busca pelas informações adicionais se deu por meio dos seguintes recursos: a observação, a literatura profissional e a construção ética do avaliador (GUBA; LINCOLN, 2011).

a) A observação: o sinergismo percebido entre as entrevistas e as observações. Inicialmente foi feita uma grande quantidade de observações livres, com a etnografia prévia, para ganhar experiência com o contexto. Tal procedimento pode levantar questões para a entrevista e, da mesma forma, comentários aparentemente casuais que levaram a observações produtivas.

b) A literatura profissional: o conhecimento já produzido pode propiciar questões úteis a serem consideradas, podendo influenciar as construções existentes. Entretanto, não deve se tomado como uma verdade absoluta, mas, sim, como mais um conhecimento analisado de forma crítica em relação ao contexto daquele serviço.

Para Guba e Lincoln (2011), muitas pessoas têm a crença de que documentos da ciência devem ser tomados ao pé da letra, e sugerir que critiquem os achados da literatura nos seus próprios termos pode ser difícil. Muitos vão achar difícil resistir à aparente autoridade e legitimação que eles carregam. Os autores advertem que não sejam introduzidos materiais no círculo com o prefácio “A literatura sugere que...”, mas com prefácios que desarmem mais, como “Algumas pessoas acreditam que...”, ou “Algumas vezes é defendido que...”, seguido da questão “Isso faz sentido para você em termos da sua experiência aqui?”.

Fragmentos ou asserções da literatura profissional podem ser introduzidos no círculo hermenêutico dialético para considerações. Eles merecem ser tratados da mesma forma que informações compiladas de documentos e de registros locais, ou de observações locais (ou que qualquer outro recurso discutido até aqui). São unidades de informação que servem de suporte para a construção emergente; deve-se, pois, lidar com elas, mas sem lhes atribuir um *status* especial, já que não são verdades últimas, embora tenha sido científico o processo através do qual elas foram obtidas.

c) A construção ética do avaliador: não existe problema em introduzir as questões do avaliador se, e esse é um grande se, tal construção é colocada na discussão ao lado das demais, sofrendo as mesmas críticas e discordâncias. Esperamos que o avaliador não necessite utilizar esse recurso, mas, se for necessário, pode colocar as suas questões, contanto que as suas construções não tenham um peso maior que as demais.

Esses três recursos são legítimos para informar as construções existentes. Qualquer informação compilada merece atenção, para, através da avaliação crítica, ser rejeitada ou acomodada na construção aceita. Algumas vezes tal acomodação deve ser muito radical, mudando a construção existente em tal grau que merece a denominação de “revolução”. Quando todas essas informações são expostas e trabalhadas, o fim da interação hermenêutica é essencialmente alcançado.

Ressalta-se que, além dessas três formas de buscar e introduzir informações adicionais, com vistas à sofisticação das construções produzidas pelo grupo de

interesse, realizou-se uma oficina, que contou com a participação de toda a equipe do CAPSi, da pesquisadora e da orientadora. Para essa atividade, foi convidada uma apoiadora externa com expertise e trajetória relacionada à gestão, às políticas e às práticas de saúde mental voltadas à infância e à adolescência⁹.

A partir da proposta da pesquisadora sobre a realização de uma oficina, a equipe planejou a agenda de atendimentos e organizou o espaço para a sua realização. A oficina aconteceu no dia 28 de setembro de 2018, nas dependências do CAPSi, na sala de reuniões, no turno da manhã, e teve o objetivo de discutir questões/problemas relacionados às práticas em saúde mental voltadas às adolescências levantados no processo avaliativo participativo, junto com os trabalhadores do CAPSi Pandorga, os quais compreenderam: atendimento de adolescentes com problemas relacionados ao álcool e outras drogas e o trabalho no território.

Mais importante que se esgotarem os assuntos abordados foi coloca-los para dialogar, possibilitando a reflexão do grupo sobre a realidade vivenciada no dia a dia do CAPSi. Ao término da oficina, a equipe demonstrou o desejo de continuar discutindo sobre os assuntos levantados e sobre outros que surgiram. Os participantes ressaltaram ter gostado da presença da apoiadora, que trouxe novos elementos para se pensar o trabalho em equipe e em saúde mental infanto-juvenil. Destaca-se que a apoiadora ainda teve um segundo momento, na Escola de Enfermagem da UFRGS, do qual alguns profissionais da equipe do CAPSi Pandorga também participaram.

Diante disso, a oficina buscou aprofundar essas questões, contando com a parceria da apoiadora externa, que trouxe elementos, experiências e discussões que auxiliaram a equipe a identificar seus processos e práticas de cuidado, para além de suas limitações. Foram informações externas que ampliaram a capacidade de análise da equipe, que constitui a base sobre a qual se constroem grupos sujeitos e sujeitos com autonomia e responsabilidade.

⁹Prof^a Dr^a Maria Cristina Ventura, pesquisadora no Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB/UFRJ), coordenadora do Curso de Especialização em Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (IPUB/UFRJ), já tendo sido consultora do Ministério da Saúde para a área da saúde mental da infância e adolescência de 2000 a 2010.

4.5.6.6 Preparação da agenda para negociação

Nas avaliações tradicionais, os avaliadores selecionam e dão significado para as informações obtidas. Já na Avaliação de Quarta Geração, a negociação é o mecanismo destinado para mostrar e levar em conta todas as informações e interpretações de forma que os participantes ativamente qualifiquem as construções do processo avaliativo. Se o círculo hermenêutico determina quais “fatos” devem ser coletados, a sessão de negociação decide o que eles significarão.

A preparação da agenda para a negociação envolveu as seguintes atividades realizadas pela pesquisadora:

- organização das unidades de informação em categorias mais amplas, de maneira que evidenciassem as temáticas de forma mais abrangente, oriundas das construções do grupo, destacando as suas particularidades e agregando informações que poderiam contribuir para sua maior clareza;
- definição das demandas trazidas pelo grupo de interesse e sistematização dessas em uma apresentação utilizando *Microsoft PowerPoint* e material impresso.

4.5.6.7 Execução da negociação

A negociação é realizada de forma a honrar os princípios da avaliação participativa e deve ser também hermenêutica e dialética na sua forma e processo. O avaliador torna-se um mediador e facilitador, e qualquer coisa que emergir do grupo deve ser considerada como resultado da deliberação e decisão dos participantes. De acordo com Guba e Lincoln (2011), a negociação é um mecanismo que oportuniza aos participantes da pesquisa modificarem as construções realizadas ou afirmarem a sua credibilidade.

A negociação ocorreu no dia 21 de dezembro de 2018, na sala de reunião do CAPSi Pandorga. Participaram 14 profissionais dos 15 que realizaram o Círculo Hermenêutico-Dialético, 01 auxiliar técnica administrativa, 03 residentes, a pesquisadora, a orientadora da pesquisa e mais uma pesquisadora observadora. Entre os entrevistados, uma única profissional não participou, por ter entrado em licença-maternidade.

A totalidade das construções do grupo de interesse, as unidades de informação oriundas das construções conjuntas realizadas com a aplicação do Círculo

Hermenêutico-Dialético e a análise concomitante às entrevistas foram apresentadas aos participantes, utilizando recurso de multimídia e material impresso, para que os pudessem aprimorá-las e alterá-las.

Conforme Guba e Lincoln (2011), a negociação termina quando todas as construções apresentadas são acordadas por todo o grupo. Em casos de não consenso, a maior responsabilidade da negociação é delinear cuidadosamente as diferenças que caracterizam essas construções competitivas como a base para esforços futuros.

Assim, no processo avaliativo, há três possibilidades de resultados atingidos com respeito a diferentes demandas: resolução total, resolução parcial ou incompleta e não resolução.

a) Resolução total: quando alguma demanda é totalmente resolvida, a ação a ser tomada é evidente. Algumas não requerem ações, exceto a continuidade de determinada conduta, outras requerem algum refinamento ou aperfeiçoamento, e outras sugerem sua rejeição ou abandono.

b) Resolução parcial ou incompleta: por uma variedade de razões, incluindo a inabilidade de adquirir todas as informações desejáveis, algumas demandas permanecerão não resolvidas. Algum compromisso pode ser implementado até a informação adicional ser avaliada.

c) Não resolução: pouco pode ser feito, exceto continuar trabalhando no problema. Seria lamentável se uma acomodação prática pudesse não ser atingida, porque a única alternativa, nesse caso, seria não realizar ação alguma ou determinar uma ação arbitrariamente.

Nesta pesquisa, observou-se um alto grau de consenso do grupo de interesse em relação às questões, às preocupações e às reivindicações apresentadas. O grupo não retirou nenhuma unidade de informação ou categoria, no entanto acharam importante fazer as seguintes modificações e inclusões:

- enfatizar a ausência de atendimento de emergência e urgência específica em saúde mental para infância e adolescência;

- enfatizar as dificuldades dos pais de adolescentes virem ao CAPSi por falta de transporte/passagens;

- destacar o fato de que o trabalho com adolescentes, relacionado à produção e ao exercício da autonomia, deve ser uma composição, um trabalho artesanal, entre colocar ordem e permitir que se desenvolvam, sempre atentando ao risco de a equipe

ser moralista;

- atentar à delicadeza na construção de práticas que incluam os adolescentes, considerando os aspectos legais a respeito de serem menores de idade, bem como o fato de que o serviço é responsável por eles;

- incluir o CAPSi como prática de reinserção social e cidadania, a partir da perspectiva do trabalho para os adolescentes, como o GeraçãoPoa e o Jovem Aprendiz;

- incluir o CAPSi como campo de formação para residentes, visto que cumpre um papel importante na construção de vínculo com os adolescentes, assim como no movimento de renovação das práticas no serviço;

- incluir a regulação do município em estabelecer critérios mais claros, que não se restrinjam ao diagnóstico dos adolescentes e que possam ser construídos por um processo mais participativo, inclusive com os usuários;

- enfatizar que as equipes de EESCA são territorializadas e reguladas pelo município também, o que ocasiona o encaminhamento de usuários do CAPSi Pandorga para o atendimento em serviços distantes dos seus territórios;

- ressaltar que o trabalho no CAPSi deve ser pensado na perspectiva da integralidade e que políticas específicas (ou por ciclos de vida) resultam no distanciamento desse ideal;

- ressaltar que os pontos de cultura, apesar de não existirem mais, eram serviços próximos ao CAPSi e que eram espaços de promoção de saúde e cultura nos territórios.

Embora a negociação tenha ocorrido a partir da disponibilidade da equipe, no dia e no horário que lhes foi conveniente, o grupo ressaltou a necessidade de realizá-la, para algumas questões de maior interesse, com maior duração, a fim de que fossem mais discutidas e aprofundadas.

4.6 Análise de dados

O método utilizado neste estudo exigiu que a análise e a produção de dados fossem concomitantes, um processo direcionando o outro. Além disso, sendo uma proposta de avaliação participativa, os sujeitos do estudo interferiram em ambos os processos.

Detalharemos como ocorreu o processamento dos dados obtidos, que se

baseou no Método Comparativo Constante (*The Constant Comparative Method*). Esse método foi originalmente desenvolvido por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo usado por Lincoln e Guba (1985) para o processamento de dados. A seguir, detalharemos os passos da proposta dos autores.

4.6.1 Identificação de unidades de informação

Nessa etapa, foram construídas unidades de informação, que serviram como base para a definição das categorias. De acordo com os autores, o que é tomado como uma unidade deve ter duas características: ser heurística, isto é, deve apontar para algum entendimento ou ação necessários ao pesquisador – se não for heurística, não será útil, mesmo que intrinsecamente interessante –; ser a menor parte de informação sobre alguma coisa que se mantém por si mesma, ou seja, deve ser passível de interpretação sem o acréscimo de informação adicional, a não ser uma compreensão do contexto no qual a pesquisa está sendo realizada – tal unidade pode ser uma simples sentença ou bem mais que um parágrafo,

Essas unidades foram buscadas no material empírico produzido por meio da leitura horizontal das entrevistas. Uma unidade foi localizada, a informação foi registrada de forma compreensível, acrescentando-se outras informações de contexto que pudessem torná-la mais clara. Durante essa etapa, chegou-se a um número elevado de unidades de informações, sendo mais fácil rejeitar posteriormente o que parecia ser material irrelevante do que recapturar informações percebidas como relevantes, mas descartadas previamente. Cada unidade de informação foi codificada e, mediante a designação da fonte (profissional e entrevistas), acompanhada com o trecho da entrevista que a originou.

4.6.2 Categorização

A tarefa essencial, nessa etapa, foi juntar em categorias provisórias todas as unidades de informação que, aparentemente, estavam relacionadas ao mesmo conteúdo. Para tanto, elaboraram-se regras que descreviam propriedades das categorias e que puderam ser usadas para justificar a classificação de cada unidade.

As regras elaboradas promovem a base para posteriores testes de replicabilidade e dão, ao conjunto de categorias que se formaram, consistência

interna. Operacionalmente, foram envolvidos os seguintes passos:

- selecionou-se a primeira unidade de informação de uma recém-nomeada categoria, mais ou menos ao acaso, lendo-a e anotando o seu conteúdo;
- repetiu-se procedimento com a segunda unidade de informação, verificando se era semelhante à primeira – se fosse, seria associada à primeira categoria, senão representaria a primeira da segunda categoria;
- continuou-se com sucessivas unidades de informação e, para cada uma, determinou-se se era semelhante às já alocadas em uma categoria provisória ou se representava uma nova categoria;
- à medida que o processo de análise continuou, novas categorias emergiram e foram sendo identificadas propriedades que as definiam, de maneira a auxiliar a inclusão de outras unidades ou a construção de novas categorias, mediante o processo de revisão da própria definição, das unidades de informação e da categoria.

Quadro 7 – Construção da unidade temática e de informação (exemplo: Profissional 1)

FALA	UNIDADES DE INFORMAÇÃO	CATEGORIA AVALIADA
<p>O que a gente tem para oferecer? Nós estamos agora numa sala onde está surgindo uma proposta de mudança de linguagem. A sala já muda na linguagem visual das próprias paredes, que estão de formas coloridas e pinceladas como um <i>minecraft</i> [...] põe <i>pallets</i> com colchão, <i>puffs</i>, sofá, tapete, computador, TV, espaços pra convivência como se fosse um <i>lounge</i>, então já é um primeiro passo. [...] Então o CAPSi tem que trazer um pouco dessa linguagem, porque são nesses espaços onde ocorrem talvez as trocas mais importantes hoje.</p>	<p>Ambiência</p> <ul style="list-style-type: none"> - A reconfiguração da sala de ambiência trouxe outra linguagem para aproximar os adolescentes. - Foram incluídos objetos, livros e móveis. - Essa configuração foi considerada um ponto positivo para o trabalho coletivo e individual com os adolescentes. 	<p>A diferenciação do trabalho no CAPSi</p> <p>(Adolescentes ≠ crianças)</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Os participantes do estudo verificaram se a reconstrução realizada pela pesquisadora foi satisfatória, durante a realização do Círculo Hermenêutico-Dialético e, por fim, da negociação.

4.7 Princípios éticos

Para a realização desta pesquisa, foram assegurados os princípios éticos garantidos pela resolução 466/2012¹⁰ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas realizadas com seres humanos, e pela resolução 564/2017¹¹ do Conselho Federal de Enfermagem, de acordo com o capítulo III, que trata do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, referindo-se às responsabilidades e deveres (artigos 57 e 58), e das proibições (artigos 95, 96, 97 e 98).

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ), recebendo parecer favorável. Foi enviado também à Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC e à Gerência responsável pelo serviço do CAPSi Pandorga, para a apreciação, sendo que essa última assinou a carta de anuência (APÊNDICE C), que autoriza a realização da pesquisa no serviço.

Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e do Grupo Hospitalar Conceição, via Plataforma Brasil, e recebeu pareceres favoráveis, respectivamente, sob os números 2.728.346, em 21 de junho de 2018, e 2.805.823, em 08 de agosto de 2018.

Os princípios éticos também foram assegurados aos participantes, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), que visou manter o anonimato dos dados coletados, bem como a privacidade dos seus conteúdos. O termo foi assinado pelos participantes em duas vias: uma para o participante e a outra para a pesquisadora.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, pois não envolveu

¹⁰Resolução nº 466/12: tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Essa resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça entre os outros. Visa, também, assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

¹¹Resolução COFEN nº 564/2017 – Capítulo II (dos deveres): Art. 57. Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos, Art. 58. Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas; Capítulo III (das proibições): Art. 95. Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou danos aos envolvidos, Art. 96. Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade, Art. 97. Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos. Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

procedimentos invasivos e/ou dolorosos, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Em relação ao risco substancial quanto à privacidade dos dados, além da assinatura do TCLE, a pesquisadora garantiu o anonimato dos participantes e dos dados pessoais por meio da substituição dessas informações pela letra “P”, de profissional, seguida da numeração da entrevista (P1-P15). Para os registros das observações de campo, utiliza-se “DC” (diário de campo) e, para as questões levantadas e observadas na etapa de negociação, “NE” (negociação). Em casos de perguntas que acarretaram situações de desconforto, choro, tristeza, ou constrangimento, a entrevista foi interrompida; foi, então, oferecido conforto, escuta e acolhimento ao participante.

A pesquisa envolveu os participantes no processo avaliativo, de forma que as questões avaliadas foram construídas a partir das suas demandas e, também, porque a Avaliação de Quarta Geração tem o compromisso de produzir informações que possam potencializar a utilização desses resultados em melhorias na realidade estudada. Dessa forma, os próprios entrevistados, os seus colegas e, conseqüentemente, os usuários do serviço se beneficiam da pesquisa.

Os dados serão armazenados digitalmente durante cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora em *pen drive*, e, após esse período, serão apagados.

4.8 Divulgação dos resultados da pesquisa

No decorrer da produção do relatório da avaliação, as questões, as preocupações e as reivindicações levantadas pelo grupo de interesse foram agrupadas em duas categorias – organização e processo de trabalho no CAPSi e redes vivas e políticas significativas. Cada uma se desdobra na descrição do seu significado, seguida da criação de subcategorias que auxiliam na compreensão, interpretação e discussão acerca do objeto estudado, acrescentando-se a elas fragmentos de falas dos participantes, sem deixar de preservar o anonimato da sua identidade.

Conforme Furtado (2001), isso só é possível porque o processo avaliativo participativo pode gerar, simultaneamente, subsídios à compreensão e ao desenvolvimento de análises, bem como reflexões que instiguem mudanças na realidade estudada a partir dos próprios participantes.

Além disso, os resultados serão divulgados e utilizados, tendo como finalidade a escrita desta Dissertação de Mestrado, e somente para fins científicos. A pesquisadora se comprometeu, outrossim, a retornar os resultados, mediante encontros com os participantes da pesquisa e a Gerência de Saúde Comunitária do GHC, nos quais os apresentará por meio de diálogo e recurso multimídia. Ademais, a pesquisadora entregou um exemplar da pesquisa concluída ao Centro de Documentação do GHC para consulta pública aos interessados.

5 RESULTADOS DO PROCESSO AVALIATIVO: categorias de organização e processo de trabalho do CAPSi

São apresentadas como resultados e discussões pertinentes desta pesquisa as categorias organização e processo de trabalho do CAPSi, elaboradas a partir da avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências no CAPSi Pandorga. São elas: o trabalho com adolescentes no CAPSi, a organização e atributos da equipe, o Projeto Terapêutico Singular enquanto estratégia para as práticas e a clínica psicossocial para adolescentes.

Essas categorias compreendem as práticas voltadas aos adolescentes e os aspectos que as influenciam, além de estarem relacionadas às características do serviço, às relações, às concepções teórico-técnicas, à implicação étnica e política, à organização e ao funcionamento da equipe. Elas constituem o cuidado em saúde mental produzido no cotidiano do CAPSi, cujos profissionais passam a ter autonomia para interferir, de forma mais imediata, no uso, na implementação, na adequação e na modificação das práticas, a partir dos resultados da pesquisa, podendo produzir transformações no serviço.

5.1 O trabalho com adolescentes no CAPSi

Apresentam-se, nessa categoria, contribuições, acerca das especificidades de um CAPSi, que possibilitam diferenciar as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes das para as crianças. Essa diferenciação se deve ao entendimento de que vem ao encontro do sentido identitário que o período da adolescência busca e precisa ter para se sentir acolhida e cuidada, bem como do fortalecimento desse serviço como referência para esses jovens.

O objetivo, ao distinguir esses dois grupos, não é defender a construção de um serviço especializado de saúde mental somente para adolescentes, mas atender a uma demanda de aproximação às especificidades desse público. Isso pode possibilitar a melhoria da efetividade no seu cuidado em saúde mental. Relacionam-se às especificidades no trabalho com adolescentes no CAPSi as seguintes subcategorias: os aspectos estruturais (ambiência), os aspectos relacionais (comunicação, abordagem e construção de vínculo) e as atividades como instrumento de trabalho (oferta e plasticidade).

5.1.1 Ambiência

A construção e a implementação da Política Nacional de Humanização promoveram o conhecimento e o compartilhamento de ferramentas e dispositivos, para que auxiliassem a consolidar e a direcionar as estratégias do trabalho em saúde, principalmente em rede, expondo uma das preocupações centrais de quem atua nessa área: a busca pela qualidade na assistência juntamente com o conforto do usuário e dos profissionais.

O conceito de ambiência amplia a perspectiva de infraestrutura de um serviço de saúde, passando a considerá-la, também, como ambiente de espaço social e profissional e de relações interpessoais. Essa expansão conceitual é proposta mediante três eixos: **confortabilidade, produção de subjetividades e ferramenta no processo de trabalho** (BRASIL, 2010b).

O espaço do CAPS **que visa à confortabilidade** e individualidade dos usuários e dos profissionais envolve a valorização dos elementos que interagem com as pessoas, por exemplo: as cores, a iluminação, os sons, os cheiros, as texturas, as artes e a morfologia do ambiente (BRASIL, 2010b). Esse último eixo se refere aos aspectos quantitativos e qualitativos da infraestrutura do serviço, tais como tamanho, quantidade e disposição das salas de atendimento; disponibilidade e qualidade dos materiais permanentes e de consumo.

O espaço físico se torna importante para as práticas em saúde mental, na condição de elemento que integra o processo de cuidado. Para isso, considera-se que os espaços em que circulamos despertam estímulos, sensações e reações capazes de moldar a nossa interação com tais ambientes, por meio dos sentidos.

A infraestrutura como parte na produção de cuidado permite estabelecer parâmetros de orientação, conforto e qualidade ambiental, com os quais os usuários constroem valores subjetivos (significados positivos ou negativos), em relação aos estímulos do ambiente. Para tanto, cada tipo de espaço que se planeja, visando atingir um público-alvo, traz subsídios importantes para o entendimento das condições físicas e emocionais necessárias ao bem-estar subjetivo dos indivíduos, por meio de estímulos comportamentais. Dessa forma, pode-se aprimorar o tipo de relação público-serviço (BESTETTI, 2014).

Então, para o CAPSi, qual é a relação da sua infraestrutura com as práticas em saúde mental direcionadas aos adolescentes? Assim como a maneira de assimilar as

modificações causadas pela fase da adolescência podem influenciar o desenvolvimento infanto-juvenil, as circunstâncias oferecidas pelo meio em que os adolescentes estão inseridos também o fazem. Portanto, o CAPSi entende que considerar os estágios de desenvolvimento dos adolescentes no pensar, planejar e criar espaços compreende uma das formas de estabelecer conexão com esse grupo, valorizando a característica da busca pela construção da identidade que se tem nesse período (MARCELLI; BRACONNIER, 2009).

Em outras palavras, um espaço construído que busque conquistar o adolescente, para nele circular e estar presente, é aquele que lhe permita se enxergar nas cores, na iluminação, nos sons, nos materiais disponíveis e no estilo.

A equipe do CAPSi Pandorga está em um momento de investir na (re)formulação da infraestrutura do serviço. Esse movimento foi instigado a partir da indagação “*Cadê a ‘gurizada’ que está no CAPSi?*” (P14), juntamente com um conjunto de reflexões sobre como atraí-los e mantê-los no serviço. Esse questionamento se estende ao próprio nome – CAPSi Pandorga –, sendo que a adolescência convoca o acréscimo do “A” ou do “J”, como forma de manifestar e marcar sua presença, além de criar uma identidade de serviço de referência em saúde mental no atendimento a esse público.

A sede do CAPSi é uma casa de dois andares, localizada em um bairro residencial, e possui a seguinte estrutura física:

Figura 6 – Desenho da infraestrutura do CAPSi Pandorga



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Em relação à área externa, existem dois pátios: um na frente e um interno. O pátio da frente possui acesso por um portão para pedestres, que dá acesso ao segundo andar da casa – recepção do serviço – por uma rampa, e dois para a garagem, que levam ao primeiro andar. O maior é o segundo, no qual há uma área verde, com árvores frutíferas (como parreira de uva, figueira e bananeiras) e um espaço para cultivo da horta, com temperos utilizados nas oficinas de culinária.

Uma das principais mudanças ocorreu em setembro, com um dos espaços, antes denominado “churrasqueira”, que hoje é a sala da “ambiência”, o que resultou de uma discussão coletiva entre a equipe, da criatividade do arteterapeuta e da cooperação de todos os profissionais para a sua execução:

Nós estamos agora numa sala onde está surgindo uma proposta de mudança de linguagem. Se tu observares a sala, ela já muda na linguagem visual das próprias paredes, que estão de formas coloridas e pinceladas como se fosse um *minecraft*. Há uma ideia de uma redução de luminosidade, porque a gente sempre tem padrões hospitalares de limpeza, piso, parede, então se modifica a luminosidade, se põe acessórios ao invés de mesa, cadeira, maca, como consultório. A gente põe pallets com colchão, *puffs*, sofá, tapete, computador, TV, espaços para convivência, como se fosse um *lounge*, então já é um primeiro passo. (P1)

Eu acho que a gente vem fazendo, desenvolvendo a sala ambiência, ressimbolizar, ressignificar o espaço era uma coisa que já estava latente também, da gente: “pô, nós precisamos de um acolhimento melhor para os adolescentes” [...] o direcionamento, organização da sala voltada para isso foi um passo importante que a gente, enquanto equipe, está dando. (P2)

A reconfiguração da sala de ambiência e das salas de atendimento no CAPSi, com a inclusão de objetos, livros e móveis, foi considerada um ponto positivo para o trabalho coletivo e individual com os adolescentes. Entretanto, ainda é identificada uma fragilidade nos aspectos estruturais do prédio, devido à necessidade de maior quantidade de salas para as atividades e ao tamanho das existentes, que deveriam ser maiores. Para a equipe, a área externa poderia ser otimizada através da criação de espaços para convivência para os adolescentes.

Os materiais utilizados nas oficinas e nas atividades são, predominantemente, tintas, tecidos, argila, sucata (para trabalhos manuais e artes plásticas); jogos de tabuleiro; cartas; brinquedos; e instrumentos musicais (teclado, violão e tamborim).

Apontou-se a necessidade de se investir em/solicitar outros tipos de instrumentos musicais que favoreceriam o trabalho com os adolescentes, mais computadores com acesso à internet e tatames.

Como fazer uma proposta mais moderna, mais ligada ao adolescente que está vivendo nesse mundo, se o meu serviço ainda é do tempo das cavernas? Capaz que adolescente não vê isso, “cheguei aqui olhei isso e tu fica pensando assim: que coisa velha, né” [...]. A gente não tem *videogame*, a gente tem que trazer de casa. Rede social: nossa internet é meia boca. Pode ter certeza, chegou na sala de espera, a adolescente pergunta “Tem *wi-fi*, cadê o número do *wi-fi*? Tá bem grandão lá? O *wi-fi* é gratuito?”, isso aí é essencial. (P1)

Temos uma questão muito precária de estrutura, de tamanho, de materiais. Quando a gente está trabalhando com esse público, a gente precisa ofertar uma série de coisas para que eles possam se sentir acolhidos aqui dentro. A gente não tem material, um espaço climatizado adequado. (P6)

A gente tem coisas muito misturadas, que por um lado é bom, mas o adolescente tem uma identificação que é diferente da criança. A ambiência foi nesse sentido: deixar com mais cara de adolescente, para que eles pudessem estar aqui, mas acho que faltam para nós algumas tecnologias em relação aos adolescentes. Algumas coisas estão na música, que fazem muito sentido, a gurizada gosta, tem que ter uma bateria, uma guitarra, a gente tem que ter coisas. Isso faz sentido para a gurizada querer estar aqui, a gente tem que ter um ambiente bacana. A diferença que fez a gente pintar as paredes e pintar essa sala, a gente burla sistema, “*Vamos olhar facebook*” [...]. (P14)

Há também a necessidade de informatização dos prontuários, à medida que traz agilidade no trabalho e no aperfeiçoamento do acompanhamento da evolução de cada adolescente no CAPSi.

A gente usa tanto papel aqui, o nosso processo de trabalho é do tempo das cavernas, em prontuários de papel, que não se comunicam, em informações que não podem ser processadas, para um retorno imediato [...]. (P1)

[...] É uma luta antiga, a gente não tem, por exemplo, espaço de mídia bom, que eles possam usar, a gente não tem nem para nós, ainda trabalhamos numa lógica de prontuários de papel, podendo fazer ali informatizado e não tem. (P6)

Percebe-se que, para atender à demanda de adolescentes, se torna necessário um processo de readequação constante do espaço físico. No entanto, a equipe parece “correr contra o tempo” para tentar alcançar, minimamente, o que faz os jovens quererem estar no serviço e aderirem ao tratamento. Trata-se da criação de um espaço personalizado para receber esses indivíduos, entendendo que as estruturas infantilizadas ou normativas dos serviços de saúde em geral podem afastá-los da própria ideia de serem cuidados nesses locais.

Para Winnicott (1994), atentar aos aspectos físicos do ambiente de cuidado em saúde implica uma comunicação capaz de atender às necessidades de quem se cuida, mediante a construção do processo de sustentação (*holding*) e manejo

(*handling*) das experiências do sujeito no serviço, a partir da adaptação ambiental. Nessa perspectiva, Khan (1984), trata sobre a construção de um *setting* (cenário), o qual, apesar de não ser caracterizado somente pela estrutura física, se preocupa em oferecer ao paciente um ambiente adequado às suas necessidades, considerando, para tanto, elementos como a mobília, a luz, a sala.

Nas práticas em saúde mental destinadas aos adolescentes, a criação de um cenário é, muitas vezes, mais importante que o trabalho interpretativo em si. A atenção aos objetos disponíveis nos espaços, bem como a sustentação e o manejo de atividades, por exemplo, são aspectos importantes na constituição da ambiência na Atenção Psicossocial (ROCHI; AVELLAR, 2015).

Atentar a esses detalhes significa considerar as especificidades da adolescência na reconfiguração da estrutura física, para o estabelecimento de uma melhor acolhida e comunicação mais eficaz com os adolescentes. Essa medida torna o espaço do CAPSi, também, um lugar com potencial organizativo e estruturante para o usuário em momentos de desorganização psíquica, por exemplo.

Por outro lado, o conceito de ambiência exige também (re)pensar o processo de trabalho, trazendo ao debate o espaço e sua organização como importante aspecto no processo de (re)construção das práticas realizadas nos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

Trata-se de entender o espaço **como ferramenta**, na sua função de promotor de encontros entre pessoas. Dessa forma, instiga ações e reflexões sobre **o processo de trabalho**, mas também fomenta a produção de **novas subjetividades**, com equidade, integralidade e inclusão de todas as pessoas que o compõem (BRASIL, 2010b).

Historicamente, o modo asilar visualiza, como determinantes do destino das pessoas atendidas: sua insanidade, sua periculosidade e a redução da sua doença. A pessoa é matéria-prima já morta, antes mesmo de tentar assumir outro modo de “vida”. Sendo assim, qualquer forma de expressar o que sente, percebe, vivencia e deseja é bloqueada, como resultado das relações interpessoais construídas nesses espaços. A Atenção Psicossocial rompe essa lógica relacional, com a modificação das formas de construir as relações nos serviços de saúde mental, encontrando maneiras diferentes de lidar com a loucura (ROTELLI, 1994; COSTA-ROSA, 2012).

De acordo com Costa-Rosa (2012), cada um desses modos (asilar e psicossocial) imprime diferentes técnicas, teorias e exercícios da ética, sendo,

portanto, modos antagônicos de produção de subjetividade. Enquanto, no modo asilar, a produção de saúde é atrelada a uma subjetivação serializada de sujeitos iguais, no psicossocial, há consistência na subjetividade e singularidade.

A produção de subjetividade nos serviços de Atenção Psicossocial, nas práticas e concepções presentes nesses espaços de cuidado, configura-se na expressão individual e na relação com as coisas, possibilitando disparar processos criativos e de reinvenção da vida, de protagonismo e de existência com a loucura (ARGILES, 2016).

A mesma autora traz que as atividades exercidas pelos profissionais configuram práticas objetivantes e subjetivantes, que podem produzir-se de modo asilar, submetendo-se à individualidade e à instituição total, ou, então, como resistência e singularidade, mediante processos de criação, de inovação e de abertura para as múltiplas possibilidades de existir e operar no mundo do trabalho (ARGILES, 2016).

Nas práticas em saúde mental com adolescentes, sob a perspectiva do espaço como produção de subjetividade, pode-se observar uma valorização do modo como o adolescente se relaciona consigo e com o seu entorno. Valoriza-se, também, o que o indivíduo pensa e fala sobre o seu sofrimento, integrando esse discurso à sua história de vida e às redes com as quais mantém relação (família, escola, amigos etc.), em oposição às práticas centradas em queixa-conduta.

Silva (2013) afirma que o adolescer se diferencia a cada adolescente, de acordo com os recursos psíquicos que cada um pode construir. Com base nisso, a possibilidade de visualizar o CAPSi para além do espaço de tratamento tem a função importante de ampliar as oportunidades do adolescente em seguir o seu caminho na construção de novas identificações e relações.

É a aposta de que o CAPSi favoreça outras trocas entre o adolescente e o mundo, incluindo a manifestação de necessidades de cuidado em saúde mental, que o torna um espaço seguro aos adolescentes na produção e na expressão das suas subjetividades e sociabilidades, de maneira natural e descontraída.

Nesse sentido, para a equipe, o atendimento, ainda predominante, através de agendamentos no CAPSi, configura um desafio em relação às práticas voltadas aos adolescentes, pois se observa a necessidade de implementar espaços caracterizados como abertos quanto à circulação de pessoas, à construção de relações e à expressão de suas subjetividades.

É necessário que haja um espaço terapêutico continuado, e que ele seja aberto, facilmente acessado, em que o adolescente possa vir sozinho, que ele estabeleça aquilo ali como local de confiança, refúgio, de convívio, que talvez ele não possa encontrar na casa. (P1)

Os adolescentes, quando chegam a vir para cá, vem a contragosto, porque a mãe que está mandando, porque a escola que está enchendo o saco, então o processo de captação desses meninos é muito mais difícil. A gente não precisa exatamente falar a língua deles, mas mostrar que o espaço está aberto para eles falarem o que eles quiserem. (P2)

O CAPSi tem uma limitação no cotidiano: apostar que os adolescentes juntos são uma potência, o simples fato de eles estarem juntos. A gente tende a achar que precisa de alguém prestando atenção ou cuidando, mediando, para que o espaço, o momento de encontro seja bem utilizado, pois as pessoas têm muito medo de deixar adolescentes sozinhos porque vão fazer bobagens. (P8)

Essas reflexões foram a base da iniciativa, criação e aposta na atividade de ambiência¹², que tem como proposta possibilitar um espaço aberto e seguro aos adolescentes, permitindo maior circulação e inclusão desses jovens nos processos de decisão. É a partir do desejo e interesse dos adolescentes que a atividade de ambiência ocorre.

Essa configuração tem mostrado ser potente no trabalho em saúde mental com adolescentes, entendendo-se que a convivência estaria embutida no conceito de ambiência, de acordo com os relatos:

Espaços mais livres, como a ambiência, com uma faixa mais livre de atividades, tentando fazer o que quer e se organizar dentro daquele horário, também acho que atrai muito eles, eles elogiam. Eles se empolgam muito com projetos, tipo festa, que nem essa última *Halloween*, eles se empolgam muito e participam, se interessam. Isso também funciona muito bem assim para eles. (P5)

A partir do momento que tu te disponibilizas a ambiência para eles, eles vão dando o tom e tu vais te adaptar àquilo que eles estão te oferecendo, e eu acho que isso faz toda diferença hoje, na forma de olhar, tem aberto o espaço para os adolescentes virem desse jeito deles, meio que desorganizando a organização. Eles chegam em horários que a gente não está esperando, eles vêm para cá e ficam aqui, do nada eles te puxam um papo e entram numa conversa mais séria ou não, mas o fato deles te puxarem um papo e tu olhar para isso como uma possibilidade terapêutica, olhar isso com seriedade e bater papo, é o que vai começar a surgir as questões terapêuticas aqui dentro. (P8)

A questão da ambiência vem sendo discutida com a equipe na tentativa de

¹²Atividade coletiva que ocorre às segundas e quintas-feiras à tarde com adolescentes. A presença do profissional é direcionada para observação da interação social e identificação de possíveis demandas terapêuticas. Essa participação não tem a obrigatoriedade de propor assuntos e intervir a todo momento, o que difere das atividades de grupos.

organizar o trabalho entre os profissionais e esse novo espaço. Também entra na discussão se o espaço não seria um espaço de convivência, para chamar os adolescentes para o CAPSi, de que “eles têm que estarem aqui dentro.” (DC)

Percebe-se que o CAPSi, como espaço de produção de subjetividade voltado aos adolescentes, vem possibilitando importantes avanços, a partir dos questionamentos da própria equipe sobre a estrutura do centro, sua organização e as atividades nele desenvolvidas. Isso resulta na necessidade de se ter mais espaços abertos, para circulação e expressão do adolescente, de implementar, posteriormente, a atividade de ambiência.

Essa implementação, ao mesmo tempo que auxiliar a produção de subjetividades, imprime o desejo da equipe de que os adolescentes se sintam pertencentes ao serviço e, para isso, os profissionais têm se esforçado em readequar os espaços e as práticas do CAPSi. Observa-se, então, o espaço como ferramenta no processo de trabalho que (re)constrói as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes, a partir da mudança de perspectiva sobre a própria atividade de ambiência.

Na Atenção Psicossocial, a criação dos espaços de atendimento, de salas multifuncionais, que permitam compartilhar e agregar grupos diferentes, contribui para o rompimento de práticas compartimentadas, mediante o uso determinado e específico de alguma atividade ou profissional. Essa medida corrobora a fragmentação do espaço como reflexo da fragmentação do trabalho por áreas e profissões (BRASIL, 2010b).

Os aspectos, relacionados à ambiência, considerados pela equipe, nesta pesquisa, contribuem para a reflexão e a construção das práticas psicossociais voltadas aos adolescentes, ao se considerar o espaço como ferramenta na produção do cuidado em saúde mental. Essa perspectiva possibilita a melhoria das intervenções no cuidado no sentido de se romperem as barreiras de comunicação entre profissional e adolescente. Desfaz-se, assim a ideia construída *a priori* sobre o CAPSi ser somente para crianças ou não conseguir encontrar estratégias para atrair os adolescentes e mantê-los nas atividades.

5.1.2 Acolhimento e construção de vínculo

A incorporação do acolhimento e do vínculo nas práticas de cuidado em saúde decorre do princípio da integralidade do cuidado, apontando a necessidade de se consolidarem estratégias para a melhoria no acesso à saúde pela população e no desenvolvimento de práticas integrais em saúde. Na integralidade do cuidado, há a transformação do olhar sobre o momento do encontro e das relações construídas entre usuários e profissionais de saúde.

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999), a partir desse encontro, estabelece-se a possibilidade de uma interação propícia à construção de relações que potencializem a atuação, a avaliação e a intervenção no trabalho em saúde. Refere-se, então, o encontro usuário-profissional como espaço mediador, que sustenta as relações no cuidado, com uso de tecnologias leves em saúde, tendo como principais processos intercessores o acolhimento e a construção de vínculo.

E o que são intercessores? São práticas em saúde por meio das quais o profissional consegue/se permite analisar, criar e pensar sobre os/seus discursos no processo de trabalho e as suas implicações no modelo de atenção, tendo o usuário no centro do cuidado. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Na condição de processo intercessor, os mesmos autores informam que o acolhimento pode ter diferentes enfoques, partindo das concepções a seguir:

- inverter a lógica organizacional e funcional do serviço de saúde, como dispositivo de trabalho relacionado à busca e à garantia de acesso à população;
- reorganizar o processo de trabalho, deslocando a atenção em direção à responsabilização por todos da equipe multiprofissional, a fim de tornar os serviços receptivos e resolutivos;
- qualificar a relação trabalhador-usuário, a partir de um trabalho humanitário, solidário e de cidadania.

O acolhimento ainda pode ser entendido a partir da concepção das relações interpessoais, exigindo uma reorganização do processo de trabalho e práticas variadas para receber e escutar as pessoas e as suas necessidades. Esse processo permite a construção da diversidade e da tolerância aos diferentes, com inclusão, promovendo o exercício da cidadania (BUENO; MERHY, 1996). Portanto, a perspectiva adotada sobre o acolhimento, nesta discussão, diz respeito ao tipo de relação construída no encontro usuário-profissional e aos seus desfechos.

O vínculo também é considerado um dispositivo intercessor, que propõe a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e o usuário. Aposta-se, então, nos profissionais enquanto responsáveis pelo processo saúde-doença do indivíduo, mas também incentivadores à autonomia e à cidadania, promovendo a participação do usuário durante o cuidado em saúde (CAMPOS, 1997).

Ao construir o vínculo, almeja-se, por meio da empatia, sensibilizar os profissionais a olharem sob outra ótica o sofrimento do usuário. O processo de construção se inicia no momento em que usuário e profissional se aproximam, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos. O vínculo requer relações muito próximas e claras, que se estabelecem com a identificação das necessidades e das expectativas do usuário, que deposita, no profissional (e respectivo saber em saúde), a possibilidade de afastar o próprio sofrimento (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Segundo Campos (1997), é o estabelecimento de vínculo com os usuários que permite ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação do usuário durante a produção de cuidado. Além disso, esse processo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois só assim é possível atender de fato às demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde, sem a fragmentação do cuidado, de modo que a equipe não se divida entre “aqueles que constroem vínculo” e “aqueles que não constroem”.

Para isso, entende-se que o vínculo no trabalho em saúde mental oportuniza ao profissional, ao longo do tempo, conhecer e compreender cada vez melhor, além das necessidades e problemas, as subjetividades, os desejos e as expectativas do usuário. A responsabilidade e a disponibilidade para desenvolver essas ações fazem com que a relação usuário-profissional embase o planejamento e as propostas de cuidado a serem compartilhadas. Isso cria o sentido de apoio mútuo, de segurança e de confiança para o profissional, que orienta, e para o usuário, que se sente parte do cuidado e responsável por aderir às ações, bem como por modificá-las (CAMPOS, 1997).

No âmbito das práticas em saúde mental, o acolhimento e a construção de vínculo são ferramentas de trabalho que vêm correspondendo ao amplo e diversificado movimento de transformação do cuidado em saúde mental a partir da RPB. As mudanças ocorridas, com a construção e com a defesa do modo

psicossocial, vão para além das transformações na organização e nos processos de trabalho. Elas marcam e desacomodam os profissionais, de maneira geral, por incitar uma estratégia de cuidado que envolve principalmente uma constante atividade criativa das pessoas e dos serviços de saúde mental.

A Atenção Psicossocial se concretiza a partir da invenção de saberes e fazeres que acolhem e produzem ações diversificadas de cuidado em saúde, de forma inclusiva, por meio de uma rede social caracterizada pelo protagonismo dos seus atores. Isso se refere à criação de diferentes formas de acolhimento, bem como de projetos e formas de cuidado ao sofrimento humano, incluindo os espaços na produção de relações sociais. Essas ações consistem também na aposta de reinventar a sociedade com base em princípios e valores que darão um novo lugar à loucura e ao louco (YASUI, 2007).

A construção do vínculo se inicia a partir da aproximação do usuário com o serviço – na maioria das vezes em momentos delicados de sua vida –, seguida da sua recepção, do acolhimento e da escuta do seu mundo e do seu modo de viver. Ressalta-se que os vínculos recém-construídos ainda permanecem frágeis, exigindo atenção e cuidado para sua manutenção constante (YASUI, 2007).

Quanto ao trabalho com adolescentes, a relação que esse público estabelece com os serviços de saúde, em geral, transita entre ausência e raridade da procura por atendimento, mas pode também se configurar em ações e intervenções referentes às temáticas da sexualidade, do planejamento familiar e da violência. A família é quem geralmente solicita o cuidado ao adolescente; em outras situações, são as escolas e os órgãos de proteção que encaminham a demanda (AMORIM, *et al.*, 2014; BRASIL, 2017a).

Conforme o Ministério da Saúde (2017), o atendimento ao adolescente é um direito de justiça garantido pelo ECA, que, sejam quais forem os motivos, oportuniza ao profissional detectar, refletir e auxiliar também a resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. Atenta-se para o fato de que a abordagem ao adolescente deve ser cordial e compreensiva, tendo em vista que, se for hostil, impondo-lhe uma série de exigências, pode afastá-lo do serviço de saúde.

As dificuldades na aproximação dos adolescentes ao CAPSi se devem à necessidade de ações que facilitem o trabalho inicial com essa população. No entanto, comparado ao início do funcionamento do serviço, neste momento da pesquisa, existe um movimento para acolher melhor a demanda dos adolescentes, conforme os relatos

a seguir:

O CAPSi vem sendo interrogado pela adolescência há um tempo, talvez o fenômeno maior que fez isso mudar tem relação com a automutilação, que frequentemente envolviam um maior número de adolescentes. No início, vinha menos adolescentes, começou a vir mais, a ter algumas iniciativas, como o grupo de adolescente, o Espaço Aberto¹³ e o Rolla Som.¹⁴ (P3)

Essa questão de investir mais em adolescente é mais recente, eu percebi que começou a crescer mais, tanto a demanda quanto a nossa oferta. Claro que existe fatores externos, como quando aconteceu aquele fenômeno do desafio da Baleia Azul.¹⁵ (P5)

Com os adolescentes, tem a questão de poder circular, que é dentro e fora, porque o adolescente tem esse movimento: dentro e fora da família, do grupo, “porque não sou mais criança, mas não sou adulto”. As formas de atuação dentro do CAPSi é tentar mostrar outras possibilidades, vários movimentos, não são só os espaços formais, mas os movimentos chegam aqui e, bom, eles estão aqui, “*Cheguei, vim visitar*”. Dar espaço para essas coisas virem, isso, para mim, é a questão do adolescente dentro do CAPSi. É estar aqui e poder dizer “*Estou descendo*”. Acho que é muito maior do que a gente tem ideia. (P14)

O fato de os adolescentes “virem mais ao CAPSi” envolveu a elaboração de estratégias de abordagem para o acolhimento e para a construção de vínculo. As estratégias ressaltadas são: compreender a dinâmica do adolescente, estar em diferentes espaços, saber o que gostam, conhecer as trajetórias de infância, estar disponível e promover uma abordagem informal, que não julgue o adolescente nem suas ações.

Os adolescentes têm uma coisa que eles percebem muito fácil, a tua não disponibilidade, e se afastam de ti. Se tu não consegues dar o que eles precisam, se tu não consegues estar disponível para o que eles precisam, eles se afastam, chegam a sumir do serviço. (P5)

Cheguei a fazer atendimento em casa, caso de adolescentes que tinham pânico, não conseguia sair de casa. Era muito interessante porque o que tu tinhas que investir era no vínculo. O adolescente é muito assim, se tu não consegues se vincular com ele, tu não acessas ele. Então a gente investia

¹³Grupo de adolescentes realizado às terças-feiras pela tarde. Discutem-se questões relevantes trazidas pelos adolescentes, como sentimentos, fuga de casa, escola, desejos para o futuro. Ao mesmo tempo, promove-se um espaço de interação entre os adolescentes, de construção de vínculos de amizade e de convívio social (ida ao cinema, à praça, ao *shopping*) (DC).

¹⁴Oficina com adolescentes realizada às sextas-feiras pela manhã. Nela, os usuários aprendem a tocar e tocam violão, teclado e guitarra. Além disso, cantam músicas conhecidas, assim como produzem coletivamente algumas, a partir da livre expressão de sentimentos, da escrita de fragmentos de músicas e poemas.

¹⁵O desafio da "Baleia Azul" teve origem em 2015 e se disseminou nas redes sociais pelo mundo inteiro. É uma espécie de jogo, que funciona com o convite ao adolescente para completar um número de tarefas em 50 dias, as quais ficavam cada vez mais perigosas e prejudiciais ao adolescente, culminando no desafio ao suicídio (BBC, 2017).

nessas coisas e ir na casa, conhecer o espaço dele, ver o que ele gostava de fazer. Aos pouquinhos, tu ia se aproximando. (P7)

Conversar, estar aberto para dizer sem dizer o que a gente pensa em relação a eles faz parte do processo terapêutico. Buscar entender o que ele está passando, é olhar e compreender o outro. São os interesses deles por eles mesmos. (P14)

Observa-se que a equipe vem aprendendo sobre o trabalho com adolescentes pelas experiências e pelo tempo, ressaltando que não existe uma fórmula pronta para isso. Nesse contexto, relata-se que as estratégias utilizadas para abordar os adolescentes se baseiam, por exemplo, nos conceitos da fase da adolescência – como a característica de identificação em estilos de grupos –, de modo que o profissional pode começar uma conversa sobre as gírias utilizadas pelo jovem e os seus significados. Além dessa tática, para obter êxito na aproximação, os profissionais podem também experienciar o universo adolescente: uma forma de fazer isso é pesquisar sobre as bandas de música e os jogos da atualidade.

O trabalho com adolescentes é uma construção gradual e constante. Logo, torna-se relevante o movimento desencadeado pelas tentativas de acessar essa população, opondo-se à inércia que se instala sob a premissa de que “os adolescentes não vêm, ou os CAPSi atendem predominantemente crianças”, comentários ouvidos por quem transita nos serviços do município.

A construção de estratégias e de abordagens direcionadas a esse público exige que o acolhimento se efetive como ferramenta de cuidado, buscando compreender o adolescente e as suas questões. Já o estabelecimento do vínculo permite construir uma relação de confiança entre a equipe de saúde, o adolescente e sua família, o que é fundamental para desenvolver o cuidado em saúde mental.

Nessa perspectiva, identifica-se a necessidade de adequação da linguagem utilizada pela equipe com os adolescentes do serviço. O uso das tecnologias digitais, de jogos, das redes sociais e de músicas tem se mostrado potentes formas de aproximação e comunicação. Ao mesmo tempo, deve-se ter o cuidado, ao incluir essas abordagens, de não descartar brincadeiras tradicionais:

As linguagens, a gente têm que utilizar para poder formar esse vínculo, são linguagens diferentes em cada idade. A gente resgata muito do brincar, no sentido da convivência de brincadeiras de roda, do cantar, das brincadeiras tradicionais, da questão da leitura. Tem uma série de recursos muito legais, que a gente sempre tem que estar oferecendo e resgatando [...], dependendo da idade, a gente já tem que se adaptar, por exemplo, utilizando a tecnologia. Quando eu falo da linguagem, é formação de vínculo e de poder estar mais

próximo para poder gerar esse ambiente como ambiente de referência. (P1)

Alguns colegas, por exemplo, trazem toda semana o *videogame* de casa e disponibiliza aquilo para o trabalho com os adolescentes, porque sabe que é um recurso para captá-los também, como a música que eu procuro captar, para estarem aqui dentro. Se ele vai conseguir fazer uma bela música, se ele vai conseguir passar de fase no *videogame*, eu acho que isso é o de menos, mas ele estar aqui, estar podendo ter um espaço de que lá pelas tantas ele consegue falar sobre suas coisas, sobre suas questões, é isso que a gente quer. (P2)

À medida que o *boom* tecnológico tem tomado grande proporção entre os adolescentes, permitindo novas formas de comunicação e interação com esse público, a utilização dos jogos digitais, assim como das brincadeiras tradicionais, é apresentada como estratégia de efetividade das tecnologias leves. O uso desses elementos influencia, principalmente, a maneira como o profissional se relaciona com o adolescente, entendendo a própria relação como uma potente ferramenta terapêutica.

Apesar disso, Csordas (2008) destaca que a simples realização das atividades não garante que o cuidado/tratamento aconteça, pois é preciso que exista a relação usuário-atividade-terapeuta. Sendo assim, compreende-se a relação terapêutica como parte do tratamento em saúde mental, enfatizando a interação que se estabelece entre adolescente e profissional, cujo processo se facilita por meio da atividade, por exemplo, de jogar *videogame*.

A boa relação com o adolescente impõe alguns desafios, na medida em que se estabelece no ato, sem um regramento prévio fechado. Porém, na experiência dos profissionais do CAPSi, deve-se cuidar para que essa relação não se torne, por um lado, uma intervenção fria e impessoal terapeuta-paciente e, por outro, uma “amizade”, de forma que não estejam claros os lugares e os papéis de cada um. Outro risco que se corre é o de ir pelo caminho do disciplinamento, muitas vezes com argumentos de ordem moral ou punitiva.

Às vezes é muito complicado essa via de disciplinamento, “eles estão aqui porque não tiveram referências fortes” e não é exatamente isso. Eles têm uma angústia que precisa ser entendida, de que lugar, porque senão tu entras nisso, muito facilmente se retira a palavra, que está tentando se afirmar, o que muitas vezes pode ser desafiando o outro terapeuta, e o terapeuta tomar isso no dual, e falar “ah não, tu não podes fazer isso”, “não, olha aí, fedelha, tens que te botar no lugar”. Não entende que aquela oposição é a primeira tentativa que a criaturinha está fazendo para poder afirmar um saber próprio, mesmo que esse saber próprio esteja em débito com uma série de saberes, que chegaram nela. (P3)

A gente tem esse cuidado de como se comportar diante de um adolescente, do que tu vais falar, a tua atitude, teu posicionamento, isso tudo é terapêutico. Não esquecermos que aqui não somos “*amiguinhos*”. A equipe se vê nesse lugar, porque, muitas vezes, tu vais cuidar o que vai dizer, não que eu já não tenha errado nesse sentido de “*falei algo*”, mas de como a gente se questionar diante das nossas atitudes aqui, do nosso comportamento. Por quê? Porque é terapêutico. Tudo que tu fazes aqui. Cada adolescente que entra, cada pai que está aqui, cada situação que aparece, tu tens um lugar de alguém que vai ajudar e eles vêm. Então esse lugar tem que ser preservado. (P13)

O desafio das práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes, nesse caso, é a busca pelo equilíbrio na relação entre adolescente e profissional. Da mesma forma, há uma preocupação com o lugar que o profissional passa a ocupar nessa relação, que se transforma a cada encontro.

Para Yasui (2007), o cuidado é uma atitude que resulta de uma relação entre pessoas, e não somente a execução de ações. Dessa forma, o papel do cuidador – profissional – não se restringe ao de técnico especializado que executa tarefas, mas estende-se, também, ao posicionamento comprometido e implicado na relação e no encontro com o outro. Nesse sentido, existe a potência de afetar ou de ser afetado, que determina bons e maus encontros.

A construção de uma relação boa entre adolescente e profissional corresponde ao ato de cuidar produzido por meio do afeto. Esse elemento possibilita investir na atenção ao adolescente para potencializar o cuidado em saúde e também a produção de vida. A característica afetiva na relação profissional-usuário permite, outrossim, que o cuidado ofertado não se torne assistencialismo (YASUI, 2007).

É importante ressaltar que isso não significa excluir práticas em saúde mental com adolescentes embasadas na clínica. Em casos de usuários com quadros agudos e graves, por exemplo, há a necessidade de intervenções dos profissionais que, apesar de estarem apoiadas, predominantemente, por uma lógica no âmbito das tecnologias leve-duras¹⁶, ancoram-se em saberes estabelecidos no campo da ciência e da psiquiatria. São avaliadas e realizadas de acordo com o profissional que tem essa atribuição e, principalmente, com o que tem maior vínculo e relação com o adolescente, aquele que o conhece melhor, sabe sobre a sua trajetória e, assim, identifica elementos disparadores e amenizadores.

Diante disso, entende-se que o profissional que trabalha com adolescentes no CAPSi não necessariamente deve ocupar um lugar fixo nessa relação. Quanto maior

¹⁶Rememorando que tecnologias leve-duras correspondem à clínica médica, à epidemiologia e à clínica psicanalítica (MENDES-GONÇALVES, 1994).

a possibilidade de que os papéis não se estabeleçam de forma estática e cristalizada, maiores são os benefícios que essa relação pode trazer, permitindo-se ser o técnico que executa seus conhecimentos e saberes para a melhora de seu paciente, mas sem deixar de lado a condição de ser humano.

A identificação do acolhimento e da construção do vínculo nessa categoria contribui com elementos fundamentais que diferenciam, de fato, as abordagens utilizadas para uma melhor e efetiva aproximação com os adolescentes. Nesse contexto, destaca-se o constante processo de aprendizagem sobre o trabalho com esses indivíduos, ressaltando a importância da sua presença no serviço, o potencial criativo na elaboração de estratégias para acolhê-los e vinculá-los ao CAPSi, assim como o cuidado que se produz na relação adolescente-profissional.

5.1.3 As atividades como meio de trabalho nas práticas

A realização de atividades com os pacientes no campo da saúde mental é anterior às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica. Historicamente, na perspectiva do modo asilar, as atividades tinham a loucura como doença. Sendo assim, devido à incapacidade do louco de conter os próprios impulsos e atos, o seu problema deveria ser controlado, pois ocasionava um estranhamento à sociedade, perturbando a ordem social.

Os hospitais psiquiátricos se fortalecem pela promessa de curar mediante a disciplina do comportamento e o controle do tempo, dos corpos e das mentes das pessoas. Nesse sentido, o louco passou a ser objeto de correção a partir do tratamento moral, efetuado por meio da realização de atividades que cumpriam o propósito de enquadrar os comportamentos desviantes ao padrão na norma e na expectativa da sociedade (PESSOTI, 1995; DESVIAT, 2002).

Essas instituições se encarregam da totalidade das vidas das pessoas e prescrevem uma sistematização de diferentes ocupações e trabalhos como forma de cura, estabelecendo uma relação de imitação às atividades diárias, como se as pessoas estivessem em liberdade/em casa. Surgem, então, atividades de ergoterapia, laborterapia e praxiterapia, a partir da inserção dos usuários em oficinas de costura, de bordado, de artesanato, de carpintaria, dentre outras. Por outro lado, essas oficinas se configuram mais como tarefas cotidianas para a manutenção dos ambientes dos hospitais psiquiátricos, com a exploração de trabalho dos pacientes (cozinhar e cuidar

das enfermarias). Há, em contrapartida, outras atividades “livres”, com o intuito de entretenimento, em oposição à ociosidade provocada pelo vazio da internação psiquiátrica (LIMA, 2004).

Essas atividades não se configuram como algo novo. Entretanto, ao longo da construção do cuidado em saúde mental brasileira, iniciativas críticas e reflexivas, como a de Nise da Silveira, no Centro Psiquiátrico Nacional em 1940, transformam-nas em ferramentas para a reabilitação e a produção de alternativas de acordo com as capacidades e com os desejos de cada paciente (RAUTER, 2010).

A arte e o trabalho foram as primeiras iniciativas que impulsionaram os desdobramentos das atividades que se têm hoje no campo da Atenção Psicossocial. E por que arte e trabalho? Segundo Rauter (2010), esses elementos possibilitam a inserção social no mundo da coletividade, no qual há a criação e a reinvenção do cotidiano.

A arte se torna fundamental nas vivências e experimentações das relações humanas tendo em vista que, nas suas diversas formas, é vista como criadora de novos modos de percepção. Isso se dá mediante a compreensão da pessoa não mais como elemento suscetível a normas e disciplinas, mas como um corpo permeável e predisposto às sensações. Jung (2012) ressalta, ainda, que, através da arte, é possível identificar o movimento de expressão singular de cada indivíduo, o que revela suas características psíquicas mais profundas. Assim, a arte seria uma forma de tornar mais acessíveis e conscientes os processos de percepção de elementos não naturalmente verbalizáveis e não cognitivos, como o sofrimento mental.

A relação entre saúde mental e trabalho foi sendo apresentada de diferentes maneiras conforme as circunstâncias histórico-sociológicas. Dessa forma, os avanços e os debates movimentados pela reforma psiquiátrica acabaram por possibilitar a construção de um lugar social efetivo para as pessoas em sofrimento psíquico, ao inseri-las no mercado de trabalho (PACHECO, 2014).

O trabalho promove novas experiências aos sujeitos em sofrimento psíquico, uma vez que esses retomam a ocupação do cotidiano em atividades coletivas, solidárias e inventivas. O ato de trabalhar (ser trabalhador) torna as pessoas agentes ativos no mundo, pois produz outras conexões entre os aspectos da produção, do trabalho e da criação, o que dignifica o homem, que se reconhece como importante na sociedade.

Nessa direção, o propósito das atividades é promover um lugar onde o sujeito

possa se experimentar ou ressignificar diferentes aspectos da sua vivência até o momento, em contraponto ao isolamento do modelo da psiquiatria tradicional ou do não cuidado (LEAL; DELGADO, 2007; BRASIL, 2004).

As atividades também podem ser desenvolvidas em ambientes extraCAPS, como estratégia de reabilitação psicossocial, transpondo-as à comunidade, ao trabalho e à vida social (BRASIL, 2004). Para Leal e Delgado (2007), essas atividades, que envolvem a vida cotidiana, enriquecem o trabalho do CAPS, mediante o interesse do profissional ou a partir do vínculo que estabelece com o grupo de usuários.

No que se refere às atividades, as normatizações dos CAPS não diferenciam aquelas desenvolvidas nas diferentes modalidades. De forma genérica, as atividades desenvolvidas no CAPSi são as mesmas oferecidas nos outros tipos de CAPS, como: atendimento individual e grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, além de atividades externas. Quanto a esse aspecto, a única ressalva é a de que as faixas etárias a quem as atividades se destinam devem ser consideradas, por exemplo: as atividades de inserção social com a infância e a adolescência devem privilegiar aquelas relacionadas à escola (BRASIL, 2004).

Entretanto, Leal e Delgado (2007) apontam não fazer sentido todas as atividades dos CAPS terem as mesmas regras de funcionamento. Para os autores, o potencial presente nelas remete exatamente à maneira como se constituem e operam enquanto espaços de liberdade, de acolhida às especificidades, às necessidades e às demandas dos usuários, mas também a partir delas.

Essa é uma questão considerada essencial no trabalho em saúde mental com adolescentes, e, na sua direção, têm-se buscado estratégias para o estabelecimento da confiança entre o adolescente e o serviço. As atividades com adolescentes podem ser visualizadas como ferramentas de abertura de possibilidades de conexão do usuário com o seu mundo e com o CAPSi. Apostar que o adolescente pode mostrar suas necessidades a partir de alguma atividade permite que o profissional identifique a demanda de cuidado, tendo como base o que se gerou naquele espaço e tempo de oficina/atividade.

No cotidiano do CAPSi Pandorga, reconhece-se o esforço dos profissionais em construir um trabalho com ênfase na superação dos desafios enfrentados no atendimento aos adolescentes. Percebe-se um constante movimento de reflexão sobre: como atender, o que fazer, o que ofertar a esse grupo, por vezes tão

heterogêneo. Diante disso, as atividades são construídas na prática diária das tentativas e, principalmente, a partir da demanda dos próprios usuários.

No início, as oficinas eram constituídas assim: “Ah, eu tenho uma ideia de fazer uma oficina de escultura”. E se fazia, mas se perguntava: “Tinha paciente que poderia fazer, que precisava disso? Será que a gente não precisa saber o que o paciente precisa, para a gente criar a oficina em cima disso?”. Aí que se mudou, a partir disso, foi construindo as atividades, mas foi tudo mesmo na prática, nesses oito anos. (P4)

Inicialmente era muita escuta, atendimento individual, a gente começou a montar grupos a partir do que eles vinham trazendo também. Às vezes a gente até pensava: “Ah, vamos fazer um grupo de esporte”, mas, às vezes, acontecia daqueles adolescentes que estavam ali querendo atividade de esporte naquele momento, e, na outra semana, querendo outra coisa. Então ia muito a partir do que eles iam trazendo [...]. A gente chegou a fazer desde customização, esporte, arte e artesanato. Até o ano passado, eu participei de grupos de adolescentes, que montavam com eles o que a gente ia fazer: “Ah, vamos ver filme”. A partir disso, discutia “o que tem a ver comigo, com minha vida; ah, vamos fazer um passeio”, a gente saía para o *shopping*. (P7)

Identifica-se que as atividades voltadas aos adolescentes podem exigir, frequentemente, a busca por outros e novos modelos de atividades em alternativa às existentes no serviço. Isso ocorre porque o adolescente, às vezes, não se identifica com algumas propostas ou rotinas do serviço, o que pode ser um ponto positivo, pois favorece à equipe aprender e ter abertura para a mudança, bem como considerar importante investir e descobrir novas atividades e oficinas com esse público.

Os adolescentes do Espaço Aberto agora estão migrando para o grupo de violão, da sexta de tarde, mas o movimento é assim, eles estão num grupo, e tão mais em uma outra atividade, eles não estão em todas as atividades que são para adolescentes. (P12)

A gente tentou atender no espaço da horta, ela não vinculou, tentou ir para a culinária, não deu muito certo, e agora, neste espaço (oficina de pintura de esculturas), ela gostou. Vi que o paciente também tem isso: que os espaços que às vezes a gente oferece não é o que o combina, que o adolescente está buscando [...] ou era o espaço que a gente estava ofertando ou eram os profissionais que não estavam conseguindo identificar isso. (P15)

Entre as atividades realizadas por T., durante os dias que estava passando o dia inteiro no serviço, a profissional ofertou diversas atividades disponíveis no CAPSi, alguns utilizados em antigas oficinas e grupos, como por exemplo a construção de *scrapbook*, escrita de diário, garrafas personalizadas, material de manicure etc. Percebo que a equipe tem muitos materiais e ideias, que já foram utilizadas em outros momentos e que agora não estão usando na rotina. Isso mostra o quanto as atividades se modificam conforme a demanda do usuário, assim como a sensibilidade e compreensão desses movimentos. Outro dia a profissional X comentou para a Y: “Vamos retomar a oficina de fotografia, pois temos um caso que talvez essa atividade seja incluída no PTS”. (DC)

Nesse aspecto, pode-se considerar elemento facilitador, na construção das atividades para adolescentes, ter a manutenção/preservação da memória daquelas já realizadas em certos grupos e momentos. Dessa forma, além de não se perderem o aprendizado e a experiência, pode-se utilizá-las novamente quando houver interesse e demanda por parte dos adolescentes.

Portanto, aponta-se para a importância de repensar e reconstruir, cada vez mais, as rotinas (e a saída delas) nas atividades, de maneira coletiva com os usuários, seus familiares e a comunidade. Essa característica é importante na direção de um cuidado que possa, de fato, incluir as atividades na perspectiva da atenção psicossocial.

Nesse sentido, elaborar atividades considerando as demandas, os desejos e as propostas dos próprios adolescentes pode auxiliar na transformação do CAPSi, correspondendo às expectativas construídas frente aos desafios de passar de um lugar para “se tratar” para um lugar de “se cuidar” no campo da saúde mental para o adolescente.

Pinto *et al.* (2013) trazem que a flexibilidade das intervenções na saúde mental infanto-juvenil corresponde à variabilidade da clínica. Segundo os autores, a preocupação não deve estar em seguir um protocolo rígido, que determina um conjunto de práticas a serem realizadas em todas as situações, mas em aproveitar os recursos terapêuticos em função das dificuldades e oportunidades que se apresentam no cotidiano do serviço.

Além disso, a equipe entende como fundamentais a criatividade e plasticidade das atividades e as oficinas em que se considerem os diferentes perfis dos adolescentes que estão no CAPSi, como idade, condição cognitiva e psíquica, dificuldades/limitações, potencialidades:

Tem grupos mais para adolescentes que tem entrado conforme a idade, mas que, às vezes, na prática, eles ainda não estão preparados para serem adolescentes, então entram em atividades mais voltadas para o corpo, atividades voltadas para a interação. A gente tem o grupo à tarde na terça-feira, que são meninos que estão chegando na adolescência, toda essa fase de pré-adolescência [...] adolescentes que chegam com de dificuldade de lidar com essa agressividade, na interação com os outros, a gente utiliza o esporte, para tentar trabalhar e manejar essas questões de conflitos deles. (P6)

Na adolescência, o trabalho principal é a questão de individuação, de se tornar um indivíduo independente [...] imagino que nós estejamos atentos à questão que é diferente para cada adolescente, que tem suas peculiaridades. Eu acho que a gente acaba respeitando a especificidade de cada um, as suas

características, seus potenciais. (P10)

Ainda temos um pouco de dificuldade de trabalhar com eles, porque, quando eles vêm, é uma demanda sempre diferente [...] a gente começou a se mobilizar para criar os espaços, de acordo com as características que eles tinham, tanto necessidades cognitivas, como necessidades psíquicas, e aí foram se estruturando os grupos. Os adolescentes estão normalmente em atividades distintas, por questão cognitiva ou por questão psíquica. A gente tenta colocar eles mais ou menos com o mesmo perfil, num mesmo espaço. (P12)

A plasticidade é a capacidade do serviço de adequar a sua oferta de cuidado em relação às demandas dos usuários, para além das questões relacionadas à doença, estendendo-se para a sua vida. Teixeira (2003) ressalta a importância desse aspecto nos serviços de saúde quando afirma que:

A plasticidade favorece a diversidade de singularizações possíveis, já que a possibilidade de diferentes usuários realizarem diferentes combinações de “atenção” significa que o sistema oferece uma maior margem de adaptabilidade a esquemas de necessidades bastante diversos, significa que ele faculta a diversificação dos usos: diferentes usuários, diferentes usos (TEIXEIRA, 2010, p.105).

O CAPSi tem demonstrado plasticidade na construção das atividades para os adolescentes, a partir da combinação dos desejos e das expectativas desses jovens, mas considerando, também, suas especificidades. Isso pode corresponder a uma prática importante no trabalho com adolescentes, por tentar trazer uma oferta de atividades diversificada, que contemple a singularidade da demanda. Por outro lado, auxilia a equipe na discussão e reflexão coletiva sobre o que se pretende, isto é, qual a finalidade de ofertar ou construir certas atividades para aqueles adolescentes em detrimento de outras, ou se a necessidade de cuidado identificada nesse momento será suprida em tal atividade.

É importante observar que essa discussão não determina que o CAPSi não possa ter atividades estabelecidas e que as atividades tenham a noção de livre demanda. O que se pretende ressaltar é que as atividades voltadas aos adolescentes possam ser flexíveis, de maneira a serem reformuladas mediante as demandas que surgem no cotidiano, a partir das necessidades dos usuários. No entanto, deve-se, também, respeitar certo padrão e organização, que sirvam como condutores para as práticas dos profissionais, tendo como objetivo a produção de cuidado em saúde mental dos adolescentes, conforme se ressalta no fragmento a seguir:

Acaba sendo invertido assim, ver o que a gente tem, ver a demanda que o adolescente precisa e tenta encaixar, mas dentro de algo já construído. A gente faz esse movimento, de ter coisas estruturadas, e tentar enquadrar eles em algo que já está pronto, e aí, dentro disso que está pronto, a gente tenta modificar, dentro dessa estrutura já organizada, vai readaptando pela necessidade e pelo que eles vêm trazendo dentro das atividades. A gente não senta e constrói algo novo, dentro da necessidade dele, vejo como algo que eu tenho por onde me guiar e poder pensar. (P12)

Outra questão, em relação a isso, é a avaliação de que o trabalho com atividades coletivas, a exemplo dos grupos de adolescentes, é uma prática que: “o CAPSi tem *know how*” (P13) (expressão do inglês com a tradução de: a noção de saber-fazer). Com base nisso, as atividades grupais são consideradas uma potência no serviço, porque decorrem da consideração de um reconhecimento do adolescente como sujeito, do seu questionamento sobre autoridade e da sua busca pela construção de identidade. Somado a isso, tem-se a participação em um grupo uma experiência importante na adolescência, muitas vezes empobrecida na sua vida, em que possibilita espaços de trocas sobre as realidades de cada um, de interação, de questionamento e de reflexão.

Trabalhando com a ideia de passagem adolescente, nessa travessia, com quem eles podem contar, grupos são coisas muito importantes. O grupo de adolescentes, desde que ele não cristalice uma gangue, ele permite que a gente questione aquela autoridade, e a lei que está ser independente da figura dos pais, que ela seja testada, seja inventada, ou ela seja questionada, mas ela de alguma maneira o adolescente não vai mais se reconhecer, se ele aceita aquela autoridade sem questionamento, então é um lugar infantil, e aí ele não pode aceitar isso [...] a gente teve o recurso da ambiência, que, em alguns casos, foi extremamente válido, que foi a única experiência grupal na vida dessa pessoa, que o adolescente não consegue ficar nem na escola nem nos lugares, não quer. (P3)

Acho que a gente começou a ver a potência dos grupos, porque para adolescente é grupo. Então, no momento em que ele se percebe em um grupo que acolhe, porque o não acolher faz com que ele esteja aqui também, mas ele se identifica naquele espaço, é o que a gente faz de melhor, acho que é o que fez sentido. (P14)

No entanto, há a preocupação de que o movimento de “estar no grupo, estar no CAPSi”, no sentido da potencialização das atividades coletivas/grupais, não leve a negligenciar o atendimento individual do adolescente, considerando que as atividades coletivas/grupais não excluem a importância e a necessidade de um espaço de expressão com privacidade, que não demande o constante compartilhamento.

Às vezes, chegam uns que já querem isso, então eu vou direcionar, para que

seja a ponte para ele, para o coletivo, ou via, por exemplo, adolescentes que têm que não suportaram nenhum grupo [...] uma atitude muito adequada do CAPSi é a pessoa entrar pelo vínculo individual, a partir disso, a gente vai vendo o momento dela, ter laços é uma condição fundamental, mas não pode ser “eu te joga no laço”, porque o adolescente vem com suas marcas e feridas, tem que se ancorar numa relação de confiança, e isso não se faz no grupo, isso se faz nessa tessitura, numa dinâmica da constituição subjetiva. (P3)

É importante não negligenciar o atendimento individual ao adolescente, mesmo quando tenha atendimento de grupo. Muitos adolescentes estão só no coletivo, e, dependendo do adolescente, precisaria de um espaço individual. Na entrada do adolescente, seria mais interessante poder fazer mais conversas individuais, para entender mais a demanda para depois indicar o grupo. Ao contrário do que às vezes acontece, que tem uma avaliação de dois encontros, três e já vai para o grupo, que é um espaço que vai abarcar o paciente no CAPS: “Ah, ele está no CAPS, está no grupo, está no CAPS”. A partir do momento que ele vai para o grupo, é um retrabalho, na verdade. Porque, daqui a pouco, ele vai para o grupo, e quem é do grupo tem que começar a ter mandado para o técnico referência para poder ter um atendimento individual que já poderia estar acontecendo paralelamente. (P11)

Resgata-se, então, o sentido de que a adolescência é um período em que se busca uma identidade, o que ocorre também pela identificação com os pares e pelo estabelecimento de uma identidade grupal (ERIKSON, 1972).

No entanto, observa-se que nem sempre o movimento de grupo é o que o adolescente espera, ao vir ao CAPSi, ou é a sua necessidade. Ele pode estar em um momento em que são necessários trabalhos anteriores à inclusão em grupos. Nesse aspecto, as práticas desenvolvidas em um espaço privado, na forma de atividades individuais, também são importantes no cuidado com o adolescente. A oferta do espaço privado em saúde mental para os adolescentes pode contribuir para que eles tragam questões difíceis de serem verbalizadas ou expressas de alguma forma, que não são trabalhadas, por isso, nas atividades coletivas.

O grupo de interesse também aponta a necessidade de ofertar mais atividades que possibilitem a manifestação e expressão dos adolescentes a partir da arte, do esporte, da música, da dança. Além disso, frisa a importância da participação constante da equipe nelas, pois o cuidado com o usuário não é somente responsabilidade dos profissionais que trabalham diretamente com essas áreas.

5.2 Organização e características da equipe

Nessa categoria, promove-se a sequência da discussão sobre as práticas em saúde mental sob o paradigma psicossocial, contemplando questões relacionadas à

organização e às características, da equipe do CAPSi, que impactam o trabalho com os adolescentes. É composta pelas subcategorias: as dimensões do objeto de cuidado e suas implicações no trabalho com adolescentes; características dos profissionais; movimento de uniformização e autonomia da equipe; papéis e lugares dos profissionais; supervisão de prazer e sofrimento no trabalho com os adolescentes.

Entende-se que o trabalho das equipes na Atenção Psicossocial pode ser compreendido como a produção do cuidado em liberdade. Nessa perspectiva, a conexão entre a produção do cuidado e o objeto de trabalho ocorre mediante a utilização de meios ou instrumentos, ou seja, das condições objetivas existentes para a sua construção (MENDES-GONÇALVES, 1992).

De acordo com Oliveira e Alessi (2005), atender às necessidades de saúde é uma das mais antigas formas de trabalho social – e, portanto, realizado pelo ser humano –, que, mediante a centralidade da sua prática, o trabalho constitui sujeitos coletivos. Ocorre que os meios ou instrumentos no trabalho em saúde são operados por agentes, os profissionais, que compõem as equipes de saúde.

O que orienta os profissionais na produção de cuidado é o planejamento, a criação e a execução de práticas terapêuticas, de maneira conjunta. Essas práticas são realizadas com base em seus instrumentos, compreendidos como o nível técnico de conhecimento, saberes e percepções em saúde, e suas condutas. Logo, a utilização dos agentes (profissionais de saúde) e dos seus instrumentos (caráter e responsabilidade política-ética das práticas) no trabalho em saúde resulta na assistência prestada e observada nos serviços desse campo (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Buscando entender essa dinâmica da produção de cuidado nos paradigmas asilar e psicossocial nas práticas em saúde mental e, ao mesmo tempo, suas diferenciações, inicialmente, observa-se que, no primeiro, as práticas de classificação e descrição dos transtornos mentais são restritas ao núcleo da medicina. Há uma centralidade na figura do médico, que veementemente orienta as práticas no sentido da cura e sustenta o lugar da loucura no hospital psiquiátrico (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Para as mesmas autoras, embora haja modificações na composição e na organização das equipes de saúde mental, ao longo do tempo, com a incorporação de novas áreas profissionais, o modo asilar não alcança a perspectiva da construção conjunta de práticas em saúde mental. Isso se deve ao fato de que incluir o recurso

multiprofissional não garante um trabalho interprofissional.

É necessário esclarecer que o trabalho multiprofissional é realizado pela composição de diferentes disciplinas, e o conhecimento da especialidade é base para a atuação de cada profissional. Em contrapartida, o trabalho interprofissional incorpora a noção de trabalho coletivo, o que resulta na otimização do cuidado com vistas à saúde integral do usuário, por meio do trabalho interacional (ARAÚJO et al, 2017).

Costa-Rosa (2012) traz que as proporções quanto à diversidade de profissionais entre núcleos diferentes, no modo asilar, são geralmente desiguais, ocasionando uma assistência baseada no modelo Fordista (em série) no cuidado em saúde mental. Apesar da disparidade entre as profissões, essa não é a única causa da fragmentação do cuidado em especialidades.

O mesmo autor ressalta que, nesse modo, o trabalho não visa a momentos de encontro entre os profissionais para compartilhar e discutir casos e atividades. Sendo assim, o prontuário é a única forma de “conexão” interprofissional. Além disso, observa-se a predominância de profissionais do campo da medicina, o que pode reforçar a ideia de que há profissões prioritárias e auxiliares no cuidado em saúde mental.

Já o modo psicossocial se caracteriza, desde o início, por ter como meio um trabalho interprofissional. As formas de interlocução entre os profissionais e os espaços de trocas de visões teórico-técnicas e práticas são preconizadas, visando romper a estratificação do especialismo. Constrói-se um conceito de tratamento e um conjunto de meios a ele dedicado, traduzidos por: “*novas formas de sociabilidade que escapam à produção em série dos hospitais psiquiátricos*” (COSTA-ROSA, 2012; LANCETTI, 1990, p.145).

A Atenção Psicossocial direcionada aos adolescentes tem se configurado como um desafio para as equipes de saúde mental. O cuidado em saúde mental desse público pode ser, facilmente, vinculado à normatização dos comportamentos, das condutas e até dos pensamentos. Nesse sentido, para o adolescente, a sociedade não passa de um grande grupo de adultos “donos” de uma verdade, que os conduzem à sua ideologia de normas, de atitudes, de reações, todas julgadas como positiva ou negativa para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2008a).

Sendo assim, existe um esforço na busca de novos modos de olhar, de compreender e de trabalhar com esse público e essa fase. É a tentativa de identificar qual tipo de serviço e quais características de organização e de equipe têm potencial

para atender às demandas dos adolescentes.

Conforme o Ministério da Saúde (2008a), já existem iniciativas pensadas como prioritárias em relação à saúde e ao bem estar do adolescente. Entre elas, estão: o incentivo às próprias escolhas, a promoção de espaço de construção de relações horizontais, a premissa de reflexão sobre a liberdade. A mudança estratégica de atuação do profissional com relação a esse público também é ressaltada, dentro de um enfoque de promoção da saúde e de participação juvenil. Ao mesmo tempo, a questão ética preocupa bastante, pois, no cuidado com a adolescência, encontra-se uma linha tênue entre a participação dos indivíduos nas decisões e a responsabilidade de a equipe atuar ou não em certos casos.

O caminho para as mudanças no cuidado em saúde de adolescentes implica a necessidade de olhar mais para essa fase da vida, para esses sujeitos, identificando aspectos capazes de orientar um melhor cuidado pelas equipes de saúde, a fim de diminuir as lacunas entre: adolescente – adolescência – serviço – profissionais – práticas em saúde. Diante disso, as características e a organização da equipe do CAPSi, nesta pesquisa, são consideradas elementos que corroboram o desenvolvimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes na perspectiva do modo psicossocial.

5.2.1 As dimensões do objeto de cuidado e suas implicações no trabalho com adolescentes

Nessa subcategoria, apresentam-se e discutem-se temas que buscam elucidar a construção do cuidado em saúde mental aos adolescentes, baseada no deslocamento da ênfase na doença para o foco no sujeito em sofrimento. Para tanto, este tópico trata de um dos principais parâmetros de avaliação nas práticas em saúde mental, que se refere à concepção da equipe sobre o objeto de trabalho. Para Oliveira e Alessi (2005), o objeto de trabalho se constitui na construção abstrata, pensada de um resultado ou objetivo que se quer alcançar ou do qual se pretende aproximar no processo de trabalho.

No cuidado em saúde mental marcado pelo modo asilar, o objeto de trabalho é reduzido ao problema, com enfoque orgânico e ausência das características subjetivas e sociais do sujeito. Dessa maneira, aborda-se mais a doença do que o sujeito, o que acaba por estabelecer uma fragmentação do indivíduo, a partir de partes

anatômicas e sistemas químicos. O desfecho principal é a criação de saberes e práticas marcados pelo mecanicismo e pela unilateralidade na abordagem, por exemplo, como meio básico das práticas em especialidades, com intervenções medicamentosas em geral. O objeto de trabalho, nitidamente, não é o sujeito, tampouco seu corpo; nesse caso, é apenas o seu organismo (CAMPOS, 1997; COSTA-ROSA, 2012).

O reducionismo do sujeito e suas dimensões, no modo asilar, acomete também os aspectos relacionais. Ocorre que entender o sujeito sob a ótica da patologia – o doente, o portador de transtorno mental – pouco contribui para os processos de viver em sociedade na direção do respeito à diversidade.

Considerar a pessoa como um doente, no contexto social e das relações, traz à tona a percepção de que ela é o centro do problema, que difere das demais, sendo necessário afastá-la de tudo e de todos. Somado a isso, tem-se o pressuposto de periculosidade, atribuído aos loucos, e de maus comportamentos, o que acaba acarretando intervenções focadas em seus corpos e em suas vidas, como justificativa de proteção à sociedade em geral (BARROS, 1994; COSTA-ROSA, 2012).

Em contrapartida, a construção e o fortalecimento do modo psicossocial, como parte da RPB, têm transformado as concepções sobre a loucura e o louco. Rompe-se, então, a ideia de que a doença tem maior importância que a própria pessoa no processo de cuidado.

Conforme Amarante (1996), essa transformação ocorre pela inversão da lógica e da direção que constitui o cuidado em saúde mental, conhecida como colocar a doença entre parênteses. Nessa perspectiva, a doença deve ficar em segundo plano, convocando o sujeito a ocupar a posição prioritária no cuidado. Não significa que a doença não exista, porém o sujeito em sofrimento é quem adentra a cena, como o principal ator, na condução e na construção das práticas de cuidado. Para Campos (1997), trata-se de um exercício dialético entre sujeito e doença, em que a enfermidade, na condição de objeto de saber e de intervenção, permite que se incluam o sujeito enfermo e o seu contexto, também, como objeto de estudo e construção das práticas.

Costa-Rosa (2012) traz que, no modelo psicossocial, a loucura é considerada um fenômeno multifatorial e multifacetado, e, dessa forma, aposta-se nas pessoas como atores da sua qualidade de vida e de saúde. Há também a mobilização para que os sujeitos participem na construção do seu cuidado, integrando as dimensões

orgânicas e socioculturais, além do próprio indivíduo enquanto pertencente a um grupo familiar e social.

Logo, o objeto de trabalho na saúde mental passa a compreender as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, políticas e culturais do sujeito. Colocam-se, assim, saberes e ações, produzidos nos diferentes campos do conhecimento, em atividades – como a psicoterapia, a laborterapia, a socioterapia –, além da medicação, indicada conforme as necessidades e demandas dos usuários (COSTA-ROSA, 2012).

Observa-se que a equipe do CAPSi tem contribuído na consolidação do modo psicossocial no cuidado em saúde mental de adolescentes, a partir da realização de práticas que incluem distintas dimensões desses indivíduos. São identificadas como relevantes, nesse trabalho, considerar as dimensões: das adolescências; dos contextos socioeconômicos e de violência; da institucionalização; e da família/dos cuidadores.

5.2.1.1 Adolescências

O termo adolescências (descrito no capítulo de delineamento do objeto de estudo) integra um dos pressupostos desta pesquisa e é assegurado na medida em que a equipe afirma que as práticas voltadas aos adolescentes exigem lidar com características para além da sua diferenciação com a criança, entendendo-o como um grupo heterogêneo, com distintas personalidades, faixas etárias, processos de desenvolvimento e maturação, contextos de vida, desejos e projetos de vida.

A equipe identifica como potentes as práticas que conseguem incluir as singularidades dos adolescentes de maneira coletiva e individual no atendimento, na participação e na construção das atividades. Para tanto, são consideradas as questões de gênero, de funcionamento cognitivo, o desenvolvimento das relações sociais, as interações e as questões emocionais. Além disso, é relevante o equilíbrio entre expectativa e realidade do adolescente pelos próprios profissionais, conforme os fragmentos a seguir:

Não basta ter a idade para estar adolescendo, às vezes tem meninos que já estão com manifestações orgânicas da puberdade, mas que ainda estão numa conduta absolutamente infantil. O G. deve ter uns 14 anos, mas se tu olhas rapidamente, e disserem que ele tem 10 anos, tu compras como se ele tivesse 10 anos [...]. É um desafio, a gente tem que enquadrar as pessoas

em alguns grupos para tu poder saber como é, mas tu tens que botar mais ou menos “A com A, B com B” para tu poderes ter um olhar que vai atender as demandas daqueles adolescentes. A gente tem que sempre poder pensar: “Pera aí um pouquinho, isso é dele? Ele já chegou na adolescência? Será que ele está maduro, para eu poder colocar num grupo de adolescentes?”. (P2)

Uma coisa muito importante de ser feito, independe da idade, pode estar numa idade tal e estar funcionando ainda num registro, que nem o C., ele ainda está funcionando num registro de bebê em algumas coisas. Tu tens que entender isso, para entender o trabalho a ser feito. Não adianta tu cobrares ele um lugar que ele não vai poder responder. (P3)

A adolescência é uma questão bem complexa e bastante plural. Precisamos olhar as individualidades de cada um para justamente permitir esse desenvolvimento deles. Tem que avaliar o desenvolvimento cognitivo, as etapas deles, muitas vezes, as fases emocionais, mentais, não correspondem à idade cronológica, então, mesmo a gente tratando o adolescente, muitas vezes eles não estão nessa fase, isso certamente também tem que levar em conta. (P10)

Atrelada às adolescências, faixa etária específica, a **pré-adolescência** é assinalada pela equipe como um período que se diferencia da infância e da adolescência. As especificidades dos pré-adolescentes precisam ser consideradas no trabalho do CAPSi. Isso emerge principalmente por se identificar a ausência dessa faixa etária no serviço, então alguns questionamentos foram sendo realizados.

A saída da infância e a pré-adolescência, em que, muitas vezes, já são muito convocados socialmente para dizer que eles já são adolescentes, mas eles não são adolescentes, e é um momento que eles não têm ainda os recursos que o adolescente tem. (P2)

[...] adolescentes já numa faixa de idade ali dos seus 12-13 anos para frente, mais infantis a gente não consegue, ou não chega, ou não tem esse público. (P6)

Os meninos, se a gente der uma olhada para eles, o R., que está na quarta, o E., são todos *puber*, então o corpo, biologicamente, as coisas estão acontecendo. O G. também, na sexta de tarde. Então, se a gente olhar só para isso, “ Ah, então a idade...” é o primeiro erro! Gente, são pessoas. E outra, eles fazem os encontros. (P14)

Dessa forma, identificar essas diferenças apresentadas entre as adolescências atendidas no CAPSi pode corresponder ao primeiro passo para uma prática que considere a heterogeneidade desse grupo. Esse processo de relaciona também à necessidade de avaliação permanente do adolescente no serviço e de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Logo, diferenciar os adolescentes dentro do próprio grupo, por exemplo, adolescentes de idades diferentes, implica entender que essas diferenças podem conduzi-los a necessidades diferentes.

Ferreira (1984) apresenta três grupos que se diferenciam, com base, principalmente, na idade: pré-adolescência ou adolescência menor; adolescência média e adolescência maior ou juventude. No entanto, atenta para o fato de que a descrição de cada grupo possibilita compará-los e visualizar, de fato, o quão diferente é o processo adolecer para cada indivíduo e em cada período dessa fase, mas sem levar em consideração as demais dimensões já citadas.

Compreender a adolescência simplesmente colocando ênfase na idade pode revelar um campo impreciso, no qual os próprios períodos e características da fase não possuem marcos definitivos, de modo que podem se cruzar diversas vezes durante o processo adolecer. Com isso, reafirma-se a necessidade de considerar, no processo de cuidado do adolescente no CAPSi, outras características, como as que foram apresentadas pela equipe. Ocorre que a faixa etária pré-determinada como adolescência, de fato, não pode ser considerada o único parâmetro na construção de práticas em saúde mental voltadas para esse grupo.

As características das adolescências também sofrem forte influência das dimensões relacionadas ao gênero e à sexualidade. A equipe entende que tem avançado nas práticas considerando esses aspectos, no sentido da acolhida do adolescente, mediante práticas de inclusão da diversidade, da democracia e do respeito. Porém, os profissionais apontam que há a necessidade de trabalhar mais as questões relacionadas ao preconceito e à ampliação da compreensão, de forma que seja confortável tanto para o adolescente quanto para quem o atende.

Tem um caso de uma menina com uma questão de gênero, que tem toda uma forma de se vestir, bem masculinizada, e que ela não conseguia ficar nem cinco minutos no grupo, e agora ela é assídua, ela vem sozinha, ela está bem acolhida. São questões que envolvem muito *bullying* nos espaços públicos, na sociedade brasileira, que é muito preconceituosa, e eles sofrem muito por isso, ainda mais nessa faixa etária, onde tu estás em fase de transformação e que tu precisas conseguir se impor dentro do grupo social, encontrar seu espaço social, então é muito difícil. (P6)

A sexualidade ainda é um nó. Os casos que foram vindo e foram se apresentado para equipe como desafiadores demandou um tratamento no sentido de como eu trato contigo e não um tratamento de saúde mental. Jogou na cara das pessoas: “Isso existe, isso é assim, é a vida como ela é”. Mas tem muito preconceito quanto às visões distorcidas do que vem a ser a sexualidade, gênero que não é o sexo, da orientação sexual. Tem muita confusão e tentativas superficiais de entender isso para poder deixar o outro confortável, sendo que eu (profissional) estou desconfortável. (P8)

A gente trabalha com as diferenças, dentro dos grupos, a aceitação que todos são diferentes, e cada um pode ser aqui o que quiser. Não é a diferença que vai importar, é quem ela é, não depende se é a menina que se veste de menino, ou menino que gosta de menino. O que importa é a pessoa. (P12)

Atualmente já existem movimentos de retirada da patologização da homossexualidade, como a Resolução 01/1999 e, mais recentemente, em 2018, a eliminação do transtorno de identidade de gênero como doença mental, na edição prévia da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) pela OMS. Apesar desses avanços, segundo, Oka e Laurenti (2018), as pesquisas que abordam as questões de gênero e sexualidade na adolescência atribuem a essa fase uma condição de confusão dos papéis sexuais, de desorientação dos sujeitos suscetíveis aos “problemas de saúde mental” e de saúde sexual.

A patologização de questões relacionadas ao gênero e à sexualidade pode levar famílias a buscarem os serviços de saúde mental como tratamento, visando à cura ou, outras vezes, pela demanda de *bullying* que esses adolescentes sofrem. Entretanto, muitos profissionais usam padrões morais na condução dos atendimentos, bem como na tomada de decisão, e pouco perguntam aos indivíduos sobre como se enxergam perante a sociedade ou quanto à orientação sexual, pois partem do pressuposto de que todos são heterossexuais. Logo, percebe-se uma forte reiteração cultural ligada aos comportamentos tradicionais da sociedade, sendo necessário que se superem e desmistifiquem as práticas culturais, normativas ou do senso comum (OPAS, 2018).

Diante disso, ainda há muito o que percorrer na esteira das lutas, (des)construções e garantias dos direitos de as pessoas serem o que são. De maneira geral, todos os serviços do SUS devem seguir no sentido da efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Cabe a esses serviços a manutenção, o aperfeiçoamento ou o desenvolvimento de reflexões acerca de cada contexto social e cultural. Isso pode possibilitar a reafirmação do CAPSi como um lugar de luta contra a discriminação, o preconceito e a exclusão social de adolescentes, que apresentam orientação sexual e identidade de gênero discordantes dos padrões estabelecidos socialmente.

As práticas em saúde mental voltadas aos denominados **adolescentes com problemas relacionados às drogas** são apresentadas como um desafio ao CAPSi estudado. Observou-se que o serviço ainda não consegue atender à adolescência com essa característica. Esses adolescentes estão no não-lugar na rede e, como traz um dos entrevistados, os casos “*escorrem entre os dedos do CAPSi*” (P5). Percebe-se que a equipe não está capacitada e que ainda se faz necessário ampliar e

aprofundar a discussão sobre isso.

Já foi assunto de reunião e tudo mais, mas tu pode ver que nossos pacientes, se é que dá para contar nos dedos de algum que seja dependente mesmo. Lembro que o CAPSi, na época, foi criado por causa disso, “são os filhos do crack”, tudo nesse emblema, e isso até então não se conseguiu trabalhar. (P4)

A gente tem muita dificuldade de trabalhar, é um paciente que circula muito sozinho, é mais velho, os pais não coordenam, a questão da conduta, são muito sedutores. Nós do CAPSi trabalhamos com o desejo, e acho que é por isso que a gente não atende dependência química, porque o desejo pela situação de prazer, de fora, é muito maior. Eles não têm desejo de estar aqui, quando estão, estão forçados pelos pais, por alguém que quer que eles se tratem. Às vezes, quando eles querem se tratar, a gente não sabe muito bem o que fazer, são tão poucos. Mas tem muitos para chegar aqui. (P11)

Por outro lado, é consenso que o CAPSi é o lugar destinado a atender os adolescentes com problemas relacionados às drogas e, da mesma forma, que o trabalho com esse público deve ser diferenciado. Entretanto, ainda não se sabe ao certo como realizá-lo. Não obstante, o atendimento individual é a configuração que tem funcionado melhor até o momento.

[...] fora o atendimento individual que tem um ou outro, oficinas não tem. Normalmente tem entrado como comorbidade, na verdade, porque assim “esse é por dependência química, e tal coisa” não, “esse veio de repente por problemas de conduta e dependência química” e aí eles têm ficado aqui, mas não fica muito tempo. (P4)

A gente tem uma demanda pequena desses casos, eles caem pouco aqui, e quando caem eles ficam meio isolados. Eu tenho um ou dois casos, por exemplo, de um menino que teve muitas dificuldades, tinha uso de maconha e eventual de cocaína, quando tinha o de cocaína e que ele se desorganizava, chegava a fazer momentos psicóticos. Ele ficou no atendimento individual comigo, e atendimento individual com a psicóloga, foi o que a gente conseguiu, e segurou ele vários meses, um bom tempo, acho que chegou um ano. É o que a gente poderia fazer, ele não se encaixava em nada, o perfil do paciente [...] dentro dessa demanda pequena fica difícil, a gente se esforça, mas esse é um perfil de paciente que escapa muito da gente, vem, vem, vem, quando tu percebes “puff”, abandona. (P5)

De acordo com Tristão (2018), os adolescentes com problemas relacionados às drogas são encaminhados ao CAPSi por medida socioeducativa, como consequência de atos infracionais. Entretanto, esses jovens tiveram uma trajetória pregressa à chegada ao serviço, em geral, percorreram outros serviços primeiramente, como a assistencial social, a polícia e a justiça; e, somente após certo tempo, acessam o serviço de saúde mental. Isso pode contribuir para que esses adolescentes

permaneçam num não-lugar na rede, transitando pelos diversos serviços e setores na tentativa de que algum deles consiga atender às suas demandas, as quais podem carecer de uma indefinição ou, ainda, não estar sendo identificadas pelos serviços que os assistem.

O atendimento aos jovens com problemas relacionados às drogas, comumente chamados de adolescentes AD, é um desafio crescente para a RAPS e para sua cobertura assistencial. Com isso, esse público pode estar constituindo uma demanda direcionada às internações hospitalares. Conforme Cunda *et al.* (2013), 45% das internações de adolescentes são compulsórias, via ordem judicial, e em razão do uso de drogas.

Para Oliveira (2018), trata-se de uma ausência de retaguarda de serviços alternativos aos encaminhamentos para internações em clínicas ou comunidades terapêuticas, por vezes de caráter religioso. Sendo assim, ao invés de investimentos na qualificação e na organização dos serviços já existentes, ressurgem das cinzas velhas alternativas como a desassistência e isolamento.

A pouca demanda de cuidado de adolescentes com problemas relacionados às drogas e a configuração do atendimento individual são aspectos encontrados também no estudo de Tristão (2018). Dito isso, essa pouca procura do serviço é percebida como consequência do não desejo ou da falta de iniciativa própria desses adolescentes, de modo que, na maior parte dos casos, é a família ou a justiça que requisitam o atendimento. Com relação aos atendimentos em si, é percebido que uma característica facilitadora na construção do respeito é o tratamento individual, por meio do acompanhamento no CAPSi, do projeto de vida desses jovens.

As principais preocupações com o atendimento dessa adolescência que emergiram no processo avaliativo foram: inadequação do espaço; falta de identificação com a proposta; estigma dentro do próprio do serviço; dificuldade na constituição de vínculo; ofertas do CAPSi em competição com a droga e com os “benefícios” oferecidos por ela.

Aqui é um local pequeno, como fazer essa abordagem? Como fazer isso também para que não fiquem visados, dentro do CAPSi, estigmatizados: oh, aqueles, então aquele horário, aquele grupo”. O tipo de relação e conversa entre eles é diferente [...] O que chama atenção para ele ficar aqui? Que a rua não seja melhor, o tráfico, o próprio dinheiro que eles estão ganhando ali? Nem sei, te falando a verdade, se existe algum dispositivo que dê conta disso.
(P4)

A gente precisa pensar em como fazer esse cuidado, o que é atrativo, o que a gente pode estar propondo. Eu fiz um grupo de adolescente, que tinha a questão do uso e alguns com envolvimento até com tráfico e a gente discutia isso “o que tu podes oferecer de atrativo num momento”, em que eles trabalhando ali por semana tiravam mil reais? Quatro mil no mês [...] é difícil tu ofereceres algo que “bah, isso é bacana”. (P9)

É um hiato, uma coisa que cai e a gente não sabe muito, fica no vazio. Como acolher esses que são usuários, com quatorze, quinze anos já está tão dentro das drogas, mas ao mesmo tempo como lidar com isso? Porque ao mesmo tempo eles também têm que querer vir. Então é o desejo dos pais, é algo que a escola acha, mas eles não querem vir e como a gente faz isso? particularmente acabo que, não é me assustando, mas percebendo o que a gente pode fazer? (P13)

Eles chegam aqui com demanda referente a álcool e outras drogas, por exemplo: nossa!! Nós temos uma grande dificuldade de trabalhar com esse tema, aqui, e alguns vinham para mim e para a outra colega, inicialmente, mas eles não ficam, porque o nosso CAPSi tem uma estrutura bem mais infantil do que jovem. (P12)

As características específicas para o atendimento desses adolescentes se referem, prioritariamente, aos cuidados básicos realizados pelos serviços de saúde, frequentemente representados pela oferta de alimentação, de higiene e de repouso. Apesar de o CAPSi não ser considerado atrativo para esse público, o estabelecimento de vínculo com ele é um dos principais modos de cuidado no serviço. Todavia, isso só é possível quando a equipe está disponível e consegue lidar com conversas específicas – muitas vezes bastante difíceis –, como as que envolvem o recebimento ameaças ou alguém ter levado um tiro (TRISTÃO, 2018).

Ressalte-se ainda que apresentar pouca ou nenhuma atividade voltada a esse público ou, até mesmo, espaço físico inadequado para atendê-lo não significa desqualificação ou incapacidade do CAPSi. Acerca disso, afirma Tristão (2018) que as práticas que possibilitam escutar esse adolescente se mantêm como recurso potente, mesmo diante dos problemas mencionados, é possível prestar atendimento adequado.

Diante desse caso, sugere-se que as práticas sejam construídas e dirigidas à dificuldade imediata do adolescente e que isso seja feito sem julgamento. Desse modo, uma postura de empatia pode repercutir na superação do profissional perante o próprio impulso de estereotipar o adolescente drogado com base no histórico deste quanto ao uso de drogas (TRISTÃO, 2018).

Isso posto, atender às demandas de ordem básica pode se configurar como estratégia de aproximação inicial, a partir de uma postura que recebe e acolhe esse sujeito, promovendo um ambiente seguro e confiável para o desenvolvimento do

vínculo. O profissional passa a assumir uma postura e passa a uma tomada decisão que não segue uma “receita de bolo” e que precisa ultrapassar condições individuais para que possa atender ao universo e às adversidades presentes na vida desses adolescentes.

Outros fatores que contribuem para limitar o atendimento a essa demanda são: a falta de interesse da equipe em trabalhar com esse perfil de adolescentes e a necessidade de adoção de uma perspectiva de tratamento relacionado ao uso da droga, cuja definição sofre forte influência das concepções que cada um faz das drogas e de sua relação com elas.

[...] A gente já tentou parcerias para isso aqui, eu estou sendo sincera, eu não tenho desejo e acho que muita gente aqui também não tem esse desejo. Quem tem desejo e perfil: não tem demanda, quando chega, se não tem demanda, tu não trata, se chega demanda tu trata e está meio sozinho, é difícil. (P11)

As pessoas ficam muito divididas em adotar as perspectivas de políticas públicas: ou trabalha com redução de danos ou com abstinência e para adotar uma dessas duas tu já terias que ter um entendimento, uma visão e um posicionamento diante disso para poder dizer: “Não, eu só entendo que vai poder resolver isso com abstinência ou entendo que eu posso trabalhar com redução de danos com perspectivas à abstinência ou não”. [...] Tenho a sensação que nessa equipe a gente conversou sobre essas coisas, e quando a gente pensa em como fazer isso, a gente pensa sempre colocando a própria experiência junto, a nossa experiência pessoal em relação às drogas [...] e também de como trabalhar com isso, com algo que vai passar muito tempo sem uma solução, como que eu tolero isso, como eu lido com isso? (P8)

O não desejo de trabalhar com os adolescentes com problemas relacionado às drogas advém também da dificuldade que se tem para estabelecer relações/aproximações com os contextos de vida deles. Além disso, mesmo quando há identificação das demandas, que se tornam reconhecidas, o profissional pode não saber lidar com elas, fazendo com que se afaste e não queira atendê-las. Isso pode ser trabalhado com o devido investimento e havendo possibilidade da supervisão institucional, assim como fornecendo acompanhamentos psicoterapêuticos individuais e coletivos para a equipe (TRISTÃO, 2018).

No que tange à adoção de perspectivas no tratamento, Silva e Oliveira (2013) apontam a necessidade de refletir sobre a abstinência e a redução de danos, que não se restringe ao uso de drogas em oposição à abstinência. A complexidade do problema demanda cuidado visando à redução de danos, como estratégia no CAPSi, na direção: da redução do uso, de formas de ampliar a relação dos jovens com o

mundo, do cuidado com questões outras surgidas durante a adolescência e do trabalho com o desejo do adolescente.

Além desse aspecto, reconhece-se que a equipe ainda precisa avançar nessa discussão, de maneira que não seja forçada uma escolha binária (sim ou não; esse ou aquele), mas que se apresentem alternativas possíveis e disponíveis para auxiliarem as práticas com esse público e que essa decisão não seja baseada apenas na experiência do profissional, isto é, que se leve em consideração os interesses do adolescente também.

Há que se pontuar, ainda, a dificuldade para lidar com a maneira como alguns adolescentes procuram/chegam ao CAPSi para o atendimento, uma vez que isso impacta os profissionais envolvidos, como elucidado nos fragmentos a seguir.

Tem casos de meninos de fase, que chegaram a vir algemados, tão constrangedor, a gente pediu para tirar, mas eles já se sentem diferente, então tem muita coisa que envolve. (P7)

Para fazer um grupo com eles tem que ser pacientes inteligentes, porque eles são muito perspicazes, a maioria já está numa batida lá na frente. Como é que tu botas uma paciente dessa com paciente psicótico, paciente paranoide? Muitas vezes eles vão debochar. Eles são muito inteligentes. Aí como trabalhar isso? Porque individualmente se ele não tem demanda vai sentar na tua frente e não falar nada. “- *Estou aqui só porque minha mãe está obrigando, porque o abrigo me trouxe ou porque a FASE¹⁷ quer que eu venha. Tá, tia, qual que é?*”, fica ali, não há desejo. (P11)

O que está representado se refere aos adolescentes em conflito com a lei, aos quais, geralmente, são aplicadas medidas de privação de liberdade em instituições de caráter socioeducativas. No Rio Grande do Sul, em 2017, havia 1.404 adolescentes cumprindo regimes de privação de liberdade na FASE. Embora essa seja uma medida considerada extrema, mesmo de característica, de brevidade, de respeito às condições peculiares, de manutenção da comunicação do adolescente e de seus direitos básicos¹⁸, não alterou quase nada na estrutura do atendimento oferecido aos menores infratores (BRASIL, 2018).

Oliveira (2000) aponta que houve um aumento no território brasileiro de internações socioeducativas devido à maior inserção dos adolescentes no crime organizado, por vias do consumo e do tráfico de drogas. Entretanto, parece que problematizar essa institucionalização, pensada como forma de minimizar o problema,

¹⁷ FASE: Fundação de Apoio Socioeducativo.

¹⁸ Lei 12.594/2012 Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)

não é algo prioritário nas agendas dos governantes, ficando isso circunscrito a serviços e setores específicos ligados a essas instituições.

Em relação às práticas em saúde mental com esses adolescentes, tem-se estabelecido a lógica do modo asilar. De acordo com estudo da FIOCRUZ (2008), o cuidado ofertado é realizado pelas práticas do uso constante de medicação psiquiátrica, de redução da mobilidade do interno e do isolamento/confinamento em uma sala ou área. Para Oliveira (2018), trata-se de uma solução que vai de encontro à Lei da Reforma Psiquiátrica¹⁹, ao invés de promover a criação de outros meios e de outros modos de cuidar dos adolescentes em conflito com a lei.

Com isso, nota-se a facilidade de conectar a condição desse grupo a quadros de transtorno mental e à criminalidade na adolescência. Vicentin, Gramkow e Rosa (2010) afirmam que essa noção legitima o uso de medidas de segurança nas unidades socioeducativas, como “crivo psiquiátrico estratégico” baseado na avaliação de comportamentos de rebeldia e desrespeito às “normas de conduta e convivência social”. Em razão disso, Oliveira (2018) propõe estabelecer, manter e fortalecer as ações intersetoriais como estratégias capazes de potencializar o enfrentamento das barreiras de acesso e da perspectiva estigmatizadora dos profissionais que trabalham com esse grupo.

Para a equipe do CAPSi, o grupo abordado representa enormes desafios, para além da construção de práticas que singularizem o seu cuidado, assim como adolescentes em abrigos residenciais e casas lares. O desafio prioritário está na falta de acesso desses adolescentes ao serviço, somado à forma como o acessam, conforme relatado. Cabem, então, práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes em conflito com a lei que reforcem e garantam o atendimento deles na rede, ressaltando a atenção a contextos de vulnerabilidade, como a situação de rua, o cumprimento de medida socioeducativa, a exploração sexual (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010).

Apesar de todas as dificuldades, ocorreram alguns movimentos no CAPSi para tentar atender os adolescentes com problemas relacionados às drogas, por exemplo, a partir da oficina de artesanato, como mencionado a seguir.

[...] um trabalho de artesanato com brincos, com essas coisas de hippie uns

¹⁹ Lei 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

dois ou três, não passou disso, eles meio que se vincularam, mas não se manteve. Foi o mais próximo que a gente conseguiu. (P4)

Acho que a gente tem muita dificuldade de trabalhar, sempre tivemos, isso é histórico no CAPSi. Nós tentamos, inclusive trouxemos um ex dependente químico, paciente do CAPS ad, que trabalhava muito com artesanato, trouxemos aqui para dentro para trabalhar com os adolescentes dependentes e ele tentou, foi um grupo que não se fixou. (P11)

Outra alternativa construída foi o estabelecimento de um fluxo entre o CAPSi e o CAPS ad III do GHC para atender à demanda. Isso se deu de maneira informal entre equipes e houve certos atravessamentos e desentendimentos durante o processo devido à indefinição de que serviço cada um realizaria.

Neste momento, está estabelecido que a equipe do CAPSi realiza a avaliação inicial do adolescente e que, caso os problemas relacionados às drogas sejam considerados comorbidades, o jovem permanece no serviço. Caso o uso de drogas seja identificado como problema principal e o adolescente esteja na faixa etária a partir dos 16 anos, é referenciado ao CAPS ad III. Contudo, mesmo quando referenciados ao CAPS ad III, identifica-se que os adolescentes também não têm conseguindo se vincular a esse serviço.

Não se pode também esquecer dos adolescentes entre 12 aos 15 anos que têm problemas relacionados às drogas e que não estão sendo atendidos no CAPSi, os quais não são incluídos nesse fluxo, mantidos, assim, num “não-lugar” na rede.

As avaliações todas até os dezoito anos nós que fazemos, mas com adolescente que a questão principal seja o uso do álcool ou das drogas, a partir dos 16 anos, a gente pensa no envolvimento maior com o tráfico, com uso há mais tempo. Tem uma batida diferente da gurizada que está aqui. Mas ao mesmo tempo, se não tem a gurizada aqui, ele nunca vai se identificar mesmo. A combinação é essa, então ele iria para o CAPS ad III, só que lá eles não são experts em adolescência, como nós. A gente já tem há anos tentando conversar sobre isso, mas não conseguimos. (P14)

Em princípio ele não seria um paciente de CAPS ad III, ele iria ser ajudado no CAPSi, por questões da infância que precisam ser resolvidas, mas pelo histórico, por tudo que ele passou, pelo o que ele representa hoje lá fora, talvez não seria aqui. A gente tem que abordar nesse momento, por uma via de adulto, que é onde ele acredita estar e não como um adolescente. É bem difícil encaminhar alguém que tu sabes que vai se beneficiar no CAPSi, mas por todo histórico e onde eles está agora não dá, talvez ele comece lá no CAPS ad III o acompanhamento, e depois volte para nós, porque ele tem 15, 14 anos. Mesmo que eles vão primeiro no CAPS ad, o ad encaminha para nós, porque temos condições de avaliar um adolescente, um pré-adolescente. (P12)

Diante das dificuldades trazidas, aponta-se a necessidade de que a equipe do

CAPS ad III ofereça suporte técnico à do CAPSi para o atendimento dos adolescentes. Além disso, evidencia-se a importância de se estabelecerem conversas entre ambos a fim de identificarem juntos caminhos para poderem melhor ajudar no cuidado em saúde mental de adolescentes com problemas relacionados às drogas.

Para que isso seja possível, aponta-se também a importância de se superar a visão típica do adolescente “dependente químico”, focando na dinâmica que este apresenta no momento em que está passando e na complexidade de cada caso. Por exemplo, deve-se levar em conta os aspectos que envolvem o uso de narcótico em sua relação com o contexto de vida do usuário.

A gente sempre avalia que nem sempre eles podem chegar com uma questão maior ao uso de álcool e outras drogas, mas podem estar em sofrimento por outras questões. Então, a gente sempre tende a olhar para essas questões que são primeiras e aí tentar olhar para a droga. Já tivemos, por exemplo, o H. que foi o menino que ficou conosco, que chega com a questão do uso de cocaína, mas que a gente olha e tem um sofrimento tão grande nele e aquilo vem, mas, com ele a gente conseguiu, porque ele se viu num grupo. (P14)

A dificuldade está muito mais em lidar com os aspectos que envolvem o uso social do que o uso da droga em si ou do que entendeu o adolescente que abusa de drogas, porque até hoje aqui no CAPSi trabalhando com os adolescentes não teve nenhum caso em que o uso da droga isolado fosse um problema. Ela está num contexto. Eu já trabalhei no CAPS ad, e lembro que, de 60 usuários, a gente tinha cinco ou quatro que usavam droga pelo barato da droga e eles tinham aprendido a cuidar do corpo ou a detonar o corpo, porque eles curtiam a droga. O resto era a droga num contexto. Então, acho que não se precisaria, não sinto essa necessidade de ter uma superespecialização em uso de droga. (P8)

Em seu estudo, Tristão (2018) ser possível identificar, nos grupos de adolescentes com problemas relacionados às drogas, uma parcela bem determinada de características. Na sua maioria, são adolescentes negros e pobres para os quais o uso de entorpecentes não representa o principal sofrimento, mas, sim, o contexto social desfavorecido economicamente, o envolvimento involuntário com o tráfico que os circunda e com atos infracionais, além da exposição à violência sexual. Seriam esses os principais motivos por que esses adolescentes são encaminhados para o serviço pela justiça.

Logo, chama-se a atenção para a necessidade de expansão do olhar sobre esse fenômeno, lançado pela equipe de identificação, na direção do rompimento da lógica atual de que o cuidado a essa população está condicionado ao tratamento da dependência de drogas. Deve-se remeter o cuidado ao sofrimento em si.

É nítido que o cuidado destinado a esse público se configura como um desafio

não só para as equipes de CAPSi. Desse modo, ressalta-se a importância da existência de ideias postas em práticas com vistas a potencializar o cuidado prestado a essa adolescência. Nessa direção, pode-se observar a tentativa de estabelecer uma comunicação melhor com o CAPS ad, mediante capacitação, assessoria e/ou suporte pontual, assim como a disposição para ir até esses adolescentes para com eles conversar visando receber sua ajuda.

Em vista do que foi exposto, as considerações acerca das adolescências apresentadas neste subcapítulo permitem confirmar o pressuposto de que o CAPSi deve trabalhar considerando as diferenças dentro do grupo de adolescentes, uma vez que entre eles há diferenciações; da mesma forma, seria muito superficial classificá-los como iguais, oferecendo-lhes um lugar único para tratamento com intervenções pensadas e generalizadas a partir da fase da adolescência, de 12 a 19 anos, e não relacionadas aos diversos estilos, características, processos, vivências que fazem parte dessa fase.

Os adolescentes da zona norte de Porto Alegre são diferentes dos da zona sul, assim como se distinguem daqueles que habitam os diversos bairros da própria zona a que pertencem ou que frequentam a mesma escola, a mesma unidade de saúde ou o mesmo centro de convivência. Diferenciam-se na idade, na maturidade, na cognição, no desenvolvimento social e, até, na questão familiar. Considerar isso na (re)construção das práticas em saúde mental no CAPSi possibilita, além de formas singulares de cuidar ao encontro da Atenção Psicossocial, potencializar as ações orientadas por essas diferenças, elevando o grau de efetividade do cuidado ofertado, quando comparadas às baseadas na generalização da adolescência como experiência única e comum a todos.

5.2.1.2 Contextos socioeconômicos e culturais

Nesta subcategoria, considera-se uma importante dimensão do objeto de trabalho o contexto socioeconômico e cultural dos adolescentes, isto é, as realidades e adversidades vivenciadas por eles, como a pobreza, a fome, a falta de saneamento básico, entre outros. A influência do tráfico na organização da vida/atividades dos adolescentes e de suas famílias também é identificada como parte do contexto de adversidades presente nos territórios de vida dos jovens acompanhados pelo serviço.

A esse respeito, identifica-se que há um esforço em “dar conta” de todos os

casos que chegam ao CAPSi; porém existe um entendimento de que alguns ultrapassam as condições de trabalho da própria equipe. Esse sentimento de impotência está relacionado à percepção da falta de condições para intervir nessas dimensões contextuais, levando à ideia de que “fogem da alçada”:

[...] por mais que a gente oferecesse processos mais intensivos de internação, o retorno para comunidade a gente se sente muito impotente, vendo a repetição daquela situação de envolvimento dessas famílias ao tráfico, das mazelas sociais da violência, da própria miséria, a questão também das responsabilidades em relação aos filhos, famílias grandes, da gestação na adolescência. Uma série de outras questões permeia o atendimento, envolve muito a questão da assistência social, da habitação, e da educação, que foge da nossa alçada. (P1)

Vir ao CAPSi uma vez por semana é muito pouco, a gente tem a questão do território, que a gente não está dentro, está longe, e para pegar um ônibus muitas vezes eles não têm passagem. Outro dia a gente estava fazendo os cálculos sobre isso e simplesmente é muito caro tem usuários que vêm com pai, mãe, tio, tia, etc. Isso para nós é um problema: a situação financeira dos usuários. (P11)

Tem lugares aqui na nossa região que eles não podem sair de casa! Estão em situação de muito vulnerabilidade. Um grande número deles mora em regiões realmente muito complicadas, por exemplo, regiões em que a unidade de saúde não consegue nem atender, que tem guerra do tráfico, que fecha o bairro inteiro. (P14)

A questão dos determinantes sociais vem sendo reconhecida na saúde mental desde a década de 70, levando a uma rediscussão do conceito saúde/doença mental, de modo que os contextos ressaltados pela equipe dialogam com a identificação dos diferentes graus de disparidades existentes na população. Trata-se do reconhecimento dos determinantes sociais em saúde, que complementam e, ao mesmo tempo, são uma alternativa aos conceitos tradicionais da epidemiologia em saúde – indicadores, taxas e generalização (MENDES *et al.*, 2018).

Esses determinantes representam um conjunto de fatores socioestruturais e intermediários que incidem no *status* de saúde da população. Os socioestruturais compreendem as posições socioeconômicas consideradas a partir do nível de educação, de ocupação e de renda; os intermediários, são entendidos como as circunstâncias materiais: condições de vida e de trabalho, fatores comportamentais e psicossociais. Também são considerados os aspectos culturais, étnico/raciais que influenciam a ocorrência ou o agravamento dos problemas de saúde (BOSI *et al.*, 2014; MENDES *et al.*, 2018).

Para Bosi *et al.* (2014), a inclusão da perspectiva de trabalho com os

determinantes sociais nas práticas em saúde mental vem ao encontro da proposta de enfrentar o desafio de trabalhar com as dimensões subjetivas do usuário. Visa, também, contribuir com reflexões teórico-assistenciais para o fortalecimento da RPB, conjuntamente com o direito e a garantia à saúde.

Diante disso, considerar os determinantes sociais no cuidado ofertado no CAPSi possibilita ampliar o conceito de que saúde mental não significa ausência de doença e reconhecer que as práticas centradas no modelo da doença não dão conta das especificidades do serviço. Sendo assim, incluir as condições de vida como uma das dimensões do objeto de cuidado torna-se necessário para uma nova organização das práticas.

Apesar disso, o distanciamento entre a realidade do usuário e a do profissional acaba influenciando a prática de flexibilização no atendimento.

Na visita domiciliar fomos entrando, era um labirinto que tu não imaginavas que existia, as condições precárias, subumanas. Tu ficas pensando como é que eles vão fazer um tratamento que vem três, cinco dias no CAPSi, se não têm nem dinheiro para comer, não têm condições de se deslocar. É uma outra realidade, bem diferente daquela que a gente imagina, que a gente tem na verdade. (P4)

As pessoas fazem comentários inconsequentes, como se tivessem uma vida de estrela de cinema, “como que não quer vir aqui? Não vem! Tem outros que precisam, dá lugar para outro”. Não é assim! “Ah, porque não quer nada”. Começa que o adolescente nem sabe que pode querer, está acostumado a receber o que dão, é assim a maioria dos casos que a gente atende. Isso é algo que me espanta, como que a realidade de quem atende é muito distante, isto indica que parte de um parâmetro que é o seu: dessa pessoa que não quer ser tratada aqui, pudesse escolher outro lugar. Uma coisa que me chamou atenção foi que as pessoas no verão, não conseguiam ficar na meia hora de atendimento, porque caíam no sono, e perguntávamos “Tu estás com sono, tu não dormiste, o que aconteceu?” As pessoas não têm ventilador, “dormem” com a janela fechada por causa dos mosquitos, ou melhor não dormem durante a noite por causa do calor, e aí vêm para o atendimento. (P8)

Aponta-se como prática potente pela equipe, nesses casos, a promoção do serviço como lugar de encontro, de convívio e de trocas que são empobrecidos nos contextos de vida dos adolescentes.

A função do CAPSi é a função lugar [...] A gente sabe que a comunidade sempre consegue fazer alguns movimentos, mas a gente vê que os nossos piores territórios, são aqueles que também não têm recursos social. (P3)

Quanto mais a gente vê que tira recurso social, mais pobreza a gente vê, então acho que o CAPSi trabalha numa perspectiva de redução de danos. O que é a redução de danos? Atender uma vez por semana, é redução de danos, paciente que deveria vir três vezes. Tu reduzos danos trazendo ele

uma vez por semana para cá, tu atendes a família aqui também. (P11)

Depende do que eles trazem da realidade deles, algumas coisas chocam bastante eles estarem conformados com a realidade “é assim, porque lá onde eu moro é guerra o tempo inteiro, a vida é assim”. Esse conformismo é o que me mobiliza bastante. Como atuar nisso, algo que já é dado para eles, que é dessa maneira? Então é tentar propiciar outras formas de viver, “tá, lá é assim, mas vamos pensar de outra maneira, não existe só lá”. Fazer essa transposição, o fato de eles estarem aqui, de poder viverem de uma outra forma, se experimentar de uma outra maneira [...] é um trabalho que a gente acaba fazendo. (P12)

A invenção de um lugar social no CAPSi para a experiência do sofrimento, diferente daquela que o adolescente vivencia durante 24 horas, vai ao encontro da busca pela superação da fragmentação do cuidado característico do modo asilar. Há, com isso, o reforço de que o sujeito não é um experimento realizado em laboratório: único, asséptico e descontextualizado. O adolescente no CAPSi tem espaço para se constituir a partir da expressão de sua individualidade, de sua subjetividade e, inclusive, de seus aspectos biopsicossociais.

Como se pode perceber, a problematização em saúde mental é muito necessária, pois possibilita pensar, também, a inclusão de populações que acabam ficando à margem dos serviços de saúde em geral. Uma das principais contribuições dessa postura pode ser visualizada no empenho em identificar os determinantes sociais e em construir políticas públicas de saúde coerentes com as necessidades da população em seus diferentes níveis e setores (BOSI *et al.*, 2014).

Nesse sentido, acredita-se que as práticas desenvolvidas mediante o reconhecimento dessa dimensão do objeto de trabalho – contextos socioeconômicos – têm sido uma das maneiras de se trabalhar também com os marcadores sociais da diferença. Esses podem ser compreendidos pelas intersecções entre características individuais do adolescente – como raça, sexualidade, classe e gênero – e os determinantes sociais – como escolaridade e moradia.

Esses fatores não se sobrepõem, de modo a permitir a percepção de que as desigualdades se articulam e se combinam de inúmeras formas em decorrência dos diferentes contextos de inserção dos sujeitos (MOUTINHO, 2006).

Nesse sentido, os serviços da Atenção Psicossocial têm o compromisso de enfrentar aspectos que perpetuam a criação ou a sustentação de preconceitos, de atitudes estigmatizantes e comportamentais discriminatórias que permeiam as relações sociais, influenciados ou não pelos marcadores sociais da diferença, e que abrange o direito e a garantia à cidadania.

5.2.1.3 Contextos de violência

Os contextos de violência também são avaliados como uma importante dimensão do objeto de trabalho a ser considerada nas práticas em saúde mental voltadas às adolescências. Há necessidade de se realizar a abordagem adequada dos adolescentes vítimas de violência, considerando, inclusive, os diferentes modos pelos quais se manifesta:

Coisa grave que a gente atende é a violência, que impacta muito. É um aspecto que a gente tem que aprender a priorizar, a como lidar com o adoecimento decorrente da violência, e o que fazer, porque ela continua acontecendo. Isso é outra coisa que eu questiono bastante, de que violências a gente fala? Porque não é só violência sexual, tem muito ainda a questão do *bullying*, tem a violência psicológica que fica em segundo plano, tem também a violência física, entre os próprios adolescentes. (P1)

De acordo com Oliveira (2018), preocupa a baixa priorização dada pelos CAPSi no cuidado ao adolescente vítima de violência. Pode-se relacionar isso ao fato de a construção e a organização do cuidado dado a esses casos estarem direcionadas a outras portas de entrada na rede, como o Conselho Tutelar, a assistência social e a justiça.

Apesar de os CAPSi não se constituírem, prioritariamente, como porta de entrada aos adolescentes vítimas de violência, são serviços responsáveis por acompanhar indiretamente os casos. Além disso, devem se integrar aos serviços da atenção primária e de referência para casos com violências (BRASIL, 2014a)

Tendo em vista contextos de violência, de carências afetivas, de ausência de figuras parentais, o grupo de interesse destaca um tipo de relação que o adolescente experiencia com membros da equipe, a atenção maternal ou paternal. Para muitos, trata-se de uma primeira experiência de relação com adultos baseada no respeito, no afeto e cujas regras relacionais são diferentes daquelas que vigoram em seus contextos de vida. Nesses casos, a construção do vínculo é o principal dispositivo utilizado nas práticas, ressaltando que essa construção deve ser gradual e baseada na confiança.

São muito comuns aqui, decorrentes de negligência, de abuso, de maus tratos ou de falta de parentalidade. O trabalho principal é justamente: a gente fazer essa questão materna ou paterna para os adolescentes, para poderem se espelhar de uma forma mais consistente, mais saudável para que possam se constituir, porque eles precisam desse molde para conseguir

passar por todas as etapas difíceis que são da adolescência. (P10)

O adolescente que chega para nós, já chega bastante destruído, que já tem uma realidade distorcida, muitas vezes, já passaram por abusos, isso tudo vem na mente deles. Quando ele consegue ter um contato contigo de sentimento mesmo, de que “aqui eu posso confiar” fica mais fácil. Tenta-se construir esse caminho, mas tens uns que tu não podes nem estender a mão para cumprimentar, eles rejeitam o toque. Tu tens que ir aos poucos, com algumas táticas, para poder ir entrando ali naquela história, naquele momento difícil dele para poder trabalhar isso também. (P4)

Todavia, em alguns momentos, o adolescente é referenciado à internação hospitalar ou a mudar de cidade. Essa prática ocorre em razão da necessidade de proteção à vida do menor, mesmo com a equipe tendo a compreensão de que não é esse o objetivo do dispositivo na rede.

Nós já tivemos pacientes com problemas no tráfico, e eles vão e voltam. Já aconteceu de um que esquartejaram, era paciente nosso, uma vez ele veio, e pediu para ser internado “não, me interna” com medo. O problema dele fazia com que ele fizesse coisas sem noção, e que acabou sendo visado, ele sumiu por mais de anos, já tinha morrido. É chocante, o guri tinha talvez 16 anos. (P4)

Às vezes é um paciente que tu orientas mudar de cidade, em função do risco que está correndo de morte pelo tráfico local, porque o traficante quer matar. Muitos pacientes nossos já se mudaram para a praia, outras cidades adjacentes, em função desse risco de morte. Então é complicado porque quem vai se meter com isso? Envolve segurança, outro setor, envolve a polícia, mas que polícia é essa? Polícia violenta? É muito difícil. (P11)

Ainda sobre a exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos e sobre a relação disso com a saúde mental, a literatura demonstra grande vinculação entre os fatores. Desse modo, as principais consequências da exposição correspondem a um aumento da ideação suicida, do comportamento agressivo, da depressão, dos problemas com autoestima e da ansiedade. Com relação aos contextos, relacionam-se casos de exposição direta ou indireta à violência em situações familiares, escolares, comunitárias e acolhimento institucional. Além disso, a literatura aponta para a necessidade de mais estudos no contexto brasileiro sobre a relação entre exposição à violência e saúde mental de adolescentes (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016).

Embora programas e políticas sejam desenvolvidos incluindo esse público, é preciso atentar para a percepção de que muitas violências sofridas na infância alcançam seu ápice durante a adolescência (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016). Desse modo, torna-se importante a implementação da linha de cuidado em saúde

mental integrada ao aperfeiçoamento da coleta de informações sobre os casos de violência dentre os serviços que assistem os adolescentes, de maneira geral, assim como estratégias que auxiliem as definições dos dilemas éticos que envolvem notificar os casos (OLIVEIRA, 2018).

Portanto, devido à complexidade e à gravidade dos casos de violência contra adolescentes, urge que sejam acionados os mecanismos institucionais competentes de forma rápida e eficiente. Nesse sentido, o vínculo que os adolescentes têm com a equipe do CAPSi possibilita que se estabeleça uma relação de confiança que pode desvelar situações de exposição à violência para intervenção precoce. Diante disso, é necessário repensar o lugar do CAPSi no atendimento a esses jovens, além do acompanhamento e da avaliação de risco, tanto com relação ao desenvolvimento de agravos em sua saúde mental como na prevenção em saúde mental infanto-juvenil interligada a outros serviços da rede.

5.2.1.4 Institucionalização

Os adolescentes institucionalizados, mais conhecidos como órfãos, abrigados ou de casas lares se constituem também um grande desafio para a equipe do CAPSi.

A institucionalização do adolescente, conforme Couto e Delgado (2015), é um desafio histórico na RPB, à medida que não abrangeu a especificidade da população de adolescentes nem da de crianças. Para Oliveira (2018), a desinstitucionalização desse público pertence à segunda geração da RPB, assim como o enfrentamento da patologização e da criminalização.

A institucionalização dos adolescentes é vista como um fator dificultador das práticas em saúde mental, permitindo que surjam os seguintes questionamentos: como trabalhar com esses adolescentes que a todo momento vivenciam quebras de vínculo? Como construir o vínculo sem reproduzir essas vivências?

Que tipo de vínculo é possível formar e como é aceitar esse vínculo que a todo tempo tem um código, que se desfaz, que não se tem certeza se amanhã vai ser o mesmo cuidador. Talvez, o cara que me cuidou, foi muito bacana, no Abrigo Residencial (AR), daqui a pouco é demitido e nunca mais vou ver ele. Chega uma pessoa no lugar dele que não formou vínculo nenhum, mas bom: “é o cuidado que tu tens, cara”. (P1)

Um dos problemas mais graves que a gente tem no serviço é a questão dos adolescentes abrigados, porque é um desrespeito à gurizada: eles mudam de abrigo p tempo todo, a mãe social vai embora, e ninguém diz nada, eles

não ficam nem sabendo. Chegam aqui no atendimento, “ela já foi embora e disse que ia passar o fim de semana em casa e não voltou mais”. Eles não conseguem se despedir e isso desestrutura qualquer um. A “mãe social” é um título para uma coisa que já não fecha. Acho que impacta em toda estruturação que eles já não têm, um cuidado linear, uma figura que seja referência para eles, isso o tempo inteiro trocando, é uma equipe para um bando de casos, como que gerencia tudo isso? acho que eles ficam soltos [...] (P9)

Um dos casos foi do D. que segue internando. Perdi um pouco a estribeira, porque a gente percebe nitidamente que a saúde mental deles é prejudicada pelas questões que acontecem no abrigo e que não são protetivas. Eles são tirados da família para um espaço que é do poder público, esses adolescentes estão sob tutela do estado que diz “eu vou te cuidar”, mas isso não acontece. (P14)

Isso decorre do fato de a rede de cuidados aos adolescentes estar, historicamente, direcionada aos serviços educacionais e à assistência social. Conforme Oliveira (2018), muitas crianças e adolescentes têm sido afastados de suas famílias com a premissa de os genitores serem usuários de drogas. Isso entra em consonância com os retrocessos nas políticas de assistência social ocorridos, principalmente, no município de Porto Alegre: a própria instituição hospitalar tem tomado a iniciativa de realizar o acolhimento institucional compulsório de filhos de adolescentes e de mulheres em situação de rua²⁰.

De acordo com Oliveira (2018), o encaminhamento dos filhos aos abrigos residenciais tem sido efetivado, muitas vezes, de forma arbitrária, sem o direito de manifestação da genitora ou ao convívio dela com o recém-nascido durante a hospitalização ou mesmo sem que se dê a possibilidade de a guarda provisória ficar com a família. Com isso, agrava-se o processo já mencionado de transinstitucionalização, fadando a criança a permanecer no abrigo institucional ou casa lar até se adotada ou, como na maioria dos casos, a torna-se adolescente nesses espaços.

Diante disso, as práticas do CAPSi com os adolescentes institucionalizados são identificadas como “paliativas”, enquanto se constituem como atividade de resgate das questões básicas, relacionadas à carência de referências durante o desenvolvimento.

Não adianta eu querer dizer para ele “tu vais te adaptar”, porque ele não teve

²⁰Informação retirada da Audiência pública da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, realizada no dia 23/05/2018, sobre a retirada compulsória de filhos de mães em situação de vulnerabilidade social, prática que atinge, especialmente, mulheres em situação de rua e usuárias de drogas. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/agenciadenoticias/destaque/tabid/855/IdMateria/314116/Default.aspx>. Acesso em: 26 fev 2019.

o básico, então é trabalhar desde o básico, “o que tu queres para a tua vida, que sonhos tu tens, o que ainda precisa resgatares. Ele não teve esse apoio, quem é a referência. O que tu vais buscar é o fortalecimento deles. Às vezes a gente tenta estabelecer alguém do abrigo, uma pessoa que se busca parceria, a gente faz isso. Mas também é bem mais complicado, quando eles já estão a um passo para entrar no mundo do crime e da violência. (P7)

Os abrigos não estão cumprindo o papel que seria de espaço de proteção, alguns adolescentes estão sendo tirados de casa, porque não é um espaço protetivo e são colocados numa instituição em que se repete esse ciclo de abandono e de violência. Uma situação bem grave é a que a mãe do adolescente morreu há dois anos, e esses dias estávamos falando: “Vamos fazer uma lista então das tuas mães, quem foram as tuas mães sociais, as cuidadoras?” Fizemos uma lista que não tinha fim. A gente fica tentando levar para casa, dar conta inclusive da maternagem, mas não adianta fazer tudo, mas dá vontade. (P9)

Além disso, atenta-se para o dilema de trabalhar de forma integrada sem desconsiderar as opções do adolescente na condição de instituições com responsabilidades compartilhadas. Isso se evidencia, por exemplo, em situações de conflito destas com o abrigo/família nas quais a interferência da equipe pode levar a uma quebra do vínculo e da confiança e, assim, ao afastamento do adolescente, conforme o relato a seguir.

O adolescente estando em um lugar seguro, vai se acalmar, não vai psicotizar tanto, num ambiente organizado. A ideia que surge primeiro é de resolução, mas está bem se minimamente for acalmado. Um fato é interessante, na última vez que ele veio, ele estava fugido do abrigo, mas ele vem no CAPSi mesmo assim, e a gente fez uma condução não adequada, e ele não veio mais. Quebrou essa estrutura de segurança de confiança e de lugar diferente. A gente acabou agindo da mesma maneira que os outros lugares agem, e eles vão embora, e foi o que aconteceu, ele não voltou mais. Mas a gente trabalha em equipe, talvez quem não está no grupo, quem não vive com ele não entenda algumas conduções e acabam colocando os pés pelas mãos, mas a gente vai aprendendo. (P12).

Trata-se de um caso em que, pela falta de condições de moradia, Rafael (nome fictício) foi retirado da família e está institucionalizado. O rapaz, que vive uma trajetória de peregrinação nos abrigos residenciais, de tempos em tempos, acabava fugindo para voltar a morar com o pai. Apesar disso, continuava indo às atividades no CAPSi normalmente.

Entretanto, em uma dessas fugas, Rafael, que estava no CAPSi, solicitou vale transporte para voltar para casa. Diante disso, fez-se contato com o abrigo, que informou que o jovem estava evadido; por essa razão, foi feito um combinado de modo que o vale urbano seria disponibilizado mediante a confiança de que Rafael estaria voltando ao abrigo. Tudo isso foi feito por telefone na presença de Rafael, que

concordou. No entanto, o rapaz não mais voltou para o abrigo nem para o CAPSi.

Esse caso exemplifica o quanto as decisões são difíceis de serem tomadas pela equipe e quantos fatores estão envolvidos nessa condução; poderiam ter sido pensadas outras maneiras de combinar essa “volta ao abrigo”. A partir dessa situação, aclara-se o cuidado que deve ser dado para priorizar o vínculo e a confiança entre a equipe e o adolescente e a conexão e a integração interinstitucional com os abrigos, considerando a responsabilidade ética-legal, tendo em vista que se trata de um menor.

Outrossim, percebe-se que a institucionalização leva a um empobrecimento das experiências e das relações que são importantes de serem oportunizadas aos adolescentes (ter amigos, ir ao cinema, tocar um instrumento); assim, por vezes, o CAPSi busca suprir essa carência. Mas as práticas, que se constituem em atividades de convivência, poderiam ser realizadas no próprio abrigo, casa lar ou território. Isso leva aos seguintes questionamentos: quais são os limites das ações do CAPSi quando se mostram tão restritas aos adolescentes institucionalizados? Como construir esse cuidado?

Estamos diante da histórica institucionalização dessa população que, apesar de se apresentar com outras roupagens (não estando nos hospitais psiquiátricos), ainda sofre a exclusão, o estigma e a violência institucional. Desinstitucionalizar a adolescência, nesse caso, é urgente, mas exige investimentos em diferentes níveis e segmentos, como: identificação de demandas em saúde mental, em suas especialidades e graus de intervenção; estudos sobre os efeitos gerados pelo abrigamento em casas lares, afim de subsidiar a construção de práticas e de políticas que enfrentem esse desafio e que estabeleçam uma trajetória alternativa se possível.

5.2.1.5 Trabalho com a família

O contexto familiar também é considerado uma das dimensões do objeto de trabalho nas práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no CAPSi. Resulta do deslocamento de práticas, que impediam o convívio social e familiar do louco, para a valorização e a inclusão da família e de outras pessoas consideradas importantes pelo sujeito, no seu cuidado em saúde mental.

Teixeira (2013) aponta que as práticas voltadas às famílias são parte integrante da produção de cuidado em saúde mental; tornam-se ainda mais

pertinentes quando voltadas ao público adolescente, pois é na instância familiar que vive os maiores conflitos, sendo uma das instituições sociais que desempenha papel fundamental no seu desenvolvimento.

Tratando-se de um serviço que atende crianças e adolescentes, são identificadas diferenças no trabalho realizado com familiares entre esses dois grupos. Desse modo, identifica-se que o papel da família na vida do adolescente, assim como no seu tratamento e no seu acompanhamento no CAPSi, ocorre de maneira diferente: por estar no processo de desenvolvimento de sua própria autonomia e, por vezes, vem ao serviço sozinho, os familiares passam a realizar o acompanhamento a distância.

Os pais das crianças comparecem mais, até pela dependência deles, mas o momento que eles não estão bem, ou acham que o tratamento não é bom, isso influencia no tratamento da criança, eles somem, e a criança também. Já com o adolescente, esse tem uma certa autonomia, ele vem sozinho “então está sendo bem aproveitado, ok! O filho está indo”, tanto e os pais acabam não vindo, eles ligam para cá “fulano está na oficina? fulano apareceu para a consulta?” (P4)

Tem que puxar, as vezes é muito necessário, os pais e adolescentes para o CAPSi. Quando eu identifico um distanciamento muito grande, uma coisa realmente muito afastada, eu procuro trazer eles de volta, tentar aproximar. Eles têm um papel importante, têm que participar. (P5)

A família, quando tem um membro que precisa de cuidados em saúde mental, muitas vezes precisa se (re)organizar ou aprender novas habilidades para exercer o papel de cuidadora. Há dois momentos importantes no movimento da família para se tornar cuidadora em saúde mental: o primeiro está relacionado à desestruturação das suas atividades diárias; e o segundo é a possibilidade de visualizarem parcerias com os profissionais das equipes de saúde mental (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Todavia, famílias de adolescentes, geralmente, sofrem uma natural perda de contatos afetivos e o afastamento dos filhos, decorrente do problema de saúde mental mais diretamente ou, por vezes, em razão dos dissabores que a família passa a experimentar, como vergonha, cansaço ou frustração. As principais dificuldades encontradas em equipes de CAPSi abrangem conflitos familiares, dificuldades de relacionamento e estrutura familiar desorganizada e conturbada (TEIXEIRA, 2013; FERNANDES; MATSUKA, 2016).

Ao mesmo tempo em que a necessidade de inclusão da família é um consenso, identifica-se pouca adesão de pais de adolescentes às atividades no CAPSi.

Percebe-se que essa ausência está relacionada a algumas dificuldades de entendimento, por parte dos pais, da proposta do trabalho desenvolvido no serviço; a falta de credibilidade dada por eles no tratamento leva ao seu abandono e o retorno se dá somente quando os “problemas” começam a ressurgir; ademais, as rotinas e os horários de atendimento propostos pelo serviço não são compatíveis com as demais demandas/condições da vida dos pais. Um exemplo disso é a impossibilidade de os familiares estarem presentes no serviço por motivo de trabalho ou pelos limites relacionados ao transporte e ao deslocamento devido à falta de vale urbano (NE).

Tem pais que veem o CAPSi como uma escola, que vai educar o filho, tem outros que acham que o serviço vai curar o filho, tem outros que dizem “ah eles vêm só para jogar bola” por exemplo, eles não levam a sério, e muitos desses eles acabam voltando porque tu já notas que eles têm isso, eles vinculam por um tempo, e depois eles somem, aí passa um ano, aí claro os problemas começam acontecer novamente, ou cada vez maiores ficam, aí eles retornam. (P4)

O adolescente fica um pouco aquém no trabalho com a família e é complicado porque os pais patologizam muito questões da adolescência, às vezes tu tens que dizer: “Tá, mas isso qualquer adolescente”; Ah, porque ele faz tal coisa, o quarto está uma bagunça, porque está sujo, tem meia fedorenta, não sei o quê”, mas só um pouquinho, isso faz parte da adolescência. Ela quer colocar aquilo dentro do processo de adoecimento e aquilo é dentro de um processo de uma adolescência. Isso a gente vai conversar, mas às vezes eu acho que é uma confusão dos pais do que é patológico e o que é da doença e da adolescência, então acho que faltaria a gente ter um pouco mais os pais, mas os pais trabalham. (P11)

Algumas dessas dificuldades também são encontradas no relato de Teixeira (2013) sobre a rede de saúde mental infanto-juvenil na cidade de Niterói (Rio de Janeiro). Somam-se a essas a chegada de maneira desorganizada da família ao CAPSi ou apresentando não ter mais condições de permanecer/cuidar do filho, além da frequente demanda por soluções rápidas que não demandem envolvimento familiar.

O mesmo estudo elabora duas perguntas: Nos serviços havia propostas para atender os familiares de adolescentes? Como os profissionais olhavam para essa família de modo a incorporarem-nas na produção de cuidado? Como respostas, as questões envolvendo ouvir essas famílias, acolhê-las, o que oferecer, que tipo de abordagem iniciar elucidavam a ausência de direção comum e compartilhada sobre o atendimento à família nos serviços, bem como à concepção sobre o papel dela no tratamento dos jovens (TEIXEIRA, 2013).

Observa-se que o CAPSi estudado tem avançado na construção de práticas

para trabalhar melhor com familiares de adolescentes. Para a equipe, mesmo existindo a prática de realizar uma divisão de tarefas entre os profissionais – alguns trabalhando especificamente com os familiares/cuidadores e outros com os adolescentes –, no cotidiano, conversas e encontros são realizados entre todos os que atenderam o mesmo caso para discussão e compartilhamento de informações e de percepções.

Essa divisão, apesar de não ser o ideal, é uma estratégia organizacional da equipe para promover o atendimento a ambos os polos da relação, já que, num mesmo dia, estão presentes no CAPSi os adolescentes e seus familiares/cuidadores. Dessa forma, tendem a amenizar os efeitos do pouco ou ausente acompanhamento da família no serviço devido aos fatores já apresentados.

Outra estratégia utilizada é a prática de tentar compreender os processos familiares que ocorreram/ocorrem na família e que influenciaram/influenciam os adolescentes em determinados momentos e situações. Nessa direção, percebe-se que as intervenções correspondem à promoção de diálogo capaz de auxiliar família/cuidadores na reorganização das relações.

A questão com os pais ela é um grande elemento de trabalho para que eles possam suportar, deixar o filho crescer, porque isso é aterrorizante [...] toda essa questão de espaço para adolescência, que o CAPSi tenta responder de alguma maneira. (P3)

Para trabalhar com a família do adolescente tem chamado mais atenção o fato de que o que mais causa impacto na melhoria das relações e de cuidado familiar do adolescente, com os familiares é promover diálogo aberto. Vários dos atendimentos que eu tenho feito, tenho trabalhado os com adolescentes junto com os pais. Tem melhorado muito e eu noto que era falta de sentar e conversar, falta de dizer um para o outro “como eu penso, o que eu penso, estou agindo assim, mas tu tá entendendo de tal forma, não é isso que eu estou fazendo”, tanto de pais quanto de adolescentes. Na verdade, o trabalho tem sido, para mim, promover esse encontro. (P8)

A gente, geralmente, tenta contratualizar com a família que traga nos primeiros encontros. “Ah, mas eles sabem vir sozinhos”, eles dizem “Não, mas é importante que a senhora traga, nesses três...”. Não precisa botar compromisso que a família traga *forever*, para a família é pesado, tu ter que largar teu trabalho, vir no meio da tarde, como é que tu fazes isso? Aí então pactuar “quem sabe os quatro primeiros encontros” [...] (P11)

A pouca adesão também se deve à dificuldade que equipe sente de acreditar e apostar mais no potencial cuidador da família. Conforme Teixeira (2013, p.122) afirma: *só é possível extrair o melhor das famílias se acreditarmos que nelas existam recursos submersos.*

Outra preocupação está relacionada à necessidade de rever a organização do trabalho, que privilegia o atendimento a pais de adolescentes que estão em acompanhamento individual em detrimento daqueles cujos filhos estão em atividades coletivas, conforme relato a seguir.

A família de pacientes que estão em grupos, é pouco vista, acabam se vendo mais no grupo, os que estão individualmente acho que a família é vista esporadicamente [...] A gente até dá comprovante aqui, mas tem empresa que não aceita o comprovante então é entre a cruz e a caldeira, acho que a vida de pais de adolescentes com transtorno mental é dureza. Porque ou tu para de trabalhar e tu largas totalmente a tua vida para cuidar de um filho, e quem sustentas? (P11)

Há também a necessidade de ampliar e flexibilizar o acolhimento da demanda familiar. Isso significa que atender familiares/cuidadores nem sempre diz respeito a conversar, intervir em relação às demandas do adolescente, mas, sim, considerar os processos pelos quais os próprios pais e cuidadores passam, principalmente relacionados aos sentimentos de culpa, de cobrança e de sobrecarga emocional. Preocupa também a angústia e o sofrimento dos pais que vêm ao CAPSi buscar atendimento para os filhos adolescentes, mas cujos casos, após o período de avaliação, são considerados fora da alçada do CAPSi. Sobre isso, cabe a questão: o que se pode fazer em relação a isso?

A equipe se considera flexível com os casos que passam um longo período sem vir ao serviço/atendimento. Porém há o desafio de equilibrar essa flexibilização e tolerância a fim de corresponder à produtividade exigida pela instituição, da mesma forma que se faz necessário decidir sobre notificar ou não o abandono do tratamento, responsabilidade ética orientada pelo ECA.

A questão dos nossos horários, de atendimentos, de agenda por exemplo e daqui um pouco o paciente que começa a faltar muito tu tens que cobrar ele para vir mais, para ele comparecer ou para retomar o atendimento certo, mas eu reconheço com uma tolerância maior que em outros locais. Tu tens que estar atento, porque tu não pode deixar uma coisa atrapalhar a outra, então assim tu tens que cumprir, preencher a burocracia e entregar lá para eles o determinado número de atendimentos, mas tu tens que ter paciência com o paciente que está com dificuldade de chegar na tua frente. (P5)

Às vezes a família só quer o medicamento, e então está, vamos fazer redução de danos, pelo menos fica mantendo o vínculo, quem sabe outra coisa na rede nesse momento. Eu acho que é esse nosso papel, só que a gente tem que ter esse respeito, a gente quer impor. Tudo bem que a gente tem essa obrigação pelo ECA também, a gente vai notificar que tu abandonaste, a gente vai tentando negociar. Acho a gente bem flexível até, a gente deixa meio aberto, muitos casos que estão muito tempo sem vir, estão aberto ainda,

e o prontuário, e às vezes na correria do dia-a-dia fica no esquecimento do tempo, acontece. (P7)

Para Melman (2006), o atendimento a familiar deve ir se dirigir ao auxílio na desconstrução dos movimentos de culpabilização e na desmistificação das práticas que têm a cura ou a moral como base. Atenta-se para um cuidado à família que seja generalizado, mas que respeite e inclua as diferentes dinâmicas e culturas que a constituem.

Existe uma diversidade de abordagens possíveis que atentam para a importância de se considerar o contexto da família, a exemplo da sistêmica, que compreende um trabalho que considera e auxilia a resolução dos problemas difíceis pelo próprio entendimento dos contextos psicossociais da família (TEIXEIRA, 2013).

Dessa forma, percebe-se que a família dos adolescentes, como uma das dimensões do objeto de cuidado em saúde mental, torna-se importante pelo seu potencial de auxiliar esse cuidado, de estabelecer parceira da equipe e também de promover, nos momentos em que o adolescente não está no serviço, o devido suporte extraCAPSi. Além disso, as práticas junto à família ainda são um caminho a ser percorrido no serviço, acerca do cuidado a quem é também cuidador.

5.2.2 Características dos profissionais

Os profissionais avaliam que possuem certas características que favorecem o trabalho com adolescentes no CAPSi, por exemplo: abertura, disponibilidade, maleabilidade, coragem, capacidade de repensar e de questionar, agilidade, diversidade profissional, facilidade em se comunicar entre si e de construir coletivamente.

Nesse sentido, a abertura foi identificada como a possibilidade de o profissional/equipe mudar de opinião, de crescer, de se questionar, de aprender com o adolescente, para entender às circunstâncias, às condições de vida, pois a adolescência se modifica constantemente. Já a maleabilidade se trata da adequação da equipe para novas demandas, mas também como uma característica individual relacionada ao atendimento/abordagem oferecido/a aos adolescentes.

A equipe tem a ferramenta maior: essa abertura. Se tu queres trabalhar com adolescentes, se tu queres trabalhar num serviço como esse não pode ser muito rígido, tem que ser mais tolerante, poder quebrar um pouco alguns

paradigmas, padrões terapêuticos de atendimento. Não é um consultório bonitinho, em um ambulatório que o paciente entra e sai, [...] é poder conversar com o adolescente nos toquinhos ali na grama, porque aqui (consultório) é meio complicado para ele, tem que ter essa abertura. Os adolescentes percebem essas coisas, tu não podes ficar muito quadrado, senão tu não dás conta nem das crianças e muito menos dos adolescentes. (P5)

Outra questão fundamental é se questionar diante do que tu estás fazendo, do teu atendimento, das coisas que tu estás propondo, o que não está dando certo. A gente pensar nas oficinas para os próprios adolescentes: “Bah, não estão vindo.” Mas o que é? A falta de passagem, questão financeira, não tem quem traga, ele ainda não consegue circular sozinho, tudo bem. Mas tem algo que a gente tem que repensar e se perguntar: “Será que a minha oficina está sendo o bastante, está buscando?”. Acho que tudo isso, a equipe tem que estar madura, porque a gente está aqui num lugar diferenciado, num sentido de que somos especialistas e que é a nós que eles estão apostando uma melhora. (P13)

Outra importante característica está relacionada à diversidade profissional. Essa composição da equipe é apontada como fator que tem auxiliado na disposição para o trabalho com adolescentes. A equipe do CAPSi é composta por 19 profissionais, 17 destes atuam diretamente na assistência e dois são técnicos administrativos. São profissionais dos núcleos da enfermagem, terapia ocupacional, artes plásticas, psicologia, nutrição, serviço social, pedagogia, educação física e medicina.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o CAPSi deve funcionar com uma equipe mínima composta por 11 profissionais, seis com nível superior (médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; fonoaudiólogo; pedagogo ou outro profissional de nível superior, que integre a proposta do projeto terapêutico do serviço) e cinco com nível médio (técnico de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Diante disso, a equipe do CAPSi tem a composição adequada, tanto em relação à recomendação técnica para implementação do serviço quanto em relação às demandas de um serviço da Atenção Psicossocial. O termo adequado refere-se aos aspectos quantitativos e à diversificação dos profissionais (equipe multiprofissional).

Na saúde mental, a equipe multiprofissional se constitui como um conjunto de diferentes agentes, que podem operar processos de trabalho especializados e autônomos a partir de objetos, saberes e instrumentos próprios e distintos. A atuação dessa equipe pode proporcionar a socialização do saber, a confiança e a aprendizagem entre os profissionais em prol de projetos de intervenção mais

solidários em saúde mental. (VALENTINI; HARARI, 2001; OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

No entanto, Peduzzi (2001) atenta para o fato de que a característica multiprofissional da equipe, muitas vezes, não garante o cuidado interdisciplinar. Esse caráter pode, então, expressar tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as disciplinas e entre os agentes do trabalho. Isso significa que uma discrepância no número de profissionais – por exemplo, mais médicos em relação às outras profissões – pode influenciar a organização e o modo de se produzir cuidado.

Ressalta-se, dessa maneira, a importância de se considerar a capacitação especializada para trabalhar no campo de atuação como uma característica relevante para a organização do serviço e do trabalho. Na equipe do CAPSi, há 11 profissionais com algum curso de pós-graduação.

Apesar disso, é preciso considerar que a formação não garante a qualificação das práticas na direção da atenção psicossocial se não romper com o paradigma da psiquiatria tradicional. A pós-graduação em saúde mental, *Stricto Sensu* ou *Lato Sensu*, atualmente é um dos caminhos para o que Paulon e Oliveira (2018) propõem como uma formação para a RPB dirigida a um cuidar em liberdade. De acordo com Silveira e Viana (2010, p. 127), a especialização em saúde mental com base no modo psicossocial *rompe as práticas e teorias que sedimentaram uma relação de poder e assujeitamento do louco ao saber dominante da psiquiatria tradicional*.

Como se pode perceber, essa compreensão não se refere apenas à aquisição de habilidade ou de habilitação para a clínica ou para a atenção em saúde mental, mas visa ao aperfeiçoamento do sistema de Saúde, do trabalho em equipe, das redes de serviço, das linhas do cuidado, da atuação intersetorial. Dessa maneira, evidencia-se que a formação especializada para o campo da Atenção Psicossocial da infância e da adolescência ainda precisa de maior investimento e de fortalecimento nas instituições de ensino.

Outra característica a ser levada em consideração é a identificação de profissionais na equipe que têm “perfil” ou que têm maior afinidade para trabalhar com adolescentes.

Naturalmente, a equipe vai tendo uma certa caracterização não só dentro das especialidades, do trabalho multiprofissional que temos no CAPSi, mas também das afinidades. Tem grupos de colegas que trabalham e se sentem bem com crianças menores, outros que gostam de trabalhar com adolescentes. Outros que têm mais facilidade com as atividades em grupos, outros tem facilidade ou preferem trabalhar individualmente. Isso é bom, essa

diversidade, permite que a gente possa organizar os processos de trabalho mais tranquilamente. (P1)

Acho que tem perfis aqui dentro, dos profissionais, que se identificam mais para trabalhar ou não com adolescentes, mas todos de alguma forma já experienciaram esse trabalho. Teve momentos que a gente quis que todo mundo tivesse que fazer tudo, e a gente viu que não é por aí também. Não adianta querer botar uma pessoa que tem uma prática muito mais com a infância e consegue muito mais dialogar só com adolescentes. Então a gente procurou, na medida do possível, no decorrer do trabalho, ver o que cada um pode dar de melhor. (P7)

A identificação do profissional com o objeto de trabalho no CAPSi é um fator muito importante, tanto para a produção de cuidado do sujeito quanto para a satisfação com o fazer profissional. Corrobora essa perspectiva a discussão realizada por Merhy e Franco (2003) de que a produção da saúde também ocorre no espaço da micropolítica da organização dos processos de trabalho, o que compreende aspectos do lugar e das relações que fazem com que os profissionais pensem e atuem de maneira implicada, individualmente e coletivamente, de acordo com os projetos que constroem e que defendem. Campos (2001) elucida que é necessário considerar os aspectos subjetivos dos trabalhadores nos serviços de saúde porque podem contribuir para o (re)pensar o papel de cada profissional como apoiador da equipe.

No entanto, salienta-se que ter o “perfil” ou afinidade não deve ser o único parâmetro para determinar quem atende ou não adolescentes. Essa decisão deve ser mais fluida, promovendo a desconstrução da regra “quem atende adolescente e quem atende criança”, identificada como barreira entre os profissionais que consideram importante atender a ambos.

Uma coisa que a gente poderia também desfazer um pouco essas fronteiras, barreiras entre quem atende criança e quem atende adolescente e poder também pensar mais a questão também de encaminhar a equipe. Acho que quando alguém vê fazendo bem alguma coisa, a pessoa quer seguir fazendo aquilo, mas ao mesmo tempo também, acho que quando a gente se foca em alguma coisa muito específica, a gente perde o contexto do todo. Foi essa avaliação que eu fiz para mim mesma: “Bah, estou com muita criança pequena, preciso também voltar um pouco para o adolescente”. Que o adolescente tem um potencial que eu poderia atender, mas estou com dificuldade para entrar. (P11)

São públicos bem diferentes, e tem a questão de “*ter um perfil*”, para trabalhar com a criança, e com os adolescentes, vejo bem isso aqui nos profissionais. Tem profissional que atende super bem os adolescentes, que faz as oficinas, que às vezes eu fico olhando e digo “Bah, que legal, eu não ia pensar nisso”, e a tua batida para os menores é diferente. Mas acho que não deveria ter, trabalhar com um dos dois públicos, eu trabalharia com adolescentes de manhã. (P15)

Diante disso, sugere-se a construção de práticas que oportunizem, de maneira geral, a todos os profissionais da equipe o trabalho com adolescentes, sem que se estabeleçam preconceitos e/ou barreiras que impeçam a atuação de profissionais que “não têm perfil”. Dependendo da situação, como relatado, não se trata de não querer trabalhar, mas de dificuldades individuais, como medo, insegurança, frustração.

As dificuldades de ordem subjetiva do profissional, como não se considerar preparado por não ter formação em saúde mental, também aparecem como aspecto que impacta a prática de avaliação do adolescente para o ingresso no CAPSi. A avaliação é realizada, geralmente, por mais de um profissional por meio de encontros sistematizados com o adolescente e com sua/seus família/cuidadores, individualmente e em grupo. Alguns especialistas sentem uma maior dificuldade em realizar essa atividade, mas ponderam que a equipe vem dando suporte nessa atividade, ajudando na construção de formulários que orientam a avaliação.

Nesses casos, uma prática em e como equipe de CAPSi pode auxiliar no desenvolvimento e no aperfeiçoamento de capacidades e de habilidades para trabalhar com os adolescentes, compartilhando coletivamente inexperiências e experiências. Essa prática em e como equipe também é aprofundada, com outra ênfase, na subcategoria a seguir.

5.2.3 Movimento de uniformização e autonomia da equipe

A necessidade de uniformização do trabalho é outra questão ressaltada na avaliação em relação às características e à organização da equipe do CAPSi, contanto que permita autonomia dos profissionais e das miniequipes.

Para o grupo de interesse, essa uniformização é entendida como o estabelecimento de um fluxo de comunicação e a construção de uma configuração na equipe que atenda à demanda dos adolescentes. Aponta-se uma uniformização da equipe a partir das diretrizes teóricas e práticas do trabalho com adolescentes, capaz de auxiliar a tomada de decisão, incluindo alternativas existentes para cada caso.

Apesar de a constituição como equipe estar bem amadurecida, destaca-se a necessidade de avançar na construção de uma unidade conceitual de trabalho no CAPSi que auxilie a forma de trabalhar com e em equipe, mesmo estando em miniequipes e em turnos diferentes.

A equipe oscila muito durante o dia, uma pessoa chega, outra sai, então nem sempre quando as coisas acontecem, a gente está com uma equipe bem preparada para atender um caso as vezes tem dois profissionais, três profissionais [...] (P5)

A gente vê nitidamente que as miniequipes têm maneiras de trabalhar diferente, e isso dificulta uma unidade. Cada um traz a sua perspectiva, linhas de ideia, do que acredita de conceito, e a gente não consegue ter uma unidade de equipe nesse sentido. Uma unidade conceitual para trabalhar a gente dialoga, as vezes combina coisas ou modifica fluxos, que a gente não faz, porque a gente está enraizado. (P6)

O atendimento aos adolescentes acontece mais no turno da tarde e eu não participo diretamente com os adolescentes [...] de manhã tem o grupo dos cuidadores das crianças, e de tarde, eu não sei, tem um grupo, não sei como ele funciona, como está. É estranho te ouvindo falar e me dando conta como é estranho que de manhã funciona e eu participo mais de manhã, e “Nossa, quanta coisa acontece e eu não estou inserida, não participo e parece dois CAPS”. (P15)

Na busca pela unidade conceitual, ressaltam-se duas preocupações consideradas importantes pela equipe. A primeira corresponde à necessidade de se constituir uma unidade sensível o bastante para não se sobrepor às subjetividades do adolescente no movimento de enunciação e de sua interrelação com os conhecimentos predeterminados de cada profissão. Essa postura resulta de situações delicadas já vivenciadas no CAPSi, em que os “saberes” de cada disciplina/profissão se sobrepuseram. Já a segunda diz respeito consiste no cuidado para que a busca da unidade conceitual e de fluxos não imobilize as ações.

Ambas as preocupações estão representadas nos relatos.

Apesar das nossas diferenças de concepção, criamos um certo saber de equipe [...] Acho que a gente não pode tamponar o subjetivo, tu tens que estar na escuta do adolescente, porque senão facilmente o educativo retira o lugar de enunciação, que é um lugar possível que o adolescente vai se enunciar. Já existir um saber compartilhado, tem minimizado esse efeito que era maior antes. Então tem sido uma coisa muito legal na unificação de uma linguagem, o saber que não precisa ser brigado, com o “aí não, é o meu, não é o teu”. (P3)

O exemplo da ambiência, a gente discute ambiência e agora se criou um novo processo que é a convivência. “E aí qual é o conceito? O que é que a gente pensa em cada espaço?” A gente não consegue implementar, porque? Porque fica muito fechado numa convicção conceitual. Identifica-se a demanda, que precisa ter esses espaços, mas a gente não indica, ou só permite que essas pessoas utilizem esses espaços com indicação, e não indica. (P6)

O aspecto conceitual e a constituição de sua unidade dentro do trabalho de uma equipe de CAPSi podem estar relacionados ao desenvolvimento da capacidade

de operar autorreorganizando, dentro do seu espaço, concepções e resultados esperados (Projeto Terapêutico).

De acordo com Oliveira e Alessi (2005, p.184), *às práticas de trabalho nas equipes de saúde mental, correspondem saberes que as legitimam*. Desse modo, a construção e a sustentação de um arcabouço teórico e de práticas terapêuticas é um fundamento considerado básico para a transformação do modelo assistencial na lógica do modo psicossocial. Para isso, as equipes de saúde mental são convocadas a ressignificar o cuidado e a considerar a complexidade do objeto de trabalho.

Isso traz implicações quanto à necessidade de disponibilidade técnica, ética e política dos profissionais para a construção do Projeto Terapêutico do serviço, de forma participativa e democrática, incluindo as competências específicas de cada um num trabalho multiprofissional e interdisciplinar de assistência (OLIVEIRA; SILVA, 2000). Além disso, aponta para a importância e para a necessidade de maior interlocução entre os membros da equipe. Essa necessidade decorre, por exemplo, da divisão em três miniequipes, prática que oportuniza espaço de debate, mas que pode levar à limitação das discussões dos casos em virtude de nem todos os profissionais que atendem determinado adolescente fazerem parte do mesmo grupo.

Outro exemplo de necessidade de maior interlocução é a coleta de informações dos adolescentes. Isso porque as informações relativas história pregressa e atual, incluindo as estruturas familiares e a rede de apoio, precisam ser acessadas por todos, visto a importância disso no processo de compreensão, de acompanhamento, de avaliação dos casos e de construção do projeto terapêutico singular.

Peduzzi (2001) considera que a comunicação entre os profissionais corresponde ao denominador comum do trabalho em equipe, e que isso se manifesta de três formas: externa ao trabalho, de caráter pessoal e de dimensão intrínseca do trabalho em equipe. A primeira representa um padrão restrito de comunicação baseado somente na técnica e no campo específico; a segunda, uma dimensão das relações pessoais e de amizade. Sendo assim, a comunicação opera na sobreposição das dimensões, ora pessoal ora técnica.

A última forma é a que corresponde a uma maior interlocução entre a equipe, pois a comunicação estabelecida é produto de uma elaboração conjunta de linguagens, objetivos, propostas em comum, que repercute num projeto assistencial comum. Trata-se da perspectiva caracterizada por *decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas, compartilhando dúvidas [...] demanda trabalho em*

equipe e um agir-comunicativo (CAMPOS, 1997, p.11).

O fato de a uniformização e de sua relação com a autonomia ter tido relevância para o grupo de interesse pode estar correspondendo ao desejo de construir caminhos alternativos aos já utilizados nesses oito anos de serviço. Isso significa criar caminhos capazes de orientar e de promover melhorias nas práticas psicossociais voltadas aos adolescentes, inclusive dando lugar à autonomia dos envolvidos e das miniequipes e valorizando-a em experiências positivas de produção de cuidado, a serem descobertas e compartilhadas com a equipe no geral. A melhoria da comunicação, portanto, tem circulado como um dos primeiros passos na busca desse marco no serviço.

5.2.4 Papéis e lugares dos profissionais na equipe

O trabalho interprofissional é considerado imprescindível nas práticas do CAPSi com os adolescentes, como já apontado. Ele favorece a interdisciplinaridade, promovendo um cuidado plural mediante interação que conecta núcleos/disciplinas, profissionais, aspectos da vida do sujeito e práticas assistenciais visando à integralidade do cuidado, em contraposição àquelas reducionistas do modo asilar (VASCONCELLOS, 2010).

Compreende-se como núcleo/disciplina o conjunto de diferentes profissões e disciplinas que compõem o trabalho no campo da Atenção Psicossocial; por exemplo, pode-se ter uma enfermeira (núcleo profissional) que atua, predominantemente, a partir de uma visão disciplinar, mas cujas práticas estão pautadas na psiquiatria (disciplina). Há também a atuação interdisciplinar, que evoca conhecimentos teóricos e práticos também de outras disciplinas (antropologia, sociologia, psicologia, epidemiologia).

O ingresso de profissionais com perfil de trabalho interdisciplinar foi percebido como uma mudança muito importante na direção de repensar a cultura do CAPSi, fortalecendo a acolhida em detrimento da classificação. Isso também é evidenciado no desejo de ampliar as atividades conjuntas realizadas com outros profissionais, uma alternativa à realização de consultas tradicionais somente, além de forma de estar junto ao adolescente fora das quatro paredes.

Nosso percurso como o deles vem do fazer, estar praticando, tem que estar

do lado, tem que ir num parque de skate, mas a gente não utiliza aquele espaço. Tem que aprender mais, intuitivamente, estudar mais essa nova linguagem, por exemplo, anime, a cultura oriental, que entrou muito forte, muitos deles adoram essas coisas. (P1)

A gente acaba priorizando essa questão individual em detrimento dos grupos. Se eu pudesse trabalhar metade da minha carga horária com grupo, certamente eu faria é muito rico. Ano que vem quando tiver o planejamento de novo, certamente vou entrar para algum grupo ou bolar alguma ideia para ter isso, isso é muito importante. (P10)

Nesse sentido, depara-se com a discussão realizada por Oliveira e Alessi (2005) sobre a normatividade do saber e da prática do médico e sua centralidade nas condutas de outros profissionais, o que se configura num desafio na transição de modelos de cuidado em saúde mental. Em contrapartida, isso não significa que o trabalho interdisciplinar na Atenção Psicossocial deve desconsiderar as especificidades de cada núcleo de atuação; requer uma equipe multiprofissional utilizando exatamente a diferença e a heterogeneidade para que visões e ênfases diferentes contribuam complementarmente para a melhoria dos serviços.

Parte da transformação do modelo requer, para além de mudanças físicas e dos tratamentos, modificação das atitudes da equipe. O modo asilar é pautado na soberania do saber médico, de acordo com as hierarquias e tradicionalidades, com enfoque biomédico, de controle, rotinas e ordem. Já o modo psicossocial envolve um cuidado equilibrado, sendo a equipe composta por todos os núcleos, com maior grau de autonomia de cada profissional dentro da equipe multidisciplinar (COSTA-ROSA, 2012; THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Logo, é nítido que o movimento dos profissionais para “inovarem” suas práticas pode possibilitar uma abertura necessária para o engajamento da equipe na perspectiva de que as práticas no CAPSi sejam combinações entre as intervenções farmacológicas, psicológicas e sociais, resultantes da soma entre as disciplinas/núcleos que compõem a equipe, ampliando o seu escopo de ação.

Contudo, para a equipe, há a necessidade de observar alguns aspectos relacionados aos papéis e às atribuições dos profissionais. Atenta-se para uma perspectiva de produção de saúde que vise ao compartilhamento e à integração das ações. Desse modo, por exemplo, práticas de reinserção social não devem ser atribuição somente das assistentes sociais, assim como o atendimento às situações de crise, apesar de terem centralidade na equipe médica e de enfermagem, não deve ser compreendido como sendo alçada somente desses profissionais.

O que ocorre é que o trabalho interdisciplinar tem sido entendido como colocar num mesmo serviço diferentes profissionais de núcleos distintos para atuarem juntos, entretanto isso não basta. Vasconcellos (2010) afirma que a presença da diversidade de saberes exige uma composição organizacional apta a lidar com os problemas que também advém dessa pluralidade, como, por exemplo, o movimento de “demarcação de fronteiras”. O estabelecimento ou a demarcação de fronteiras no trabalho da equipe, conforme Thornicroft e Tansella, (2010), são as condições de contorno, como a definição de objetivos e de metas da equipe; o público-alvo das ações, dos limites e das obrigações da equipe; o quanto esta pretende substituir as práticas por outros componentes.

No processo avaliativo, são identificadas a cristalização de certas hierarquias estabelecidas em relação aos técnicos de enfermagem, o que tem repercussão nas suas possibilidades (ou não) de desenvolverem determinadas atividades e de participarem de determinados espaços (reuniões). A retirada²¹ de algumas atividades dos técnicos de enfermagem modificou a estrutura delas, assim como dos atendimentos no CAPSi, uma vez que esses deixaram de atuar como referência e assumiram integralmente a prática do acolhimento. Diante disso, os técnicos de enfermagem ficaram sem definição clara da identidade e dos papéis junto à equipe. Atualmente, os espaços de sua participação e sua autonomia são avaliados como restritos, embora exista o desejo de uma maior inserção nas atividades.

[...] surgiu a função do acolhimento, que não poderia ser uma avaliação, e também não poderia ser uma triagem, [...] e ficou imputado que seria os técnicos de enfermagem que fariam os acolhimentos. Na verdade, quando tiraram tudo (dos técnicos) foi estranho, porque tivemos problemas aqui internos, porque imagina cada um com 15, 20 referenciados, e teve que passar para outros técnicos, que eles também estavam com esse número ou para mais, então foi punk. (P4)

[...] foi feito um levantamento no núcleo de enfermagem, conversado e ficou entendido que eu não precisaria participar da miniequipe mas ficou também um combinado em reunião de equipe, que se houvesse um caso ou se alguém precisasse fazer uma avaliação, eu me coloquei nesse lugar, nesse desejo, nessa vontade, porque eu sinto falta de fazer, participar [...] por algumas vezes eu trouxe, eu quero, estou disponível, tenho horários e tal, só me chamar. Acho que por eu não estar em uma mini ou não ser de uma mini

²¹O Conselho Regional de Enfermagem visitou o CAPSi e reformulou as atribuições do técnico de enfermagem na saúde mental, retirando todas as ações diretas com pacientes, sem a supervisão do enfermeiro. Diante disso, os técnicos de enfermagem não puderam ser mais técnicos de referência de pacientes nem desenvolver atividades sem ter algum profissional de ensino superior acompanhando-os. Essa medida instigou a construção do estatuto/regimento da enfermagem dentro do CAPSi, o qual foi aprovado pela gerência do GHC e pelo COREN-RS (DC).

determinada, a equipe esquece. Eles esquecem que estou disponível e que eu quero, então acabou que eu não fiquei muito insistindo, porque acaba trazendo mais o contato com os pacientes, mas era uma coisa que eu pautei que queria participar. (P15)

Peduzzi (2001) atenta para o fato de que as diferenças entre os profissionais acerca dos núcleos de competência e saber tendem a consolidar relações desiguais e de subordinação, visualizadas tanto nos discursos quanto na divisão do trabalho nos serviços. Isso significa que, em alguns momentos, há a constituição de uma hierarquia das profissões, em que alguns podem fazer determinadas coisas, e outros não.

Essa lógica de trabalho remete ao modelo biomédico e, com isso, ao modo asilar na saúde mental, como pano de fundo das práticas que resultam dessa divisão. Para Costa-Rosa (2012), a proposição do modo asilar, ao ver a psicose como doença, deixa o cuidado estritamente à psiquiatria e, em segundo plano, os saberes e as ações dos profissionais considerados não-médicos, que podem ser incluídos como considerações acessórias.

A configuração de divisão do trabalho em saúde mental também pode ser encontrada no estudo de Wetzel (2005), no qual há as divisões entre técnicos & pessoal de apoio, técnicos da saúde & técnicos de outras áreas e profissionais novos & antigos. A primeira se baseia no grau de formação; a segunda, nas categorias profissionais; e a terceira, no tempo de serviço no CAPS. Todas as divisões estabelecidas na equipe vão de encontro à perspectiva do modo psicossocial de trabalho interdisciplinar.

Peduzzi (2001) e Wetzel (2005) corroboram essa afirmação, evidenciando que o trabalho interdisciplinar ou não é problematizado ou o é pouco, atentando para o fato de que sua operacionalização é desafiadora. A interdisciplinaridade, para Vasconcellos (2010), possibilita que os profissionais se integrem e interajam entre si, de maneira a construir diálogos entre as práticas para identificação do objeto de trabalho comum e também para constituição de uma configuração horizontal de relações entre os saberes e as profissões.

Dessa forma, Oliveira, Alessi (2005) e Wetzel (2005) apontam como sugestões a construção de práticas que interroguem as hierarquias, as competências de cada profissional, que se constituem dentro de sua especificidade técnica, mas também em relação aos demais. Atenta-se, ademais, para a importância de espaços para realização de autocrítica pela equipe, mas também dos mecanismos que surgem e

que atravessam o processo de trabalho e que podem disparar movimentos, entre os profissionais, de não-pertencimento, de solidão e de isolamento em relação à equipe.

Além disso, as iniciativas que visam integrar a equipe, prestigiando principalmente os técnicos de enfermagem, são necessárias, na direção de sua unidade, tendo em vista que o pertencimento dos membros se faz importante para o profissional visto como agente das práticas e do trabalho que executam.

Nesse sentido, um ponto avaliado como favorável à retomada de autonomia dos técnicos supramencionados foi a criação do núcleo de enfermagem, no qual o papel da coordenação foi fundamental.

Os técnicos de enfermagem ficaram no limbo, a equipe olhava, “mas fazendo nada?”, “mas eles não podem fazer” e foi na época que a coordenação foi muito importante, porque foi montado o núcleo de enfermagem que até então não tinha. Se conversava, mas nada era registrado, não existia. O estatuto da enfermagem foi montado dentro do CAPSi, junto com a coordenação, e foi dado um lugar aos técnicos, que conquistaram novamente o espaço no serviço. (P4)

O núcleo de enfermagem é uma reunião realizada todas as sextas-feiras, das 8h às 9h30, e é composto por dois técnicos de enfermagem, duas enfermeiras e residentes e estagiários de enfermagem quando estão no serviço. A reunião e o núcleo foram pensados com o objetivo de discutir e refletir sobre as práticas de enfermagem no CAPSi, a partir da demanda de adequar e orientar melhor a atuação dos técnicos de enfermagem.

Não obstante, atenta-se que é necessária cautela sobre a construção de núcleos disciplinares, pois, ao mesmo tempo que o núcleo de enfermagem se constitui um espaço de pertencimento para os técnicos de enfermagem, pode fortalecer articulações corporativas em detrimento da noção de equipe.

No entanto, durante o processo avaliativo, a participação da pesquisadora nas reuniões possibilitou perceber que, mesmo se tratando de um núcleo da enfermagem, existe a busca de interagir com os demais profissionais, principalmente da medicina, como espaço de avaliação e de capacitação das práticas, conforme o fragmento do diário de campo a seguir.

Participo da reunião do núcleo de enfermagem, em que se discutiu o atendimento ao adolescente E. que apresentou agitação psicomotora durante a atividade. Foi identificada a necessidade de se reunir com a equipe médica, para conversar sobre a capacitação e criação de protocolo para o atendimento à crise, checagem dos medicamentos disponíveis no CAPSi e

inclusão de outros. A reunião entre enfermagem e medicina ocorreu na quarta-feira, e estavam presentes os três psiquiatras e todos da equipe de enfermagem. Ocorreu a conversa sobre os temas apresentados, além disso todos concordaram em realizar tal reunião sistematicamente, visando a discussão sobre as práticas da clínica no CAPSi, terapias medicamentosas, atendimento de crise, primeiros socorros com adolescentes e crianças, e a capacitação para aos demais da equipe. (DC)

Outro ponto ressaltado como facilitador de práticas voltadas a adolescentes é a visão do serviço como campo de formação em que a presença de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do GHC é enxergada como algo positivo, na medida em que sua presença percebida como auxílio em relação à atualização da equipe do CAPSi, (NE), pois esses trazem um olhar ainda não naturalizado das práticas ali desenvolvidas, permitindo questionamentos e críticas que revigoram o serviço e inovam o olhar sob às práticas. Esse ponto, apesar de não ter surgido no decorrer da aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético, foi proposto na etapa da negociação pelas residentes, que, apesar de não terem sido entrevistadas, foram convidadas a participar dessa etapa pela equipe.

Nessa direção, as trocas realizadas entre residentes e profissionais na discussão de novos sentidos, concepções, práticas e saberes atualizam o serviço. Pontua-se, também, que o fato de a faixa etária dos residentes ser mais próxima à dos adolescentes favorece a aproximação com destes com esse grupo trabalho. Isso parece se dar tanto pela relação com as atividades físicas que exigem mais como pelo fato de que a barreira geracional não se estabelece de forma tão intensa. Isso tem favorecido o processo de identificação dos adolescentes com a equipe e a percepção destes do CAPSi como lugar de cuidado, o que é evidenciado, por exemplo, pela utilização das mesmas linguagens (*facebook*, músicas, jogos), as quais nem todos os profissionais conhecem.

A coordenação do serviço também foi avaliada, sendo ressaltada a importância de seu papel na identificação e na superação dos conflitos internos. Ficou demonstrada sua sensibilidade e o suporte dado nesse sentido nos últimos três anos.

Dito isso, é preciso destacar que a Atenção Psicossocial corresponde a um conjunto de práticas à espera de uma teoria. Isso significa, para Oliveira e Alessi (2005), que a implementação e o fortalecimento de um modelo de práticas em saúde mental implicam necessariamente o surgimento de situações de conflito, de ambivalências e de inseguranças.

Na perspectiva do funcionamento da equipe como um grupo operativo, que tem

como tarefa principal cuidar da saúde mental de adolescentes, a relação dos profissionais com a tarefa é o que gera conhecimento e, por si, a teoria. Para isso, a equipe promove trocas e papéis, muitas vezes, de acordo com suas características pessoais (PICHON-RIVIÈRE, 2014).

Nesse cenário, o coordenador desempenha o papel de conduzir o grupo para realizar a tarefa a partir de uma relação cooperativa entre seus integrantes. Na saúde mental, especificamente, espera-se que a coordenação conheça e entenda o SUS e que tenha compromisso ético-político com o movimento da RPB. Atribuem-se ao coordenador as competências de ouvir e de detectar problemas na equipe que causem desvio da tarefa, assim como momentos de autocuidado com a equipe (CAMPOS, 2004; PICHON-RIVIÈRE, 2014).

O coordenador pode se aproximar do que Thornicroft e Tansella (2010) consideram como alguém disponível e treinado, possuidor das habilidades necessárias para oferecer intervenções adicionais de conhecimento e de métodos, em geral, na equipe da qual faz parte. Uma das intervenções possíveis é a própria avaliação do serviço frente à demanda a ser atendida, ao planejamento das ações e ao que foi executado. Também são importantes ações e características da coordenação como: promover clareza sobre as principais prioridades da equipe e sobre os papéis de cada profissional; construir protocolos claros; desenvolver políticas operacionais, como, por exemplo, o estabelecimento de técnico de referência do usuário e dos fluxos para outros serviços; favorecer métodos de engajamento dos usuários e familiares no serviço; favorecer o trabalho interdisciplinar; promover desenvolvimento contínuo dos profissionais e um ambiente favorável para instigar a equipe a melhorar as práticas no serviço.

Diante disso, percebe-se que a coordenação organizou o modo de trabalho no CAPSi a partir da transparência dos processos e das decisões, tanto de responsabilidade do coletivo quanto da coordenação. A aposta nas ideias e nos desejos da equipe também é ressaltado como prática positiva e necessária.

A gestão atual foi de uma pacificação aqui dentro, isso teve muito a ver com a coordenação, muito responsável ao mesmo tempo muito democrática, muito de ouvir, mas também se tem que se firmar, se firma e faz essa parceria com fora com uma apropriação. (P3)

[...] acho que indiscutivelmente um coordenador sempre influencia o modo de trabalhar, não pelo que ele pede ou organiza, ou o que ele diz fazer, é pelo modo que ele resolve as coisas. E eu acho que essa coordenação teve

algumas características que eu acho que foi imprescindível para isso, foi muito transparente para todos os processos do CAPSi, ela sempre trouxe muito claramente o que a gente ia se responsabilizar enquanto coletivo e o que ela ia decidir sozinha porque não havia tempo [...] Ela aposta de uma forma ingênua incondicionalmente para uma melhora das coisas. (P8)

Portanto, a partir do movimento da RPB e do modo psicossocial, o que também se constitui é a busca de estabelecer uma relação profissional diferente. Não obstante, a mudança de modelos de produção de cuidado exige orientação e constituição de equipe, além de manutenção e reorientação constantes de suas práticas dentro de um serviço de saúde mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

No CAPSi, os papéis e os lugares assumidos pelos profissionais podem possibilitar uma organização do trabalho em equipe e das práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes. Os papéis na equipe se destacam por não serem definitivos nem constantes, o que fortalece a perspectiva das práticas orientadas à solução dos problemas e à tomada de decisão de maneira coletiva, solidária e compartilhada entre os profissionais.

5.2.5 Supervisão

A equipe considera que o diálogo com os colegas ajuda, mas que há necessidade da supervisão institucional. Esta é um terceiro olhar que atenta para o movimento de pensar, não só no sentido do aprimoramento, mas de estratégia para a construção de formas de trabalhar, de refletir e de avaliar o serviço e seus resultados no cuidado em saúde mental de adolescentes:

Sempre tive supervisão desde que entrei no CAPS II, isso para mim é fundamental, para acompanhar um caso, porque é um terceiro olhar, que te faz pensar. Não é só aprimoramento, é alguma coisa que possa te dar um bom retorno, tu pensar “Bah, isso está difícil, por onde eu vou?” [...] a supervisão é o fundamental tanto para o espaço CAPSi, porque como é importante tu dividir, pensar outra estratégia, de que forma. O diálogo com os colegas ajuda, mas tem horas que uma supervisão institucional seria fantástica. (P13)

A supervisão na saúde mental é caracterizada como o trabalho de um profissional da saúde com experiência teórica e prática, externo ao CAPS, trabalhando de maneira a assessorar, discutir e acompanhar o trabalho da equipe, conforme o projeto terapêutico do serviço e as questões institucionais e de gestão do CAPS

(BRASIL, 2005b).

A presença de uma supervisão é uma estratégia adotada em alguns locais por demanda da própria equipe e os recursos articulatórios utilizados são, normalmente, a apresentação de casos e a leitura de textos, além das discussões a partir da visão do supervisor. Aponta-se que a discussão em grupo com um supervisor possibilita maior envolvimento da equipe, que identifica o evento como potente momento para lidar com seus conhecimentos e inseguranças sem julgamento pelos demais (LABOSQUE, 1997).

Dessa forma, a supervisão pode pertencer às práticas de gestão necessárias ao CAPSi, na direção da criação de espaços para a discussão entre os profissionais e do compartilhamento de dúvidas, preocupações, ansiedades e incertezas. Assim, são adotadas práticas que fortaleçam a equipe na transformação dessas questões em processos de aprendizagem e de adaptação ativa à realidade.

5.2.6 Prazer e sofrimento no trabalho com os adolescentes

Nesta subcategoria apresentam-se as percepções e os sentimentos dos profissionais relacionados a trabalhar nesse serviço, nessa equipe e a lidarem com as adolescências. O trabalho como fonte de prazer na saúde mental pode ser identificado pelas manifestações dos usuários, pela sensação da tarefa realizada e pelas parcerias estabelecidas na realização e na organização do serviço (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Merhy (2007) sustenta que sensação de prazer com o trabalho pode resultar do encontro e da construção de uma relação com o próprio usuário, em que se está produzindo saúde, inclusive em contextos turbulentos e hostis a isso, como o que é vivenciado no momento desta pesquisa. Para Glanzner, Olshowsky e Kantorski (2011), o prazer no trabalho ainda se relaciona com a possibilidade de se construir um cuidado individualizado para os usuários, de acordo com suas características e necessidades, e pelo fortalecimento da identidade e da autonomia do trabalhador ao ter liberdade para planejar o seu modo operatório.

Nessa direção, apesar dos retrocessos em andamento nas políticas e governos, a equipe se considera satisfeita por optar por trabalhar em um CAPSi e na equipe do Pandorga. Os principais fatores de satisfação são o trabalho interdisciplinar e o trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes. Trabalhar com estes

mostra-se algo motivador em comparação com o atendimento ao público adulto. Logo, o prazer do trabalho no CAPSi está, frequentemente, relacionado à sensação de tarefa realizada e devido à equipe conseguir vislumbrar as transformações das realidades para o futuro dos jovens a partir do trabalho que realiza.

Uma das qualidades que eu vejo dessa equipe aqui, é a questão multidisciplinar que eu acho maravilhosa, não somos rígidos, sabe, não é uma coisa tipo “ah não, não existe a chance de não atender tal perfil” não, a gente se adapta. (P5)

Eu gosto muito de trabalhar aqui, apesar de estar há bastante tempo, tiveram momentos que eu tive vontade sair, mas acho que o mais importante é que a gente tem conflitos internos, pensamentos diferentes, mas acho que mesmo assim a gente consegue. Eu já trabalhei em outros lugares que “é isso, tem que fazer isso e deu”. Aqui a gente tem liberdade para fazer aquilo que a gente acredita. (P7)

De maneira geral, acho que a gente faz um grande trabalho, um trabalho fundamental justamente é na infância e na adolescência em que o indivíduo se estrutura, o cérebro amadurece nesses primeiros vinte e poucos anos de vida e nós atuamos nesta fase em que há coisas para serem feitas para que as dificuldades não se cristalizem na vida adulta, então nós fazemos um trabalho fundamental de maneira geral, um trabalho bem feito. (P10)

O CAPSi faz um ponto na vida, faz uma marca na vida de um adolescente tu vê um crescimento, um desenvolvimento, o profissional dá um respiro. Tu atuar na redução de danos o tempo inteiro é lastimável, é deprimente, apesar de achar que atendo pouco adolescentes, ainda assim me dá um refúgio, pela condição de poder ter essa plasticidade. (P11)

Por outro lado, o CAPSi também se caracteriza pelo trabalho contínuo, que muitas vezes promove cansaço e desgaste, pois lida com o sofrimento do outro somado às situações de vulnerabilidade. Os profissionais, muitas vezes, sentem-se impotentes para modificar a realidade do adolescente ou para fazer com que isso ocorra de maneira rápida.

Há a preocupação de alguns membros do CAPSi de buscar um equilíbrio entre implicar-se mais em suas relações e ações e, ao mesmo tempo, ter momentos mais distantes do “embate”, uma estratégia de proteção e de fortalecimento individual.

Diante disso, a equipe do Pandorga considera que tem conseguido administrar bem esses sentimentos de impotência. Mas julga necessário conseguir compartilhá-los para que consiga absorvê-los também. A criação de espaços de cuidado e atenção aos profissionais, como o Oráculo²², é algo pensado para o

²²O Oráculo é o nome dado por um dos psiquiatras para o lanche coletivo realizado todas as sextas-feiras à tarde, após os atendimentos, com o objetivo de incentivar o trabalho dos profissionais

fortalecimento e a construção da confiança dos sujeitos como equipe.

Hoje quando alguém para discutir alguma coisa que tá dando problema, as outras pessoas “não, vamos parar”, ver esse cuidado de uns para com os outros, dentro de um serviço que trabalha com saúde mental, é muito relevante! É poder confiar em equipe que a gente vai poder cuidar, que é quando tu vês a pessoa cuidando, é que tu aposta que vai conseguir cuidar. Porque se tu vês as pessoas se autodestruindo. Então, é muito vital nesse sentido de manter possibilidade de vida como produção de saúde, não de vida, mas enquanto produção de saúde no local de trabalho. (P8)

Eu saía daqui muitas vezes mal, assustada, mas fui aprendendo a lidar com isso e conversando com alguns colegas, mas ainda tem situações que mexem e emociona. “Ah, já estou mais preparada, mais madura, bastante tempo aqui”, e aí eu vi que não, às vezes é como alguns colegas dizem, que a gente precisa sair daqui para ir buscar uma ajuda terapia, espiritual, que alivie, que impacta muito! Via os pacientes, via meus filhos, transferia, misturava um pouco, não é fácil! Às vezes até a forma como um profissional atende o outro, às vezes me causa isso. (P15)

De acordo com Thornicroft e Tansella (2010), os serviços de saúde mental dependem muito mais dos recursos humanos do que de equipamentos tecnológicos. A habilidade humana para construir relações é o que estabelece o cuidado em saúde mental na Atenção Psicossocial.

Logo, esse trabalho demanda práticas que pensem e que considerem a necessidade de cuidado às pessoas que cuidam de outras. A adoção de iniciativas individuais e coletivas dos profissionais, seja no serviço, como o Oráculo, ou fora do CAPSi, como sessões de terapia, são consideradas práticas que podem ser utilizadas como prevenção de agravos à saúde do profissional.

De maneira geral, em relação às características e à organização da equipe do CAPSi, considera-se que há um constante processo de aprendizagem, fruto de dedicação, na prática e na teoria, ao trabalho com os adolescentes. Isso é atribuído como fundamental nesse serviço, assim como o trabalho em equipe, organizado em reuniões e ações coordenadas que enriquecem a compreensão dos casos e possibilita intervenções compartilhadas. A criação de espaços para debate, discussão e estudo sobre as próprias práticas é apontado como importante e necessário.

5.3 O Projeto Terapêutico Singular enquanto estratégia nas práticas em saúde mental com adolescentes

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser considerado um conjunto de propostas integradas, voltadas a um sujeito, seja individual ou coletivo, e uma forma de organizar o processo de trabalho nos serviços. Sua construção começou a ser desenvolvida em espaços de atenção à saúde mental com orientação para o trabalho interdisciplinar, resultado da discussão e da atuação da equipe multidisciplinar, que valoriza diversos aspectos do sujeito no seu tratamento (BRASIL, 2007; KINOSHITA, 2014).

E por que PTS? **Projeto** relaciona-se ao seu significado do latim, “ir para frente”, o que demonstra o desejo de pensar ações na perspectiva futura do sujeito. O termo **terapêutico** – do grego *therapeia* ou *therapon*, que significa curar, cuidador – é a ação de estar presente no cuidar de alguém. Já o termo **singular** é utilizado para representar a noção de que cada pessoa é única, com subjetividades, interações, histórias e contextos de vida singulares. O PTS, então, é um plano de ação com propostas para lidar com os problemas de hoje, mas pensando num futuro melhor, adequado e construído com cada pessoa (KINOSHITA, 2014).

Com isso, aposta-se no PTS como uma ferramenta potente nas práticas em saúde mental, em oposição à fragmentação do sujeito e do cuidado em corpo & mente, doença & cura, presente no modelo asilar. Nesse sentido, exige-se a participação do sujeito, da família, dos amigos, da equipe de saúde e de qualquer outra pessoa que seja identificada como importante no processo de cuidado (BRASIL, 2008b).

As principais propostas e ações integradas no PTS são orientadas pelas diretrizes a seguir, de acordo com o Ministério da Saúde (2008).

- Hipótese diagnóstica: anamnese do usuário, com avaliação orgânica, psicológica e social, que identifique os riscos e situações de vulnerabilidade, mas também capte suas singularidades, desejos e interesses em seu contexto de vida.

- Metas: elaboração de propostas que visem a ações e intervenções de curto, médio e longo prazo, sendo todas pactuadas com o sujeito e com a família.

- Corresponsabilidade: definição de tarefas a serem realizadas por cada componente incluído no PTS.

- Reavaliação: discussão necessária sobre alcance, readaptação, repactuação e elaboração de novas metas e ações.

Kinoshita (2014) acrescenta, ainda, importantes características na construção, no uso e na avaliação do PTS em saúde mental: o **vínculo** com o sujeito e a importância disso no conhecimento de sua história/contexto, de recursos e de necessidades; as condições de **contratualidade**, como, por exemplo, contratos de baixa exigência e curta duração; a necessidade de **requalificação e validação da palavra do usuário**; e a construção de seu **mapa multidimensional de vida**.

O mesmo autor chama a atenção para a importância de essas características considerarem: o aumento do capital social, cultural e econômico do usuário para o exercício da cidadania com pertencimento e protagonismo; a necessidade de conhecimento do território para a sua transformação; e os princípios para construção do modelo de assistência e reabilitação em saúde (garantia do direito de asilo, disponibilidade, inserção no território, prioridade aos projetos de vida e processo de valorização).

Nesse caso, na construção do PTS, devem ser consideradas as especificidades de cada adolescência, conforme apresentadas no capítulo anterior. Além de se considerar cada adolescente, enfatiza-se a necessidade de o PTS promover ações que dialoguem com setores e esferas políticas, como a educação (centralizada na figura da escola), a justiça (corregedorias da juventude) e a assistência social (CRAS e CREAS), como argumenta Kinoshita (2014).

Neste capítulo são apresentadas as subcategorias relacionadas ao processo de construção do PTS no cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes. São elas: protagonismo, autonomia, participação de diferentes atores, reinserção social e cidadania e alta do CAPSi.

Essas subcategorias correspondem aos aspectos das práticas que instigam: protagonismo – a participação ativa do adolescente na construção do seu próprio cuidado em saúde mental; autonomia – o movimento de enunciação do adolescente de seus desejos, medos e potencialidade; participação de diferentes autores – mobilização e inclusão da família, do próprio adolescente e dos profissionais da equipe na produção de cuidado; reinserção social e cidadania – a garantia do direito ao convívio e ao desenvolvimento em sociedade; e, por fim, alta do CAPSi – desligamento ou transferência do cuidado do adolescente ao território ou à RAPS.

É importante diferenciar protagonismo de autonomia, no sentido de que o primeiro significa colocar o adolescente e suas subjetividades no papel principal de uma iniciativa para solução de suas demandas e na construção, planejamento e

avaliação das ações e práticas em saúde mental. Já a autonomia significa ter, por si próprio, a capacidade de tomar decisões e distinguir isso do poder de decisão dos outros sobre suas escolhas (ZATTI, 2007; COSTA, 2016).

5.3.1 O protagonismo dos adolescentes no cuidado em saúde mental

O protagonismo do adolescente, no seu próprio cuidado em saúde mental, parte do pressuposto de que ele tem habilidade e competência para pensar, manifestar-se e agir ultrapassando os limites do seu entorno pessoal e familiar. É compreendido, também, como uma participação ativa, propositiva e legitimada, devendo ser um direito cumprido e respeitado em qualquer espaço democrático, inclusive nas instituições que trabalham esse grupo etário (FELTES FILHO, 2013).

Acredita-se que uma postura protagonista possa gerar mudanças decisivas nas realidades social, política, cultural e em demais áreas nas quais o adolescente se encontre inserido. Desse modo, o sujeito faz-se protagonista pelo envolvimento em processos de discussão, de decisão e de realização de ações. Nesse caso, o protagonismo juvenil é um processo de construção e de permanência de espaços. Costa e Paulon (2012) corroboram essa perspectiva ao informarem que, nesses espaços de protagonismo, os usuários experimentam ações de pensar, sentir e decidir sobre suas histórias em meio às suas características subjetivas e coletivas.

Na saúde mental, o protagonismo tem sido a estratégia para instigar o exercício da cidadania através da criação e do desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, da habitação, da educação, da cultura e da saúde (BRASIL, 2015b).

No cotidiano, as ações que convocam o protagonismo do usuário, tanto no campo da produção do conhecimento como no das práticas, ainda tem como foco o público adulto. São notáveis os espaços que propõem estratégias de promoção do protagonismo de usuários e familiares, como as ações voltadas para o trabalho, as oficinas de geração de renda, a economia solidária e as associações.

Entretanto, observa-se uma carência de relatos de experiências voltadas ao protagonismo dos adolescentes nos serviços de saúde mental. Trata-se de um tema que deve ser ainda desenvolvido, afim de que se possam construir alternativas para essa população, considerando também a importância de suas especificidades, em relação a não serem ainda adultos nem mais crianças.

Essa consideração pode ser incluída ao desafio que vem sendo a construção de práticas em saúde mental que convocam o protagonismo dos usuários no geral. Somam-se a isso outros obstáculos para superar esse desafio: aspectos estruturais, culturais e conjunturais que influenciam o ativismo e o empoderamento dos usuários (VASCONCELLOS, 2014).

A (in)visibilidade de práticas voltadas ao protagonismo dos adolescentes em saúde mental ganha consistência nesse processo avaliativo. Observa-se que há a ideia de que o PTS seja construído num processo coletivo e dialógico, que considere os interesses e desejos do adolescente, no qual o profissional seja o agente que favoreça a sua escolha entre as alternativas presentes no serviço, em oposição a fazer a escolha de forma arbitrária e vertical.

Nesse sentido, a equipe considera estar no movimento de compreender mais esse público, de enxergar o potencial do adolescente para falar de si e manifestar a própria perspectiva em relação ao tratamento.

O adolescente tem uma capacidade maior de compreensão, de falar de si, de ver o que é que tem de interesse [...] com a criança é muito mais na experimentação. (P6)

É o teu (profissional) não desejo que faz com que o adolescente se mobilize [...] é diferente a abordagem, tu podes chegar com um papel e dizer: “Bah, olha só, tem um negócio do Jovem Aprendiz²³, mas é isso aqui (deixa o papel em cima da mesa), é acho que talvez não né” isso às vezes é uma abordagem que vai fazer muito mais sentido do que tu sentares com ele e dizer “Olha só, pensei, o que tu achas disso”. Então tem que conhecer muito bem o adolescente para saber que tipo de abordagem tu vais ter para chamar ele para compor contigo o cuidado. (P14)

Além disso, o trabalho no CAPSi ainda é percebido como sendo, às vezes, “fechado em caixinhas”, no sentido de que existem algumas atividades pré-determinadas numa lógica de divisão entre os adolescentes, que se “assemelham ou não”, além da falta de disponibilidade dos profissionais para tentarem fazer algo novo, que chame o adolescente para construir do zero algo no serviço.

Há, também, o desafio de como contemplar os desejos do adolescente, a perspectiva da família e a avaliação técnica, compatibilizando, de forma dialógica, a perspectiva do adolescente, da família e dos profissionais, conforme os relatos a

²³É um Programa regulamentado pela Lei 10.097/2000 que possibilita ao adolescente o desenvolvimento de competências básicas para o trabalho e a cidadania.

seguir.

Com o adolescente tem que ser no diálogo, tem que ser junto com ele, os mais ativos, eles te trazem até antes, como por exemplo dar uma volta e mostrar o CAPSi. Já tive casos de adolescentes que tinham visto, escutado sentados na sala de espera o som da oficina, e desceram para ver o que era, “ah, mas eu vi ali embaixo, eu descí, eu já toquei, Opa!” Nem era do CAPSi (ainda). Então tem que ouvir, tem que construir junto. (P5)

Existe a dificuldade da equipe que pensa as caixinhas, vai pegando o usuário que tem uma característica e vai para aquela caixinha quando é possível. Ou a gente não indica as pessoas para as atividades, não permite que as pessoas se relacionem, “ah porque esse não pode estar com aquele, que aquele não pode estar com esse”. Criamos muitas caixinhas, e as vezes a gente tem que abrir um pouco isso [...] As dificuldades da família ter horários para vir ao serviço, os horários dos profissionais, também influenciam como o PTS vai ser feito, a gente tenta ouvir sempre os adolescentes [...] (P6)

Quando o adolescente chega, a gente parte um pouco do desejo dele, e principalmente dos seus potenciais. Através disso, a gente pensa em alguma atividade que possa, de uma certa forma oferecer isso. A gente não senta e constrói algo novo, dentro da necessidade dele, a gente readapta. (P12)

O protagonismo também deve ser pensado na dimensão da clínica, de forma que o próprio adolescente possa ser convocado a se posicionar em relação à avaliação de sua condição enquanto doente e às ações direcionadas para o seu tratamento. Atenta-se para o desafio de possibilitar que o adolescente seja convocado a falar sobre a sua situação, e não somente escutar a família falar sobre ele.

O adolescente pensa, tem os insights [...] A melhor coisa que a gente pode fazer por eles em relação a sua doença é começar a reconhecer sintomas, reconhecer quando tem mais instabilidades de humor, quando está piorando, reconhecer se a medicação está atendendo ou não. Começar a dar algumas responsabilidades para ele “Olha, tu tens condições de perceber tal coisa, não é só a tua mãe que tem que controlar, tu tens que prestar atenção nisso” a gente fazer isso por eles, começar a evitar que eles passem daqui para um CAPS II, nossa! É um Oscar! Se a gente consegue proporcionar isso. (P8)

Isso envolve, também, a abertura para que os adolescentes possam se manifestar em relação ao funcionamento do CAPSi, opinando sobre o seu funcionamento e participando de decisões que digam respeito à organização cotidiana. Nesse sentido, a necessidade de criar espaços que possibilitem essa construção de pertencimento é apontada, conforme o fragmento de fala a seguir.

(...) do adolescente conseguir se apropriar do que é dele aqui, o que não é algo que esteja acontecendo muito, porque muitas vezes a gente não tem tal oficina que eles querem. Já tentamos diversas vezes (...). Acho que assembleia é uma coisa que a gente também deveria retomar e pensar de

que forma” Além disso, tem a questão, por mais que seja um conjunto de pessoas, de adolescentes, cada um deles tem um desejo, cada um deles vai ser protagonista de alguma coisa e isso para mim é mais valioso. (P13)

A assembleia no CAPSi é considerada um espaço importante que poderia ajudar o fortalecimento do protagonismo do adolescente no cuidado em saúde mental. Assim, identifica-se a necessidade de retomar a sua realização.

O espaço assembleia se caracteriza por ser uma forma participativa na qual todos, ou uma parte dos usuários do CAPS, são incentivados a discutirem temas e assuntos do cotidiano do serviço, além de outros de próprio interesse. Esse grupo também almeja construir processos de maior participação e de responsabilização dos usuários em seu tratamento (COSTA; PAULON, 2012; JUNQUEIRA; CARNIEL; MONTOVANI, 2015).

Apesar de Junqueira, Carniel e Montovani (2015) relatarem poucas publicações sobre a função terapêutica de espaços coletivos nos serviços de saúde, como as assembleias, e sobre o papel ocupado por elas na Atenção Psicossocial, Costa e Paulon (2012) defendem que a assembleia é um momento rico, como ferramenta terapêutica, que carrega uma potência de um coletivo capaz de fomentar momentos de protagonismo. Para Costa e Paulon (2012), o protagonismo via assembleia é garantido pelo exercício efetivo de confronto livre de ideias, em espaços em que se debatem formas instituídas, de modo que normas sejam experimentadas e discursos sejam apresentados, como fomento para a capacidade de acolher e de respeitar a diversidade humana.

Outra questão trata-se da necessidade de ampliar as ações que convocam o adolescente como protagonista para além da participação na construção do PTS. Nesse sentido, ainda há a necessidade de expandir para o campo dos serviços de saúde mental o “ser protagonista”, assim como estudos que possibilitem fortalecer e compartilhar essa construção e o papel que o protagonismo dos adolescentes no cuidado exerce em sua saúde mental.

Sivinski e Paulon (2016) demonstram que o protagonismo e a participação dos usuários em saúde mental são abordados em muitas cartilhas e nas diretrizes da política de saúde mental; entretanto, em dispositivos como os CAPS, por muitas vezes, enfatiza-se somente a prática de construção do PTS. Isso faz com que haja pouco fortalecimento e disponibilidade de recursos no sentido de formação política dos usuários.

Nessa perspectiva o protagonismo corresponde ao enfrentamento coletivo necessário ao estigma da loucura e deve ser construído em rede, com o princípio de participação da comunidade na produção de saúde. É preciso superar esse estigma para o avanço da RPB, assim como de outras formas de promover e de garantir a participação popular na construção, no fortalecimento e na avaliação dos serviços de saúde (SIVINSKI; PAULON, 2016).

Diante disso, na Atenção Psicossocial, os sujeitos são considerados donos de suas próprias vidas; e os serviços são responsáveis por fazer com que se resgate esse sentido a partir do desenvolvimento de espaços de participação, como a assembleia, para enfrentamento dos limites que são construídos exatamente pela ideia de incapacidade. O que se almeja é um protagonismo para além do tratamento.

O CAPSi deve ser esse lugar que promove espaços, os quais não reduzem o adolescente à qualidade de doente ou louco, como reproduzido pelo modo manicomial. Desse modo, deve possibilitar a ampliação da consciência e da percepção de inclusão e integração do adolescente nas práticas de cuidado em saúde mental.

5.3.2 A valorização da autonomia do adolescente

A autonomia é entendida como a liberdade e a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Exercitá-la apresenta-se como uma prática que possibilita ao usuário reconhecer seus limites e suas possibilidades na gestão de sua vida e de suas próprias escolhas (BRASIL, 2007; DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017).

Considerar e exercitar a autonomia do sujeito como prática em saúde mental opõe-se à lógica do indivíduo tutelado mantido pelo modelo asilar. Neste caso, não se espera o pensar ou o agir do sujeito, pois o modelo se baseia em uma relação de dependência absoluta na realização das atividades básicas do cotidiano (DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017).

No modelo psicossocial, como vem sendo demonstrado, investe-se no indivíduo como sujeito social, histórico, cidadão e autônomo, abrindo espaço para que haja a criação de novas relações sociais. Em relação aos adolescentes, Santos *et al.* (2014) ressaltam que a capacidade de ação do usuário sempre esteve limitada por toda uma estruturação histórica da concepção de autonomia e dos direitos subjetivos

fundada em referenciais adultocêntricos, racionais, segundo ao quais os indivíduos não seriam detentores dessas capacidades (autonomia, cidadania, sujeito) por completo.

Nesse sentido, percebem-se práticas ainda pontuais que trabalham com a valorização da autonomia de adolescentes, especificamente em saúde mental. Isso vai ao encontro da avaliação na qual se identifica a necessidade de práticas que promovam autonomia e que invistam no potencial dos adolescentes para expressarem o que pensam, interagirem e mostrarem o que precisam, de maneira independente da rede de apoio/família.

Por outro lado, Onocko-Campos e Campos (2006) atentam para o fato de que não há uma autonomia pronta *a priori* para todos nem para qualquer situação. O exercício da autonomia é um processo, na verdade, de coprodução que ocorre entre estabelecer uma maior capacidade para os sujeitos compreenderem e agirem sobre si e sobre os contextos e uma prática profissional que se assente no domínio de técnicas, porém não mais de ordem biomédica, mas dirigidas a aspectos relacionais da intervenção.

A coprodução da autonomia é ressaltada na avaliação. Consideram-se os encontros que acontecem no espaço do CAPSi como práticas positivas que auxiliam a integração dos adolescentes como co-terapeutas nos processos de outros adolescentes, como elucidado a seguir.

Outra estratégia importante é eles se mobilizam para fazer as festas. Eles podem dizer se os menores vão estar o não, não somos nós a equipe dizendo. Eles no lugar de cuidadores dos menores, e isso é legal! Primeiro, eles são co-terapeutas, tiram o terapeuta (profissional) da jogada, porque estão cuidando do outro. Aconteceu uma coisa muito legal, com o profissional estava jogando videogame, aqui no sofá que é para todos os adolescentes, e o G. e a A encontraram o J. e começaram a jogar um jogo que tem toda uma história. A já conhecia o jogo e dizia "Não vai com o cara, tu sabes que esse cara aí é o teu pai no jogo", isso já gera uma demanda terapêutica. "Ele faz tudo isso, mas está fazendo para te enganar, porque ele não vai te cuidar." e nisso ela olha e diz para J "Cara, acho que isso não é jogo pra ti, ainda não. Não joga esse, joga outro". Então, a proteção que eles mesmos fazem é ótimo quando isso acontece. Trabalhar com adolescente é isso também, é não ter um lugar fechado. Eles te devolverem as coisas: tu falaste tal coisa, tu fizeste isso, tem o outro enquanto modelo, junto contigo e tentando equiparar as coisas que tu estás falando, avaliando, isso também faz parte. (P14)

A coprodução de autonomia não se restringe apenas aos adolescentes, mas a todos os atores implicados na saúde mental. Nesse sentido, o desafio está em reconhecer que todos os envolvidos têm limites e possibilidades na relação com o

outro. Possibilitar (ou não) que o adolescente decida/defina seus caminhos e opções trata-se de uma questão que traduz o trabalho em saúde mental com adolescentes: o paradoxo entre produzir autonomia e cuidar, “colocar alguma ordem”, como exemplificado na fala: o paradoxo entre a autonomia do adolescente e a responsabilidade do profissional.

É muito difícil é mediar o que é proteger adolescente e deixar ele se desenvolver. Às vezes eu me escuto defendendo uma coisa de que a gente não pode julgar o adolescente como se a gente pudesse julgar os outros. A gente tende a achar que vai respeitar as escolhas dos pais dos adolescentes e que o adolescente acaba tendo que acatar a nossa escolha e a gente acaba casando com o discurso dos pais. E essa é uma coisa que é muito imprescindível, não dá para fazer. A gente tem que poder introjetar que o adolescente vai ser capaz, assim como a criança: que são pessoas que estão em desenvolvimento, mas que se a gente não introjetar, a gente não vai conseguir oferecer a eles exercício de autonomia de fato, vão exercitar isso. (P8)

Os adolescentes ficam melhor conosco (no CAPSi), e também os próprios ajudam uns aos outros, tanto nas coisas boas quanto nas coisas ruins. Acho que isso serve muito como amadurecimento de todos. (P10)

A equipe esclareceu que essa busca de equilíbrio é considerada um trabalho artesanal, que exige delicadeza entre deixar o adolescente totalmente solto, podendo ocasionar desresponsabilização, e dar-lhe os limites “necessários”, correndo o risco de produzir uma prática moralista (NE).

Nesse sentido, ações que incentivam a autonomia, além de serem construídas cotidianamente, consistem numa composição que exige lidar com as características próprias da adolescência: quando se é rígido, há o confronto; e quando não se é, há a sensação de descuido ou desatenção. Essa composição “de segurar-soltar” é melhor exemplificada no relato a seguir.

Com adolescente a gente tem que também achar um lugar confortável para atender eles, que não é totalmente aberto e que totalmente fechado. No CAPS, os profissionais atendem adolescentes, acho muito fechado em algumas coisas, muito empacotado. “Não, tu não podes fazer isso, tu não...” tem que abrir um pouco mais para discussão, abrir para eles, uma discussão de criar as regras deles e seguirem as regras também. Aí tu ficas meio que numa retaguarda digamos assim, ao mesmo tempo não sei o quanto isso consegue ser circulado, pelo que eu escuto dos grupos de adolescentes, como são tratadas, acho que o próprio profissional do CAPS ele precisa ser analisado no sentido de que está fazendo seu trabalho pessoal de saúde mental, consegue olhar para o outro de um jeito diferente, não se misturar, principalmente moralizar, relação ao que o adolescente está fazendo ou deixa de fazer. (P11)

Outra questão a ser considerada é a preocupação, para além de se pensar a produção da autonomia, com a efetividade das práticas no exercício do autogoverno dos adolescentes na sua vida. A produção de autonomia requer o debate sobre o assunto, o conhecimento dos direitos e deveres com cidadãos para, a partir disso, subsidiar a tomada de decisão dos jovens. Entretanto, do que adianta ajudá-los com isso se não houver a oportunidade de exercitarem a autonomia além do serviço? Onde, por exemplo, um adolescente psicótico, ao ser acolhido no serviço, terá lugar para exercitá-la?

A respeito disso, uma das possibilidades está no encontro com algum profissional que receba e acolha suas palavras, suas experiências subjetivas. Apesar de ser considerado um movimento novo nas práticas em saúde mental, tratando-se do cuidado de adolescentes, essa postura vai na direção de reafirmar o lugar dele, independente de ser psicótico (OLIVEIRA, 2013)

Nesse sentido, exigem-se práticas concretas que garantam o exercício da cidadania. Um exemplo de como isso pode ser feito é dado pelo grupo Passeando pela cidade, visto como uma potente prática que visa, além da superação de vulnerabilidades que impedem os jovens de frequentarem espaços públicos de lazer, a arte e a cultura, a produção e o exercício da autonomia desses adolescentes:

O Passeando pela cidade é o grupo que tem o intuito de trabalhar a autonomia. A gente tenta trabalhar justamente com que eles possam se deslocar pela cidade, ter acesso aos espaços culturais, já que, na maioria dos casos, os usuários têm uma questão financeira importante, de baixa renda ou de vulnerabilidade, e não tem muito acesso aos espaços públicos de lazer, e de cultura, mas também são usuários que têm uma família muito protetora, que pouco permitem o exercício dessa autonomia. A gente usa essa atividade para trabalhar, por exemplo com os meninos de 15-16 anos que não conseguem romper com o laço materno, e por isso não vêm sozinhos no CAPSi, a gente tem trabalhado muito isso nesse grupo. (P6)

O que a gente faz para que o mundo seja percebido como maior? É o que a gente faz na nossa vida. Então, falar um pouco sobre a atividade do Grupo Passeando pela cidade, com adolescentes. Eles conhecem a realidade deles, então pergunta-se “o que vocês não conhecem e tem vontade de conhecer?” E aí a gente insere outros elementos, questão da nossa vivência também. “Então quem sabe a gente vai num museu?” “Ai, museu não”, “quem sabe tem uma exposição legal”. Vamos abrindo um pouco as possibilidades que eles têm direito. (P14)

A relação entre saúde e autonomia é um processo dinâmico em que há a possibilidade de exercício de graus maiores ou menores de autonomia. As leis e as políticas são um exemplo do “casamento” entre saúde e autonomia na direção do

direito e da garantia para que o acesso e o exercício destas ocorra de fato (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

As práticas psicossociais, para Tristão (2018), são aquelas que possibilitam a produção e o exercício da autonomia dos adolescentes no CAPSi, como, por exemplo: aprender a cuidar de si a partir de motivação e de estratégias de promoção da própria saúde; compreender o que é importante no seu processo de cuidado; ser escutado em suas relações dentro e fora do CAPSi.

Frente a isso, visualiza-se que os grupos podem ser importantes ferramentas no trabalho com adolescentes visando à produção e ao exercício de autonomia. Isso se dá mediante a promoção de espaços e de momentos para o compartilhamento de experiências para a melhoria nas relações sociais, bem como na compreensão do cuidado de si e dos outros, além da abordagem de estratégias para que o jovem aprenda a se relacionar com o cotidiano e com o próprio sofrimento.

5.3.3 A inclusão de atores no cuidado em saúde mental

Kinoshita (2014) propõe que a inclusão de atores no cuidado em saúde é um dos principais parâmetros de avaliação na elaboração do PTS para sua construção de maneira participativa, o que, geralmente, inclui o próprio sujeito, a família e comunidade.

No modelo asilar, as decisões e os anseios acerca do tratamento e de sua intenção sempre se baseiam num fluxo de poder das relações, no sentido do ápice para a base ou “de cima para baixo”. Trata-se da verticalização das relações e tende a considerar como “regra” a identidade do profissional como “detentor do saber” nas práticas de cuidado ao usuário, assim como aquele que decide o que deve ser feito. (COSTA-ROSA, 2012).

No modo psicossocial, há uma mudança de perspectiva sobre o lugar desses atores (sujeito e família) a partir da inclusão deles no processo de trabalho. Eles passam a desempenhar um papel importante por meio da valorização, pela equipe, de suas crenças, culturas, saberes e formas de cuidado, aspectos que passam a ser considerados na construção do cuidado em saúde mental.

Para Rotelli (1994), torna-se necessário modificar as formas de construir as

relações nos serviços de saúde para que se caracterizem, de fato, por ajudarem as pessoas a encontrar maneiras diferentes de lidarem com a loucura, de compreenderem a diversidade de vidas e de modos de tratar dessa condição, ao ponto de incluir o indivíduo no convívio com a sociedade.

A inclusão do adolescente, da família e da comunidade na construção do PTS ainda é um desafio em relação às decisões que consideram o desejo/querer do jovem e de seus cuidadores; isso se agrava quando possuem opiniões e expectativas divergentes em relação à equipe do CAPSi. A inclusão passa por tensões, conflitos, recomposições e deve ser uma construção cotidiana. Em relação à família, é percebido que, por vezes, a sobrecarga e o desgaste podem contribuir para uma diminuição no seu desejo de participar dessa construção.

O que eu menos escuto para montar o PTS é o pai e a mãe, porque as vezes eles nem *“ah é, não sei, o que o senhor propor, porque eu não sei o que ele gosta, eu vejo que ele fica muito no quarto, gosta de jogar vídeo game”*. O adolescente já se desvinculou tanto dessa família, que os pais são uma coisa mais distante do que nós aqui. (P5)

O nosso PTS acaba muitas vezes sendo definido mais nas reuniões de equipe e acho que a gente não ouve tão diretamente os pais, os cuidadores nesse sentido [...] Os pais, de maneira geral, não entram diretamente nessa discussão na hora em que o PTS é construído. Ouvir o pai, a mãe, o responsável sobre o que ele acha que é a melhor intervenção para o filho dele é muito válido. Mas eu também diria que sim, que a opinião da equipe, a indicação da equipe também tem um valor significativo, porque os pais como eles também não sabem dessa dinâmica, de como funciona o CAPSi, queiram indicar quem sabe mais atendimentos individuais, apenas, que por exemplo, não é função do CAPSi. (P10)

Eu raramente presenciei que a família queria algo diferente que o adolescente, acho até porque a família também está um pouco cansada, quer que esses adolescentes saiam do ambiente familiar, que é algo que angustia, ou que esse adolescente está sempre fora, mas que esteja num lugar que a família saiba onde está, independente do que eles estiverem fazendo. Eu vejo um pouco por aí, que a questão da inclusão da família, é nesse sentido que eu percebo bastante. (P12)

A elaboração do PTS requer a inclusão de diferentes atores e acontece por meio da mediação do profissional-técnico de referência, uma vez que há conjunto de interesses e de perspectivas envolvidos: dos adolescentes, da família, dos profissionais, entre outros.

Segundo Kinoshita (2014), o técnico de referência é quem centraliza todas as informações sobre o caso e dele deve emergir uma visão mais ampla da pessoa em cuidado e do que a ela é ofertado. Esse profissional tem a tarefa de integrar o cuidado,

constituindo-se como referência para o usuário, para família e para equipe. Assim, a elaboração do PTS baseia-se nas interpretações das necessidades de saúde apontadas pelo técnico a partir do vínculo construído com o usuário e dos relatos desses usuários e de seus familiares.

Dito isso, identifica-se a necessidade de ampliar a participação do adolescente e da família na construção do PTS, que, na maior parte dos casos, é realizada apenas pelo técnico de referência em conjunto com a respectiva miniequipe. Assim, evidencia-se a necessidade de adoção estratégias de elaboração do PTS que trabalhem conjuntamente com as famílias, considerando suas motivações relacionadas ao cuidado do adolescente.

Além disso, identifica-se que a inclusão desses atores exige lidar com as divergências entre uma indicação técnica e o desejo do/a adolescente/família. Algumas vezes, a falta da construção de consenso implica na não adesão do adolescente e da família ao tratamento. Um exemplo concreto se refere à prescrição de medicamentos, o que envolve um grande desafio para além de sua dimensão técnica, conforme exposto a seguir.

A maioria diz que não precisa de remédio: “Eu não tenho que estar aqui, não dá para tirar o remédio?”. Eles não gostam de tomar remédio, então eu sempre me questiono sobre a relação do adolescente com o remédio. Quando os pais estão juntos existe uma pressão e uma solicitação de solução imediata, eles mesmos aumentam as medicações “Ah, ele fica quieto, e acalma e dá menos trabalho pra mim”. Mas qual é a relação entre os adolescentes e o remédio, se eles perceberem que o remédio está em função do outro, para facilitar o outro “Ah, isso é para ficar me emboletando para não ficar enchendo o saco deles”. (P1)

Ele dizia que só precisava de remédio para dormir, porque não conseguia dormir, estava sempre ligado, ai tu dizes “olha o CAPSi não é para isso” explicava “o CAPSi é assim; vai ser um tratamento assim, assim”, e nenhum concordava com os termos que era para ser o tratamento no CAPSi, tanto é que eles (adolescente e família) não vincularam. Eles não compareceram para nenhum atendimento, nem para o psiquiatra, e isso acontece, porque a mãe que vive com o filho, ele faz uma coisa, ela acha que é outra, e não entram num consenso e aí vem para um serviço, achando que vai ser “eu quero exatamente isso, eu defino o tratamento” sem saber realmente o que o adolescente precisava, e sumiram de novo...então isso acontece. (P4)

Um menino há muito tempo ele tem seus delírios, suas questões, não quer tomar sua medicação, vem com muita dificuldade, agora ele fugiu, não tinha voltado para casa e a gente fica numa angustia. Ele já tomou várias medicações, mas veio disse “Ah, essa me deu sonolência, essa me deixou acelerado” Opa, o que tu fazes? Não quer ser internado, tem brigas constantes com sua mãe...o que fazer? (P13)

Yasui (2007) relata que a melhor prática, nesses casos, é a pactuação e repactuação, quando necessário, de um conjunto de ações entre os diferentes atores, o que pressupõe organização da rotina e definição de quais ações participam, além da assunção de responsabilidades e do compartilhamento de tarefas. Isso se dá porque sempre existirão divergências entre os integrantes; por exemplo, pode ocorrer de a equipe querer escolher uma conduta e os usuários ou familiares terem resistência para realizá-la.

Nesse sentido, o vínculo é a tessitura do trabalho em saúde mental e é nele que a equipe deve investir como caminho para acolher, acompanhar, tratar e pensar junto formas melhores de cuidar da saúde mental da população a que assiste.

Ainda nessa direção, outro tema que surgiu na avaliação é a necessidade de consolidar práticas, algumas delas já realizadas de forma esporádica e informal, que favoreçam a participação dos familiares e usuários na construção do PTS no que se refere ao uso da medicação, como o GAM – Gestão Autônoma de Medicação (NE).

Nessa direção, a implementação do GAM para os adolescentes seria uma potente possibilidade do adolescente vir a ser ator do seu cuidado. Trata-se de uma estratégia voltada para o uso de medicações em saúde mental cujo principal eixo norteador é:

O reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. Ao prescrever um medicamento, o profissional tem que considerar a experiência prévia do usuário e não excluir a possibilidade de diminuir doses, trocar um medicamento por outro ou substituir o tratamento medicamentoso por outras formas de trata” (ONOCKO-CAMPOS et al. 2014, p. 7).

Essa é uma estratégia que pode ser utilizada em práticas coletivas, dialogadas e compartilhadas no serviço de saúde mental e também conta com a utilização de um guia construído para fornecer informações técnicas entre outros aspectos relacionados ao medicamento, ao sujeito e ao tratamento em saúde mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014).

O GAM consiste num possibilidade de instigar uma reflexão sobre o tratamento na vida dos usuários, trazendo possibilidades terapêuticas distintas e com outra ênfase além do medicamentoso, consolidando também o exercício da autonomia e o protagonismo nas práticas assistenciais (JORGE *et al.* 2012).

Apesar disso, a equipe expressa que a transposição/adaptação dessa proposta para os adolescentes tem de considerar os aspectos legais e éticos dessa prática, tais como a questão de os adolescentes serem menores de 18 anos. Além disso, implicaria deslocar a responsabilidade sobre o uso dos psicofármacos para o adolescente, que, em geral, tem sido atribuída exclusivamente aos pais, o que exigiria, em alguns casos e em determinados momentos, a construção de uma responsabilidade compartilhada (NE).

Domitrovic (2014), ao realizar seu estudo sobre realização de um Grupo de Gestão Autônoma de Medicação no CAPSi com equipe e pais de crianças, deparou-se com esta preocupação diante do questionamento do próprio grupo: quais são os desafios éticos e teóricos implicados ao pensarmos a cogestão do tratamento medicamentoso com crianças? Outras questões pertinentes às medicações, no cuidado de crianças e de adolescentes, foram manifestadas: como operacionalizar a estratégia GAM com esse grupo? Adaptar o Guia? Basear-se nos passos deste e montar outros dispositivos mais artísticos, mais lúdicos?

É possível visualizar, nas experiências relatadas, que sua realização possibilita ultrapassar a dimensão relacionada somente à medicação. Os dados mostram que essa prática envolve discutir as relações entre trabalhadores do CAPSi e as famílias, questões da rede de saúde, além dos vínculos estabelecidos e das outras dimensões de Projeto Terapêutico, entre outros aspectos (DOMITROVIC, 2014). Dessa forma, o GAM considera os usuários como protagonistas e corresponsáveis na gestão do tratamento com medicamentos, em relação à decisão de usá-los e de como fazê-lo, de modo que, considerando as experiências individuais ou compartilhadas, atente-se para uma prática de cogestão entre usuários e profissionais de saúde na condução terapêutica (JORGE *et al.*, 2012).

Com isso, percebe-se que o GAM voltado à população infanto-juvenil ainda permanece em discussão a respeito de como pode ser implementado e realizado no serviço de CAPSi. Ressalta-se que não seria uma prática individual do adolescente, e, sim, compartilhada com os demais responsáveis legais, pais e equipe, que saberiam dela e o ajudariam a realizá-la de maneira a protegê-lo e garantir sua segurança em primeiro lugar.

5.3.4 Inserção social

Apresentam-se nesta subcategoria aspectos das práticas em saúde mental relacionadas à inserção social dos adolescentes que estão em atendimento no CAPSi. Opta-se pela utilização do termo inserção social, ao invés de reinserção social, por pressupor-se que os adolescentes já passaram por inserção social mediante os grupos familiar, de amigos, escolar e outros lugares pelos quais circula. No entanto, considera-se que essa inserção social requer atenção e cuidados para que não seja perdida e para que os adolescentes não ingressem na carreira psiquiátrica de isolamento e de exclusão social, frequentemente atribuída a todos sujeitos que têm transtornos mentais.

A inserção social é um dos conceitos utilizados no paradigma das práticas em saúde mental que traz à discussão o meio e o convívio social como elementos na produção de cuidado. No modo psicossocial, a inserção social se apresenta em oposição à exclusão, evidenciada na prática de isolamento do sujeito com transtornos mentais na perspectiva do modo asilar (COSTA-ROSA, 2012).

Apesar de o termo exclusão ser sustentado, principalmente a partir do isolamento das pessoas em instituições como manicômios e hospitais psiquiátricos, ele pode adquirir outros significados e desdobramentos, como a fragilização social e a impossibilidade de exercício da cidadania. De acordo com Barros, Aranha e Silva, Oliveira (2000), isso retira a percepção do sujeito como construtor da sua própria história.

No paradigma psicossocial, o CAPS tem o objetivo de atender à população com necessidades em saúde mental mediante o acompanhamento clínico e a inserção social. No trabalho de inserção social, o CAPS utiliza estratégias como: construção identitária, que, no caso dos adolescentes, envolve ações de fortalecimento de usuários e de familiares mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas integradas com os recursos do território – como, por exemplo, economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos – e que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida (BRASIL, 2004; 2015).

Para Salles e Barros (2013), é necessário que os serviços de saúde mental visem à reinserção social dos indivíduos com transtorno psíquico, incluindo nas práticas dos envolvidos diversas e importantes atividades da vida cotidiana, que promovem autonomia e dão início a um processo de construção de um lugar social, mas também as que se relacionam a desafios maiores, como a promoção de

relacionamentos afetivos e a inclusão dos indivíduos no mercado de trabalho.

No que tange aos adolescentes atendidos no CAPSi, a inserção social destes se apresenta como um desafio na constante busca por estratégias de trabalho. Observa-se que a especificidade do público adolescente em relação esse tipo de reinserção passa pela necessidade de lazer e de constituição de grupos.

De acordo com Maciel (2011), assim como as crianças, os adolescentes não devem ser aprisionados no papel de doentes a fim de se evitar as consequências que advêm dessa visão. Desse modo, a equipe tem de ser capaz de propor estratégias de reinserção social por meio de oficinas e de atividades, mas também pela formação de grupos e também por meio da valorização de pequenas trocas que ocorrem no convívio do serviço: as refeições, os passeios, os jogos e os problemas do cotidiano.

Considerando as estratégias já em andamento no CAPSi, identifica-se a necessidade de ampliação de projetos e de espaços de inserção social voltados aos adolescentes em geral, mediante um movimento de pensar “mais fora do Pandorga”.

A grande questão é: levar para o social, para outro lugar, tirar desse lugar que é de doente. A gente dizer fulano, esquizofrênico, psicótico, autista, então é esse simbólico que para ele não tem uma representação, então passar a existir e isso é o social que vai dar e isso acho que falta um pouco, de ter esse espaço que pudesse ajudar, fortalecendo o que mais a gente pode estar fazendo que não seja só dentro do CAPSi. Deveriam existir mais espaços culturais, que pudessem fortalecer isso, que o cara já está quase saindo, o que mais posso fazer? [...] aqui é totalmente protegido, mas que pudesse ser um alargador, algo que ampliasse um pouco mais esse convívio social. (P13)

Como demonstra esse relato, outros lugares, para fora do CAPSi, envolvem um reposicionamento do adolescente, ressaltando a importância de ele circular em espaços nos quais possa constituir identidade e relações que não estejam pautadas pela doença.

Para Galletti (2006), é fundamental que os profissionais estejam atentos para que a instituição ofereça saídas para fora dela mesma, pois é mediante essa prática que também se constitui a real desinstitucionalização na saúde mental. As intervenções que não têm o campo “psi” como local das práticas em saúde mental são eficazes por comportarem um repertório de expressão de sentidos e sentimentos, sem necessidade de mediação pelo profissional. É importante para o adolescente habitar outros lugares, ouvir outros idiomas, trabalhando com o corpo, com o movimento e com o espaço; é necessário, assim, possibilitar que os adolescentes vivam a vida que se desenrola sempre em diversos lugares.

As transformações da atenção em saúde mental como base no modo psicossocial possibilitaram a construção de espaços promotores de saúde que sustentam a vida fora dos muros do hospital psiquiátrico no modo asilar. Esses espaços são reconhecidos pela promoção de trocas reais, afetivas, materiais e simbólicas, que se estendem à comunidade, ao território de moradia, ao lazer, à cultura, ao trabalho e ao estudo, entre outros (RIBEIRO, 2013).

As atividades de lazer, somadas à característica de ser extraCAPSi (fora de sua estrutura), são fundamentais no trabalho de inserção social, assim como reforçam a concepção de que esta deve ocorrer na cidade, no território, e gerada por meio do divertimento, considerando a especificidade do público adolescente (MACIEL, 2011). Espaços de interação com a vizinhança e com os amigos são apontados como permanente apoio aos adolescentes quando o suporte entre a própria rede familiar não é identificado (BARATA *et al.*, 2015).

Um dos espaços que podem se configurar dessa forma é a escola. Nesse sentido, identifica-se uma preocupação de alguns profissionais com o fato de a maioria dos adolescentes atendidos no CAPSi não frequentá-la. Isso se dá em virtude de se perceber que a perda do vínculo com a escola, seja por questões individuais, familiares e/ou sociais e/ou por questões programáticas dos serviços, pode aprofundar o sentimento de incapacidade e de exclusão dos adolescentes.

O número de adolescentes que a gente tem afastado da escola é gigantesco [...] Eles não querem ir, não têm interesse nenhum de voltar, é difícil de trabalhar, porque eles ficam melhores não estando indo para escola, como é que tu vai obrigar algo que faz mal. Me preocupo com todos os adolescentes que a gente tem aqui fora da escola, e os que estão tencionando para não estar. Eles evadem e a impressão é que fica por isso mesmo, vai ficando, passando tempo, a gente vai justificando a não estada dele na aula, porque eles chegam aqui já não indo, e pedindo um laudo justificando o porquê eles não vão. Uma coisa é tu não consegues ir, quando são psicóticos, tem a questão da fobia, perseguição, do imaginário que se torna real para eles, mas questões comportamentais, tenho dúvidas, se é de fato a escola que tenciona um comportamento agressivo, disruptivo. A maioria que estão fora da escola, não são psicóticos, inclusive esses quando estão melhores querem voltar, mas os comportamentais não querem, e a gente banca a não estada deles lá. E a escola agradece, porque é difícil de lidar. (P12)

Maciel (2011) identifica que muitos adolescentes que passam a frequentar o serviço vivem em isolamento social por interromperem os estudos, por repetirem de ano, pela saída da escola ou pela própria dificuldade de se relacionarem com os colegas. Essas rupturas e o isolamento, como consequência, acabam por afetar

etapas importantes da passagem adolescente, como a exploração da cidade experimentada como espaço de socialização, a identificação grupal, os primeiros encontros amorosos.

Com isso, o CAPSi passa a ser um lugar de referência para vivenciar essas experiências. Além de promover a interação e o convívio entre os adolescentes, pode representar a possibilidade de saída ou a atenuação dos seus sofrimentos. Mas essas experiências não devem se limitar ao serviço, podendo se configurar como um processo de “enCAPSulamento”.

O termo enCAPSulamento pode ser compreendido como processo de cronificação dos usuários nos CAPS, resultante tanto das condições de trabalho e de reprodução de certas práticas do modo asilar como do isolamento do serviço diante da fragilidade da inserção territorial. Diante disso, aponta-se o necessário enfrentamento desse fenômeno, com a construção e o fortalecimento de práticas que envolvam uma rede ampliada que considere, além dos serviços de saúde, outras ações de outros setores, principalmente dos espaços sociais na comunidade e na cidade (WETZEL, 2005; FURTADO et al, 2017).

Outra questão que surge é a escassez ou a ausência de práticas que aproximem o adolescente do mundo do trabalho ou que a ele o encaminhem ou de outros dispositivos da rede como o serviço GeraçãoPOA. Avalia-se a necessidade de se investir mais em estratégias de inserção social e de cidadania pela via do trabalho, podendo ser citado tanto o Programa Jovem Aprendiz como o Pró-Jovem²⁴ (NE).

5.3.5 Processo de transferência do cuidado no CAPSi

Esta categoria traz à discussão a avaliação das práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes em relação ao processo de alta e de transferência de cuidado. A perspectiva psicossocial tece uma crítica ao paradigma problema-solução-cura (do modo asilar) e propõe que o cuidado se materialize tendo

²⁴Torna-se necessário diferenciar esses três tipos de serviço/estratégias relacionado a inclusão social por via do trabalho: o GeraçãoPOA é um serviço da RAPS de Porto Alegre de geração de renda e economia solidária, tem como objetivo de capacitar os usuários para uma atividade que gere renda. Já o Programa Jovem Aprendiz visa a realização de cursos que preparam para o trabalho, como rotinas, disciplinas, noções de direito e cidadania, e ao final dos cursos, de fato, inserem os adolescentes num local de trabalho conveniado ao programa. O Pró-Jovem é um programa que aborda as questões de trabalho, mas tem a característica de conversar e discutir assuntos no geral com os adolescentes nas escolas.

como foco a existência-sofrimento. Para isso, é necessário um cuidado constante e em rede, o que Oliveira (2012) chama de *continuum* de cuidado.

Isso não significa que os adolescentes não recebem alta do CAPSi; o problema é que alguns se desligam do serviço na condição de alta devido à idade limite para serem atendidos, porém sem a perspectiva da transferência do cuidado, resultando no não acompanhamento no CAPS adulto ou território. Isso se configura alta compulsória, a qual não corresponde à que é dada na perspectiva do *continuum* de cuidado. Por isso, neste relatório, opta-se pelo uso do termo transferência de cuidado, em vez de alta, por se alinhar aos resultados possíveis do trabalho realizado no CAPSi durante todo o tempo em que o adolescente permanece no serviço.

A transferência do cuidado tem a conotação de reabilitação psicossocial, de produção de vida e de integração dos dispositivos da rede visando a um cuidado continuado do usuário. No campo da saúde mental, essa transferência deve ser um processo gradual e longitudinal, em rede, envolvendo diferentes serviços fora da área da saúde e serviços especializados (GUEDES *et al.*, 2017).

O fluxo de transferência para o território não é feito de maneira única e uniforme, essa prática deve corresponder às expectativas e ser elaborada em relação à vivência e ao momento de cada usuário. A transferência do cuidado é considerada um marcador importante para a consolidação das práticas psicossociais, pois abrange outros caminhos a serem estabelecidos entre serviço e usuários, em que se valoriza e prioriza a cidadania e a autonomia desses (GUEDES *et al.*, 2017).

Em geral, para a equipe, o trabalho do CAPSi é considerado satisfatório, principalmente pela atitude dos adolescentes de virem ao serviço um tempo após tratamento e acompanhamento e de conseguirem retomar suas vidas no território ou, quando necessário, no CAPS adulto. Esse aspecto é exemplificado por situações em que os profissionais encontraram os usuários fora do serviço, os quais relatam “estar bem, com planos e se cuidando”. A equipe considera que esses encontros dão sentido ao trabalho realizado no CAPSi, assim como tornam visível a importância de o serviço se tornar referência para o adolescente.

O fato da gente estar aqui, ano após ano, para esses jovens, eles podem sair, hoje, essa menina que apareceu aí é um exemplo típico, fica “zanzando” pelo mundo, mas vai vir aqui e ver “olha mudou tanto, mas o profissional tal ainda está aqui, o médico ainda está aqui” essa segurança de saber que o CAPSi ainda está no mesmo lugar, que ainda tem algumas pessoas, eu acho que isso é uma coisa que faz muita diferença para esses jovens. (P2)

[...] os movimentos que chegam aqui são bons, hoje o R. estava aqui: “Cheguei, vim visitar”, ele está numa passagem adolescente, apesar de ter mais de dezoito anos, não estar mais no CAPSi, e aí ele quer falar que veio caminhando, sozinho, as coisas que ele está fazendo. Só da gente dar um espaço para essas coisas virem, isso, para mim, é a questão do adolescente. (P14)

Porém, torna-se importante ressaltar que as práticas relacionadas à transferência de cuidado com adolescentes no CAPSi, como apontado pelo o grupo de interesse, trazem duas questões: a necessidade de construção de um plano de alta e a especificidade dos adolescentes entre a faixa etária dos 16-17 anos.

Em relação à construção do plano de alta, avalia-se que o CAPSi, ao alcançar a expectativa de se tornar um local de referência para o adolescente e sua família, faz com que a equipe tenha dificuldade de trabalhar com a transferência do cuidado para outros serviços e território, pois os atendidos têm o serviço como um grande suporte, com vínculo e garantia de acesso, quando necessário.

[...] a mãe vê aqui como um espaço seguro, porque vá que dê uma crise, vai ter que começar tudo de novo. Não, marca de dois em dois meses mas deixa a gente ficar, ter essa referência, então não é nem mais a questão da necessidade do atendimento, mas só o fato de ter um acesso garantido se precisar. (P1)

O CAPSi é diferente do CAPS adulto que trata só o adulto, não, aqui vem toda a família junto, e se tu não tratar a família tu não consegue tratar o adolescente, e com aquela mãe foi bem gradativo, até ela se dar conta de que “é, realmente preciso ir”, a mãe também conseguiu se descolar daqui, porque o CAPSi era como se fosse uma tabua salva-vidas para ela, porque quando ela chegou com a filha, recebeu todo o apoio e tudo mais. Então para sair, para ela foi mais difícil do que a própria filha sair. (P4)

Outra dificuldade identificada na construção da transferência do cuidado relaciona-se com a descontinuidade desse, quando fora do serviço do CAPSi não existem outros dispositivos como por exemplo a nível de convivência, ambulatorial ou demora muito.

Há a preocupação da equipe no que tange às lacunas de “para onde vai esse adolescente” e, por vezes, isso passa a ser uma busca pessoal empreendida pelo profissional. Como consequência disso, avalia-se que o usuário acaba permanecendo mais tempo do que o necessário no CAPSi.

Os pacientes próximos aos 18 anos, eu procuro dar uma atenção tremenda para eles, porque eu não tenho muita certeza do seguimento depois, sabe, se eles estiverem muito bem eles podem ser atendidos no EESCA ou no

ambulatório [...] Essa transição não é fácil, falei do EESCA e do ambulatório porque eu tenho uma sensação que a (profissional X) é um a psiquiatra que trabalha muito próxima ao que a gente trabalha aqui, ela mantém uma atenção e um tipo de tratamento muito parecido com o nosso, e isso ajuda. (P5)

A gente também tem dificuldade, quando o caso não é para CAPSi, em encaminhar para outros locais quando o paciente tem indicação de apenas ter um acompanhamento psiquiátrico, demora, quando os pacientes precisam de psicoterapia, muitos postos, locais não tem ou a fila é muito grande. Ou outros acompanhamentos, fonoaudiológico ou psicopedagógico, algo mais específico ou psicomotor, a gente tem mais dificuldade em encaminhar pela falta de disponibilidade. Acaba ficando mais tempo no CAPS infantil do que o necessário. (P10)

Oliveira (2012) identificou em seu estudo essa mesma dificuldade, que acaba se configurando uma barreira para a continuidade do tratamento do adolescente junto à rede, podendo resultar no retorno dos usuários ao CAPS ou no abandono do tratamento em geral. De acordo com Guedes *et al.* (2017), para haver transferência de cuidados, é importante haver trocas e diálogos entre as equipes para compartilhamento das histórias de vida do usuário, dos contextos e das redes. Isso precisa se dar de forma que se ofereça segurança ao usuário no trânsito entre os serviços e que as equipes mantenham o cuidado às demandas durante todo o processo.

Na discussão entre os paradigmas asilar e psicossocial das práticas na atenção em saúde mental, essa atenção se refere ao processo necessário de desinstitucionalização e de estabelecimento do poder de contratualidade entre os serviços da rede.

Campos *et al.* (2014) consideram que a construção de contratos em saúde mental aponta para o movimento de análise, invenção e construção de planos de intervenções e tomada de decisão para lidar com conflitos, estabelecendo, assim, compromissos e contratos entre os sujeitos, nesse caso, entre os profissionais das equipes dos serviços. Esse movimento pode potencializar e ampliar as possibilidades de ação com ênfase na corresponsabilização do cuidado em saúde.

A esse respeito, é possível questionar como superar a institucionalização na direção de um cuidado em liberdade aos adolescentes quando se visualizam dificuldades de responsabilização e de contratualidade de princípios básicos para a garantia de cuidado em saúde mental em rede. Como promover acesso ao serviço e sua continuidade?

Identifica-se ausência de práticas no CAPSi que vislumbrem perspectivas

futuras para os jovens e a preocupação de a rede e o território não conseguirem absorver a demanda de cuidados em saúde mental desses adolescentes. Diante disso, a equipe aponta, como sugestão, a construção de um “programa de alta” conforme elucidado nos seguintes fragmentos.

Quando o que tem aqui não contempla toda a necessidade dele, aí tenta buscar algo fora, que não seja uma coisa só CAPSi. A gente acaba pensando e vendo a necessidade dele, que talvez não contemple naquele espaço, que deveria ter outro tipo de atendimento, ou outras coisas que talvez não fique só aqui, que o CAPSi não é eterno. (P12)

Nesse momento, a gente está bem longe de perspectivas para adolescentes. Algumas coisas nós fazemos, mas são pontuais, por exemplo, a gente tem ali no centro vida, o Centro da Juventude, foi ano passado que começou a funcionar, tem algumas atividades que tem que ser da região, não é para qualquer um. O centro da região, de fortalecimento de vínculos, até os doze anos, então também não tem. O Pró-Jovem o absenteísmo é gigante, há pouca adesão. (P14)

Eu acho que tem uma coisa que a gente precisa desenvolver melhor que é essa coisa dos dezessete anos em diante, que eu noto que eles começam a ficar muito ansiosos e os dezoito bate ali e eles dão uma remada e com razão, mas acho que o tipo de atenção que a gente dá para isso ainda é insuficiente. Não é suficiente a gente oferecer falar, visitarem depois, eu acho que a gente tinha que ter algo mais criterioso, ou uma atenção melhor, não sei qual seria consequência disso, o que formalmente seria criar **um programa de alta**, mas criar um programa de alta é muito formal e muito engessada, porque seria acompanhar essa trajetória, caso a caso e a gente é muito flexível para atender cada um deles conforme eles vivenciam essa passagem. (P8)

Nessa direção, parece que a equipe está no caminho para estabelecer, ao nível do seu trabalho no CAPSi, compromissos e contratos entre os profissionais da equipe, fazendo investimentos para compor e garantir discussões sobre a necessidade de se pensar o que deve ser feito com adolescente “extraCAPSi”, em parceria com outros serviços e setores. Ao mesmo tempo, essa postura demonstra existir, por parte dos profissionais, compreensão de seu papel, de sua responsabilidade e de sua implicação no cuidado em saúde mental de referência aos adolescentes.

De acordo com o fragmento de entrevista, anterior citado, existe a dificuldade de desenvolver, de forma mais satisfatória, o trabalho com os adolescentes de 17 anos. Nesse sentido, fazem-se necessárias práticas direcionadas aos adolescentes de 17-18 anos no CAPSi, os quais estão na faixa etária em que ocorre o desligamento compulsório e/ou transferência dos cuidados para o atendimento no CAPS II, embora de maneira gradativa enquanto ainda estão no CAPSi.

[...] vou me colocar no lugar dele: “Tá, beleza, eu curti aqui, tem um espaço bacana, a gente conversa, mas vou completar 18 anos, vou ter que ir embora?”. No CAPSi tem essa questão diferente dos adultos que quer é a reconsulta, mesmo que seja de dois em dois meses ele sabe que tem lá, toda vez que precisar o médico que atende, a vida toda, E como é isso no CAPSi, se tem data marcada? Até que idade a gente pode ficar? E se ele puder ficar até 25? Já muda! Completou 18, tchau! Como assim tchau? Começa tudo de novo agora? (P1)

[...] nós vamos mandar ele embora? Não! A gente dá um jeito, porque é isso, não tem alguém que venha de cima e diga “tem 18 tu já não podes mais continuar atendendo” porque não tem como lançar, porque é só 18, não! Não tem essa barreira, é uma barreira mais ideológica, que a gente cria para poder...bom, também nunca chegou ninguém com zero, mas tem chegado crianças com 3 anos, que é bem cedo, para identificar certas coisas. (P2)

Ninguém faz 18 anos e já vai embora do CAPSi, existe todo um trabalho, os primeiros pacientes que nós tivemos aqui até dizia “oh já está com 38 anos e está aqui ainda”, passou dos 18, estava eu acho com 20, quase 21 anos já. A gente estava tentando com que ela fizesse essa passagem para o CAPS II, a gente até explica “aqui é até 18 anos”, mas tem todo um movimento de que vai fazer 18 um dia e vai acordar no outro dia o CAPSi vai falar não pode mais, nem poderia. Acho que a gente respeita, é respeitado o tempo de passagem do próprio paciente. (P4)

A gente usa bastante os residentes para transpor eles para o outro CAPS, porque o residente está aqui, e daqui a pouco está lá, e é uma pessoa que eles também têm vínculo. Eu por exemplo, tenho uma adolescente que tem 18, e que vem desde o início do ano trabalhando com ela, essa passagem para outro serviço, e a gente vai usar a residente, que estava no grupo aqui, e que está lá no CAPS adulto, para fazer essa transferência, às vezes a gente faz concomitante, eles estão aqui, e lá, aí faz atividade aqui, e lá. (P12)

No entanto, os fluxos mencionados, às vezes, não funcionam, pois os adolescentes acabam não se identificando com o lugar, com os profissionais ou com a forma de atuação das equipes. Diante disso, faltam alternativas para que CAPSi possa lidar com os adolescentes que não conseguem se readaptar ao novo serviço durante o período de preparo para a transferência do cuidado.

Nem sempre a gente consegue, a gente vinha trabalhando com eles o encerramento desde o início do ano passado (2017), na ocasião tinha dois meninos que faziam 18 anos bem perto, um deles a gente conseguiu fazer essa transição para o CAPS II, outro não. Um encontrou seu espaço lá, o outro nem quis, mas continuou vinculado aqui, por algum motivo se sente acolhido aqui, mesmo com a troca do terapeuta, não aceitou a ida para outro lugar. (P2)

[...] saindo do CAPSi e indo para o CAPS II existe um funcionamento diferente, às vezes, eles sentem essa troca, e no CAPS II acabam abandonando o tratamento, o que eu acho bem triste, são pacientes que precisam de uma atenção. Fico muito feliz quando o seguimento dá certo, já em outros locais nem sempre dá tão certo assim. Acaba faltando alternativas, para esses adolescentes. (P5)

Outro aspecto a ser considerado é a preocupação com adolescentes em idade de 16-17 anos que acabaram de iniciar o acompanhamento no serviço, tendo em vista que já nesse momento deve-se pensar a perspectiva de sua continuidade após os 18 anos.

Um fator limitante depende da época, da idade que eles chegam para nós. Se chega com 17, a gente fica muito limitado nas ações, mesmo a gente sabendo que pode ficar até 24, mas a ideia é que não fique com 24 aqui, porque também é fazer um reforço que ele sim é uma criança, um adolescente. Ele já está partindo para a fase adulta, e a sociedade, o mundo vai cobrar ser adulto, e tu vai manter ele no infanto-juvenil (P12).

As questões levantadas em relação aos adolescentes que estão na fronteira etária, isto é, entrando na fase adulta, configuram-se uma característica específica do serviço de CAPSi. Não se observa em os outros serviços da RAPS essa característica como tão importante e necessária de ser pensada, uma vez que o fator idade só é limitante para o ingresso. Cabe, então questionar o que deve ser feito quando ocorre a/o saída/desligamento.

Esses são casos presentes no cotidiano do CAPSi, o faz com que se precise atentar para aspectos além da idade, voltando a preocupação mais à questão de como lidar com toda a produção de cuidado em saúde mental no intervalo de tempo em que o adolescente esteve no serviço. Isso urge, pois, a partir de certo momento, instala-se a imprevisibilidade acerca do que será o cuidado em saúde mental desse adolescente ou do que será dele no futuro.

Com isso, alerta-se sobre o fato de que se deve pensar bastante acerca de todas essas questões. Devem ser pensadas estratégias de trabalho, assim como alternativas de cuidado já desenvolvidas, que sejam compartilhadas entre os serviços que trabalham com essa população, não só na área da saúde.

5.4 A clínica no CAPSi: na adolescência o diagnóstico se escreve à lápis

Nesta categoria, são apresentadas e discutidas as práticas em saúde mental relacionadas à clínica no CAPSi. Sua composição envolve temas considerados relevantes no processo avaliativo das práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes, por exemplo, aquelas relacionadas ao diagnóstico, à medicação, ao estigma da loucura e ao papel do CAPSi no atendimento às situações de emergência

e de urgência.

A denominação do capítulo é inspirada no artigo²⁵ do psiquiatra Allen Frances, intitulado “*Diagnoses in Kids Should Always Be Written in Pencil*”, cuja tradução é: *Diagnósticos em crianças devem sempre ser escritos a lápis*”. O artigo de Frances convoca o leitor a (re)pensar o que tem sido feito com as populações específicas, crianças e adolescentes, em relação às suas necessidades e aos ditos “problemas em saúde mental infanto-juvenis”. Ele também traz a preocupação com o processo de medicalização dessas faixas etárias e com os diagnósticos psiquiátricos atribuídos como destino a serem vivenciados por essa população.

Entende-se que *escrever a lápis* se refere à dinamicidade necessária na dimensão da clínica em saúde mental voltada à adolescência, pois é uma fase marcada por diversas mudanças que ocorrem de maneira rápida e diversificada, e cada sujeito é único. Isso deve ser considerado na construção da prática clínica em saúde mental voltada a essa população. Esse mesmo termo ainda carrega a crítica às práticas clínicas normativas da psiquiatria, em que rótulos são produzidos em detrimento de práticas que considerem a pluralidade dos adolescentes.

De acordo com Bezerra (1996), as questões que envolvem a clínica estão relacionadas ao lugar que ocupa no campo das intervenções em saúde mental, em que ora a clínica é supervalorizada ora é subvalorizada. O mesmo autor considera como clínica em saúde mental as práticas de intervenções psicológicas, psiquiátricas e psicanalíticas produzidas por estruturas assistenciais que reduzem as práticas a uma prática individual ou grupal centrada na doença. No modo psicossocial, é apresentada a importância de essas práticas não sobreponham às de intervenção do campo da interação dos sujeitos.

Em outras palavras, a clínica na Atenção Psicossocial é, portanto, a possibilidade de abertura dos horizontes para práticas de intervenções que considerem interações do tipo: sujeito & sujeito, sujeito & aspectos sociais, sujeito & contextos de vida, sujeito & suas especificidades. Isso se dá de maneira equivalente às práticas de intervenções do campo “psi”, principalmente em relação ao nível de prestígio e de importância dado a essas pelos profissionais que as realizam.

A prática da clínica com adolescentes no CAPSi requer a identificação e a

²⁵Artigo publicado por Allen Frances em seu website. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/saving-normal/201610/dsm-5-diagnoses-in-kids-should-always-be-written-in-pencil>. Acesso em: 18 fev 2019.

diferenciação das características que são esperadas nessa etapa da vida e do que pode vir a ser uma preocupação e uma demanda para o campo da saúde mental, como exemplificado nos relatos a seguir.

É complicado porque os pais patologizam muito questões da adolescência, às vezes tu tens que dizer: “Tá, mas isso qualquer adolescente...Ah, porque ele faz tal coisa, o quarto está uma bagunça, porque está sujo, tem meia fedorenta, não sei o quê”, tá, mas só um pouquinho, isso faz parte da adolescência. Ela quer colocar aquilo dentro do processo de adoecimento e aquilo é dentro de um processo normal de uma adolescência. (P11)

A gente tenta fazer com que eles pensem sobre o que é que está acontecendo, que esse adolescente está dessa maneira, porque a adolescência é uma fase que passa, e assim como ela passa, ela pode passar os sintomas também, depende de como os adultos vão trabalhar essas manifestações que estão sendo apresentadas por “N” motivos. A gente fala bastante da questão que o comportamento dele é que se assemelha a uma patologia, que ele apresenta, ele está nesse momento. (P12)

Algumas características da adolescência podem ser compreendidas pela perturbação temporária de mecanismos, de representação do sujeito, frente às demandas da sociedade. A passagem criança-adulto está relacionada às mudanças de nível individual com: o desejo de originalidade; a identidade e a afirmação da autoimagem; as alterações biológicas resultantes da evolução pubertária. Já no nível social estão: a busca pela autonomia, a autenticidade, a construção de novos códigos de conduta e o comportamento social (MARCELLI; BRACONNIER, 2009).

Dessa forma, destaca-se a importância de se considerarem os modos de desenvolvimento e os marcos diferentes que cada adolescente possui nessa trajetória criança-adulto. Allen Frances (2016) aponta que a individualidade e a imaturidade não devem ser confundidas com doença, e sugere que uma avaliação cuidadosa e criteriosa, que leva um tempo de acompanhamento da equipe e do usuário, é um dos aspectos considerados importantes na prática da clínica em saúde mental com adolescentes numa perspectiva psicossocial.

Por outro lado, para ampliar as discussões sobre a clínica nos serviços de saúde em geral, como uma prática realizada por todos os profissionais que lidam com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção, Campos (1997) propõe a seguinte classificação: clínica degradada, clínica tradicional e clínica ampliada.

A primeira corresponde a uma abordagem focada nos sinais e nos sintomas da demanda e não se questiona nada, além de dar um “falso” acesso à saúde, pois o que se tem, na verdade, é o atendimento em que são realizados procedimentos para sanar

os sintomas somente. Já a clínica tradicional tem ênfase nos aspectos biológicos, nas especialidades que pretendem curar a doença. Em oposição às duas, a clínica ampliada surge para deslocar a atenção da doença para o sujeito, com seus aspectos biológicos, sociais, individuais e históricos, havendo uma responsabilização de diversos serviços que prestam assistência a um mesmo usuário (CAMPOS, 1997).

Diante disso, percebe-se que a prática em saúde mental voltada aos adolescentes pode estar sendo realizada a partir da noção da clínica deteriorada ou da tradicional e há um longo caminho a ser percorrido para alcançar a clínica ampliada. Chegar a esta constitui um dos maiores desafios atuais estabelecidos no campo da saúde mental com adolescentes.

Essa questão vem sendo visualizada pela linha tênue entre normalidade e anormalidade estabelecida com o movimento de patologização da adolescência, em que os comportamentos dessa fase podem estar relacionados às formas de interação com a vida e com o mundo, desconsiderando todos os outros fatores envolvidos nessas manifestações.

A patologização da adolescência pode ser compreendida como a busca do enquadramento dos adolescentes “desviantes”, mediante explicações organicistas, métodos estatísticos de classificação, diagnósticos de cunho fisiologista e terapias de adaptação para quem foge às regras, às normas e ao padrão estabelecidos pela sociedade (MAIA, 2017). Isto é, todos que não se comportam adequadamente frente ao padrão normativo são passíveis de serem desviantes, por isso são submetidos a processos que identificam e atestam seu transtorno mental e, por consequência, sua incapacidade de corresponder às expectativas: crescer, estudar, trabalhar, casar etc.

Conforme Moysés e Collares (2013), a patologização da adolescência vem ocorrendo por processos de julgamento, condenação e sentença, comumente relacionados à medicalização; ocorrem o controle e a judicialização do adolescente, tendo respaldo laudos médicos, psicológicos, fonoaudiólogos etc. Amarante, Pitta e Oliveira (2018) apontam o caráter tendencioso da patologização, não só dos adolescentes, no atual contexto político-social do Brasil, em que se fortalece o discurso da culpabilização das pessoas pelos problemas estruturais relacionados às condições socioeconômicas precárias vivenciadas.

Diante desse cenário, é fundamental que sejam feitas autocríticas e autoanálises das práticas realizadas nos serviços, principalmente de saúde mental, buscando o enfrentamento dos processos de patologização que, uma vez sob a ótica

da normalização, representam retrocesso nos movimentos de desinstitucionalização e na reforma psiquiátrica no campo da infância e da adolescência.

Nesse sentido, com a transformação das práticas da clínica em saúde mental, nas últimas décadas, a perspectiva psicossocial permite visualizar o transtorno mental como algo além de sinais e sintomas, isto é, como formas de expressão do sofrimento e de diferentes experiências humanas. Pode-se observar o seu sentido experiencial mediante a busca e a ampliação de estratégias terapêuticas voltadas ao protagonismo e ao respeito às singularidades dos sujeitos, como exemplificado pelo Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes.

De acordo com Kantorski *et al.* (2017) essa estratégia funciona por meio da discussão, de modo que as vozes são consideradas uma experiência real na vida dos sujeitos. Desse modo, não existe a preocupação de classificá-las como expressão de um processo de adoecimento ou religioso, mas, sim, em um contexto mais amplo de narrativas pessoais e de sentidos para aqueles que as experimentam.

Essa perspectiva pode ser uma importante contribuição para o campo da saúde mental no trabalho com os adolescentes, assim como na construção de práticas na direção do modo psicossocial. Nesse sentido, a importância de o diagnóstico não se sobrepor nas práticas do CAPSi é defendida no processo avaliativo. Identifica-se que o diagnóstico em saúde mental é importante, mas que não é tudo.

É um dilema difícil que eu enfrento muito, e os colegas também devem enfrentar: dar ou não dar um diagnóstico? Quando dar um diagnóstico? Que diagnóstico dar? [...] Na adolescência existe até uma questão deles não aceitarem, determinados rótulos. Às vezes tu arranjas um problema, tu resolves uma questão legal para os pais e arranjas um conflito tremendo com o teu paciente, ele se revolta contigo porque tu disses que ele é tal coisa. Não é fácil. (P5)

Diagnosticar certamente é uma coisa fundamental e eu diria que nós fazemos, (isso é bastante polêmico), diria que nós fazemos muitos diagnósticos aqui. Diagnosticar é dar uma palavra, um nome ou até vários nomes, várias palavras para o que está acontecendo com o adolescente e isso não necessariamente precisa ser um transtorno psiquiátrico em específico. O diagnóstico é uma coisa importante, mas não é tudo. (P10)

Diagnosticar esse público é considerada uma prática com desafios, por se tratar de uma fase em que se atravessam situações que vão para além de definir qual transtorno o adolescente tem ou o que o profissional deve fazer. Na prática da clínica com adolescentes o diagnóstico não se trata de uma construção somente nosológica, mas também referente às condições sociais, familiares e institucionais que envolvem

cada caso, o que, de fato, pode contribuir para a construção de intervenções úteis aos adolescentes, afinal, conhecer o nome da enfermidade raramente ajuda na integração das ações de cuidado.

Uma das principais dificuldades para alcançar esse tipo de prática reside, em alguns casos, em diagnosticar quadros sintomáticos diferenciando-os estruturalmente das alterações subjetivas e comportamentais ocorridas na própria crise da adolescência, conforme referida anteriormente neste mesmo capítulo (SEGGESE, 2011; 2013).

Em outros casos, o desafio está na necessidade de intervenção e no fato de o profissional não se sentir seguro do diagnóstico. Nesse sentido, o trabalho pode ser orientado a partir de práticas que se identifiquem e que trabalhem com a hipótese diagnóstica, mas também com um importante questionamento acerca disso: a hipótese engessa a escuta ou a orienta em relação a uma intervenção? (SAGGESSE, 2013). Tendo em vista o modo psicossocial como base no desenvolvimento das práticas, as hipóteses devem ser discutidas e aperfeiçoadas pela equipe e ações interdisciplinares devem ocorrer sempre que possível.

No geral, ressalta-se que a avaliação em saúde mental com adolescentes deve ser feita gradualmente; acerca do diagnóstico, deve ser construído de maneira contextualizada, atentando para as diferenças de etiologia, de diagnóstico e de prognóstico, conforme o fragmento “*um episódio de grave desorganização na adolescência, por si só, não define o diagnóstico como psicose*” (OLIVEIRA, 2013, p.98) e o relato a seguir.

Uma coisa importante é que às vezes as pessoas confundem que diagnóstico não é etiologia, por exemplo, pode o paciente estar com o quadro depressivo e aí a pessoa “Não, ele não tem depressão, na verdade é o pai dele que espanca ele, maltrata ele, que abusa dele”, pode até ser que ele tenha sintomas de depressão, tristeza, desvalia, desesperança, que ele tenha todas essas coisas, mas isso é apenas o nome da síndrome, a etiologia disso podem ser muitas coisas: genéticas, maus-tratos, e às vezes se confunde um pouco pensando no diagnóstico como se fosse uma questão etiológica. Não, diagnóstico é uma coisinha só, a etiologia é outra coisa e a gente tem que olhar para todas as coisas, é muito importante que as pessoas também confundem é que diagnóstico também não é prognóstico, então a pessoa pode receber um diagnóstico em determinado momento baseado nas características, num determinado momento, mas isso não quer dizer que ele vá ser para o resto da vida aquilo e que ele não vá poder fazer isso e aquilo. A gente aprende que o diagnóstico é feito no gerúndio, naquele momento o indivíduo pode fechar para um determinado transtorno, e naquele momento o diagnóstico vai ajudar a pensar na etiologia do que isso ocorre e no que fazer. E justamente, fazendo a coisa mais adequada possível para a individualidade do caso, faz com que a pessoa melhore [...] Tem a confusão

entre diagnóstico, etiologia e prognóstico, que às vezes as pessoas não entendem tão bem, colocam tudo isso junto. (P10)

O prognóstico em saúde mental de adolescentes é uma questão importante relacionada à preocupação com o seu futuro.

Não obstante, no modo asilar, o transtorno mental resulta ou é resultado das deficiências, das desvantagens, das inabilidades, entre outras características, identificadas que marcam a pessoas como doente ou como incapacitadas pela doença. Nessa perspectiva, o prognóstico nada mais é do que uma sentença da impossibilidade de se viver em sociedade dada a existência de insanidade mental. Em contrapartida, no modo psicossocial, centrado no sujeito, e não na doença, trabalha-se com um universo de possibilidades para a vida do sujeito, de modo que suas potencialidades são acentuadas e as dificuldades podem ser trabalhadas conforme sua necessidade e desejo.

Em razão disso, há uma preocupação em diagnosticar o adolescente, pois o diagnóstico pode se tornar um rótulo a ser carregado para a vida inteira. Existe também a preocupação por nunca se falar sobre esses diagnósticos, no sentido de reafirmá-los como um assunto *tabu* para a sociedade, o que pode dificultar o trabalho com vistas à superação do estigma e do preconceito da loucura. Isso posto, avalia-se a necessidade de se trabalhar com a sociedade como lidar com diagnósticos em saúde mental, no sentido de que eles não definem as pessoas.

Tu colocares um rótulo num adolescente, ele vai carregar isso para a vida inteira de alguma forma, então não é fácil, não é fácil. Isso é um dilema bem presente aqui. (P5)

A gente tem que pensar de uma maneira mais ampla: será que nós também estamos cheios de preconceitos e achamos que um certo diagnóstico é tipo um palavrão? ou que a sociedade vê as coisas como um palavrão, por exemplo. Então, certamente a gente teria que trabalhar com questões das pessoas, da sociedade em si aceitar que pudesse ser dado nome aos bois, desde nomes muito simples até nomes mais complexos. As coisas têm que ser ditas, porque senão elas ficam num limbo muito escuro e que fingem não estar ali [...] (P10)

Como se pode perceber, a passagem se refere à relação histórica entre saúde mental e estigma, que tem como característica a diferenciação pejorativa das pessoas, evidenciando algo extraordinário ou ruim sobre o status moral dos sujeitos. Com isso, institui-se o processo de estigmatização, no qual os que estigmatizam criam estereótipos e rótulos com base em atributos de um determinado indivíduo, uma ação social cuja consequência é marcá-lo como diferente e, assim, excluí-lo (SIQUEIRA;

CARDOSO, 2011).

A estigmatização de adolescentes com transtornos mentais é percebida por meio dos rótulos atribuídos por outros adolescentes, com base nos comportamentos exibidos, o que começa geralmente ainda na infância. Apesar de os adolescentes se mostrarem mais receptivos às brincadeiras de teor pejorativo e ao *bullying*, isso não significa que sofrem menos que os adultos (KAUSHIK; KOSTAKI; KYRIAKOPOULOS, 2016).

O contexto social de adolescentes também é identificado como fator que influencia a compreensão do desenvolvimento e da manutenção do estigma em relação àqueles com problemas de saúde mental. Isso ocorre juntamente com as necessidades e habilidades que estão em desenvolvimento nessa fase (HEARY *et al.*, 2017).

De acordo com Heary *et al.* (2017) e com Kaushik, Kostaki e Kyriakopoulos (2016), o estigma relacionado ao transtorno mental presente no público adolescente continua sendo um tema pouco pesquisado, tanto na ciência do desenvolvimento quanto na literatura ampla sobre saúde mental internacionalmente. No Brasil, porém, observa-se que, ao mesmo tempo em que se discute a relação estigma – saúde mental – adolescentes, há uma política de benefício (Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social)²⁶ focada no diagnóstico e na doença, que tem como resultado a dificuldade da equipe do CAPSi para lidar com as famílias que têm na doença de um de seus membros a sua sustentabilidade material.

Existe uma cobrança muito grande, por diversos interesses, às vezes até financeiros, de estabelecer um diagnóstico, de definir se o paciente tem isso, tem aquilo, tem direito ao benefício, tem direito ao passe livre, não tem direito a passe livre, coisas assim. Por essas questões começa a ser pressionado a fazer um diagnóstico, em definir as coisas, e a gente sempre gostou por princípio, por funcionamento, de ter um diagnóstico mais dinâmico, diagnóstico mais de funcionamento do paciente, como é que ele é? Como ele se apresenta? Quais são as suas características? Do que um numerozinho, uma patologia, uma gavetinha. Esse é um conflito quase que diário aqui dentro, principalmente para os médicos, porque quando chega a questão legal, na frente do juiz ou na frente do perito do INSS, diz que “querem um atestado de um médico que o paciente tem tal coisa”. (P5)

²⁶O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) é um benefício da política de Assistência Social que integra a Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O benefício é individual, não vitalício e intransferível e garante a transferência mensal de 01 (um) salário mínimo. São considerados beneficiários pessoa idosa, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e pessoa com deficiência de qualquer idade, que comprovem não possuir meios de se sustentar ou de ser sustentado pela família (INSS, 2019).

A gente encontra muito esse discurso de que “- Ah, isso é das condições das pessoas”, não sou favorável a esse discurso como uma justificativa, mas por exemplo, aquela pessoa insistindo e forjando naquele caso para mim notoriamente foi isso: da trajetória que ela fez. Tem outros casos que não há essa trajetória, há dificuldades sociais também, dificuldades de trabalho, de uma série de setores e a família às vezes forja e às vezes não forja. Acho que tem que se ver caso a caso e em que sentindo está fazendo o benefício para aquela pessoa naquele momento. Para essa mãe foi uma luz no fim do túnel, a forma como ela estava se vendo diante as situações com o filho dela. Eu acho que em outros casos sim, são mães que tentam se aproveitar um pouco, famílias que tentam se aproveitar. Isso não acontece só com os adolescentes, acontece de ter alguém que está cuidando do familiar que vai ter o benefício e ele passa a receber e alguém da família se disponibiliza só porque ele vai ser o curador do benefício, ou tutor. (P8)

Nesse caso, instaura-se uma linha tênue entre dar respostas à necessidade real da família e a perduração do transtorno mental como incapacidade. Sendo assim, questiona-se como é possível trabalhar essa questão na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Outra questão apontada é que, por vezes, existem interpretações equivocadas por parte dos pais sobre o diagnóstico na adolescência. Por exemplo, o adolescente apresenta sintomas de depressão, mas os pais não atentam aos movimentos de isolamento social ou sustentam que o filho passou a ser incapaz de realizar qualquer tarefa, seja em casa, na escola, ou em outros ambientes.

A equipe, nesse sentido, aponta que na prática de diagnosticar o adolescente também deve considerar o seu impacto para a família e o sofrimento que pode desencadear. Informar acerca do diagnóstico não deve, necessariamente, ser a prioridade e exige a sensibilidade do profissional para avaliar o impacto disso na família.

Eu acho que (o diagnóstico) é uma parte e pode ser que às vezes existe uma certa interpretação errada sobre isso de que o diagnóstico não é uma coisa importante ou que não deve ser feito e tudo mais. Porque uma coisa é diagnosticar o problema, a outra coisa é passar este diagnóstico para o familiar. Isso também faz parte da nossa avaliação. A gente diz para o familiar tudo que ele tem condições de ouvir, se a gente detecta que o familiar tem uma dificuldade ou um medo muito grande ou não quer saber do diagnóstico de jeito nenhum, é claro que a gente não vai dar o diagnóstico ou se o familiar está muito a fim de saber o que o caso é naquele momento, também acho que não tem problema da gente dar. (P10)

Também, nessa direção, identifica-se que os atendimentos individuais com adolescentes devem ser longos o suficiente para se fazer uma avaliação, na qual seja possível incluir uma multiplicidade de dimensões, dentre elas: o diagnóstico, o

funcionamento da família, as questões sociais, o estigma e que os casos se diferenciem. Muitas vezes, essa característica de o atendimento durar mais não é compreendida da mesma forma por algumas pessoas da equipe, como pode ser observado no relato a seguir.

É certo ou errado fazer diagnóstico no CAPSi? É errado, porque se tu deres um diagnóstico para eles, a gente vai estar colocando todo mundo no mesmo saco e vai estar amaldiçoando ele para o resto da vida com isso e a gente ainda vai jogar uma bomba em cima da família. Não, calma, a gente está falando de diagnóstico, não estamos falando de etiologia nem prognóstico, nem de falar isto ou não para o familiar. A maioria dos colegas não tem essa visão que eu tenho, mas eu também respeito plenamente, enfim, eu trabalho em equipe, então e respeito também a equipe, o serviço, o funcionamento do CAPSi, mas é um pouco isso: as consultas psiquiátricas, elas demoram quarenta e cinco minutos, uma hora, um pouco mais. Hoje, eu estive numa primeira avaliação sentado duas horas, então se eu estou há duas horas com o paciente eu não estou querendo colocar todo mundo... se fosse todo mundo igual, eu não precisaria ficar duas horas aqui conversando com paciente. Se fosse todo mundo igual eu poderia dar medicação igual ou falar as mesmas coisas, e isso não é assim. (P10)

É importante pensar na trajetória do adolescente, e não somente na sua evolução clínica. Segundo Saggese (2011), o termo evolução é atrelado ao modelo que considera que a doença tem caminho próprio independente, quase asséptico, e que não há nada a se fazer quando se instala. Já na prática da clínica no modo psicossocial, os recursos do serviço, o contexto em que ocorrem os atendimentos, os recursos individuais e familiares determinam tanto o caminho a ser percorrido quanto o resultado dos cuidados em saúde.

O mesmo autor afirma que dificilmente as estratégias de cuidado seguem um padrão de tratamento. No caso dos adolescentes, é necessário flexibilizar as intervenções durante todo o percurso no CAPSi, pois esses são sujeitos em constante modificação (física, psicológica e social) e quase sempre há instituições envolvidas nessa relação (escola, serviços de saúde, assistência social, justiça).

Outra questão relacionada às práticas da clínica no CAPSi com os adolescentes é a identificação da necessidade de se ater caso a caso, de considerar que não há soluções globais, de se considerar o processo de perdas e ganhos da produção de cuidado e de se compreender que não há garantia de se conseguir sucesso utilizando as mesmas estratégias e abordagens.

Diante disso, aponta-se também a necessidade de maior e de mais constante

avaliação dos adolescentes nas atividades, a fim de explorar o que eles podem agregar de habilidades e competências no intuito de, mesmo tendo suas limitações, não estagnarem o seu desenvolvimento e o percurso no serviço. Além disso, julga-se necessário que essa avaliação contemple os aspectos físicos dos adolescentes.

[...] “Ah, eu atendo questão clínica”, sê vê que um paciente está muito constipado, me mostra que eu também posso estar atendendo, [...] falei isso na reunião de enfermagem junto com os médicos para ver se conseguem fazer isso também, mas as pessoas não conseguem entender que tu podes produzir um trabalho com aquele sujeito. (P11)

Ainda há outros desafios para se concretizarem as políticas de saúde mental, na direção de práticas voltadas a implementar a integralidade do cuidado em saúde mental. Há a necessidade de se atenderem demandas físicas tanto quanto as mentais das pessoas.

De acordo com Hert *et al.* (2011), a integralidade, provavelmente, o ponto de maior discussão entre a atenção primária e a atenção especializada em saúde mental. Embora as doenças metabólicas, as cardiovasculares, a disfunção sexual, os cânceres e a obesidade sejam prevalentes na população em geral, o impacto dessas doenças é significativamente maior em sujeitos com transtornos mentais. Essa comorbidade os torna mais propensos a muitos problemas de saúde.

Além disso, os efeitos colaterais de medicamentos psicotrópicos (antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor), o acesso a cuidados de saúde e sua qualidade também contribuem para os resultados de saúde anteriormente mencionados (MITCHELL; MALONE; DOEBBELING, 2009).

A questão das comorbidades e da saúde física dos adolescentes atendidos no CAPSi, como se pode perceber, é algo que precisa ser mais estudado a fim de subsidiar práticas voltadas à integralidade na Atenção Psicossocial. A esse respeito, a equipe traz a importância de existir a avaliação da saúde do adolescente, ressaltando que muitos utilizam inúmeras medicações e que precisam ser assistidos também frente às necessidades desenvolvidas pela própria administração dos psicofármacos e devido aos efeitos colaterais que ocorrem.

5.4.1 O papel do CAPSi no atendimento às situações de urgência e emergência

As situações de urgência e emergência em saúde mental, assim como em

saúde no geral, compreendem os casos em que a pessoa precisa de intervenções imediatas, pois corre risco de vida (urgência), ou se encontra uma situação crítica, mas não precisa de atendimento imediato (emergência). No entanto, na prática em saúde mental, os limites entre uma e a outra ainda são muito imprecisos (STERIAN, 2001).

Ressalta-se que a condição de emergência ou de urgência dos casos se caracteriza por não se limitar aos momentos de crise, mas por haver necessidade de cuidados estendidos aos períodos que precedem as crises. Com isso, percebe-se que, em saúde mental, apesar de essas duas situações não serem sinônimos de crise, estão frequentemente relacionadas a ela (STERIAN, 2001).

Entende-se como crise psíquica não apenas um momento de agudização/exarcebação da doença mental, visão que, por consequência, resultaria em práticas de contenção e redução de sintomas. A partir das modificações no modelo de cuidado em saúde mental advindas da RPB, a crise psíquica pode ser compreendida como um momento de sofrimento intenso que produz uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito, o que conduz a uma ruptura com a realidade e com os laços afetivos, chegando ao ponto de ser preciso recorrer à intervenção de um profissional (FERIGATO, CAMPOS, BALLARIN, 2007; WILLRICH *et al.*, 2011).

O CAPS pode e deve atender a todas as fases que antecipam a crise, assim como a ela propriamente. Dito isso, o exemplo a seguir é apresentado com a finalidade didática de permitir melhor compreensão a respeito de quando se tornam necessários os atendimentos de emergência em saúde mental. A tentativa de suicídio representa uma situação que, com frequência, enquadra-se nessas situações; ela pode ter sido disparada por um momento de crise depressiva do usuário e demanda um atendimento imediato; mas, mesmo após êxito na estabilização, requer cuidados para além do período de chegada e manejo. Trata-se, então, de uma situação que envolve três movimentos: disparadores (depressão), tentativa de suicídio (crise), cuidado imediato (emergência - na chegada) e manutenção do cuidado imediato (urgência - estando no CAPS).

Conforme Sterian (2001), entre as situações consideradas de emergência ou urgência, estão: agitação aguda relacionada às crises de mania aguda, psicose delirante aguda; depressão aguda relacionada às crises de desejo de morte frequente, agitação ansiosa, inibição; angustia neurótica relacionada às crises de pânico, morte

iminente, mutismo, emocional (crise de nervos).

Nesse sentido, a equipe considera que o CAPSi é referência para o atendimento às situações de urgência e emergência devido ao trabalho que realiza de construção de vínculo com a família e com o adolescente. Para a equipe, o CAPSi tem atendido a essa demanda, mas aponta a inexistência de um serviço de emergência em saúde mental específico para a população que assiste como importante aspecto que influencia esse tipo de atendimento.

Quando o paciente chega aqui, a gente detecta que é urgente ficamos em sofrimento, porque a gente acredita que tem condições de transformar em emergência, e muitos a gente faz isso, mas não tem uma estrutura, de uma intervenção mais incisiva dependendo do que o paciente apresenta, e nem profissional, quantidade não capacidade. A vontade é de que todos venham para cá, os que a gente fez de certo. Não foi nem um, dois ou três, principalmente adolescente, reduziu o número de internações [...] chega antes, de ir para emergência do IAPI se consegue intervir, se toma com intensidade esse cuidado que fica urgente, a gente consegue manter, estabilizar e não precisar da internação. Acho que é uma das funções do CAPSi, substituir a internação. A gente faz o que deve fazer, mas não com todos, não com todo mundo, por questões que ultrapassam nosso saber. (P12)

As nossas emergências (no município) não são de infância e adolescência. Acontecem muitas iatrogenias, já teve usuário que ficaram um bom tempo, é bem ruim. Quando acontecem situações que a gente tem que fazer contenção, ter que levar o adolescente para um plantão que não é de saúde mental, não tem ambulância, já tivemos que colocar usuário dentro do nosso carro e levar. (P14)

As situações de emergência e urgência são caracterizadas pelo grupo de interesse como um momento de desorganização da equipe, mas para o qual se tem encontrado alternativas e meios de capacitação para que se possa realizar a devida atuação nesse tipo de atendimento. Tem-se amadurecido a ideia, principalmente, de receber mais casos e de se conseguir capacidade técnica para realizar o atendimento e para estabelecer os fluxos. Para tanto, existe a necessidade de se rever a frequência da capacitação (circulação de profissionais novos) e a inovação sobre o atendimento de crises em saúde mental de adolescentes.

Os profissionais conseguem se adequar para realizar o atendimento o mais rápido possível, entretanto são necessárias práticas de compartilhamento da tomada de decisão nesses casos, como, por exemplo, manejos verbal, físico e mecânico. Há também a necessidade de práticas que visem à prevenção das crises, como exemplificado na fala a seguir.

Passei por poucas situações que tiveram que ser contidos, a gente procurou discutir em reunião, pensar junto qual a melhor estratégia da equipe em adotar quando acontece, e acho que foi bem produtivo nas conversas. Sempre se estabeleceu que quem tivesse maior vínculo ia atender, e chamaria quando necessário outros colegas [...] Falando de uma forma ampla na emergência, aquele caso que está instável, precisando estar contido. O caso que está instável poderia estar vindo mais dias aqui, a gente já pensou em ambiência, a gente já pensou um pouco, mas se a gente ampliar o espaço de convivência seria interessante para esses casos, se a gente conseguir efetivar isso ficaria interessante esse atendimento de emergência. (P7)

A equipe tem todo controle da medicação, estou sempre cuidando data de validade. Quando tem médico e enfermeiro são os que vão medicar e avaliar, a equipe todas as vezes que eu soube de situações que aconteceram, sempre vem e ajuda. Algumas vezes acontece que a colega não precisava ter feito isso ou aquilo, mas é o que estávamos falando da importância de estar renovando uma equipe, sempre tem residente, sempre troca, fazendo capacitações, tem que ter com mais frequência, de contenção a cada três meses para ir lembrando, que para um atendimento para outro, se passa um tempo, porque desde que estou aqui, em dois anos, peguei um paciente que se desorganizou de manhã, então não foi feita contenção física, mas a gente medicou, foi bem tranquilo. (P15)

De acordo com Pereira, Sá e Miranda (2014) o atendimento de casos crise com o público adolescente pode e deve ser observado por um outro ângulo. Isso não significa dizer que não é marcado pela ruptura de laços, pelo caos e por outros aspectos ligados ao intenso sofrimento, mas apresenta potencial para a construção e a ressignificação do sujeito sobre o que é a própria crise e como identificá-la, sobre qual profissional se quer na realização do atendimento e que tipo de intervenção é desejável nesses momentos; da mesma forma, podem-se construir novas possibilidades para o viver com esse momento.

Kantorski e Cardano (2017) apresentam, nessa mesma direção, a prática do Diálogo Aberto, que consiste num método desenvolvido na década de 1980, na Finlândia, para o enfrentamento da crise psicótica e que se baseia em sete princípios: ajuda imediata, inclusão da rede social do usuário, flexibilidade, responsabilidade, tolerância à incerteza, continuidade psicológica e dialogismo. Ressalta-se que esse método propõe uma mudança significativa no atendimento à crise, uma vez que há um outro olhar sobre o momento, a partir do qual se vem reduzindo o consumo de psicofármacos e obtendo resultados muito promissores. Mas uma das principais mudanças consiste em todas as decisões serem tomadas com a participação do paciente e de sua rede.

Portanto, as práticas relacionadas ao atendimento, assim como à prevenção de crises e de situações de emergência e urgência em saúde mental, são necessárias e importantes para a manutenção da saúde mental e do bem-estar do adolescente.

Isso faz com que o CAPSi também alcance seu objetivo de serviço apto a promover saúde mental e a prevenir problemas dessa ordem. A perspectiva psicossocial tem possibilitado expandir os olhares lançados sobre o momento de crise dos usuários, o que pode contribuir para a melhoria do atendimento e para a construção de práticas inovadoras e desafiadoras com os adolescentes.

As contribuições desta categoria apresentam a importância de se olhar para as práticas e para a própria clínica, na perspectiva da Atenção Psicossocial com adolescentes. São preocupações que precisam de investimento e esforço – tanto nas práticas quanto na teoria, na direção da sustentação e da consolidação de uma clínica ampliada voltada aos adolescentes – e do fortalecimento e da continuidade da Atenção Psicossocial no âmbito do SUS.

6 RESULTADOS DO PROCESSO AVALIATIVO: categorias de redes e políticas.

As categorias de redes vivas e políticas significativas na avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências no CAPSi Pandorga são apresentadas

como resultados e discussões pertinentes nesta pesquisa. São elas: a Rede de Atenção Psicossocial; a Rede Intersetorial; e o impacto das políticas públicas e da gestão. Elas correspondem às práticas voltadas aos adolescentes e aos aspectos que as influenciam relativos aos fluxos e às construções estabelecidas, ou não, entre o CAPSi e os outros serviços que trabalham com essa população. Além disso, são categorias que revelam os contextos vivenciados pelo CAPSi, bem como desafios diários na integração extraCAPSij de uma capital.

6.1 Rede de Atenção Psicossocial

Algumas das questões abordadas no processo avaliativo se referem ao funcionamento e à composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e aos desafios a ela relacionados. Nesta categoria, discutem-se os principais serviços de saúde mental que dialogam (ou não) com o CAPSi, bem como os aspectos que influenciam as práticas ali desenvolvidas, reconhecendo os pontos de atenção que a compõe a RAPS como corresponsáveis no cuidado dessa população.

A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, em decorrência do deslocamento da Política de Saúde Mental brasileira na direção do fortalecimento de cuidados integrais aos usuários em sofrimento mental e da capacidade de integração entre os serviços substitutivos de saúde mental no território. Nessa perspectiva, os usuários passam a circular entre os serviços da rede, que se caracterizam por atuarem de maneira conjunta nos projetos e nos planos de cuidado, constituindo-se, assim, como serviços de referência a esses usuários (BRASIL, 2011).

A implementação da RAPS almeja a ampliação do acesso à Atenção Psicossocial da população em geral a partir da ampliação dos pontos de atenção para saúde mental no SUS, mas também a promoção de vínculos com as pessoas com sofrimento mental e com suas famílias, além da garantia de comunicação entre os serviços no território e de sua integração, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A inclusão dos adolescentes ocorre pelo objetivo específico da RAPS de promover cuidado em saúde aos grupos considerados em situação de vulnerabilidade, juntamente com crianças, pessoas em situação de rua e populações indígenas (BRASIL, 2014b). No entanto, pode-se perceber que ainda há uma fragilidade no

cuidado em saúde mental ao adolescente, sendo uma das consequências apontadas por Bernardes (2015): os serviços não possuem profissionais suficientes para contemplar a demanda dessa população. Diante disso, é possível questionar: onde estão os adolescentes na RAPS? Eles permanecem num “limbo” também no campo da saúde mental? Os investimentos sempre estiveram direcionados à atenção aos adultos, ao álcool e a outras drogas e, até mesmo à primeira infância, em detrimento do adolescente?

No próprio campo da Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, apesar de as crianças aparentarem ser prioridade, isso não significa, necessariamente, que os serviços são incapazes de atender adolescentes. As dificuldades estão muito mais relacionadas aos aspectos apresentados ao longo desta pesquisa e na importância de considerarem as especificidades dos adolescentes no cuidado em saúde mental.

Essas considerações reforçam um dos pressupostos deste estudo, de que a Política de Saúde Mental Infanto-juvenil pode ser construída, principalmente, com base nas diferenciações no cuidado entre o público adulto e o infanto-juvenil, assim como entre criança & adolescente. Para isso, as especificidades dos adolescentes devem ser consideradas a fim de que se possa customizar os serviços e as práticas de maneira mais próxima às características e às necessidades desse público, o que poderia auxiliar numa melhor resposta às demandas de cuidado em saúde mental a essa população.

Teixeira, Couto e Delgado (2017) comentam que a Rede de Atenção Psicossocial para o público infanto-juvenil tem sido mais abordada como objeto de estudo nos últimos anos. Diante disso, percebe-se que a comunicação e a integração do CAPSi e de os outros dispositivos da RAPS, que são apresentados a seguir, assumem um papel fundamental para o funcionamento de um cuidado em saúde mental e em rede voltados aos adolescentes.

6.1.1 Dispositivos da RAPS

Consideram-se como dispositivos da RAPS os serviços que são parte dos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

O componente da **atenção básica** é composto pela Unidade Básica de Saúde; pela equipe de atenção básica para populações específicas, como a equipe de Consultório na Rua; pela equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e pelos Centros de Convivência.

Em relação a esse componente, o grupo de interesse traz, prioritariamente, a relação com as 33 Unidades de Saúde existentes no território em que atua como referência. A relação com as Unidades é considerada muito próxima, a partir do dispositivo de matriciamento, mas também há fragilidades importantes.

A nossa relação com as outras Unidades, tanto do GHC, quanto com as Unidades da prefeitura da nossa região aumentou, se estreitou. A gente começou com as estratégias de matriciamento, oferecendo espaços nas reuniões para que os profissionais das Unidades venham, tragam casos que possam ser discutidos, e avaliados melhor, com possíveis ações para cada caso no território, ou aqui, ou em outros serviços. (P2)

Com relação à atenção primária, com algumas Unidades é mais fácil do que com outras, através do matriciamento se abriu essa possibilidade, eles vêm, tem acesso, telefonam. (P9)

As fragilidades na integração entre CAPSi e Unidades de Saúde são apontadas como: 1) a carência dos profissionais dessas Unidades, a centralização do contato e o acompanhamento com um/dois profissionais de referência, e não a equipe como um todo nesse espaço, além da resistência a atender a casos de saúde mental; 2) a falta de compreensão do CAPSi como serviço de apoio/promoção de saúde, não somente como serviço especializado para encaminhamento; 3) a dificuldade da equipe do CAPSi para realizar o matriciamento de saúde mental com todas as Unidades do território, além de algumas dependerem somente desse matriciamento do CAPSi para discutir os casos de saúde mental infanto-juvenil no território.

Os serviços de atenção primária soam muito mais frágeis, quando fica muito personalizado: “Ah, tal unidade tem uma enfermeira que é maravilhosa, então é com ela que a gente, naquela Unidade, fala”, no outro lugar tem uma agente de saúde maravilhosa, é com ela [...] (P9)

Saúde mental na rede primária, sem ter profissional específico da saúde mental? Quem faz a saúde mental é o enfermeiro, que tem uma formação mínima, para poder estar habilitado para fazer uma escuta e o médico, às vezes, quando se dispõem. Hoje eu vi aqui “Eu só atendo asma, meu negócio é atender asma”, só um pouquinho! O negócio é atender clínica, corpo, se o cliente está chorando, se o usuário está se desmanchando, o problema é dela, “não tenho nada a ver com isso”. Olha só, não tem alguém que acolha. (P11)

Os profissionais são concursados, mas a prefeitura está bem complicada a situação. As Unidades, às vezes, só têm técnica de enfermagem e enfermeira e um clínico, aí fica difícil. Por que o nosso papel como CAPSi é tentar, nesses matriciamentos, poder contribuir “quem sabe vocês fazem um grupo de saúde mental na comunidade, a gente pode auxiliar”. Mas às vezes sem uma equipe mínima na Unidade não tem como. (P7)

As doze Unidades do GHC têm algumas que conseguem, não são todas, atender saúde mental, mas tem essa questão de que tinha que ser mais plural. Sobram ainda as outras quinze Unidades, nessas a gente ainda tem os papéis muito fechados e não tem apoio matricial de infância e adolescência que não seja o CAPSi, e aí fica realmente bem difícil, porque alguns colegas dizem que não vão trabalhar com saúde mental. (P14)

A atenção básica tem sido um lugar privilegiado na construção do cuidado na direção do modo psicossocial, pois possibilita maior proximidade com os contextos de vida das pessoas. É considerada um ponto estratégico que pode auxiliar a construção de práticas em saúde mental voltadas às necessidades específicas dessas pessoas e de seus territórios. Ela é um componente da RAPS que permanece em constante transformação na busca pela superação de desafios de ordem estrutural e processual, lidando, por exemplo, com o sentimento de sobrecarga experimentado por alguns profissionais devido ao isolamento da atenção básica frente aos demais dispositivos da rede, com a falta capacitação para atender à demanda e com a ausência de espaços de reflexão sobre a própria prática (DELFINI; REIS, 2012).

Diante disso, Delfini e Reis (2012) e Teixeira, Couto e Delgado (2017), em seus estudos, tecem considerações importantes sobre a prática de encaminhamento das unidades de saúde aos serviços especializados frequentemente, sobre a insegurança frente aos problemas de saúde mental infanto-juvenis e sobre o desconhecimento dos profissionais sobre a própria rede e sobre recursos disponíveis para promover o cuidado.

Percebe-se que encaminhar os usuários aos serviços especializados carrega o sentido de transferência da responsabilidade dos casos e que isso pode indicar uma compreensão do sofrimento que não acompanha a noção de compartilhamento de conhecimento (DELFINI; REIS, 2012; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Atenta-se para o fato de que a prática pode estar gerando uma retroalimentação de que a atenção básica não é capacitada suficientemente para atender a casos de adolescentes no território. Sendo assim, justifica-se o não atendimento desses adolescentes e a prioridade no encaminhamento assim que se identifica a demanda do caso. Isso se refere ao modelo da psiquiatria ainda presente nos serviços, que enxerga o sujeito fragmentado em especialidades e que acaba

reproduzindo práticas por exemplo de atender saúde física na unidade de saúde, e demandas da saúde mental somente nos serviços especializados.

Já existem estratégias que podem auxiliar e orientar o trabalho em saúde mental na atenção básica, como o “Caderno de Atenção Básica nº 34”, lançado pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo estimular e compartilhar o conhecimento acumulado no cuidado em saúde mental nesse componente da RAPS. O mesmo documento aponta o matriciamento como uma das estratégias importantes no trabalho em saúde mental na atenção básica.

Teixeira, Couto e Delgado (2017) defendem, com base em seus estudos e em seus investimentos, que, entre a atenção básica e os CAPSi, existem terrenos favoráveis à implantação de um trabalho colaborativo, caracterizado por desenvolver possibilidades de cuidado de forma criativa e efetiva na interação entre os serviços que atendem a população infanto-juvenil.

Assim, percebe-se o reforço para que o modelo tradicional seja superado; para tanto, torna-se necessário investir em estratégias, em práticas e em políticas que fortaleçam a consolidação do modo psicossocial em saúde mental, além da ampliação da compreensão sobre os problemas em saúde mental dos adolescentes, como a identificação da complexidade do cuidado. Isso exige a corresponsabilização, tendo em vista que um serviço ou um setor não consegue realizar o cuidado em saúde mental se não trabalhar em conjunto e de maneira compartilhada com os outros.

No componente da **atenção psicossocial especializada**, as questões levantadas são em relação ao CAPS II e ao CAPS ad III, que pertencerem à mesma instituição e gerência, e aos serviços de ambulatório em saúde mental do GHC e do município.

Aponta-se que a relação com ambos os CAPS é percebida como mais próxima do que com os demais da capital²⁷. A proximidade com o CAPS II se deve ao fato de alguns familiares de adolescentes acompanhados no CAPSi estarem sendo atendidos nesse serviço; e a com o CAPS ad III se dá devido aos adolescentes que têm problemas relacionados às drogas.

Outro ponto de proximidade do CAPSi com os demais CAPS são as reuniões

²⁷Rememora-se que, na Rede de Atenção Psicossocial em Porto Alegre, dos quatro CAPSII existentes, um pertence ao GHC e, dos dois CAPS ad, um pertence ao GHC.

IntraCAPS²⁸, que possibilitam a discussão de casos transversais aos serviços e auxiliam a construção da comunicação com a rede. Entretanto, apesar de existirem momentos em que consegue trabalhar na perspectiva do cuidado em conjunto, em outros se configura a lógica de “passar casos”, conforme relato a seguir.

Tem as reuniões IntraCAPS onde com antecedência cada CAPS indica um tema, onde por exemplo “um jovem que está com problemas, está sendo encaminhado para cá, que é filho de um pai alcoolista que eventualmente está ou poderia estar se tratando no CAPS ad III e a mãe que tem problemas mentais poderia estar sendo acompanhada no CAPSII”, então a gente percebe, não é descobre, percebe, quando detecta que há essa interlocução, então vamos lá, os profissionais se reúnem, discutem o caso veem quais são as melhores. (P2)

A IntraCAPS foi criada, e a intensão não era passar casos, e aconteceu isso de início. Depois fizeram uma pactuação para melhorar a relação entre eles e houve a “passassão” de casos também. (P4)

Portanto, é identificada a necessidade de se avaliar como está a situação atual da condução da reunião IntraCAPS e de se reconstruir o seu objetivo com os demais participantes, entendendo-a como um espaço com potencial na direção da integração entre a rede especializada por meio de parcerias.

Essa necessidade é reforçada em virtude de os profissionais perceberem que a dificuldade efetiva de comunicação entre os dispositivos da Atenção Psicossocial especializada impacta a comunicação e a relação entre os CAPS. Isso se dá pela identificação da diferença de perfil de usuários, de processo de trabalho e de constituição das equipes existente entre os CAPS.

Outro dispositivo presente neste componente são os **ambulatórios de saúde mental**. Estes são compostos pelas Equipes Especializadas de Saúde Mental da Criança e do Adolescentes (EESCAS)²⁹ e pelos quatro ambulatórios existentes no município³⁰.

No que diz respeito ao ambulatório do GHC, existe uma comunicação maior

²⁸ A INTRACAPS é uma reunião realizada entre os serviços de saúde mental que possuem gerência do GHC (CAPSi, CAPS II, CAPS ad III, e CnR). Ocorre uma vez por mês e dela participam um profissional de cada miniequipe. Tem como objetivo a discussão de casos em comum entre os serviços, seja usuário ou familiar, e de casos que estão sendo transferidos de um serviço para o outro.

²⁹ Os EESCAS, embora sejam considerados ambulatórios de saúde mental, atuam como Equipes Especializadas em Saúde Mental da Criança e do Adolescentes e são mantidos pela prefeitura do município. São 9 equipes distribuídas igualmente entre as gerências distritais de saúde; logo, na área de cobertura em que o CAPSi atua, há três EESCAS (NE).

³⁰ Na RAPS de Porto Alegre existem quatro ambulatórios de saúde mental que atendem adolescentes, cada um pertence a uma diferente instituição: Hospital Materno-infantil Presidente Vargas - HMIPV (prefeitura); Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA (UFRGS); Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC); e Hospital São Pedro (Estado).

entre o CAPSi e este, e que essa relação está em processo de construção neste momento. Com os demais ambulatorios, essa é considerada superficial e as regras de regulação do acesso são pouco claras e centralizadas a nível da gestão municipal.

A gente tem algum contato com o ambulatório do GHC de infância e adolescência que também tem um sistema de referência diferente do nosso e também hoje eu não sei como esta essa comunicação de lá pra cá. Tem uma aproximação maior com o EESCA, que de alguma forma a gente tenta interagir em meio as dificuldades do próprio, de RH, de disponibilidade de horário, distâncias, regiões. As outras particularidades também que eu vejo é a questão da regionalização, que sempre foi bastante polemica, sempre se quis que esse CAPSi atendesse mais de uma gerencia distrital, ou pudesse expandir de áreas. (P1)

[...] Nós não temos nada fora do CAPSi a nível de convivência, e nem ambulatorial. Mandar para o ambulatório se não for nas 12 unidades do GHC, que tem psicólogos e residentes, se não for para essas é fila de 2 anos. (P3)

A gente tem conseguido, do último ano para cá, um melhor vínculo com o ambulatório de SM do GHC. Tem casos que a gente encaminha, tem casos que eles nos encaminham, eu confesso que eu não conhecia muito bem esse fluxo, e acho que nem a própria equipe, foi importante um novo profissional que veio das unidades que faziam esse encaminhamento muito mais como rotina do que a gente enfim, que a gente com o serviço ambulatorial e do serviço ambulatorial com a gente. (P6)

O ambulatório a gente ainda vai ter que encaminhar para o HMIPV e o HCPA, mas que a gente não tem nenhuma relação, porque como é por regulação, não sabemos nem onde vamos cair. Às vezes mandam que tem que ir lá para o HCPA do outro lado da região. E para questão AD a gente tem o Álvaro Alvim (HCPA), que a gente fez alguns movimentos final do ano passado. (P14)

Além disso, na negociação apontada, discutiu-se sobre os serviços estarem dependentes de um sistema de algoritmo³¹, o que vem interferido no fluxo de referência e contrarreferência nas práticas do CAPSi, principalmente para alguns adolescentes que são atendidos pelo Pandorga e que, nesse sistema, acabam sendo referenciados para ambulatorios distantes do lugar onde vivem, o que implica desconsideração da lógica de cuidado em território no funcionamento da RAPS (NE).

Essa questão remete-se aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

³¹Refere-se ao sistema em implantação no município denominado GERCON - Gerenciamento de Consultas Especializadas. Essa é uma ferramenta desenvolvida pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa) com objetivo de promover a equidade no atendimento à população. Pelo GERCON, as unidades de saúde registram as solicitações de consultas especializadas a partir de um formulário padrão, classificando a prioridade de acordo com critérios pré-definidos de classificação de risco (critérios que não estão disponíveis no material acessado). O agendamento ocorre de acordo com a complexidade e com a regionalização. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/sistema-de-gerenciamento-de-consultas-e-apresentado-as-procuradorias-regionais>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

desenvolvidos no início da década de 1990 (sendo um dos primeiros no Brasil o DATASUS, em 1994) para implementar as ações das secretarias de saúde por meio de um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação para subsidiar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, visando ao planejamento destes (SILVA, 2004).

No entanto, o caso ressaltado pela equipe conduz à discussão sobre o sistema de regulação central de consultas ambulatoriais e especializadas do município, que está em processo de implantação. Ressalta-se que o problema não está na utilização de um sistema de regulação, mas em como regula, de forma centralizada, criando barreiras de acesso. Para a equipe, a construção dessa regulação deve adotar critérios claros, de maneira participativa, com acompanhamento e avaliação de todos, inclusive dos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), a regulação é a introdução de sistemas para a ordenação, orientação e definição das práticas no SUS. É uma alternativa que visa a três objetivos principais na assistência à saúde especializada: organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo hábil de forma equânime; adequar o planejamento e a oferta a partir da demanda da população; e otimizar os recursos disponíveis.

No entanto, para Silva (2004), apesar de a regulação ser orientada por protocolos assistenciais, o estabelecimento de critérios e de prioridades ainda é uma lacuna a ser resolvida, pois há bastante quantidade de casos em que a regulação não conseguiu cumprir os três objetivos apresentados. A autora, em seu estudo, esclarece que seria muito fácil determinar as soluções utilizando-se somente de um critério para tal e que, na verdade, diante das situações que ocorrem na vida real, é preciso que se decida a partir de vários critérios que reflitam preferências particulares. Como alternativa, a pesquisadora apresenta a abordagem baseada em análise multicritério.

Essa abordagem é sintetizada em quatro etapas: geração dos objetivos do modelo por meio do uso da literatura relevante, estudos analíticos e até empirismo casual da observação dos serviços e da população; definição da hierarquia dos objetivos; especificação dos critérios associados aos objetivos, como critérios impessoais (custos, dimensões geométricas e tudo o que se pode calcular em escala) e critérios pessoais (conceitos estéticos ou gravidade do caso); e atribuição de peso a cada objetivo (KEENEY; RAIFFA, 1976).

A atenção de urgência e emergência é o componente composto pela SAMU

192; pela Sala de Estabilização; pela UPA 24 horas; e pelas portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro. Nesta pesquisa, a equipe traz à discussão os Plantões 24h de urgência e emergência em saúde mental que existem na cidade: o PACS e o IAPI, que atendem à zonal sul e à zona norte, respectivamente. O Plantão IAPI é o dispositivo de referência para o CAPSi estudado.

A equipe aponta, com veemência, a fragilidade e a inadequação das estruturas dos serviços existentes no município para o atendimento aos casos de emergência em saúde mental para adolescentes (NE). Uma delas corresponde a não possuírem transporte institucional (carro ou ambulância via GHC) para levar usuários ao plantão. Houve casos, inclusive, em que o atendimento de emergência representou um desserviço no cuidado em saúde mental ao adolescente, levando a um agravamento na sua condição, algo ocasionado por inadequadas avaliação e intervenção, partindo da estigmatização de um adolescente, conforme elucidado a seguir.

No serviço de emergência em saúde mental, a adolescente foi atendida por uma profissional que nunca leu qualquer manual de adolescência, que diz que esse é um período delicado, que esse é um período onde as escolhas, onde é muito fácil se confundir estruturas psicopatológicas com um momento que é próprio dessa adolescência. O que a profissional diz para ela “que ela está louca” “que ela é uma louca perigosa”, “que ela tem que estar internada”. O desserviço que essa profissional fez para essa menina, acabou chegando aqui com essa situação também. (P3)

As nossas emergências não são de infância e adolescência, acontecem muitas iatrogenias, já teve usuário que ficaram um bom tempo esperando nesse lugar por leito, então acho que é bem ruim. Quando acontecem situações que a gente tem que fazer contenção, e ter que levar o adolescente para um plantão que não é de saúde mental, que a gente não tem ambulância, às vezes tende a gente encaminhar eles direto e o que a gente vai fazer? A gente já teve que colocar usuário dentro do nosso carro e leva [...] (P14)

Para a equipe, a relação com o plantão de emergência e urgência é considerada positiva quando existe abertura e facilidade para o diálogo entre os profissionais, pactuação e combinações para o acompanhamento dos adolescentes. Já os fatores que dificultam essa relação são: a inadequada contrarreferência, por boletim de atendimento, com insuficiência de informações sobre a indicação ao atendimento do CAPSi e sobre a avaliação realizada.

O plantão que a gente acaba tendo um diálogo direto com eles, de como é que se faz com os casos que a gente manda, ou que eles mandam para nós. Dependendo do plantão, é mais fácil no sentido de diálogo, fazer combinações. Mas quando a equipe trocou, muitos colegas saíram e

entraram novos, que não tinham a mínima ideia de rede, tu tens que reforçar as coisas, e fazer os contatos de novo. (P5)

É o plantão de emergência em saúde mental e um pouco mais difícil porque depende quem está de plantão, às vezes tu já sabes, conforme vem, quem é o plantão, porque vem sem nada escrito. Essa semana recebi à tarde um adolescente, encaminhado do plantão, e só dizia o nome dele e a idade, no documento de referência e contrarreferência, dizia depressão, tinha umas três linhas escritas assim e nada mais [...] não tem nada escrito, é simplesmente manda para lá (CAPSi) e pronto. (P4)

Ressalta-se a questão que remete às situações de emergência e transporte para os serviços de plantão em saúde mental. Geralmente, o traslado é feito pela SAMU, conforme pactuado na Política Nacional de Saúde Mental; no entanto, ocorrem alguns contratempos³². Jardim e Dimenstein (2007) identificam que o SAMU, historicamente, hesita em atender a casos psiquiátricos, pois, às vezes, não tem treinamento e capacitação para tal. Além disso, o serviço tem sido caracterizado pela prática altamente medicamentosa, não compatível com a perspectiva da Atenção Psicossocial.

Trata-se de uma discussão importante e necessária, apontada por Jardim e Dimenstein (2007) e por Brito, Bonfada e Guimarães (2015), para o avanço da RPB, tendo em vista que o transporte para deslocamento até os serviços de emergência e urgência em saúde mental é fundamental, considerando a perspectiva de que esse é um momento no qual o sujeito precisa mais do que nunca de acolhimento, de continência, de vínculos.

A atenção às situações de emergência e urgência, assim como à crise, é uma dificuldade a ser enfrentada na RFB e torna-se ainda mais desafiador atendê-las sem internação hospitalar/emergência (BASAGLIA, 1979). Nessas situações, geralmente o sujeito como um todo está implicado, em oposição à ideia fragmentária de considerar ou só os problemas ou só do corpo ou só da mente. Portanto, os eixos que devem guiar as intervenções de emergência e urgência devem considerar as necessidades do sujeito psíquico e biológico concomitantemente (STERIAN, 2001).

Basaglia (1979), ao compartilhar uma das experiências ocorridas em Trieste,

³²Acompanhei o atendimento à crise do adolescente E. – agitação psicomotora – durante o término da atividade de sexta-feira à tarde. Após 3h do início das intervenções com contenção verbal, física, mecânica e química, avaliou-se a necessidade de encaminhá-lo para o plantão em saúde mental. A profissional tentou transporte com a instituição, a qual negou ter carro e ambulância disponível para tal. Ao tentar com o SAMU, o serviço aceitou fazer o transporte contanto que o paciente estivesse sedado, o que não era o caso. A alternativa encontrada foi levar E. no carro particular da família com dois psiquiatras acompanhando-o; a assistente social e a enfermeira acompanharam o transporte em outro carro para poderem trazer os profissionais novamente para o CAPSi.

propõe a necessidade de se fechar o recurso de internação para que as situações de crises, de emergência e urgência fossem atendidas no território. Isso contribui para a RPB no sentido de que, além do cuidado às necessidades do sujeito, também é necessário incidir sobre essas situações junto da população, isto é, faz-se necessário o enfrentamento do imaginário social

Silva *et al.* (2013) exemplificam esse trabalho com a sociedade a partir das internações de Niterói, como lugar de função clínica, a partir do reconhecimento dos serviços de atendimento às emergências em saúde mental, principalmente envolvendo adolescentes e seus familiares. Nesse mesmo estudo, informam haver diferença quando um dispositivo se afirma como um lugar de intervenção possível para o adolescente, e não como um destino.

Os mesmos autores ainda fazem os seguintes questionamentos acerca do que faz pensar sobre o atendimento dos adolescentes no serviço de emergência: Tem relação com os outros dispositivos da RAPS? Por que os casos de primeira crise se internam na emergência? O que faz com que os familiares levem os adolescentes à emergência? Nem todas essas perguntas têm respostas, mas é de suma importância considerá-las como disparadores de reflexão e de discussão das práticas no CAPSi.

O atendimento à crise, à emergência ou à urgência em saúde mental na adolescência pode ter vários destinos e consequências e, por isso, precisa de respostas diferenciadas. Nesse sentido, Silva *et al.* (2013) propõem que os adolescentes sejam mais escutados, assim como suas famílias, antes de ser tomada alguma decisão, a exemplo de o próprio CAPSi encaminhá-los ao plantão. Os mesmos autores afirmam que a maneira como os profissionais intervêm nesses casos pode mudar o desenvolvimento dos adolescentes, colaborando, em alguns casos, de forma indireta para uma situação mais crítica no seu futuro.

Vai ao encontro do que foi relatado pela equipe a perspectiva de que a comunicação com os plantões deveria ser melhorada de modo uniforme a partir de uma organização condizente com o trabalho em rede e com a construção e a manutenção de fluxos entre os serviços. Santos *et al.* (2013) destacam a importância de se trabalhar a compreensão da necessidade de certas intervenções serem próximas ao entendimento global da vida do sujeito e dos seus contextos, bem como de haver a necessidade da corresponsabilização com outros dispositivos da RAPS no seu atendimento devido às limitações do CAPSi, referidas ainda no capítulo anterior.

Ressalta-se que a Atenção Psicossocial não nega a necessidade dos serviços

de emergência e urgência em saúde mental. O problema se instala quando esse dispositivo da RAPS se torna lugar de referência e destino central para os adolescentes e suas famílias. Desse modo, é fundamental que os plantões de emergência e urgência em saúde mental, em relação ao atendimento de adolescentes, sejam construídos com base em práticas da clínica na perspectiva do modo psicossocial, atentando para aspectos trazidos nos relatos para que sejam melhorados e para se fortaleça o cuidado compartilhado e a RAPS. São exemplos relatados a oportunidade de se utilizar certos momentos como produção de cuidado, e não de tamponamento dos sinais e sintomas; o compartilhamento de ações com outros serviços da rede após o atendimento; diagnosticar o momento na vida em que o adolescente está; atentar ao cuidado com a família/acompanhante dos adolescentes.

O componente da **Atenção hospitalar** é composto pelas enfermarias especializadas em saúde mental de referência. Na avaliação, a equipe entende que são dispositivos transitórios – a permanência mais breve possível –, que não modificam a realidade/situação do adolescente, mas que, após as tentativas de intervenção e do cuidado possível de ser realizado no CAPSi e no território, a internação hospitalar é o último recurso utilizado para questões clínicas, a exemplo do ajuste de medição.

A internação se tem alguma adolescente, faz o contato que seria o mesmo que quando tem uma internação fora daqui [...] entendo que poderíamos avaliar todos os casos e a partir disso se tem uma indicação de internação. A necessidade de estar num espaço fechado ou uma pessoa que está psicótica, se colocando em risco, suicídio por exemplo tu não tens como ficar 24h no CAPSi. Tem uns casos de internação domiciliar, a família topa ficar, mesmo assim é um risco. A gente sabe que tem casos que é isso, é uma brechinha, então tem que avaliar muito, eu sou muito criteriosa, acho que para internação tem que ser caso que não tem o que fazer mesmo, senão a gente tem que insistir nos recursos que a gente tem. (P9)

Olha, os nossos usuários, por indicação nossa para internar são geralmente prescrições bem-feitas, que realmente tem um porquê. Tem uma terapêutica medicamentosa que não está funcionando, que a gente quer ver outras possibilidades ou um caso que realmente para proteção a gente precisa reorganizar, organizar com a família, então, mas infelizmente muitos casos não é assim que acontece. (P14)

A relação com a internação é considerada satisfatória quando o diálogo sobre a avaliação e sobre as necessidades de cuidado de cada caso é compreendido e pactuado pelos serviços envolvidos (internação e CAPSi). Entretanto, em alguns

casos, não se sabe onde o adolescente está internado e, quando a equipe do CAPSi o localiza, o esforço para dialogar e conseguir alguma aproximação ocorre somente por parte dos profissionais do CAPSi.

A visita ao adolescente na internação é apontada como muito importante por parte da equipe do CAPSi, a qual demonstra preocupação com ele, o que produz diferença no cuidado. Mas, apesar disso, torna-se necessária a construção de uma relação entre os serviços para além de visitas, as quais, nas situações em que foram realizadas, mais pareciam de natureza social do que de corresponsabilização pelo cuidado.

A gente, eventualmente, faz contato, eles querem nos transmitir casos, a gente faz reuniões para conhecer um pouco melhor, como é que é essa paciente, chegou lá, como é que ela passou o período de internação, o que é que se espera que na saída, ela vincule ao CAPSi, que tipo de ação pode ser eficaz para cada caso, a gente tem diversas reuniões. (P2)

A gente procura, na medida no possível, casos que quando internam ir visitar, isso faz toda diferença, mostra a preocupação que tu tens com o paciente, mostra o vínculo, “Olha, tu estás sendo lembrado”. Com as equipes a gente procura discutir, mandar para internação em último caso, porque isso é bem característico aqui. Só quando tu dizes não tá dando, já tentamos ampliar mais o tratamento aqui, não melhorou vai precisar, às vezes para dar uma medicação. Mas a gente sabe que a internação é um espaço para ficar vinte, trinta dias ajustar medicação e é isso. Depois ele vai enfrentar a realidade. (P7)

A gente tem uma boa relação com os serviços de internação, porque a gente consegue conversar e chegar a um denominador comum. A conversa é uma conversa de igual para igual, mesmo público, então o que vocês estão detectando de necessidades a gente também consegue detectar a mesma necessidade, e pensar algo junto, o que é diferente com outros serviços, por exemplo com o serviço da atenção primária. (P12)

Além do já apontado, a equipe levanta diversos questionamentos sobre as internações em hospitais gerais que trabalham numa lógica de perfil restritiva, como se pode ler a seguir.

Uma unidade de internação exclusiva para adolescentes meninas e que o uso abusivo de drogas seja o principal causador do transtorno que está levando à internação, é bem mais restrito [...] (P2)

Tem a internação que é super restritiva, é muito ruim e eu sempre bato no ponto, porque é para meninas adolescentes usuárias de drogas, porque não pode ser para meninas adolescentes? Já estava muito bom, nós temos muitas meninas com automutilação, poderia visitar todos os dias, fazer trabalho lá dentro, então fica muito difícil. (P14)

Essa crítica se refere ao cuidado predominantemente ligado à sintomatologia,

o qual pode intensificar a fragmentação do cuidado e das práticas em saúde mental voltadas ao tamponamento dos sinais e sintomas. Nas práticas psicossociais, a criação de unidades de internação hospitalares categorizadas, como as relatadas, pode levar a importantes limites nesse cuidado em saúde mental, pois reforçam o seu aspecto direcionado à doença ou ao problema/situação, e não ao sujeito em sofrimento. Além disso, pode-se agravar o estigma e a exclusão social devido ao movimento de segregação e de classificação de adolescentes, por exemplo, com problemas relacionados às drogas, esquizofrênicos, bipolares ou depressivos.

No entanto, apesar de a Atenção Psicossocial estar pautada no cuidado no território, em serviços comunitários, como Unidades de Saúde e CAPS, Machado e Santos (2013) consideram que a internação em saúde mental em hospitais gerais se constitui num recurso importante para atender a certas necessidades desse grupo. As autoras recomendam que a internação seja de caráter breve e utilizada somente com o objetivo de proteger a pessoa em situações que envolvem risco à integridade física própria ou de outrem, indicando a necessidade de alta hospitalar assim que o quadro seja estabilizado, dando-se continuidade ao tratamento nos serviços substitutivos da RAPS.

Nessa perspectiva, de acordo com Paes *et al.* (2013), o hospital geral e os plantões de emergência assumem um caráter secundário no cuidado psicossocial, exercendo a função de suporte no atendimento decorrente de situações de emergência ou urgência; uma vez sendo identificados novos casos, devem-se priorizar práticas que direcionem o tratamento e o acompanhamento do usuário nos serviços do território.

Nesse sentido, o hospital geral, assim como ressaltado no item das situações de emergência, é importante para a RAPS e, contanto que se compreenda sua função dentro da lógica antimanicomial e na rede substitutiva, passa a ocupar a posição de serviço que realiza pontes entre os dispositivos da RAPS.

6.1.2 Comunicação e integração da RAPS

A comunicação e a integração entre os dispositivos da RAPS são características imprescindíveis para que se construam práticas de cuidado em saúde mental e em rede dirigidas a adolescentes e às suas necessidades.

A equipe identifica dificuldades na comunicação e na integração da RAPS quando há falta de pactuação dos dispositivos do município para o atendimento dos casos de saúde mental de adolescentes. Para isso, aponta-se que é necessário “estabelecer fronteiras” entre os serviços, na direção do próprio reconhecimento do que se tem e do que é oferecido para os adolescentes. Para tanto, tem de ser feita a construção de descrições dos fluxos de referência e contrarreferência.

Enfatiza-se que essas pactuações podem ser ferramentas para a organização dos fluxos e da própria RAPS. Por outro lado, há a preocupação de que a construção de pactuações entre os serviços não se estabeleça como barreira no acesso ao cuidado em saúde mental de adolescentes, o que pode se dar mediante criação de critérios que se restrinjam ao diagnóstico. Para Taño (2017), essa lógica de cuidado se constitui um movimento de esquema de circuitos que fortalece a cisão da assistência, da oferta e da abordagem.

Se as pessoas passarem a transitar por diversos serviços sem terem suas demandas acolhidas e assumidas pela equipe, o atendimento resulta na desassistência em saúde mental. Isso remete ao que Couto (2012) aborda como a peregrinação na busca por atendimento em saúde mental, algo que muitas crianças e adolescentes realizam diariamente com suas famílias.

Essa questão preocupa, pois leva à noção de que a RAPS está operando na perspectiva de que “ter os serviços é ter RAPS”. Trata-se de pensar um cuidado em saúde mental como um arquipélago, no qual cada serviço é uma ilha que se detém àquilo que acha ser sua tarefa ou potência a ser desenvolvida. Nesse caso, em segundo plano, fica a construção de formas de atuação conjunta que possibilitem o compartilhamento de informações e ações em saúde.

Para além da política de fluxos entre os serviços especializados ou não, a implementação da RAPS requer ferramentas que potencializem o acesso ao cuidado em saúde mental e a acolhida das demandas e necessidades dos adolescentes. Nesse sentido, existe um fluxo estabelecido pela equipe, de modo que os adolescentes que “caem na rede”, quando são identificados pelos serviços especializados – internação hospitalar, plantão de emergência e outros CAPSi –, podem ser encaminhados ao CAPSi diretamente, necessitando somente de comunicação prévia do caso por telefone ou e-mail.

quando é de especialidade direto para especialidade, a gente não faz encaminhamento via unidade de saúde, a gente acaba relatando para a unidade que esse paciente chegou, informa que o paciente está aqui, ou está internado, ou se orientou uma internação. (P6)

Entretanto, com o fluxo funcionando ou não, a equipe se preocupa quando o adolescente permanece muito tempo no serviço de emergência, à espera do leito, e a família desiste da internação.

Eles ficam no IAPI na verdade muito tempo, e por uma série de questões desistem, os familiares não querem, e aí eles retornam para cá, aí a gente faz, recebe, reavalia, o psiquiatra dá uma olhada, vê como e que foi a questão medicamentosa, e dependendo se já o paciente nosso a gente reavalia para ver se mantém ou não mantém aquele PTS, ou se repensa, e se é paciente novo a gente inicia uma avaliação. (P6)

Ressalta-se que essa preocupação não está apresentada no sentido de fortalecer o movimento que existe no município de abertura indiscriminada de leitos, o qual segue a lógica de “estamos com os plantões de emergência lotados, logo precisamos de mais leitos em saúde mental”, discurso ao que se soma “em qualquer instituição”. Muito pelo contrário, retomam-se e reforçam-se as críticas relacionadas aos processos de regulação dos leitos em saúde mental e, principalmente, a respeito da inexistência de dispositivos na RAPS de Porto Alegre que atendam a casos de emergência e urgência 24h específicos da população de adolescentes e crianças; desse modo, escancara-se que os leitos existentes se configuram alternativas adaptadas de atendimento com grandes limitações, tendo como base a Política Nacional de Saúde Mental, no que tange ao compartilhamento das intervenções realizadas, e o ECA, no que diz respeito à divisão entre adolescentes, crianças e adultos.

Outra questão relativa à RAPS é o sistema de referência e contrarreferência que o CAPSi estabelece com os serviços de internação hospitalar e ambulatorial existentes na própria rede de saúde da criança e do adolescente do Grupo Hospital Conceição (GHC) e da rede municipal.

Em relação aos dispositivos pertencentes ao GHC, a fragilidade na comunicação se dá principalmente por permanecerem numa lógica de funcionamento ainda pautado no modelo biomédico, o que acarreta dificuldades na comunicação com esses espaços, conforme os relatos seguintes.

O GHC tem algumas características de vinculação ao hospital, que em outros CAPS eu via que a galera que tinha que fazer: avaliações dentro do próprio hospital, que aqui a gente não faz. Uma pequena ligação com a rede específica da criança e do adolescente, do próprio hospital, então a gente tem contato, mas não é entendida a parte do hospital da criança como rede de atenção psicossocial do município, do GHC. Geralmente os hospitais, apesar de saber que têm alguns leitos que ficariam reservados no hospital da criança Conceição, a gente não tem contato com a equipe, algum encaminhamento a gente recebe. A gente tem algum contato com o ambulatório do GHC de infância e adolescência que também tem um sistema de referência diferente do nosso e também hoje eu não sei como tá essa comunicação de lá pra cá. (P1)

É uma estrutura muito difícil, qualquer coisa que se mexer, é muito complicado, e funciona muito em feudos, e isso é muito complicado, quando nós falamos de internação, estamos falando de um feudo poderosíssimo que existe aqui dentro, que durante muito tempo foi hegemônico, um saber que de preferência dispensa o saber interdisciplinar, é contra reforma. Então qual é a interação possível com isso? A possível. (P3)

Além disso, não se consegue acesso diretamente às especialidades de atendimento que o CAPSi não possui, assim como não há garantia de continuidade no atendimento dessa mesma especialidade

A gente nunca conseguiu garantir, essa é uma demanda antiga, da linha de cuidado, que era integrar esse serviço do GHC com os pacientes do GHC, por exemplo, nós nunca conseguimos entrar no pedido de avaliação neurológica dentro do GHC, não existe isso, não existe fluxo, não existe ponta para isso. A gente não acessa, do Hospital da Criança a gente não acessa nada, nada, então que rede é essa? (P3)

O serviço ambulatorial oferece diversas especialidades que a gente não oferece aqui, por exemplo fonoaudiologia, neurologia. A gente faz o matriciamento com eles e tenta sustentar o atendimento desses pacientes lá para essas outras necessidades. Então, a gente tem tido essa relação mais próxima nesse último ano. (P6)

Outro fator que pode estar relacionado a esse tipo de comunicação e de integração mais ou menos efetivas corresponde à existência de gerências iguais e diferentes. Por exemplo, o CAPSi mantém uma relação mais próxima com as unidades de saúde (US) por pertencerem à mesma gerência –de saúde comunitária – do que com a internação e o ambulatório, que pertencem a outras, tais como gerência das unidades de internação e gerência das interunidades de emergências. Ressalta-se ainda a existência de pouca clareza sobre o que cada componente de uma mesma gerência atende.

Sair da gerência de pacientes externos, e ser incorporado a gerência de saúde comunitária, a nossa relação com as outras unidades, tanto do GHC, quanto com as unidades da prefeitura da nossa região aumentou, se

estreitou, essa ligação ficou mais estreita, mais próxima. (P2)

Esses relatos contribuem para a discussão necessária acerca da existência da heterogeneidade ainda presente nos modelos de cuidado e de práticas. Esse fator permanece sendo visualizado nas contradições do cotidiano, como discurso & prática, prática & políticas, o que é natural, visto que estão presentes em todo o processo de mudança, mesmo passados aproximadamente 30 anos desde o início das mudanças no modelo de atenção em saúde mental.

6.1.3 CAPSi como organizador da RAPS

Considerando o papel da comunicação e da integração entre os dispositivos para efetivar a RAPS, ainda surge no processo avaliativo a importância do CAPSi como organizador da RAPS voltada aos adolescentes.

A função do CAPSi como organizador da rede advém da portaria 366/2002, que delega aos CAPS o papel de principais reguladores e organizadores da rede. Assim, cabe ao CAPSi, como reprodução do que se tem para o adulto, a mesma função, mas em relação ao serviço voltado a adolescentes e crianças.

Identifica-se o CAPSi como possível serviço que integra a RAPS, à medida que aposta nos fluxos e na construção desses, assim como aponta “os furos” da rede, como a fragilidade no acompanhamento em saúde mental de adolescentes nas unidades de saúde – principalmente quando envolve o consumo de drogas, a automutilação e a tentativa de suicídio – e na prevenção das reinternações de adolescentes.

Percebe-se que para atender adolescência as unidades também possuem certa dificuldade, principalmente relacionada às características do território, uso e abuso de drogas são banidos pelos grupos de tráfico de drogas existentes ali. (P3)

A gente tem que ter aqui os casos realmente graves, pois esse é o papel realmente do CAPSi, mas a gente pode apontar os furos da rede, e o nosso papel nisso é de articulador, brigando por isso. Há a fragilidade em construir práticas sob a perspectiva de prevenção das internações e reinternações de adolescentes em acompanhamento no CAPSi. (P14)

Embora o CAPSi tenha elaborado um fluxo com os serviços especializados (emergência e internação), percebe-se que este pode estar fluindo (quando flui) em apenas um dos sentidos. Em outras palavras, a internação, por ter regulação

centralizada, possibilita somente a realização do fluxo de contrarreferência.

Nesse sentido, a inexistência de um fluxo direto com as internações é apontada como um problema na RAPS porque acarreta, algumas vezes, o encaminhamento ao plantão de emergência pelo próprio CAPSi.

A gente não pode referenciar para a internação, pois é regulação do município. Isso é um problema gigante na nossa prática, a gente avaliou que um adolescente, nosso usuário, precisa de uma internação, o caso do E., mas nós não podemos fazer contato direto com a internação, encaminhamos ele ao plantão da emergência, e lá foi encaminhado para a clínica X. Eu jamais teria indicado o E. para internar na clínica X, não faz nenhum sentido para nós. (P14)

Acho que tem que ser pensado e melhorar principalmente a responsabilização em termos de regionalização, que nós somos responsáveis pelo cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes de uma região [...] Esse conceito a gente tem que desenvolver mais, muitas vezes acham que o CAPSi é um serviço de referência da rede, então “Eu espero a rede mandar pra mim” e não, não é. No sentido da linha de cuidado, nos fluxos de avaliação, para indicação do CAPSi. CAPSi é responsável também por referenciar, para outros aspectos da região. (P1)

Conforme Righi (2005), identifica-se a necessidade de inovações e de avanços na RPB acerca de modos de gestão nos serviços e da própria rede. Para que uma rede de atenção à saúde com base em ações no território cumpra seu papel, é necessário que se reconheçam diferentes atores e serviços no processo de trabalho e que seja possível, a partir desses, construir uma agenda de negociação ou pactuações.

Diante disso, observa-se que as organizações de saúde, em geral, resistem às mudanças, de modo que há recuos e avanços cotidianamente nas práticas. Nesse sentido, há dificuldades a serem superadas na comunicação, na organização, na pactuação e na corresponsabilização entre os serviços da rede voltados aos adolescentes.

Torna-se importante o CAPSi resgatar a noção de participação social nas deliberações, nas aprovações e na construção de leis, de portarias e de contratos firmados entre instituições e secretaria de saúde, ao ocupar espaços públicos como as próprias assembleias no serviço, as conferências e os conselhos de saúde³³, que

³³Conselhos de saúde são órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas. Por meio desses conselhos, a comunidade co-participa na gestão pública. Conferências de saúde são fóruns que reúnem os segmentos das três esferas do governo (municipal, estadual e federal), um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 2013).

têm como função realizar construções coletivas e monitorar e fiscalizar as políticas, bem como as propostas e a assunção de dilemas a serem enfrentados pela saúde mental.

6.1.4 Matriciamento

O matriciamento ou apoio matricial, conforme o Ministério da Saúde (2011), é uma estratégia de produção de saúde de maneira integrada, construção compartilhada realizada por duas ou mais equipes de profissionais de serviços diferentes. Tem como proposta transformar a lógica de hierarquia dos sistemas de saúde (encaminhamentos, fluxos, protocolos e regulação) tornando-os mais dinâmicos a partir de relações horizontais entre os diferentes serviços e níveis de assistência.

Essa não visa ao atendimento individual nem apenas às intervenções pontuais da equipe de saúde mental em um outro serviço. Configura-se como retaguarda especializada para assistência de outras equipes não-especializadas em saúde mental e como apoio institucional na construção de projetos junto à população (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Para a equipe, o matriciamento possui duas funções principais atualmente. A primeira como estratégia de ordenamento do fluxo da demanda com a rede: o matriciamento organizou a demanda do CAPSi para o exercício da continuidade do cuidado, auxiliando a organização e a comunicação com a rede, principalmente com as Unidades de Saúde. Além disso, reorganizou as demandas de clínicas privadas, conforme o fragmento a seguir.

O CAPSi deu início ao matriciamento em si, porque antes era tudo assim “no ministério do ar”, principalmente porque existia uma demanda espontânea, e não tinha uma avaliação, não tinha nada, tu não entravas em contato com o posto. Fomos percebendo que deveria existir essa aproximação com os postos, e aí se criou as miniequipes, se criou todo o mapa, se configurou tudo para poder atender os 33 postos, que são os postos do GHC e da prefeitura [...] As clínicas x, y³⁴ mandavam direto, tu nem sabias nada. Começamos a

³⁴ As clínicas x e y correspondem a dois serviços privados – clínicas particulares que realizam assistência em saúde mental – presentes no município que foram contratualizadas pela gestão de saúde mental a fim de dispor de 120 leitos psiquiátricos. Desse contrato também fazem parte 54 leitos em Comunidades Terapêuticas. No que se refere aos 27 destinados à saúde mental para crianças e adolescentes, 10 correspondem ao hospital psiquiátrico (Dados apresentados pelo Coordenador de Saúde Mental de Porto Alegre, no Simpósio em álcool e outras drogas do HCPA e SENAD em 02/07/2018; PORTO ALEGRE, 2017).

fazer o matriciamento, então “oh, quando tiver vocês nos telefonem, agenda para vocês virem”. Os pacientes vinham babando, não tinha como avaliar, não tinha como fazer nada, então aí aos poucos também foi se mudando isso. (P4)

A segunda função, o matriciamento, é identificado como estratégia para o fortalecimento do cuidado no território junto à atenção básica. Quando não existe uma compreensão clara sobre os papéis de cada serviço no atendimento à saúde mental de adolescentes, o encaminhar desordenadamente casos para o CAPSi torna-se uma prática constante.

Deve ter muitos adolescentes que não chegam na atenção primária, muito menos aqui, e não sei se o posto consegue olhar para todo mundo, e em alguns casos encaminhar para nós [...] dada a escassez de recursos que a atenção primária tem, as vezes se assusta e às vezes a gente recebe muitos casos em que a unidade está apavorada e a gente chega aqui e o paciente já está estável e nem precisaria vir aqui. Isso reflete uma falta de estrutura, de recursos na unidade básica que eles não podendo fornecer isto lá, acaba vindo mais para cá. (P10)

O serviço se assusta, quando a gente avalia e diz: não, isso é defesa. Que bom que ele está manifestando dessa maneira, os outros serviços aceitam: ah não, então tá! Ficam bem mais tranquilos [...] Quando a gente conversa, e consegue esclarecer fica bem mais fácil. Então acho que o matriciamento é um ponto muito positivo que a gente vem acreditando nele há seis anos. Nessa modalidade, a gente acha que isso é importante, que isso tem que ter e quando a gente faz a conversa com os outros serviços. (P12)

Nesse caso, a equipe especializada do CAPSi contribui com seu conhecimento sobre saúde mental e sobre suas repercussões e a equipe da atenção básica apresenta as características do indivíduo, da família e do território. Juntas conseguem planejar intervenções em conjunto, potencializando ações que corresponsabilizam ambas pelo cuidado do sujeito (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Os instrumentos utilizados no processo de matriciamento entre atenção básica e a saúde mental são: elaboração do projeto terapêutico singular, interconsulta, consulta e visita domiciliar conjunta. Cabe esclarecer que a interconsulta é considerada um espaço de ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas que permite a construção de uma compreensão integral do processo de saúde e doença, assim como também pode se configurar como espaço de educação permanente (CHIAVERINI *et al.*, 2011). Salvador e Pio (2016) corroboram essa visão e reforçam a ideia de matriciamento como uma lógica que desvia os encaminhamentos indiscriminados para uma corresponsabilização, fortalecendo a produção e assistência em saúde.

O matriciamento realizado pelo CAPSi foi considerado melhor em anos anteriores a esta avaliação. Atualmente, a configuração de “agenda aberta”³⁵ tem dificultado a sua realização; entende-se que, por um lado, existe a diretriz da gestão (“ter que receber usuários, não importando como”), e que, por outro, há unidades de saúde que não apresentam demanda, e portanto, não comparecem nos encontros. Logo, existe a preocupação de identificar se a demanda não existe ou se está sendo encaminhada diretamente ao plantão de emergência.

A rede tem que estar toda a hora consertando, sempre fazendo reunião, porque tu fazes uma combinação, dali alguns meses tem que fazer a combinação de novo [...] Nós temos as reuniões de matriciamento, que a gente deixou por demanda, eles é que marcam, e para algumas equipes funcionam muito bem, quando vem aqui já marcam a próxima, tem outras que desaparecem, que tu fazes o contato assim “que estranho já faz tanto tempo que nenhum caso...e aí, - ah nem sabia! Tá, mas tu não recebeste e-mail, não sabia...- olha não vi.” Então as vezes fica bem difícil, e as vezes é uma mesma equipe que está falando mal dizendo assim “não tem como chegar naquele CAPSi, eles são muito *fechados*” mas a pessoa nem sabe como é que chega aqui, que era só ela pegar um telefone e marcar sabe, a pessoa não sabe. (P5)

Esse ano foi o “samba do crioulo doido”, essa decisão tomada de passar uma agenda aberta para as unidades de saúde, para que elas agendassem o matriciamento: “já que estão vindo pouco, vamos deixar eles procurarem, vamos atender pela demanda, porque o território que nos demanda, porque a gente já está cheio”, isso deu muita confusão. Hoje o matriciamento está muito bagunçado, nós da miniequipe x, recebemos pouquíssimos postos esse ano, porque eles não entenderam mesmo tendo passado diversas vezes em reunião com a gestão e coordenações [...] Como as unidades não estão vindo, não é que não tem demanda, demanda tem, desconfio que estão mandando os pacientes para o IAPI. Para que o paciente que não precisa de IAPI? Vai lá direto ver aquele show de horrores? Aí as unidades ligam por telefone, querem passar caso. (P10)

Identifica-se que há profissionais na equipe que têm maior habilidade de construir pontes com outros serviços da RAPS e que a coordenação é importante nesse processo. Reconhece-se que CAPSi tem o papel de auxiliar os outros serviços na identificação e no trabalho com casos de saúde mental e que poderia neles ter maior penetração em vez de somente esperar quem venham até o centro. As Unidades de Saúde, por exemplo, poderiam se beneficiar bastante disso, todavia resta saber o que deve ser feito quando estas não possuem equipe mínima e deslocam

³⁵Refere-se ao modo como o matriciamento no CAPSi funciona no momento desta pesquisa. Esse funcionamento é caracterizado pela divisão de tarefas para cada miniequipe, que realiza reunião em um dos dois turnos para a realização do matriciamento com os serviços e profissionais da rede. Estes ficam responsáveis por marcar o dia e o assunto que desejam discutir com a miniequipe. Por exemplo, a de número 3 faz reuniões semanalmente às quartas pela manhã e quintas à tarde, sendo este o período destinado a atender às demandas marcadas pelas unidades de saúde, pelos abrigos etc.

tudo seu efetivo para atender a questões clínicas.

Em relação a essa última preocupação, Salvador e Pio (2016) identificam as equipes reduzidas como um dos desafios para a implementação do matriciamento entre CAPSi e atenção básica. Eles afirmam que, geralmente, as equipes das Unidades de Saúde devem responder às demandas com um alto nível de desempenho, enquanto sua realidade é de sobrecarga de trabalho; diante disso, antes se cobrar a prestação de cuidado em saúde mental dessas equipes, sugere-se que se deve cuidar dos cuidadores.

Mesmo diante dessa realidade, o matriciamento visa atender à demanda, o que, de certa forma, já é feito pela equipe, mesmo que algumas equipes não percebam ou que seja possível alcançar maior qualidade nas avaliações dos casos e das intervenções. Ademais, essa estratégia não amplia quantitativamente o atendimento, mas tem a função principal de qualificar a equipe para prestar assistência conforme a demanda do sujeito, sem que ações, como encaminhamento ao atendimento de emergência, ocorram sem necessidade (CHIAVERINI et al., 2011).

6.1.5 Práticas inovadoras: sem a necessidade de reinvenção da roda

Fragilidades são identificadas na relação entre os CAPSi do município e do país, tanto na direção de alinhar o processo de trabalho quanto no compartilhamento de experiências. Para que isso seja evitado, é necessário haver mais trocas entre as experiências nos CAPSi com vistas ao auxílio no processo de construção e de inovação de práticas.

Teve um congresso de CAPSi, acho que tudo isso importa, porque se eu fui lá e vi uma baita experiência com adolescente, eu me poupo o trabalho de ter que reinventar a roda toda a vez, e que se trocasse mais, são coisas que a gente pode estar de repente estruturando alguma coisa, um canal, um caminho, uma abertura. Eu acredito nisso que tem que criar canais, aberturas, laços, amarrações é isso que a gente tem que fazer, para poder ajudar. (P3)

Se tentou fazer um processo inclusive de alinhar característica de usuários de CAPSi, de unidade enquanto Porto Alegre, com os outros CAPSi, mas isso não avançou muito. Acho que tem um afastamento pelo processo que a gente vive político na cidade. (P6)

Como se pode notar, existe a necessidade de maior integração do conhecimento produzido nos serviços que trabalham com adolescentes com vistas a

ampliar a visão da equipe sobre o trabalho em saúde com esse público. Além disso, é preciso contato com experiências internacionais de serviços de saúde mental voltados aos adolescentes, assim como integrar/utilizar pesquisas e práticas baseadas em evidências, as quais poderiam ajudar a pensar sobre o trabalho para que haja inovação e integração, de modo que esta respeite as particularidades de cada serviço.

Cada serviço tem que ter a sua particularidade, os CAPSi se integrarem mais, e até internacionalmente a gente também olhar e pensar no que está sendo feito nos países desenvolvidos, não que eles sejam melhores e piores, mas que possam ter algumas coisas que possam nos beneficiar. Certamente intervenções baseadas em evidências podem nos ajudar a crescer muito. Não que seja uma verdade definitiva, a ciência, por exemplo, e muito menos pensando que a ciência é uma religião e que tudo está certo, mas é o melhor que temos de conhecimentos até o momento. Que a gente poderia aproveitar mais essas coisas para a gente pensar e adaptar a nossa realidade. (P10)

De acordo com Thornicroft e Tansella (2010), existe uma ampla diversidade de serviços de saúde mental no mundo e seria impossível um modelo padrão corresponder às necessidades de cada local. Na verdade, sente-se a necessidade de incluir o conceito de *advocacy* no setor de saúde mental. Compreende-se por advogar uma abordagem prática em que os serviços e os agentes locais e nacionais abandonam suas diferenças e acham uma causa comum. Trata-se do reconhecimento de que juntos podem alcançar, em termos políticos, melhores impactos, em relação a organizações e a movimentos separados.

Esses mesmos autores reafirmam que um dos processos de advogar por uma saúde mental unificada consiste em incluir os modos como os serviços podem se desenvolver com suas características na identificação de suas próprias prioridades, exercendo o direito de fazer cobranças aos gestores no que tange ao acesso às melhores informações disponíveis sobre ética, evidências e experiências nas práticas em saúde mental sempre que possível.

Diante disso, o campo da saúde mental requer o constante desenvolvimento e o aprimoramento de uma nova cultura técnica e ética. Assim, é no contexto do compartilhamento de experiências das redes de serviços que se encontra a possibilidade de alcançar esse desenvolvimento. Para tanto, a discussão sobre papel, recursos e modelagem dos serviços se torna central, dependente disso para o sucesso no avanço e na consolidação de novos modelos (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009).

Nesta subcategoria, apresentam-se aspectos importantes sobre o papel estratégico da RAPS na construção de uma rede de cuidados integrados e compartilhados a partir de seus componentes. Atenta-se para o fato de que, apesar de serem uma rede de ilhas, os serviços que compõe essa rede têm características próprias. Mas, ao mesmo tempo, isso tem de aproximá-los e torna-los parte de um mesmo arquipélago, mantendo ações, conexões e interações que possibilitem formas de criar o trabalhar em rede visando acolher os casos e as demandas de saúde mental de adolescentes. A implantação e a busca de efetividade da RAPS voltada ao cuidado de adolescentes objetiva ampliar as produções coletivas de cuidado entre os dispositivos que a equipe do CAPSi já apresenta em seus relatos, além de outros que possam vir a ser parte na direção do modo psicossocial.

Ainda há muito do caminho a ser percorrido por meio de estudos que tratem de uma RAPS voltada para a população infanto-juvenil de maneira geral. Isso também deve ocorrer por meio de discussões intra e extra equipe do CAPSi na busca da construção de fluxos, de maneira horizontal e participativa (todos os serviços com iguais direitos e responsabilidades, em oposição à centralidade das instituições hospitalares nesse processo). Além disso, é importante implementar processos de gestão que compreendam e que correspondam ao funcionamento e ao objetivo da RAPS, de fato.

6.2 Ações intersetoriais e Rede Intersectorial

As ações intersetoriais são compreendidas como a atuação conjunta de serviços e equipes de diferentes setores considerados importantes no processo de desenvolvimento dos adolescentes: saúde, educação, esporte, lazer, cultura, justiça, assistência social, entre outros. Com essas ações, almejam-se superar a fragmentação das diferentes áreas de atuação, tendo como desafio o estabelecimento de diálogos como prática de gestão entre instituições, governos e pessoas (BRASIL, 2008a; OLSCHOWSKY *et al.*, 2014).

No cuidado em saúde mental de adolescentes, as ações intersetoriais adquirem papel relevante e vão ao encontro do cuidado orientado pelas práticas psicossociais, principalmente em relação à valorização da autonomia do sujeito no tratamento e ao compartilhamento da responsabilidade do cuidado entre os serviços que assistem os adolescentes em geral. Dessa maneira, as ações intersetoriais são consideradas um

marco de referência no avanço dos principais fundamentos da política de Saúde Mental da Criança e do Adolescente (COUTO; DELGADO, 2010).

Consideradas como estratégias para criar e manter a integração entre serviços e as equipes que trabalham com os adolescentes, as ações intersetoriais envolvendo escolas, Unidades de Saúde, CAPSi, conselhos tutelares, delegacias da criança e do adolescentes, centros de cultura, esporte e lazer desenvolvem e fortalecem laços de corresponsabilidade, de solidariedade, de cidadania e de democracia e, a partir disso, embasam a construção da Rede Intersetorial no território (BRASIL, 2014^a; 2014b; KENES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016).

Conforme Olschowsky *et al.* (2014) defendem, trabalhar intersetorialmente possibilita uma maior capacidade de resolução dos problemas e das demandas, pois criam-se espaços possíveis de interação e de ação com vistas a integrar saberes, poderes e vontades diversas. Isso imprime uma nova forma de trabalhar e também de construir políticas públicas, as quais, individualmente, não conseguiriam solucionar os problemas que a população demanda. Para tanto, é necessária comunicação a fim de se evidenciar aquilo que se podem ou não oferecer.

Portanto, a lógica de trabalho intersetorial supera a ideia de sobreposição dos saberes individuais de cada serviço ou de cada setor na resolução das demandas e requer o movimento de reunir, discutir e elaborar conjuntamente possibilidades de cuidado compartilhado, potencializando todas as ações de acordo com as necessidades de cada sujeito, seja coletivo ou individual³⁶.

Ressalta-se que a promoção de ações intersetoriais não significa a existência de uma Rede Intersetorial. Para que essa seja implementada, é necessário que as ações intersetoriais deixem de acontecer apenas pontualmente, em alguns lugares ou com determinados serviços, e passem a ser práticas cotidianas nos serviços que trabalham com os adolescentes no território deles, por exemplo.

Um dos limitadores da intersetorialidade identificados se relaciona ao fato de que é necessário um equilíbrio para trabalhar dentro e fora do CAPSi. A equipe identifica que não tem conseguido realizar um trabalho mais próximo ao território neste momento, em comparação com os anos anteriores. Aponta-se que o CAPSi não está

³⁶ Apesar do Fórum Nacional de Saúde Mental infanto-juvenil não aparecer na discussão, esse pode ser utilizado como um importante espaço de discussão e promoção da integração intersetorial, de maneira sistemática, oferecendo subsídios para o fortalecimento da Rede Intersetorial (BRASIL, 2014a).

no território a que atende, implicando o desenvolvimento do trabalho mais local e que, esporadicamente, consegue desenvolver ações intersetoriais no território, a exemplo das reuniões de Redinha³⁷.

Os profissionais apontam a existência de barreiras para a construção e para o desenvolvimento das ações de ordem organizacional, operacional e institucional, devido à falta de transporte e ao trabalho na lógica da produtividade e do atendimento, fazendo com que as ações no território nem sempre sejam consideradas e valorizadas. Além disso, existem especificidades das características de funcionamento dos próprios dispositivos no território.

Estar fora (do território) implica em alguns profissionais não estarem aqui dentro literalmente. Eles poderiam pegar um transporte, que agora nós não temos [...] irem lá nas comunidades, seja nas Unidades de Saúde ou em centros comunitários, estarem lá vivenciando. A gente está afastado, até vê que seria legal, que seria possível, quando a gente minimante conseguiu fazer, teve um retorno, mas a gente não consegue sustentar isso por mais tempo. Por exemplo, a rádio comunitária que eu ia até a comunidade no meu transporte pessoal, participava e voltava, fiquei acho que uns 3 anos, meio turno por semana, eu saía entorno de 13h30, pelas 15h30, 16h eu estava de volta, mas não tenho como lançar esse atendimento no sistema de produtividade [...] a mudança da própria gestão do centro comunitário também começou a querer exigir uma contrapartida do GHC, para oferecer o espaço para a gente fazer o trabalho lá, começou a ficar uma coisa um pouco “toma lá, dá cá”. (P2)

Temos vários desafios, um é de recuperar uma rede, voltar a ter, não é uma coisa só assim. Tinha dispositivos que favoreciam o diálogo entre CAPSi e escolas. Uma escola que não está conseguindo lidar com o adolescente fora, a gente pode acionar pessoas preparadas, confiáveis, que também estão vendo o sujeito para nós irmos lá nessa escola conversar, e que tem poderes institucional do campo da educação, não é só o campo da saúde que está fazendo isso, é outra coisa. (P3)

Outra questão abordada é a identificação de casos que exigem maior integração com a rede, os quais geralmente envolvem famílias em situação de vulnerabilidade, de ausência condições básicas de vida e que vêm de contextos de violência.

Diante disso, Simoni e Cabral (2018), no capítulo “O cuidado que eu preciso, é lá onde a vida acontece”³⁸, compreendem que o cuidado em saúde mental ocorre no território de vida dos sujeitos, no qual as tarefas do cotidiano, as relações de

³⁷ São reuniões que aconteciam antes da criação da RAPS, em que não havia comunicação entre assistência social e saúde. Faziam-se reuniões entre CRAS, CREAS e Conselho Tutelar com o nome de Redinha. Hoje essa comunicação continua falha, mesmo com a RAPS, mas as reuniões continuam acontecendo e integram, além dos serviços já citados, a escola. (DC).

³⁸ O texto foi inspirado pela criação da Linha de Cuidado em Saúde Mental (“O cuidado que eu preciso”), construída pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul em 2014.

confiança, o afeto e o vínculo acontecem, assim como as adversidades da vida. Assim, infere-se que ter profissionais atuando no território, na escuta das pessoas e de suas histórias de vida, produtoras ou não de sentimentos e de sofrimento, é fundamental para a transformação do modelo das práticas e do cuidado em saúde mental.

A convivência dos profissionais no território faz diferença quando se quer construir o cuidado compartilhado, pois possibilita acompanhar longitudinalmente as pessoas, suas condições, situações e vivências, de modo que sejam consideradas nos processos terapêuticos construídos pela equipe de saúde (SIMONI *et al.*, 2014).

Porém, a equipe identifica que existem poucos espaços no território em que se pode trabalhar questões de saúde mental e que as crianças ainda possuem mais espaços para tanto em comparação com os destinados aos adolescentes.

Pouquíssimas comunidades tem centro comunitário agora, porque foi acabada e são espaços culturais, de lazer, que isso que vai fazer a diferença para eles, não precisa ser só saúde, não precisa ser só médico, mas tu precisa ter um espaço comunitário, algo atrativo: “Bah, lá na comunidade tem *lan house* comunitária”, então eles estão em uma situação mais difícil do que as crianças. Crianças mal ou bem tem um pouco mais de cuidado, mesmo sendo muito pouca. Não quero ser pessimista, mas é um pouco a realidade que a gente tá vivendo. (P7)

As interlocuções que a gente faz são tão ricas, da vivência do território, marcando presença com o corpo, isso tem uma representação social. Os alunos da escola vendo isso, tem impacto sobre eles, as pessoas usuárias dos serviços onde tu vais, tem impacto sobre eles. “Olha, eu sou lá do CAPSi, é um serviço que funciona assim e assado” tu promover coisas, dá ideia à pessoa de que tem mais do que “eu, minha casa, a escola e o posto de saúde”, a rede aqui é maior que isso [...] as pessoas sentem valorizadas, vem falar com a gente, o impacto que tem na comunidade, diminui a violência, esse sintoma de se sentir solitário e incompetente e impotente para dar conta da vida e que isso na saúde coletiva tem um impacto em tu poder olhar para o outro e saber que junto vai dar conta [...] mas agora isso se perdeu, tem muito menos opções de espaços coletivos, que promovam e têm esse mesmo tipo de efeito nas pessoas. A gente conseguia compartilhar, porque a gente não faz esse trabalho sozinho, a gente compartilhava com a rede junto. (P8)

Os pontos de cultura eram espaços de promoção de saúde e de cultura no território, quando existiam (NE).

Acrescenta-se que a noção de território surge no campo da saúde mental durante o processo de mudança no modelo de cuidado, contrapondo-se às práticas que tinham centralidade no hospital psiquiátrico, as quais, a partir da perspectiva psicossocial, deslocam-se para os serviços comunitários e próximos às vidas das pessoas.

Nesse sentido, o estudo de revisão de Furtado *et al.* (2016) identifica diferentes

concepções sobre território ou territorialidade no campo da saúde mental: área de cobertura e de ação de serviços extra-hospitalares; conjunto de recursos terapêuticos a serem explorados e articulados pelos profissionais da saúde com serviços de outros setores, mas sem delimitação de ações; território existencial mediante a história de cada sujeito; e território como sistema de objetos e ações que têm interface político-cultural. Ressalta-se que, apesar dessas definições, uma parte dos estudos que apresentam descrições do território ou das ações não informam em concepção estão inseridos.

O Ministério da Saúde (2005) aponta que território, nesse caso, não é sinônimo de espaço geográfico, mas uma designação para além disso: abrange pessoas, instituições e cenários reais das vidas da população. Atenta-se que trabalhar no território significa identificar serviços, pessoas e saberes que dele fazem parte para que se possam solucionar os problemas, logo:

Trabalhar no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005c, p. 25).

Com isso, torna-se importante que a equipe reflita e discuta sobre a concepção de território que melhor corresponde aos projetos, planos e expectativas do CAPSi. Essa definição pode possibilitar à equipe compreensão do significado do próprio movimento apontado de “estar fora, estar dentro” de maneira unificada por todos os profissionais, além de lhes permitir perceber as dificuldades e as necessidades relatadas como aspectos a serem discutidos e enxergados sob uma outra perspectiva, exemplificada pelo fato de o CAPSi não ter sede próxima ou no território em que atua. Isso pode implicar a construção de ações em que não se consegue identificar características, contextos e necessidades reais dos usuários o suficiente para considerá-las na produção de cuidado. Contudo, apesar de a distância física ser um aspecto limitante para a construção das ações, ela não impossibilita a realização destas.

Nesse sentido, o CAPSi pode construir práticas que trabalhem com a construção de ações que não necessariamente sejam realizadas de forma direta, mas que possam contribuir, na qualidade de motivador e de colaborador, para que os serviços e os recursos existentes no território as realizem. Nesse sentido, aponta-se

a necessidade de aprimorar o trabalho e o vínculo com outros setores, como a escola, o conselho tutelar, a justiça e o trabalho, para que compreendam a atuação do CAPSi. Da mesma forma, identifica-se que se deve apostar mais na potência do conselho para orientá-los em ações conjuntas.

Como um centro especializado em saúde mental, psicossocial, a gente poderia ter uma postura um pouco mais ativa para com esses serviços de educação, de conselho tutelar e justiça. Eles também poderiam entender o que a gente faz e não faz aqui ou como é nosso trabalho ou o que deveria ser feito de um caso. Já recebemos, por exemplo, da justiça para a gente cumprir ordens para o paciente seguir acompanhando aqui porque fez alguma irregularidade e que muitas vezes acaba não sendo o caso. Então, muitas vezes, a justiça talvez por não ser da área acaba não compreendendo tanto essa complexidade da saúde mental. (P10)

Outro ponto avaliado é a necessidade de mais parcerias institucionais formalizadas, o que ajudaria a costura da Rede intersetorial, conforme relato a seguir.

[...] a gente levou ele no GeraçãoPOA, que a gente percebeu que era um menino muito grave, mas muito menino da arte, mas acho que são ações pontuais. Eu venho conversando com o coordenador da Saúde Mental Municipal, com quem eu tenho oportunidade e espaço, que a gente precisava de parcerias, mas institucionais também. A gente fica nisso, não tem nada formalizado que a gente tenha acesso. A gente tem como pagar? Ou algo que é público? Por exemplo, o SASE, tem uma vaga lá que a gente possa encaminhar? Não que a gente não consiga, mas é muito mais difícil, então lá no projeto não sei qual que é a parceria com a prefeitura. Ter isso mais claro, porque a gente já sabe para onde mandar a gurizada. Então quando tem o mesmo Jovem Aprendiz, é muito difícil encaminhar eles, porque a idade, às vezes, não bate com a série. (P14)

Barros e Dimenstein (2010) defendem que as parcerias e os vínculos institucionais são de fundamental importância para a construção de redes de apoio entre serviços e sujeitos por possibilitarem o aumento da capacidade de análise e de tomada de decisão das equipes dos serviços parceiros. Isso se dá por meio da inclusão de profissionais distintos no trabalho, assim como de ferramentas para melhoria do diálogo entre eles, promovendo desenvolvimento de habilidades (des)conhecidas por alguns serviços, como acolhimento e vínculo, que contribuem para que o profissional se sinta capaz de realizar o cuidado em saúde mental e para tenha segurança ao fazê-lo.

Portanto, considera-se importante o resgate do investimento e da organização em ações intersetoriais pelo CAPSi, na direção da construção e da manutenção de uma Rede Intersetorial, buscando parcerias, se necessário, junto à rede já existente

de proteção à criança e ao adolescente no município.

6.2.1 Serviços da Rede Intersetorial

O CAPSi mantém uma relação mais próxima e melhor com as **Escolas** classificadas como especiais e inclusivas, em comparação com as regulares³⁹. A integração com estas já foi maior, desenvolvia-se um trabalho de apoio e de orientação através do GT escolas. O distanciamento tem favorecido a patologização, as abordagens de conotação moral e o estigma para o adolescente.

A gente teve momentos muito mais potentes com as escolas, que a gente tinha com a secretaria municipal de educação, estadual, com as escolas tinha um grupo de trabalho, foi se perdendo várias coisas, mas acho que a gente tem bastante. (P14)

As escolas estão muito fragilizadas, tem boa vontade, mas a gente vê os profissionais o quanto ainda está naquele padrão, o professor lá na frente, trinta alunos e talvez mais, e tem que fazer aquilo e dar conta, se tu pensas diferente, tem o comportamento diferente, se tu já és mais agitado, tu já não te enquadras e acho que as formas de inclusão não estão como deveriam então: “Ah, não dá, vamos mandar para o CAPSi, fulaninha não fica”. Adolescente pior ainda, que está numa fase que precisa de mais atenção ainda, pensar em alternativas para que ele aprenda de maneiras diferentes para que ele se interesse, eu acho que o jovem é muito nessa linha, ele tem muitas maneiras de aprender, só que às vezes não é naquele padrãozinho ali. O adolescente em si fica como todo na rede muito no vácuo. Por exemplo, para criança às vezes tem atendimento no posto, mas e para o adolescente? (P7)

A gente preza muito por ter professor que está direto na sala de aula nas reuniões, mas isso é difícil porque eles não têm substituição para sair da sala de aula. Então é meio que uma loucura porque tu não consegues ter muitas vezes um professor que seria a pessoa principal, naquela reunião, que é quem convive direto com aquele paciente, para fazer pactuações, então fica a conversa da conversa da conversa. Porque daí tu fala com o diretor, que fala com o orientador, que às vezes está também, que fala com o professor. (P11)

Conforme o Ministério da Saúde (2014), a escola tem o papel de promover espaços saudáveis para o desenvolvimento dos adolescentes, das crianças e de suas famílias e para o acolhimento das diversidades, das singularidades e das

³⁹A escola especial têm uma abordagem que consiste na adoção de ferramentas didáticas específicas para atender às limitações que o sujeito possui, sejam elas físicas ou cognitivas. A escola inclusiva é um sistema educacional híbrido que alia a educação regular com a educação especial. Os sujeitos com algum tipo de deficiência ou com dificuldades de aprendizagem são inseridos no ambiente da escolar regular, mas esta dispõe de profissionais capacitados para lidarem com essas especificidades, tutores para acompanhamento desses alunos. Os ambientes de educação, no sistema de padronização do ensino-aprendizagem, constituem as escolas regulares.

potencialidades de cada indivíduo. Embora não possua como atribuição diagnosticar os estudantes, principalmente em saúde mental, pode ser parceira das práticas de identificação de fatores protetivos e de detecção de riscos e agravos psicossociais.

França (2011) sustenta que, depois da família, a escola é um agente de socialização para os adolescentes que possuem transtornos mentais, um ambiente que engloba a possibilidade de desenvolvimento de autonomia e de relações afetivas e sociais para esse público. O problema está no que Beltrame e Boarini (2013) apresentam: a escola tem assumido a demanda de enquadrar alunos em diagnósticos para encaminhá-los ao CAPSi motivada pela identificação de problemas de aprendizagem e comportamentais.

Isso leva ao questionado sobre estarmos vivendo uma patologização da adolescência devido à naturalização dos encaminhamentos escola & CAPSi ou à associação, por exemplo, entre déficit de aprendizagem e transtorno mental. Para Arantes (2017), esses encaminhamentos ocupam o espaço em branco em que o professor não reconhece seu papel ou o que fazer diante do aluno descabente⁴⁰, acabando por reforçar a prática prescritiva e disciplinar de recorrer ao especialista em saúde.

Observa-se a importância de se reconsiderar a discussão sobre o lugar da escola na relação com a saúde mental, em especial com o CAPSi, à medida que a patologização da adolescência vem ocupando o lugar de protagonismo, que deveria ser das iniciativas para a educação especial e, principalmente, para a educação inclusiva.

Nesse sentido, a equipe identifica a necessidade de recuperar o trabalho que favoreça o diálogo entre CAPSi e as escolas, inclusive numa postura de “não falar por elas, mas com elas”. Isso reforça a intenção de se construir um trabalho colaborativo e da Rede Intersetorial.

A integração entre o CAPSi, os **Centros de Referência em Assistência Social (CRAS)** e os **Centros Especializados em Assistência Social (CREAS)** foi considerada muito boa, e são visíveis seus impactos no trabalho em saúde mental. No entanto, atualmente, pelo processo de sucateamento dos serviços de CRAS e CREAS, tem sido visualizado o aumento do processo de psicopatologização da

⁴⁰Trata-se de um conceito proposto pelo autor na interface saúde-educação, que se refere ao adolescente que não aprende, não para, não cabe e precisa de um diagnóstico clínico, um “exame-laudo-médico” para a construção de uma intervenção pedagógica (ARANTES, 2017).

adolescência ocasionado pela inexistência do trabalho desses serviços nos territórios.

Essa rede não dá conta de tudo, vive um momento de desmanche, principalmente dos espaços de assistência social. Muitos dos casos que a gente também atende, a gente acaba percebendo que tem uma demanda importante social, que a gente acaba dando conta de uma forma, do jeito que dá, na verdade porque a rede social está muito enfim, desmanchada por esse momento político. (P6)

A gente trabalha basicamente com a saúde, a partir dos matriciamentos, que é geralmente quando chega, mas além disso as vezes incluir a justiça, que o caso já tá tão rompido o vínculo, tão complicada a situação, que já estão às vezes numa medida de proteção, às vezes incluir a escola, porque não consegue acompanhar, se relacionar, não consegue dar conta, então basicamente a saúde, a educação, a justiça e a assistência também. Vejo muitos casos, noventa por cento, que são famílias bem vulneráveis, que têm bastante dificuldades de dar conta, a partir da assistência, das coisas básicas, e é isso também favorece a um contexto de violência. (P7)

Há a preocupação com a participação em atividades pelos adolescentes sem-lugar no território por não estarem na faixa etária (SASE, Centro de Convivência) ou pela falta de espaços de lazer. Diante disso, o CAPSi tenta suprir a ausência desses locais no território, principalmente nos marcados pela violência, pelo tráfico e pela pobreza.

A gente tem um público que fica no limbo que é esse, que existe o SASE, existe as escolas integrais, existem os centros esportivos de bairro para menores de 14 anos, e a gente não tem muito contato quanto CAPSi. Estamos afastados do território, isso é uma dificuldade, inclusive para a manutenção ou para o vínculo dos usuários dentro do serviço, então a gente acaba fazendo um trabalho muito local, no CAPSi mesmo, onde eles vêm. (P6)

Os CRAS e CREAS são serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e têm como objetivo integrar a proteção social de média complexidade, devendo promover orientações e apoio especializado, quando CREAS, e continuado de assistência social a indivíduos e famílias com direitos violados, isto é, quando há casos de violência contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2005d).

Na prática, o trabalho desses serviços é imprescindível para a minimização dos agravos que as situações de violência, e também socioeconômica, exercem no desenvolvimento dos adolescentes, bem como para a proteção e a garantia dos direitos dessa população (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

No entanto, os contextos políticos que retiram a autonomia e o investimento desses serviços afetam proporcionalmente a qualidade no atendimento à saúde

mental, visto que são serviços que também estabelecem um cuidado baseado no vínculo com os usuários e numa relação de apoio com o CAPSi. Diante disso, Faraj e Siqueira (2012) apontam que, primeiramente, é necessário que os gestores e os governantes reconheçam o trabalho fundamental desses serviços no combate e no enfrentamento das situações sociais que ocorrem com essa população: violência, pobreza, desemprego dos pais, fome. Em segundo lugar, é imprescindível que invistam financeiramente na estrutura e nos contratos nesses serviços, além de, operacionalmente, em ações que fortaleçam a rede intersetorial.

Outros serviços apontados na avaliação são o Conselho Tutelar e a justiça, os quais ficam encarregados de cuidar e de garantir o cumprimento dos direitos da população infantil e juvenil. Em relação ao **Conselho Tutelar**, a relação com o CAPSi é considerada difícil, pela falta de corresponsabilização dos casos encaminhados para a saúde mental infanto-juvenil e pela falta de acompanhamento e de compartilhamento de abordagens e de decisões.

O conselho tutelar são pessoas com responsabilidades demais, para preparo de menos, aqueles que buscam ajuda, que pedem a nossa opinião, ou pedem opinião para o suporte que eles têm técnico, eles trabalham bem, veem qual é a questão, e a partir disso eles tomam as decisões. Os que vão atropelando, sem muito aconselhamento, sem definição técnica maior, fazem coisas muito contrárias, fica difícil consertar muitas vezes. Isso impacta em tudo, promove o afastamento de um grupo familiar, que a gente estava tentando reaproximar, jogam num abrigo que a criança piora os sintomas, porque entra em conflito com todos aqueles outros adolescentes abrigados sabe, várias coisas assim que aí pra tu reverteres e consertares não é fácil. Eu acho que é uma das relações mais difíceis que a gente tem aqui, trabalhando com adolescência é os conselhos tutelares. (P5)

A gente tem dificuldade com o conselho tutelar e com a adolescência é diferente. Em alguns momentos até me pergunto, porque quando o adolescente diz que não quer mais algo, a gente entender o que ele está querendo dizer com isso. E não dá para ser poder. Acho que os órgãos, às vezes, não estão preparados, é a minha percepção para trabalhar com público. Então acaba sendo um tipo de abordagem que não faz sentido e só piora as coisas. (P14)

Ziwchak *et al.* (2017) apresentam a hipótese de que as dificuldades na relação entre esses dois serviços são reflexos da assunção de perspectivas divergentes sobre o adolescente com transtorno mental. Os Conselhos Tutelares, por exemplo, são constituídos de forma a fiscalizar e a garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, conforme o ECA. Vasters e Pillon (2011) corroboram essa perspectiva ao afirmarem que esses serviços correspondem ao primeiro serviço que atende os adolescentes em conflito com a lei devido a atos infracionais, delitos, etc.

Com base nisso, é possível notar que são serviços que trabalham com situações delicadas, como violência, envolvimento com o crime, tráfico, entre outras. Por consequência, podem carregar em suas práticas e concepções preconceitos, estereótipos e estigmas, resultantes do trabalho produzido pela interface saúde mental & criminal frequentemente presente nos casos atendidos.

Diante disso, torna-se interessante a inclusão desse serviço na rede e a adoção de ações intersetoriais envolvendo-o que conduzam à compreensão do que pode ser construído por meio do compartilhamento do cuidado em saúde mental. Da mesma forma, pode-se direcionar ações na direção do apoio no desenvolvimento e na capacitação de seus recursos humanos.

Já em relação à justiça, a integração entre CAPSi e **Promotoria Pública e Vara da Infância e Adolescência**, via medida de atendimento e cumprimento da lei, é flexível, na medida em que, quando as decisões tomadas por parte da promotoria/ministério são equivocadas, há reavaliação a partir do parecer do CAPSi. Essas questões são elucidadas nos relatos a seguir.

Com a justiça eu acho que a aproximação é aquela coisa que vem do MP, tal medida, para atendimento e a gente tem que cumprir. Porque já é uma questão, quando vai para a justiça já está em última instância. (P7)

A justiça, os juízes, a promotoria da infância algumas vezes fica difícil, mas eles aceitam muito a nossa opinião, eu sempre digo para equipe assim que os juízes eles querem informação, tipo assim eles podem tomar uma decisão errada, mas se vem um parecer técnico assinado ali pela a equipe tal, psicóloga tal e não sei o que, eles acatam, eles querem aquilo, sabe, eles precisam daquilo para tomar o rumo certo das coisas, “ah porque que esse pai não pode chegar perto desse filho?” se tu dá uma explicação técnica do porquê eles aceitam, eu acho mais fácil na verdade. (P5)

Os serviços relacionados ao setor da justiça têm como papel, na rede e nas ações intersetoriais, auxiliar na avaliação de adolescentes com necessidade de atenção em saúde mental que estão abrigados ou em medidas de internação socioeducativas, almejando a elaboração e a implementação de estratégias e de ações para reversão da tendência institucionalizante (BRASIL, 2014a).

Na mesma esteira da institucionalização dos adolescentes, identifica-se que a relação entre o CAPSi e os **abrigos** é a mais difícil, visto que são ambientes muito empobrecidos em termos de estrutura, de atividades e de relações. Não ter um adulto implicado no cuidado e no acompanhamento do adolescente é visualizado como fator influente nas desorganizações que demandam atendimento de emergência/urgência

muitas vezes.

O abrigo acho que esses entraves dificultam, não tem carro, não vem, não é sempre a mesma pessoa que está ali, escutando. Troca a maneira como esse coletivo se dá, o que precisa de uma certa subjetivação, individualidade, singularidade não existe. É raro os abrigos ou as pessoas que se incomodam e vêm para poder fazer diferente, tanto faz, se vai sair, não vai, se fugiu ou não fugiu. Então a gente sofre por não virem. O abrigo é uma coisa muito mais coletiva, se perde muito da singularidade, e aí o adolescente perde muito com isso, de não ter um lugar, de pertencer. (P13)

A **Casa Lar**, que busca superar as carências observadas nos abrigos, tem a figura da mãe social, que não é constante e que acaba produzindo frequente quebra de vínculo e abandono.

A gente tem o contato difícilíssimo, talvez um dos mais difícil dos CAPS com os residenciais, acho que é um dos contatos mais no gargalo gigantesco da institucionalização dos adolescentes, acho gravíssimo aqui no CAPSi tu atender um paciente de abrigo é para doer, muito difícil a vulnerabilidade, toda questão de abandono que já teve, mais a questão da institucionalização, mais dos monitores se estão preparados, a troca de monitores a cada seis horas, então é enlouquecedor. (P11)

[...] esse nome mãe social, quando está em uma Casa Lar, é péssimo, não é a mãe social, é a cuidadora, vamos pensar num nome mais adequado. Tiveram algumas reuniões que eu participei bem difíceis, eu fui na casa da C. conversar com a organização do abrigo e foi muito ruim. A gente fez uma reunião com os psicólogos dos nossos AR junto com a FASC e foi legal que a advogada da FASC, que foi no D., quando ele teve um momento de grande desorganização, ele fez uma alucinação, foi no momento que tiraram ele da casa, porque realmente não tinha condições de continuar, porque era uma casa que já estava com problemas, de esgoto, tinha uma questão real mas não foi conversado. Como vai acontecer alguma coisa e não vai conversar com o adolescente antes? (P14)

Como se percebe, são serviços importantes nas ações e na rede intersetorial, assim como na relação com o CAPSi, à medida que podem dar suporte aos adolescentes com transtorno mental de maneira a atender ao que o cuidado psicossocial (singularizado e corresponsável) propõe, além de poderem contribuir para o enfrentamento da institucionalização dos adolescentes.

6.3 Impacto das políticas e gestão nas práticas do CAPSi

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira, nos últimos 30 anos, foi sendo construída a partir da crise das instituições de controle social – os hospitais psiquiátricos –, atrelada à crítica às práticas da psiquiatria tradicional, realizadas até

a década de 60, devido ao contato com os modelos alternativos de cuidado em saúde mental propostos por reconhecidos autores e atores da saúde mental, como: Felix Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia (YASUI, 1999).

A desinstitucionalização é a bandeira dos movimentos de reforma psiquiátrica que almejam a transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental em países da Europa e nos Estados Unidos da América; sua chegada à América-latina ocorreu mediante a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) na década de 1970 (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Na RPB, a desinstitucionalização ocorre em concomitância com busca da reconstrução dos sujeitos como participantes ativos de sua reabilitação em saúde. Assim, torna-se necessária a criação de instituições aptas a lidar com a mudança do modelo assistencial, até então tradicional e focado na loucura, nos sintomas, nos medicamentos e na total dependência do usuário, para o modelo de reabilitação psicossocial com diálogo, participação ativa e reinserção social e no qual impera o cuidado sobre vidas/pessoas (GOLDBERG, 1994).

No entanto, o contexto político e social no país durante a realização desta pesquisa se caracteriza por inúmeros retrocessos na garantia e na manutenção do modelo de atenção psicossocial implementado há aproximadamente 20 anos em todo o território brasileiro. Nesse sentido, as disputas e tensionamentos atuais dentro da saúde mental estão relacionadas à retomada de propostas que retomam a centralidade do cuidado em saúde mental pautado pelo modelo biomédico e asilar.

Nessa direção, houve a reformulação da portaria 3.588, que regulamenta e organiza os componentes da RAPS. Com o texto atual, o financiamento, a implantação ou a utilização da capacidade instalada de leitos em hospitais psiquiátricos aumenta e é valorizado em detrimento dos leitos em saúde mental em hospitais gerais; também ocorre a incorporação do CAPS modalidade IV, direcionado às áreas de cracolândia e ao atendimento da população em situação de rua. Em 2018, houve um aumento de 60% no valor das diárias nas internações hospitalares que durassem mais de 90 dias e para reinternações em 30 dias, mas também o cancelamento de programas de educação permanente em saúde mental para profissionais da saúde mental (CASMAD) (BRASIL, 2017b).

A nível municipal, como já apresentado, cresce a abertura de leitos específicos para a população de adolescentes e ocorre a recontractualização de leitos no CIAPES do Hospital São Pedro, em clínicas e em comunidades terapêuticas com a justificativa

de desassistência a essa população. Isso reafirma o hospital psiquiátrico como lugar privilegiado no tratamento e redireciona o financiamento.

Para a equipe, vive-se um momento de instabilidade no âmbito das três esferas políticas, o que assusta quem está na “ponta”, que se preocupa, inclusive, com a continuidade dos serviços de CAPSi

[...] considera-se que o CAPSi como parte de uma instituição pública e federal é influenciado pelas mudanças, tanto políticas a nível federal, estadual e municipal, quanto as institucionais. Os governos e gestões mais preocupadas com questões sociais tendem a valorizar o trabalho realizado no CAPSi [...] (P3)

A política, principalmente da reforma está correndo um sério risco, neste momento, de se perder completamente, porque as pessoas quem é louco é louco, mulher é mulher, o resto não existe, a questão de como o governo federal tem falado das questões de sexualidade, de gênero, isso afeta diretamente a adolescência. (P11)

No âmbito das políticas e das gestões nacional, estadual e municipal, a equipe traz diversos questionamentos sobre os impactos ocasionados nas práticas do CAPSi voltadas aos adolescentes com a restrição das unidades de internações hospitalares baseadas em perfil dos adolescentes (meninos usuários de drogas) e com a reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos, em clínicas e em comunidades terapêuticas para adolescentes em detrimento de hospitais gerais. Preocupa-se também com o fato de internações e de reinternações de adolescentes ocorrerem frequentemente em um movimento acrítico por conta da equipe e também da coordenação de saúde mental do município.

Eu jamais teria indicado o E. para internar na clínica x, não faz nenhum sentido. A gente ligava para o Hospital X, porque era internação de meninos adolescentes usuários de drogas, aí sabe quantos por cento estava a taxa de ocupação? 30% A gestão fez uma conversa de se abrir meninos adolescentes, claro, vai ter uma certa separação. Mas a gente vai poder internar. O Hospital X é ideal? Não é, eu quero hospital geral! Eu quero saber cadê os leitos do Hospital Y, que a gente nunca internou lá e tem leito, mas está sempre sendo usado como leito clínico. O Hospital Z a gente consegue, mas são poucos leitos e o Hospital W é isso, só meninas adolescentes e usuárias de drogas, então tem que abrir um pouco mais. (P14)

Separar o louco, o estigma e isso está dentro das famílias, elas não entendem muito bem, porque é sofrido, é enlouquecedor para a família dar conta de tudo, então é natural que a família queira de certa forma se distanciar, mas ao mesmo tempo o que a família gostaria que o paciente melhorasse e se fizer isso, a gente tem que conversar com eles. Acho que é o diálogo a questão dessa exclusão pode piorar muito, acho que as famílias não têm nem

ideias. A gente tem vários artigos e trabalhos que mais internações mais enlouquecimento, mais o sujeito vai se deteriorando. (P11)

O hospital geral integra a RAPS por meio da implantação e da qualificação de leitos psiquiátricos, modalidade declarada na Portaria nº 224, de 1992, que dispõe sobre a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade, assegurando esse tipo de leito em hospital geral, contato que não ultrapasse 10% da capacidade hospitalar e que sejam disponibilizados, no máximo, 30 leitos psiquiátricos numa instituição (BRASIL, 1992).

Não se questiona a internação hospitalar em si, embora a atenção à saúde mental esteja pautada no cuidado no território e em serviços comunitários, mas quando é realizada fora das unidades em hospitais gerais e CAPS III. Machado (2012) analisa que a internação em saúde mental em hospitais gerais se constitui num recurso muito utilizado quando os dispositivos extra-hospitalares não se mostram suficientes para alguns casos. Indica-se, nesse caso, necessidade de alta hospitalar assim que o quadro de crise seja estabilizado e que se dê continuidade ao tratamento nos serviços substitutivos da rede de atenção psicossocial.

Nesse sentido, apesar de o hospital geral não se constituir um serviço de porta de entrada na rede de atenção psicossocial, a internação nessas instituições tem sido visualizada, na prática, como sendo o único e central meio de garantir o cuidado a essas pessoas (acesso à essa rede pelos usuários). Para Jardim e Dimenstein (2007), o hospital geral, nessas situações, pode ocupar a posição do serviço itinerante capaz de fazer potentes integrações inter-redes, se entende sua função dentro da lógica antimanicomial e na rede substitutiva.

Outra questão está relacionada à falta de políticas voltadas aos adolescentes que integram a assistência social, a educação, a saúde, a cultura, o lazer, o esporte, o trabalho e a geração de renda. Apesar do investimento na política de intersetorialidade, o setor da saúde permanece trabalhando com a parte mais difícil e sozinho.

No entanto, a gestão por políticas específicas ou por ciclos de vida tem resultado em diferentes processos de atenção aos adolescentes. Para o CAPSi, essas devem ser pensadas na perspectiva da integralidade, uma vez que, da forma como está, as políticas de saúde mental têm se diluindo em outras. Isso reproduz a fragmentação da própria gestão e do profissional em suas práticas (NE).

A nível municipal de políticas e de gestão, o processo avaliativo levanta a

questão da terapêutica medicamentosa. Nesse sentido, identifica-se que existem medicamentos psiquiátricos mais modernos, mas que não são dispensados pelo SUS. A sua não disponibilidade impacta as práticas do CAPSi na medida em que se busca construir um esquema medicamentoso que equilibre os efeitos terapêuticos e colaterais.

O impacto da disponibilidade de medicamentos específicos, utilizados na clínica do CAPSi, é visualizado pelo aumento do número de internações em saúde mental diante da instabilidade que a ausência do tratamento medicamentoso provoca. Essas questões podem ser elucidadas nos relatos a seguir.

Uma limitação é nós termos um *roll* de medicações do SUS muito limitado, que são fornecidas. Então, nós acabamos tendo que nos virar, fazer alguns esquemas que talvez não sejam os ideais, que tenham efeitos colaterais ou que não tenham efeitos terapêuticos tão bons, mas que pelo menos estão disponíveis. Existem muitas medicações mais recentes, que tem muito menos efeitos colaterais do que as medicações fornecidas pelo SUS, e que tem benefício igual ou até superior e que talvez poderiam ser disponibilizadas para os pacientes. (P10)

A quantidade de internações que aumentaram do ano passado para cá, em função de não ter medicação, em função de laboratório resolver que vai dar um tempo de liberar remédio em função da política de não sei o quê não autorizou não sei o quê. Tu cuidar de saúde mental é isso: quem tem qualquer patologia que gere instabilização vai se desorganizar! [...] E tu vê que isso é consequência de escolha humana, que alguém fez essa escolha e sabia desse impacto social, e “caneteou” em uma série de coisas, e que gerou tudo isso, é muito difícil de tolerar, quase insuportável. (P8).

A precarização das políticas de educação especial e de assistência social no último ano, no município de Porto Alegre, tem afetado práticas no CAPSi. A falta de profissionais de educação especial, por exemplo, dificultou o atendimento a casos que possibilitavam o auxílio e a integração com a escola regular e a discussão a respeito deles.

O desinvestimento nos serviços de CRAS e de CREAS prejudicou o acompanhamento das famílias que estão em situação de vulnerabilidade. O principal efeito nas práticas voltadas aos adolescentes se fez sentir entre aqueles que precisam estar mais no CAPSi, uma vez por semana ou a cada 15 dias, e também na característica de o serviço ter ou não disponibilidade e distribuição de passagens para trazê-los.

Tenho visto que o desinvestimento nas políticas sociais e públicas mesmo, de assistência social e essa outras tem um impacto direto no aumento da

violência, das situações em que vem chegando cada vez mais visivelmente no CAPSi, não ter outros espaços por questões sociais que chegam para nós. (P9)

Em relação às políticas e à gestão institucional, para a equipe, as conquistas, o apoio e os processos no CAPSi dependem do diálogo e a relação, muitas vezes personalizadas, entre o CAPSi e o gestor da gerência comunitária, neste momento, é considerada boa.

Os principais impactos identificados nesse sentido relacionam-se à troca de gestores na gerência. Aponta-se o estabelecimento de uma relação vertical entre estes e os profissionais, em que o “saber fazer” da equipe do CAPSi é desconsiderado nos processos de decisão e de implementação de ações.

As características agora do nosso gerente (Gerência de Serviços Comunitários) é uma pessoa mais humana, gosta de escutar, de tentar ajudar, ele ajuda mais a gente do que muitos que tiveram lá, muito mais até dos, ideologicamente, ditos afinados com a gente. (P3)

Quanto a política interna do Conceição, depende de quem está no poder ali, se facilita bastante para nós, ou se corta todos os recursos que tu não tens nem para onde correr. Cada ano que troca, tu vêes que...fica esperando o que vai ser, qual vai ser a surpresa que tu vais ter para melhor ou para ...atualmente está bom. (P4)

Outro ponto levantado diz respeito a não existir processo seletivo público para o preenchimento das vagas voltadas à saúde mental da infância e da adolescência. Em casos de saída de profissionais do CAPSi, não há garantia de que a vaga gerada irá permanecer lotada no centro.

A coordenadora do CAPSi realiza entrevistas com os possíveis funcionários, que pedem remanejamento de área ou os novos, para averiguar se têm perfil para o trabalho no CAPSi. No entanto, não há garantia da vinda desse profissional “qualificado” para o serviço, somente da indicação do mesmo [...] A equipe está num momento de desligamento de duas profissionais, nutricionista e psicóloga. Apesar das duas vagas serem do CAPSi, a da nutricionista está em processo de negociação com a gerência, pois a nova profissional irá compor a equipe do i, mas realiza atividades no CAPS II, e em algumas unidades de saúde, suprimindo a falta de outros profissionais. A nutricionista relata que essa fragmentação do trabalho a desmotiva, e prejudica nas atividades que realiza no CAPSi, é como se estivesse dentro e fora da equipe. Já o processo que se instala com a vaga da psicóloga é devido a não garantia de que a mesma fique no serviço. Houve conversas na gerência de que a nova psicóloga seria remanejada para outro setor. Diante disso, a equipe discute sobre quais parâmetros foram utilizados para a gestão decidir que no CAPSi não é necessário ter essa profissional, pois já se tem duas. O grupo decide então preparar uma carta contendo justificativas sobre o trabalho desempenhado dessas profissionais no CAPSi e a importância da

manutenção dessas no serviço, inclusive utilizando dados de maior número de atendimentos e pacientes sendo assistidos. (DC)

A partir disso foi discutido nesta categoria a observação dos impactos da RPB na transformação do aparato político, jurídico e de serviços e, recentemente, no retrocesso e no desmanche das conquistas da Reforma. Ao encontro do pressuposto desta pesquisa, confirma-se a necessidade de fortalecimento, em caráter urgente, de políticas locais voltadas à atenção em saúde mental voltada à adolescência na perspectiva do modelo da atenção psicossocial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao construir as considerações finais das discussões realizadas ao longo desta dissertação, torna-se necessário destacar aspectos importantes do processo avaliativo realizado em relação a seus resultados: o contexto, a metodologia, os limites e as lacunas identificadas. Este estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa participativa realizada mediante o referencial teórico-metodológico das práticas em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial e da Avaliação de Quarta Geração (AQG), tendo como cenário um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil do município de Porto Alegre.

No melhor sentido do referencial construtivista da AQQ, o desenvolvimento do processo avaliativo, por si só, é considerado resultado que contribuiu com a identificação de problemas, de reivindicações, de preocupações, de possíveis e potentes soluções, mas também para uma abertura ao diálogo, às discussões e às (re)formulações das práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes a partir do grupo de interesse. Nessa perspectiva, esta pesquisa pode possibilitar um momento para que a equipe pudesse “parar” para pensar e ver seus próprios processos, assim como o modo como tencionam as soluções e os limites do serviço, fortalecendo e afirmando as práticas no cuidado em saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Diante do contexto vivido atualmente, em que há o retorno ao instituído, à institucionalização que coloca os CAPS como serviços contracorrente, a escolha do cenário desta pesquisa se deu pela importância de também agregar o campo da pesquisa ao da defesa dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, que compõem a RAPS. A realização deste estudo no CAPSi correspondeu a uma implicação ética e política, com foco no potencial de qualificação desse serviço, privilegiando a troca de saberes práticos e teóricos entre o serviço e a pesquisa, visando ao compartilhamento de conhecimentos.

Logo, ao longo da exposição dos resultados, procura-se destacar as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes de modo a fortalecer o CAPSi como serviço de referência para esse público e compartilhar o trabalho que vem sendo realizado, o que se dá mediante as possibilidades encontradas e criadas a fim de superar os desafios de trabalhar com o universo e com a vida desses adolescentes no campo da saúde mental infanto-juvenil.

Considera-se que os objetivos propostos pela pesquisa foram atingidos na medida em que as práticas foram sendo identificadas e o processo avaliativo participativo foi desenvolvido, tendo como resultados as construções realizadas de maneira conjunta e compartilhada entre o grupo de interesse e a pesquisadora. As construções são baseadas nas trajetórias, experiências, valores e crenças que fazem parte do contexto do cenário de estudo e contribuíram, assim, para a análise dos participantes em relação à própria construção, organização e autonomia no processo de mudança no serviço.

A avaliação das práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no CAPSi possibilitou a análise de resultados em quatro categorias de organização e de

processo de trabalho no CAPSi, sendo elas: o trabalho com adolescentes no CAPSi, as características e organização da equipe, o Projeto Terapêutico Singular enquanto estratégia para as práticas e a clínica psicossocial para adolescentes. Foram levantadas também três categorias das redes vivas e políticas significativas: a Rede de Atenção Psicossocial; a Rede Intersetorial; e o impacto das políticas públicas e da gestão.

Em relação ao trabalho com adolescentes, salienta-se a necessidade da diferenciação das práticas realizadas com adolescentes e com crianças. Destaca-se a preocupação da equipe do CAPSi em relação a atender os adolescentes, de maneira a promover a visibilidade desses no serviço, assim colocá-lo em evidência na condição de lugar de cuidado para essa população. Há a importância do movimento de readequar a infraestrutura e as atividades do serviço, considerando as características da fase da adolescência, como a promoção de espaços de identificação mais modernos para os jovens. Atenta-se, também, para a importância de se construir interação e relação com os adolescentes, o que requer equilíbrio no cuidar em saúde mental, evitando recorrer-se ao caminho do disciplinamento ou da punição.

A avaliação das práticas relacionadas à organização e às características da equipe contribuíram com a identificação de como seu trabalho com esse público pode ser potente na construção e na consolidação do cuidado em saúde mental que se almeja na Atenção Psicossocial. Salienta-se a implicação das dimensões do objeto nas práticas, como considerar a heterogeneidade do próprio grupo de adolescentes, abrangendo não somente as diferentes faixas etárias, mas também gênero, desenvolvimento cognitivo, contextos socioeconômicos, sociais e familiares.

Na heterogeneidade dos adolescentes assistidos, destacam-se os desafios e as estratégias realizadas, até então, para a construção de práticas em saúde mental no CAPSi que trabalhem com adolescentes com problemas relacionados às drogas, como iniciar e dar continuidade ao tratamento, tanto no CAPSi quanto em outros serviços. Ademais, destaca-se a necessidade de se dar maior visibilidade também aos pré-adolescentes e às dificuldades em relação às questões de gênero e de sexualidade com adolescentes.

Em relação aos contextos socioeconômicos e sociais, enfatiza-se a histórica dificuldade de trabalhar com a institucionalização, ora pelas condições de constituição do próprio adolescente, em situação de vulnerabilidade, ora por esse movimento ser naturalizado: estar institucionalizado requer estar no CAPSi. Já sobre o trabalho com

os familiares é reforçada a possibilidade de se enxergar o potencial desses atores no processo de cuidado, assim como a necessidade de atenção ao cuidado dado ao cuidador de adolescentes em acompanhamento no CAPSi.

Outrossim, o pressuposto da necessidade de a atenção em saúde mental infanto-juvenil considerar as adolescências e as especificidades do cuidado de adolescentes foi confirmado. A identificação das características dessas, no cuidado em saúde mental, contribuiu para que se enxergassem as individualidades, reconhecendo que adolescente tem modos de ser, estilos de vida, adversidades e realidades diferentes. Isso pode possibilitar um cuidado em saúde mental infanto-juvenil que se adapta e se constrói conforme as necessidades e as singularidades do jovem, potencializando o alcance dos objetivos das práticas e das intervenções a serem realizadas.

Entre as características da equipe do CAPSi que implicam práticas voltadas aos adolescentes, foram ressaltadas a presença de abertura para trabalhar com esse público, a disponibilidade, a construção coletiva e a constante necessidade de comunicação entre a equipe. Além disso, apontou-se a importância que o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar faz no cotidiano das práticas no CAPSi e as diferenças produzidas por esse modo de agir. É imprescindível que os profissionais não estejam fixados a papéis determinados e definitivos e que a produção do cuidado possa ter uma uniformização, mas não no sentido de engessar os processos e as práticas, mas de maneira que oriente e guie a equipe, bem como a construção e a avaliação das práticas presentes.

Essas características também se tornaram importantes no que tange à identificação de maior inclusão de todos os profissionais que compõem a equipe nas atividades e nas tarefas, de modo que a discussão de núcleo e de campo contribuam para o questionamento permanente sobre as práticas em vez de promoverem sua segregação. Assim, é possível fortalecer uma perspectiva da tomada de decisão interdisciplinar, conjunta e compartilhada. Nesse sentido, foram apontadas características da coordenação necessárias para se desenvolver papel relevante frente a momentos delicados da equipe no serviço, como a transparência dos processos de decisão e a busca por resolução dos problemas de maneira coletiva.

A supervisão foi destacada como fundamental na construção do trabalho interdisciplinar, mas também das práticas de gestão, de processos de aprendizagem e de adaptação do serviço à realidade. Além disso, os espaços de escuta e de

compartilhamento dos casos e das vivências ajudam os profissionais a resgatarem a motivação e a coragem no CAPSi, pois, às vezes, o trabalho realizado se caracteriza como difícil, transitando entre o prazer e o sofrimento.

A análise da categoria Projeto Terapêutico Singular enquanto estratégia para as práticas destaca como sua contribuição o apontamento da necessidade de um trabalho artesanal, com ênfase em práticas que visem ao protagonismo com espaços de participação e ao desenvolvimento de consciência e de inclusão do adolescente como sujeito. Desse modo, mais do que somente promover a construção da autonomia, destaca-se o seu necessário exercício dentro do CAPSi.

Ainda a esse respeito, a inclusão de atores no processo de cuidado foi considerada um ponto a ser desenvolvido melhor pela equipe, estando o desafio na preocupação entre aumentar essa participação, no caso dos adolescentes, e, ao mesmo tempo, lidar com o fato de esses serem menores de idade e, por isso, não poderem responder legalmente, por exemplo, a casos de medicação. Já as práticas de inclusão social com ênfase, principalmente, na perspectiva do trabalho e do mercado de trabalho para os adolescentes foram identificadas como escassas tanto no serviço como no investimento em ações e em parcerias institucionais.

Além disso, no processo de alta e/ou transferência do cuidado do adolescente, foi reconhecida uma questão emergente para as discussões futuras, muito em virtude de o CAPSi ser o único serviço da RAPS que tem uma idade limite de atendimento aos usuários. Apesar disso, ressaltou-se que essa característica não impossibilita o cuidado no serviço, que tem de, em algum momento, deixar de ser referência para o adolescente.

Em relação à categoria da clínica com adolescentes na Atenção Psicossocial, surgiram discursos sobre a importância da prática de diagnosticar os adolescentes e o cuidado com ela. Diversos questionamentos sobre isso se relacionaram à maneira como se deve proceder, o que se deve avaliar, como não sobrepor outras características do caso, como conversar sobre isso com adolescente e com família; outros pontos levantados dizem respeito aos processos resultantes disso, preconceito e estigma, ainda mais quando se tem uma política de benefício financeiro relacionado ao diagnóstico. Da mesma forma, houve preocupação no que diz respeito à linha tênue atua entre o que é normal ou anormal no adolescente, algo resultante do debate dos processos de patologização e de medicalização da adolescência.

Nessa mesma categoria, foi ressaltado o serviço com referência em práticas no

cuidado às situações de emergência e urgência em saúde mental voltadas aos adolescentes e que, embora haja limitações no que tange à estrutura física do CAPSi, isso não afeta sua capacidade e sua competência técnica.

Nas categorias de redes vivas e políticas significativas avaliadas, foi realizada a avaliação das práticas, considerando cada dispositivo que constitui a RAPS, assim como os serviços intersetoriais que mantêm relação com o CAPSi. Destacaram-se serviços a partir da proximidade e da melhor relação com o CAPSi, sendo eles as unidades de saúde, as escolas, os abrigos, os CRAS e os CREAS. No entanto, ter proximidade e boa relação não significam que não haja problemas e adversidades, mas que são perceptíveis avanços no entendimento sobre o serviço e sobre o papel do CAPSi em comparação com o que acontece em outros dispositivos ou serviços intersetoriais.

Foram ressaltados ainda: o matriciamento como ferramenta importante que organizou os fluxos e o trabalho no CAPSi, assim como a estratégia de fortalecimento no território junto às unidades de atenção básica de saúde; a necessidade de comunicação e de compartilhamento de experiências entre os serviços do CAPSi e entre outros que trabalham com esse mesmo público; e a grande influência e o impacto de características presentes na gestão sobre as práticas em saúde mental e sobre o cenário em que se vive nas políticas de saúde mental no âmbito das três esferas: municipal, estadual e federal.

Desde 2016, as alterações nas políticas de saúde mental e as interferências disso na Luta Antimanicomial vêm sendo observadas, no entanto, foi a partir do final dos últimos dois anos (2017 e 2018) que, de fato, veio à tona tamanho retrocesso, principalmente com a retomada dos hospitais psiquiátricos como lugar de cuidado. O que se percebe é um jogo de discursos e de narrativas utilizando o próprio termo “novo” para vender ideias e práticas velhas.

As principais alterações tiveram seu início marcado pela retirada do estado democrático no sistema político do Brasil, após isso houve a reformulação da portaria 3.588 e a circulação de uma nota técnica apresentando, sem referencial, sem suporte e sem evidências que “a desinstitucionalização no Brasil não é mais sinônimo de fechamento dos hospitais psiquiátricos”. Os manicômios mentais e físicos, apesar de sempre estarem presentes, estão ressurgindo com apoio político, assim como técnicas não utilizadas mais, como a eletroconvulsoterapia.

A nível estadual, apesar de comemorar os 25 anos da Lei da Reforma

Psiquiátrica, estamos imersos ao redirecionamento dos recursos para instituições asilares e privadas em detrimento dos serviços da RAPS.

No município, como já apresentado, cresce a abertura de leitos específicos para a população de adolescentes, a recontratualização de leitos no CIAPES do Hospital São Pedro em clínicas e comunidades terapêuticas com a justificativa de desassistência a essa população. Além disso, é nítido o sucateamento dos serviços, inclusive daqueles que dão suporte à RAPS, havendo o fechamento de alguns do setor da assistência social que tanto auxiliavam o CAPSi no trabalho no território com os adolescentes, como os CRAS, os CREAS e os pontos de cultura. Ainda no que diz respeito à população infanto-juvenil, apesar de o plano municipal vislumbrar mais três CAPSi em regiões descobertas de atendimento em saúde mental para criança e adolescente, nenhuma empresa teve interesse em construí-los.

Na especificidade dos adolescentes, ainda se pode ressaltar a apresentação do CID 11, que entrará em vigor a partir de 2022, apresentando maior quantidade de modificações no que diz respeito à infância e à adolescência, incluindo, por exemplo, o diagnóstico *Gaming disorder*. Nesse sentido, questiona-se: esse é o caminho, o ponto inicial para trabalhar o *boom* da internet com esse público? Até que ponto estaremos avançando ou, na verdade, minando outras possibilidades de lidar, de trabalhar, de acessar essa adolescência imersa no mundo virtual e tecnológico.

Diante disso, a nossa Reforma Psiquiátrica Brasileira não está assegurada e a Luta Antimanicomial precisa se fortalecer para enfrentar os retrocessos e a eles resistir. Nesse sentido, a pesquisa no CAPSi afirmou a responsabilidade ética e técnica desse serviço como lugar de cuidado em saúde mental para adolescentes que caminha na direção da defesa da Atenção Psicossocial.

No que tange à utilização da AQG, a metodologia, além de possibilitar o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, contribuiu com sua condução e com a inclusão do processo de ensino-aprendizagem, tanto para os participantes quanto para a própria pesquisadora. Considera-se que a característica de não neutralidade na pesquisa foi essencial para o aumento da capacidade de análise e para o aprimoramento das questões levantadas, em que opiniões divergentes foram respeitadas e também trabalhadas e apresentadas na pesquisa.

A utilização da AQG possibilitou o enriquecimento teórico-prático da pesquisadora, nos níveis acadêmico e profissional e na atuação como enfermeira em saúde mental. A imersão no campo e a interação constante foram considerados como

os principais pontos, pois permitiram esse enriquecimento por meio de uma experiência única, com muitos aprendizados acerca da Atenção Psicossocial, do serviço do CAPSi e da própria fase da adolescência; além disso, foram salutaros os momentos de discussões pertinentes acerca do contexto e da política, tanto para a pesquisadora quanto para os profissionais, além da construção de vínculos afetivos.

As limitações deste estudo estão relacionadas à etapa de negociação, em que os participantes, juntamente com pesquisadora, consideraram a necessidade de essa etapa ocorrer mais vezes ou de ter maior período de duração. Em parte, isso se deu pelo fato de este estudo corresponder a uma etapa de formação acadêmica, em que há constantes exigências e prazos. Assim, tentou-se realizar a etapa de negociação de acordo com o rigor metodológico associado ao tempo hábil e disponível entre equipe e pesquisadora.

Considerando o referencial metodológico, a avaliação é um processo contínuo e não se esgota ao fim desta pesquisa, pois os resultados compreendem construções sociais que recebem influências constantemente das vicissitudes dos contextos e porque levantam-se mais perguntas do que respostas. Nesse caso, foi possível observar que alguns assuntos que compõem as categorias de redes vivas e políticas significativas avaliadas não foram aprofundados como o desejado; por exemplo, as questões do sistema de regulação e suas implicações nas práticas do CAPSi. O não aprofundamento de alguns aspectos compreende a limitação da pesquisadora, dado o tempo necessário para que pudesse se apropriar deles e para buscar materiais visando à qualificação necessária para sua discussão. Todavia, compreende-se que foi feito um esforço para que todos os assuntos fossem validados, apresentados e discutidos de maneira a contribuir em futuras discussões do grupo de interesse desta pesquisa, assim como apontar novos estudos.

Em relação a isso, esta pesquisa permite sugerir outros estudos e pesquisas no campo da saúde mental voltados aos adolescentes, relacionados: à construção do cuidado em saúde mental aos adolescentes com problemas relacionados às drogas; ao trabalho no CAPSi com família e responsáveis por adolescentes; às práticas inseridas no PTS, como: a emergência do protagonismo dos adolescentes; ao trabalho com aspectos legais (menor idade) na tomada de decisão do cuidado, seguindo os princípios da Atenção Psicossocial; ao trabalho com a inserção social a partir do mercado de trabalho e do desenvolvimento de práticas voltadas aos processos de alta e de transferência de adolescentes. Além disso, há o atendimento

às situações de emergência e de urgência com adolescentes; a organização e a funcionalidade de uma “RAPSí” voltada aos adolescentes e às questões que envolvem a gestão municipal do cuidado em saúde mental infanto-juvenil.

Ademais, ressalta-se a importância da realização desta pesquisa no campo da enfermagem, por considerar que é uma das profissões que compõe as equipes de saúde nos serviços de saúde mental e que, por isso, também assume a responsabilidade de realizar, qualificar, avaliar e propor alternativas às práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no CAPSi.

Por fim, avaliou-se que o CAPSi é referência para os adolescentes, ocupando um lugar de importância que só corresponde a esse tipo de serviço no atendimento à saúde mental infanto-juvenil oferecido de forma gratuita pelo SUS. A equipe tem desenvolvido um bom trabalho, com práticas que auxiliam e que potencializam o cuidado em saúde mental nesse período, as quais têm conseguido atender à demanda dos adolescentes, em geral, a partir de um constante processo de aprendizagem e de dedicação, tanto na prática como na teoria, na direção da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, apesar dos desafios encontrados no cotidiano do CAPSi, nos casos, nos contextos e nos cenários sociais e políticos, ressalta-se a opção e a satisfação dos profissionais por fazerem parte do serviço de CAPSi, assim como por fazerem condução das práticas e dos processos de trabalho na composição da equipe do Pandorga.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA PF, ESCOREL S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 35-47, 2001.

ALVES, Gabriela Maciel. **A construção da identidade do adolescente e a influência dos rótulos na mesma**. 2008. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Psicologia). Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Santa Catarina, 2008.

AMARANTE, Paulo. Cidadania, sistemas locais de saúde e reforma psiquiátrica. In: KALIL, M. E. X. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo-Salvador: Hucitec, 1992. p.89-101.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 136.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 267-277.

AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Orgs.). **Patologização e medicalização da vida**: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018. 176 p.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

AMORIM, Delane Uchôa et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde em debate**, v. 38, n. 101, p. 254-66, 2014.

ARANTES, Ricardo Lugon. **A construção da demanda para a neurologia nas vozes das ensinantes**. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

ARAÚJO, Anelize Teresinha da Silva; SILVA, Josiéle Cristina da; OLIVEIRA, Fernanda Motta de. Infância e adolescência e redução de danos/intervenção precoce: diretrizes para intervenção. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 72, p.145-54, 2013.

ARAUJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n.62, p.601-13, 2017.

ARGILES, Carmen Terezinha Leal. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e os processos micropolíticos no discurso da desinstitucionalização da loucura**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Universidade Federal de Pelotas. 2016.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

ARRUÉ, Andrea Moreira, et al. Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.3, n1, p. 227-37, 2013.

ASARNOW, Joan Rosenbaum; MIRANDA, Jeanne. Improving care for depression & suicide risk in adolescents: innovative strategies for bringing treatments to community settings. **Annual Review of Clinical Psychology**, v.10, p. 275-303, 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.6, n.11, p.63-72, 2001.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. p. 284.

BARATA, Mayara Francelle Oliveira, et al. Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 2, p.225-33, 2015.

BARROS, Silvanda do Carmo Maia; DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, n. 1, p 48-67, 2010.

BARROS, Sônia; ARANHA E SILVA, Ana Luísa; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes: um desafio pedagógico. **Cadernos do IPUB**, v. 6, n. 19, p: 171-80, 2000.

BARRYM, Margaret et al. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. **BMC Public Health**, v.13 p. 835-54, 2013.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferencias no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BBC. Suicídio: como falar sobre o ato sem promovê-lo. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-39714347>>. Acesso em: 6 de fev de 2019.

BELTRAME, Marina Maria; BOARINI, Maria Lúcia. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013.

BERNARDES, Suela Maiara. **Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Universidade Federal de Santa Catarina. 2015. 123 p.

BESTETTI, Maria Luísa Trindade. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601-10, 2014.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 137-42.

BIRMAN Joel; BEZERRA, Benilton. Saúde Mental. In: Guimarães, Reinaldo. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.153.

BLOG CAPSi Pequeno Hans. Disponível em: <<http://smsdc-capsi-pequenohans.blogspot.com.br/p/pequeno-hans.html>> Acesso em: 12 mar 2019.

BOSI, Maria Lucia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p.375.

BOSI, Maria Lucia Magalhães, et al. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, supp D.S.S., 2014, p. 126-35.

BORDIN, Isabel Altenfelder Santos; PAULA, Cristiane Silvedtre de. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, Marcel; ABREU, Andrea; KOHN, Robert. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2006, 201-17p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 30 jan 1992.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 abr. 2001.

BRASIL. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 fev 2002.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 38, 2005b.

BRASIL. Coordenação Geral de Saúde Mental, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). **Guia de Orientação nº 1 (1ª Versão)**. Brasília: Ministério do desenvolvimento social e combate a fome - Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: MS; 2008b.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde**: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil**: recomendações de 2005 a 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 64p.

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 60p.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Brasília, 2015a. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos (MDH). **Levantamento Anual SINASE 2016**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Disponível em: < https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/marco/Levantamento_2016Final.pdf>. Acesso em: 20 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação – conceitos gerais**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos> Acesso em 26 fev 2019.

BRITO, Andiara Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARAES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis**, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015.

BRUNS, Eric. Family voice with informed choice: coordinating Wraparound with research-based treatment for children and adolescents. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v.43, n.2, p. 256-69, 2014.

BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em: 20 nov 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. **Interface (Botucatu)**, 18 Supl 1, p. 983-95, 2014.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CAMPOS, Rosana Teresa Onoko. **Gestão do trabalho nos CAPS**. Apresentação no Congresso Brasileiro de CAPS realizado em São Paulo. 28 de Junho a 1 de Julho de 2004.

CAPSi Pandorga. Levantamento dos dados produzidos nas atividades coletivas – abril a outubro/2018. Porto Alegre. 10 de novembro de 2018. 16 slides. Apresentação em Power-point.

CARDANO, Mário. **Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2017. 371p.

CARVALHO, Maria Cristina; LEITE, Maria Isabel; KRAMER, Sonia. **Educação infantil em curso**. Rio de Janeiro: Rival, 1997.

CAUCE, Ana Mari et al. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 70, n. 1, p. 44-55, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Integração reversa: dessegregação e lugares de aprender. In: MEDEIROS, Isabel Leticia; MORAES, Salete campos de; Souza, Magali Dias. (Org.). **Inclusão escolar: práticas & teorias**. Porto Alegre: Redes, 2008. p. 177-191.

CÉSAR, Maria Rita de Assis. Da adolescência em perigo à adolescência perigosa. **Educar em Revista**, n. 15, p. 10-18, 1999.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena de Barros. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde em debate**, v.38, n. 101, p. 359-67, 2014.

CONCAPSi - Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes. **Anais eletrônicos do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi)**. Rio de Janeiro: NUPSSAM, IPUB, UFRJ, 2013. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Anais-do-I-CONCAPSi--2013-.pdf> > Acesso em: 12 mar 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (CNSM). **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 18 mar 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

CONTRANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSTA, Antônio Carlos Gomes da. **Protagonismo Juvenil: O que é e como praticá-lo**. Publicação eletrônica em 2016. Disponível em: <http://www.institutoalianca.org.br/Protagonismo_Juvenil.pdf>. Acesso 20 mar 2019.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social participation and protagonism in mental health: the rising of a collective. **Saúde em debate**, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3243-53, 2015.

COSTA, Selma Frossard. O Serviço Social e o terceiro setor. **Serviço Social em Revista**, v. 7, n. 2, 2005.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 141-68.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes. In FERREIRA, Tânia. **A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2004. p. 61-74

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-8, 2008.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9.

COUTO, Maria Cristina Ventura. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. 2012. 178 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

CSORDAS, Thomas. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre, RS: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.

CUNDA, Mateus Freitas et al. Ensaio de uma rede ampliada entre os circuitos de exclusão dos adolescentes. **Psicologia e Sociedade**, v. 25, suppl 2, p. 46-54, 2013.

DAS, Jai et al. Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. **Journal of Adolescent Health**, v. 59, p. 49-60, 2016.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 2, p. 114-21, 2011.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, p. 60-79, 2007.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002.

DIAS, Carolina Nascimento; PEREIRA, Eliane Regina. Hip Hop na ONG: os sentidos produzidos por crianças e adolescentes em oficinas de danças. **Horizonte científico**, v.10, n. 1, p. 1-18, 2016.

DIAS, Fábio Wallace de Souza. A assistência psiquiátrica no Brasil e em Minas Gerais: a infância e a adolescência numa perspectiva manicomial. **Revista de Ciências Sociais e História – UFSJ**, n.2, p. 27-46, 2015.

DOMITROVIC, Nathalia. **As práticas farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2014. 109f.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. (trad) Albuquerque, M.T.C. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUTRA, Virginia Faria Damásio; BOSSATO, Hercules Rigoni; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, P20160284, 2017.

ERIKSON, Erik. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2ed. 1976.

FARAJ, Suane Pastorija; SIQUEIRA, Aline Cardoso. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. **Barbarói**, n.37, p.67-87, 2012.

FELTES FILHO, Helio. Criança e adolescente: participação e protagonismo na democracia brasileira. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 117, 2013. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13377 Acesso 20 mar 2019.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onocko; BALLARIN, Maria Luisa G. S.. O atendimento à crise em saúde mental. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERNANDES, Amanda Dourado Akahosi; MASTSUKA, Thelma Simões. Adolescentes Inseridos em um CAPSi: Alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infanto-juvenil. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 977-90, 2016.

FERREIRA, Berta Weil. **Adolescência**. Teoria e pesquisa. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, 1984.

FIGUEIRÓ, Ana Claudia; FRIAS, Paulo Germano; NAVARRO, Laetitia. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: SAMPAIOS, Isabella; FELISBERTO, Eronildo;

FIGUEIRÓ Ana Claudia.; FRIAS, Paulo Germano. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

FRANCES, Allen. DSM-5 Diagnoses in Kids Should Always Be Written in Pencil. 2016. Disponível em: <<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201610/dsm-5-diagnoses-in-kids-should-always-be-written-in-pencil>> Acessado em: 24 jun 2019.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

FRANÇA, Dalila Xavier. A socialização e as relações interétnicas. In: CAMINO, Leoncio et al. **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 401-50.

FREUD, Sigmund. FREUD (1923-1925) **O EU e o ID "autobiografia" e outros textos** (trad Paulo César de Souza). São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 376p.

FURTADO, Juarez Pereira. **A avaliação como dispositivo**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 2001.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, e00059116, 2016.

FURTADO, Roberto Pereira et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 183-195, 2017.

GALLETTI, Maria Cecília. O espaço lúdico terapêutico. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 18-25, 2006.

GARCIA, Grey Yuliet Ceballos; SANTOS, Darci Neves; MACHADO, Daiane Borges. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2649-56, 2015.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 716-21, 2011

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

GROSSMAN, Eloisa. A construção do conceito de adolescência no ocidente. **Adolescência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 47-51, 2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Diretoria, Gerências, Conselhos. Disponível em https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1_ Acesso em 18 mar 2019.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Sistema de Informações em Saúde do SSC/GHC. 2018. Material impresso.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. **Avaliação de Quarta Geração**. São Paulo: Editora da UNICAMP, 2011.

GUEDES, Ariane Cruz et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p:a42, 2017.

HALL, Stanley. **Adolescence: Its Psychology and Its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education**. New York : Appleton and Company, 1904.

HARARI, Angelina; VALENTINI, Willians. **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.

HERT, Marc De et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. **World Psychiatry**, v.10, n.1, p. 52-77, 2011.

HOFFMANN, Maria Cristina; SANTOS, Darci Neves; MOTA, Eduardo Luiz Andrade. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 633-42, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama da Cidade de Porto Alegre. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>>. Acesso em: 18 mar 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 18 mar 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL (INSS). Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, v.13, n.1, p. 169-90, 2007.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1543-61, 2012.

JUNG, Carl Gustav. **O eu e o inconsciente**. Ed 24. Petrópolis: Vozes. 2012.

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs. **Vínculo**, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde em debate**, v. 41, n. 112, p. 23-32, 2017.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A intersectorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v.6, n.2, p. 651-662, 2014.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **Saúde em debate**, v. 41, n. 115, p. 1143-55, 2017.

KAUSHIK, Anya; KOSTAKI, Evgenia; KYRIAKOPOULOS, Marinos. The stigma of mental illness in children and adolescents: a systematic review. **Psychiatry Research**, v.243, p.469-94, 2016.

KEENEY, Ralph L; RAIFFA, Howard. **Decision with multiple Objectives: Preferences and value Trade-offs**, New York: Wiley, 1976.

KHAN, Masud. **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Projeto Terapêutico Singular. In: BÜCHELE, Fátima; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. **Recursos e estratégias do cuidado**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

LABOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LANCETTI, Antônio. **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990.

- LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LÁPIS: ABRASCO, 2007.
- LEAHY, Dorothy, et al. Primary care and youth mental health in Ireland: qualitative study in deprived urban areas. **BMC Family Practice**, v. 14, p. 194-205, 2013.
- LEVY, Ruggero. O adolescente. In: EIZIRIK, Claudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.127.
- LIMA, Elizabeth Araújo. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania**. Coleções IPUB. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004, p. 59-81.
- LIMA, Letícia Saldanha et al. Características dos adolescentes usuários de um centro de atenção psicossocial infantil da região sul do Brasil. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 12, n. 1, p:35-41, 2015.
- LIMA, Rossano Cabral et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis**, v.24, p. 715-39, 2014.
- LINCOLN, Yvonna; GUBA, Egon. **Naturalistic Inquiry**. Newbury Park: Sage Publications, 1985, 416 p.
- LÍRIO, Luciano de Carvalho. A construção histórica da adolescência. **Revista Eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo da Faculdades EST**, v. 28, 2012.
- LOPES, Claudia et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 1, 14s, 2016.
- MACHADO, Vanessa; SANTOS, Manoel Antônio dos. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 701-712, 2013.
- MACIEL, Marcelo de Abreu. Reabilitação e laço social em um CAPS para crianças e adolescentes: o exemplo do CARIM. In: SAGGESE, Edson; LEITE, Ligia Costa. **Cadernos IPUB: da clínica à reabilitação psicossocail**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2011. p.99.
- MAIA, Camila Moura Fé. **Psicologia escolar e patologização da educação: concepções e possibilidades de atuação**. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano) Universidade de Brasília. 2017. 84p.
- MARCELLI, Daniel; BRACONNIER, Alain. **Adolescência e psicopatologia**. (trad) Fátima Murad. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MEAD, Margaret; BENEDICT, Ruth, SAPIR, Edward. **Cultura e Personalidade**. (trad Maria Luiza X. de A. Borges). Rio de Janeiro: Zahar, 2015. 127p.
- MELMAN, Jonas et al. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.
- MENDES, Isabel Amelia Costa et al. Enfermagem e Saúde Global: determinantes sociais de saúde no preparo de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.7, n. 1, suppl 4, p. 1799-804, 2018.
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidade**. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 1992.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

MERHY, Emerson Elias. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, Emerson Elias, AMARAL, H. (org.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-66

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, p.1-13, 2003.

MERIKANGAS, Kathleen Ries et al. Service Utilization for Lifetime Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey Adolescent Supplement (NCS-A). **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 50, n. 1, p. 32-45, 2011.

MORAIS, Normanda Araujo et al. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.3, p. 507-18, 2010.

MITCHELL, Alex; MALONE, Darren; DOEBBELING, Caroline Carney. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. **The British Journal of Psychiatry**, v.194, n.6, p.497-99, 2009.

MOREIRA, Carolina Pinheiro; TORRENTE, Mônica de Oliveira Nunes de; JUCA, Vlândia Jamile dos Santos. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, 2018.

MORPHY, Andrea et al. Systema struggles and substitutes: a qualitative study of general practitioner and psychiatrist experiences of prescribing antipsychotics to children and adolescents. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 21, n.4, p. 634-48, 2016.

MOUTINHO, Laura. Negociando com a adversidade: reflexões sobre “raça”, (homos)sexualidade e desigualdade social no Rio de Janeiro. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 336, janeiro-abril, 2006.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e medicação da infância. **Desidades**, n.1, p.11-21, 2013.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Morai Lira et al. Profile of children and adolescents accompanied by a psychosocial care center for children and youth. **Journal of Nursing UFPE**, v. 8, n. 5, p. 1261-72, 2014.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). Any Disorder among Children. Disponível em: <<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-disorder-among-children.shtml>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

NORONHA, Arlete Aparecida et al. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, P56061, 2016.

NUNES, Cristiane Kenes; KANTORSKI, Luciane Prado; Coimbra, CHRISTELLO, Valéria Cristina. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n.3, p.P54858, 2016.

OBSERVATÓRIOPOA. Disponível em: <http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=3>. Acesso em: 25 out 2018.

OKA, Mateus; LAURENTI, Carolina. Entre sexo e gênero: um estudo exploratório bibliográfico das ciências da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.27, n.1, p.238-51, 2018.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. **Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT; 2005.

OLIVEIRA, Carmen S. A desinstitucionalização na infância e adolescência: o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Reforma Psiquiátrica (se) movem. In: PAULON, Simone Manieri; OLIVEIRA, Carmem Silveira; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **25 Anos da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ALERGS, 2018. 348p.

OLIVEIRA, Cesar Ramos. **Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuário com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Psicologia) Universidade do Sul de Santa Catarina. 2012. 80f.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; SILVA, Antonia Oliveira. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 4, p. 584-92, 2000.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yosliikawa. A adolescência enquanto fenômeno social: possibilidades e necessidades de investigação científica em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, n. 1, p. 63-67, 1993.

OLIVEIRA, Raquel Corrêa de. O que leva um adolescente a precisar de internação psiquiátrica? In: SAGGESE, Edson; OLIVEIRA, Fernanda Hamann; TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré. **Proadolecer: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental**. 2ed. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013. p.95-104.

OLSCHOWSKY, Agnes et al. Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n.3, p.591-9, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz. 2006. p.669-88.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. et al. **Gestão Autônoma da Medicação: Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf>. Acesso em: 19 mar 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Guia para implementação das prioridades transversais na OPAS/OMS do Brasil**: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 102p.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Adolescent and Youth Regional Strategy and Plan of Action**. Washington: D.C. PAHO, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Mental health Atlas 2017**. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 01 mar 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Adolescents and mental health. **Disponível em**: <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/en/2019>. Acesso em: 01 mar 2019.

PACHECO, Milena Leal. **Saúde mental e economia solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão**. 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

PAES, Lucilene Gama et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 11, n. 2, p. 395-409, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, ciência e saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PAIVA, Vera Silva Facciolla. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 3, p. 531-549, 2013.

PAVANI, Fabiane Machado. **Violência infantil no âmbito da atenção psicossocial**: um estudo no sul do Brasil. 2017. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Enfermagem). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

PATIAS, Naiana Dapieve; SILVA, Doralúcia Gil; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 205-18, 2016.

PATTON, Michael Quinn. **How to use qualitative methods in evaluation**. California: SAGE Publications, 1997. p.175.

PAULA, Cristiane et al. The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. **PLoS ONE**, v. 9, n. 2, p. 88241, 2014.

PAULON, Simone Mainieri; OLIVEIRA, Carmen Silveira. Rizomas da formação para a Reforma Psiquiátrica: Educa-se para o cuidado em liberdade? In: PAULON, Simone Manieri; OLIVEIRA, Carmem Silveira; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **25 Anos da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre**: ALERGS, 2018. p. 89-114.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9 2001.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; SÁ, Marilene de Castilhos; MIRANDA, Lilian. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.10, p.2145-54, 2014.

PESSOTI, Isaias. **A Loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34. 1994.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: WM-Martins Fontes, 2014.

PINTO, Ana Maria Ferreira et al. A proposta do Programa Ambulatorial para adolescentes de risco (Proadolescer). In: SAGGESE, Edson; OLIVEIRA, Fernanda Hamann; TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré. **Proadolescer**: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental. 2ed. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013. p.15-30.

PIRES, Ronaldo Rodrigues; XIMENES, Verônica Moraes; NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 31, n. 3, p. 507-21, 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

POLGAR, Michael; CABASSA, Leopoldo; MORRISSEY, Joseph. How community organizations promote continuity of care for Young people with mental health problems. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 43, n. 2, p. 200-13, 2016.

PORTO ALEGRE. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Prefeitura e Secretaria da Saúde Municipal de Porto Alegre, 2017. Disponível em:

<http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf>. Acesso em: 18 mar 2019.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.267-78.

RIBEIRO, Alexandre Simões; SILVA, Amanda Cândida; SANTOS, Renata Sousa. **Saúde Mental no Centro-oeste mineiro**: um estudo sobre destinos, afetos e resistências. Anais eletrônicos do I Colóquio internacional Afetividades e Afetos. UFMG, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/atividades/afetos/testP1/48/trabalho2.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

RIBEIRO, Maria Cristina. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 3, p.174-82, 2013.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

RIGHI, Liane Beatriz. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica. **A saúde coletiva**: diálogos contemporâneos. Ijuí: Editora Unijuí, 2005. p. 73-92.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 379-397, 2015.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-21.

SAGGESE, Edson. A clínica como ela é. In: SAGGESE, Edson; LEITE, Ligia Costa. **Cadernos IPUB**: da clínica à reabilitação psicossocial. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2011. p. 99.

SAGGESE, Edson. Diagnóstico é destino na adolescência? In: SAGGESE, Edson; OLIVEIRA, Fernanda Hamann; TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré. **Proadolescer**: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental. 2ed. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2013. p.155-65.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n. 3, p.704-712, 2013.

SALVADOR, Daniel Barboza; PIO, Danielle Abdel Massih. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde em debate**, v. 40, n. 111, p. 246-256, 2016.

SANTOS, Benedito Rodrigues et al. **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**: aspectos teóricos e metodológicos. Guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes. Brasília: EdUCB, 2014. 348p.

SANTOS, Danielle Christine Moura et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.6, p.845-50, 2011.

SARACENO, Benedetto; FRATTURA, Lucilla; BERTOLOTE, José Manoel. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. In: WHO. **Innovative approaches in service evaluation**. Geneva: WHO, 1993.

- SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001a. p. 13-18.
- SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de uma teoria. PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 150-154.
- SCANDOLARA, Ana Silvia et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel–PR. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 334-42, 2009.
- SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 127-33, 2008.
- SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 3, p. 457-65, 2008.
- SIQUEIRA, Ranyella de; CARDOSO, Hélio. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. **Imagonautas**, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011.
- SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. Uma visão global sobre as ciências sociais. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. **Metodologia das ciências sociais**. 11ed. Porto Alegre: Edições afrontamento, 2001, p. 17-18.
- SILVA, Carla Regina; LOPES Roseli Esquerdo. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 17, n.2, p. 87-106, 2009.
- SILVA, Joyce de Paula. O lugar dos ambulatórios e dos adolescentes na assistência. In: SAGGESE, Edson; OLIVEIRA, Fernanda Hamann; TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré (Orgs). **Proadolescercer**: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental. 2 ed. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013. p.31-40.
- SILVA, Joyce de Paula et al. Atendimento de adolescentes em crise. In: SAGGESE, Edson; OLIVEIRA, Fernanda Hamann; TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré. **Proadolescercer**: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental. 2ed. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2013. p.73-82.
- SILVA, Márcia Elizabeh Marinho da. **O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério**. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. 166f.
- SILVA, Renata Prudencio. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. **Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 195-208, 2009.
- SILVA, Valéria de Assumpção. **Benefícios afetivosociais da prática da dança para estudantes dos núcleos de arte da prefeitura do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Motricidade humana) Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa. 2015. 312f.
- SIMONI, Ana Carolina Rios; CABRAL, Károl Veiga. Territórios da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: o cuidado que eu preciso, la onde a vida acontece. In: PAULON, Simone Mainieri; OLIVEIRA, Carmen Silveira; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ALRGS, 2018. p.175-97.
- SIMONI, Ana Carolina Rios et al. Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica. In: **Atenção Básica em Produção**: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p.183-200.

SILVEIRA, Renato Diniz; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. O ensino das disciplinas em saúde mental: os desafios de formar novos trabalhadores. In: LABOSQUE, Ana Marta. **Caderno Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010. v. 3. p. 127-32.

SIVINSKI, Tamires da Cunha; PAULON, Simone Mainieri. Sobre fazer viver a participação dos usuários da saúde mental na produção de saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 15, n.2, p.51, 2016.

SNEDKER, Karen; HERTING, Jerald. Adolescent Mental Health: Neighborhood Stress and Emotional Distress. **Youth & Society**, v. 48, n. 5, p. 695-719, 2016.

SPRATT, Christine; WALKER, Rob; ROBINSON, Bernadette. Mixed research methods. Practitioner Research and Evaluation Skills Training in Open and Distance Learning. Commonwealth of Learning, 2004. Disponível em: < <http://tutor.nmmu.ac.za/med/Articles/MixedMethods.pdf>> Acesso em: 10 mar 2019.

STERIAN, Alexandra. **Emergências Psiquiátricas**: uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TANAKA, Osvaldo Yoshimi; MELO, Cristina Maria Meira. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. p.83.

TAÑO, Bruna Lidia. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. Tese (Doutorado em Educação Especial). Universidade Federal de São Carlos. 2017. 260p.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017,

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, IMS-UERJ/ABRASCO, pp.91-114, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré. Um olhar sobre a família na experiência do Proadolescer em Niterói. In: SAGGESE, Edson; OLIVEIRA, Fernanda Hamann; TEIXEIRA, Sonia Beatriz Sodré. **Proadolescer**: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental. 2 ed. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2013. p.119-136.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014.

TIBA, Içami. **Adolescente: quem ama, educa!** São Paulo: Integrare, 2005. 301 p.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. [tradução Melissa Tieko Muramoto]. Barueri: Manole, 2010.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRISTÃO, Kelly Guimarães. **O CAPSi como lugar de cuidado para crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas**. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais. 2018. 218f.

VALVERDE, Benedita Salete Costa Lima et al. Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 315-323, 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Protagonismo e empoderamento de usuários e familiares em saúde mental**: a experiência no Brasil e no MNLA, seus desafios e propostas. Encontro Nacional do MNLA. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2014.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.6, n. 1, p. 1-16, 2010.

VASTERS, Gabriela Pereira; PILLON, Sanda Cristina. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 8telas, 2011

VICENTIN, Maria Crisitna Gonçalves; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam Debieux. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômico judiciários. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.20, n1, p. 61-9, 2010.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes, et al. Caracterização sociodemográfica de usuários de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do estado de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 3, p: 383-91, 2013.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviços de saúde mental**: a construção de um processo Participativo. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. 2005. 290p.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, v.13, n. 4, p. 593-8, 2004.

WIGHT, Richard; BOTTICELLO, Amanda; ANESHENSEL, Carol. Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: a multilevel investigation. **Journal of Youth and Adolescent**, v. 35, n. 1, p. 115-126, 2006.

WIDLÖCHER, Daniel. Adolescence normale on pathologique. **La Revue du praticien**, v. 26, p. 2927-2940, 1976.

WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, v.2, n.1, p. 47-64, 2011.

WINNICOTT, Donald W. A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise. In: WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madelaine. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 77-81.

YASUI, Silvio. **Construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista. 1999. 245p.

YASUI, Silvio. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CPESC: IMS/LAPPIS: abrasco, 2007.p. 137.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v.32, n.78/79/80, p. 27-37, 2008.

ZAPPITELLI, Marcelo; GONÇALVES, Eliana; MOSCA, Ionira. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: Leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**, v.8, n.31, p. 71-78, 2006.

ZATTI, Vicente. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2007. ISBN 978-85-7430-656-8 Publicação Eletrônica. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/autonomiaeducacao.pdf>>. Acesso 20 mar 2019.

ZIWCHAK, Danilo Jedson Vieira et al. **Reflexões sobre a origem de encaminhamentos para um CAPS Infantojuvenil do interior do Paraná.** Anais: III Fórum de Saúde mental e direitos humanos. Santa Catarina, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Observação de campo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Serviço:

Ambiência (espaço, iluminação salas, limpeza);

Atendimentos oferecidos aos adolescentes (tipos de atividades, distribuição, duração, entre cronograma, outros)

Como funciona o serviço (horários, dias, entre outros)

Como é o acesso dos adolescentes ao serviço (acolhimento, encaminhamento)

Como o serviço realiza a articulação no território (referência e contrarreferência)

Atendimento:

Recepção dos adolescentes

Fluxo de atendimento (demanda reprimida, agenda, critérios de consultas)

Técnico de referência

Acompanhante terapêutico

Relação adolescente e profissional

Orientações e Intervenções

Reuniões:

Observar os tipos de reunião/assuntos

Observar a participação e a coordenação

Observar a capacidade de planejamento, supervisão e avaliação

Trabalhadores

Quais profissionais integram a equipe

Observar o envolvimento com o serviço (satisfação/insatisfação)

Como estão organizados

Observar a comunicação entre a equipe e fora dela

Observar características do trabalho

Como são as capacitações

Adolescentes

Quem são os adolescentes

Observar os motivos de procura/acesso

Observar a frequência que vão ao serviço

Quais atividades que participam

Observar se há satisfação/insatisfação, segurança/insegurança com o serviço

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Alcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90

1. Qual o seu sexo?
2. Qual é a sua idade?
3. Qual é o seu estado civil?
4. Qual é a sua escolaridade?
5. Qual a sua profissão?
6. Há quanto tempo atua no CAPSij?
7. Qual é o seu regime de trabalho?
8. Qual o contrato de trabalho no CAPSij?
9. Fale sobre as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no CAPSij
10. Fale sobre a relação do CAPSij com os dispositivos da RAPS, do GHC, e com a rede do município.
11. Fale sobre a relação do CAPSij com outros setores que trabalha com adolescentes.
12. Fale sobre o lugar do CAPSij no atendimento de situação de emergência com adolescentes.
13. Fale sobre os aspectos relacionados à organização da equipe que impactam nas práticas voltadas aos adolescentes.
14. Fale sobre os fatores externos que influenciam nas práticas no CAPSij voltadas aos adolescentes.
15. Fale sobre as especificidades relacionadas aos adolescentes que influenciam nas práticas.
16. Fale sobre as especificidades relacionadas aos adolescentes abrigados que influenciam nas práticas.
17. Fale sobre a construção do PTS dos adolescentes e as formas de participação/protagonismo/inclusão de diferentes atores
18. Fale sobre a construção/relação do CAPSij com o território e suas implicações para as práticas de cuidados aos adolescentes.
19. Fale sobre o lugar do CAPSij no atendimento aos adolescentes usuários de drogas.
20. Fale sobre as dimensões da vida do adolescente que implicam nas práticas do CAPSij.
21. Fale sobre o trabalho com a família de adolescentes no cuidado em Saúde mental com os mesmos
22. Avalie como são as práticas relacionadas ao diagnóstico na adolescência.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada: **“Avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências em**

um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil”, que tem como objetivo principal avaliar qualitativamente as práticas em saúde mental voltadas às adolescências, operadas por trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil de uma capital. O tema escolhido se justifica pela importância de que a realização de uma avaliação é um processo importante de produção e de qualificação de informações, para a reformulação de modelos de atenção, na direção da (re)construção dos arranjos da saúde mental infantojuvenil, e também do fortalecimento da reforma psiquiátrica, nesse projeto de pesquisa propomos a realização de uma pesquisa avaliativa e participativa, no que tange a atenção em saúde mental aos adolescentes no CAPSi. Como critérios de inclusão: todos os trabalhadores da equipe fixa do CAPSi Pandorga serão convidados a participar da pesquisa, independentemente, do tempo de atuação no serviço, serão excluídos da pesquisa estagiários, residentes ou voluntários do serviço, por permanecerem somente durante um determinado período, e por isso não continuam no serviço após a conclusão de seus cursos/residências.

O trabalho está sendo realizado pela mestrandia Fabiane Machado Pavani e sob a supervisão e orientação da Prof^a Dra Christine Wetzel.

Para alcançar os objetivos do estudo serão realizadas as técnicas de observação, com previsão de 320 horas, das atividades diárias voltadas aos adolescentes, essa etapa será seguida de entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder a uma pergunta: “fale sobre as práticas em saúde mental voltadas aos adolescentes no CAPSi”. Posteriormente, será realizada a etapa de negociação, em que se fará dois grupos, cada um com duração de 2 horas, para a realização da validação dos resultados da avaliação pelos participantes da mesma. As entrevistas e o grupo de negociação serão realizados em uma sala no local de trabalho dos participantes, tendo na negociação a participação de uma observadora (a orientadora Christine Wetzel), que registrará a discussão em grupo, podendo participar na inclusão de questões pertinentes e esclarecedoras sobre o tema. Ao final será elaborado um relatório final com os dados da pesquisa, que resultará na dissertação de mestrado da pesquisadora. Será também divulgada os resultados aos participantes da pesquisa e à Gerência de Saúde Comunitária do GHC, mediante a realização de encontros com os mesmos, com a apresentação dos resultados utilizando recurso áudio visual. Assim como, será entregue um exemplar da pesquisa concluída ao Centro de Documentação do GHC para consulta pública. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, pois não envolve procedimentos invasivos e/ou dolorosos, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Em relação ao risco substancial na privacidade dos dados, além da assinatura do TCLE, a pesquisadora garantirá o anonimato dos participantes e dos dados pessoais mediante a substituição dessas informações pela letra “P” de profissional seguida da numeração da entrevista. Em caso das perguntas acarretarem situações de desconforto, choro, tristeza, ou constrangimento, a entrevista será interrompida; e então será oferecido conforto, escuta e acolhimento ao participante.

A pesquisa traz como benefícios o envolvimento dos participantes no processo avaliativo, de forma que as questões avaliadas serão construídas a partir de suas demandas e, também, porque a Avaliação de Quarta Geração tem o compromisso de produzir informações que possam potencializar a utilização desses resultados em melhorias na realidade estudada.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente apagados (conforme preconiza a Resolução 466/12).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321, Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre; telefone: (51) 3308 3738), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC (endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, Porto Alegre; telefone 3357-2407).



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200
Filiais: Hospital Fátima, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Álcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para minha atuação profissional;

Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Fabiane Machado Pavani, telefone (51) 982622882, e-mail: fabianepavani04@gmail.com e endereço: Rua São Manoel, 963. Rio Branco – Porto Alegre.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante/profissional
(nome)

Assinatura da pesquisadora
Fabiane Machado Pavani

APÊNDICE D - Termo de Anuência do Responsável pelo Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa no GHC



TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: **AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL VOLTADAS ÀS ADOLESCÊNCIAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL.**

Eu, **ANTÔNIO FERNANDO SELISTRE** responsável pelo setor/serviço **GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA/HNSC/GHC**, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por **FABIANE MACHADO PAVANI**, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 23 de abril de 2018.

Assinatura do Chefe do Serviço

Carimbo:

Antônio Fernando Selstre
Gerente de Saúde Comunitária
Grupo Hospitalar Conceição

ANEXOS

ANEXO A - Pareceres de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Pesquisador: CHRISTINE WETZEL

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88236718.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.728.346

Apresentação do Projeto:

Trata-se da análise do retorno de diligência do projeto de pesquisa "AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL VOLTADAS ÀS ADOLESCÊNCIAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL", apresentado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para exame de qualificação de projeto de mestrado.

O projeto de pesquisa é de autoria de Fabiane Machado Pavani, orientação da Profa. Dra. Christine Wetzel. O Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS é coparticipante na pesquisa. O período previsto para desenvolvimento do projeto de pesquisa é junho/2018 a fevereiro/2019.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar as práticas em saúde mental voltadas às adolescências, operadas por trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil em uma capital.

Objetivo Secundário:

- Desenvolver um processo avaliativo formativo, propiciando o aumento na capacidade de análise do grupo de interesse envolvido na avaliação, para se constituírem como sujeitos do processo de mudança.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.728.948

- Conhecer as ações e as atividades de cuidado em saúde mental no CAPSi voltadas às adolescências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os textos dos riscos e dos benefícios da pesquisa estão adequados quanto aos aspectos éticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em atendimento à solicitação "Informar como se evitará constrangimentos entre os participantes na pesquisa uma vez que o entrevistado é convidado a criticar as construções dos entrevistados anteriores, e o local de trabalho é pequeno", os pesquisadores informaram no projeto de pesquisa e carta resposta ao CEP: "Para isso, as construções dos entrevistados anteriores serão apresentadas de maneira anônima e sem características que identifiquem o participante que levantou alguma questão. Ressalta-se que a crítica às construções anteriores tem o objetivo de obter informações mais específicas e detalhadas sobre aquelas que já foram apresentadas. Guba e Lincoln (2011) ainda exemplificam como poderá ser realizado isso, por exemplo: "Com base no que estamos discutindo nessa pesquisa, você teria algo para falar sobre determinada prática realizada com os adolescentes?"

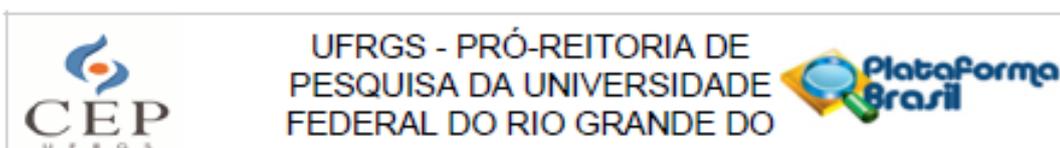
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em atendimento à solicitação, os pesquisadores informaram os riscos e os benefícios da pesquisa no TCLE, com o texto que se segue: "Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, pois não envolve procedimentos invasivos e/ou dolorosos, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Em relação ao risco substancial na privacidade dos dados, além da assinatura do TCLE, a pesquisadora garantirá o anonimato dos participantes e dos dados pessoais mediante a substituição dessas informações pela letra "P" de profissional seguida da numeração da entrevista. Em caso das perguntas acarretarem situações de desconforto, choro, tristeza, ou constrangimento, a entrevista será interrompida; e então será oferecido conforto, escuta e acolhimento ao participante. A pesquisa traz como benefícios o envolvimento dos participantes no processo avaliativo, de forma que as questões avaliadas serão construídas a partir de suas demandas e, também porque a Avaliação de Quarta Geração tem o compromisso de produzir informações que possam potencializar a utilização desses resultados em melhorias na realidade estudada".

Recomendações:

Recomenda-se aprovação do projeto de pesquisa quanto aos aspectos éticos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 91.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.728.348

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atenderam as solicitações. Assim, recomenda-se aprovação do projeto de pesquisa quanto aos aspectos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1117804.pdf	15/08/2018 00:05:14		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP3.pdf	14/08/2018 23:32:52	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1406.pdf	14/08/2018 23:32:25	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_fabiane_3.pdf	14/08/2018 23:31:59	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	termo_anuencia.pdf	23/04/2018 13:29:57	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	curriculo_lattesFP.pdf	19/04/2018 15:27:54	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	curriculo_lattesCW.pdf	19/04/2018 15:27:34	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	relacao_integratens_equipe_pesquisa.pdf	19/04/2018 15:27:04	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	termo_relatorio.pdf	19/04/2018 15:20:25	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/04/2018 15:18:23	CHRISTINE WETZEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Junho de 2018

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farpouilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Pesquisador: CHRISTINE WETZEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88236718.0.3001.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.805.823

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul proposto pela Mestranda Fabiane Machado Pavani orientada pela Profª. Drª. Christine Wetzel com o objetivo de avaliar as práticas em saúde mental voltadas às adolescências, realizadas por trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil em uma capital.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizará a Avaliação de Quarta Geração. A Avaliação de Quarta Geração utilizando o referencial construtivista e o enfoque responsivo mediante um processo participativo e formativo. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas (gravada em áudio e com duração prevista de 30 minutos) e de observação (2 turnos totalizando aprox. 320 horas). A análise será realizada pelo Método Comparativo Constante, que propõe a realização concomitante da coleta e da análise de dados. O local de estudo será O CAPSi Pandorga e os participantes serão todos os trabalhadores fixos do CAPSi.

Com a realização do estudo os pesquisadores pretendem auxiliar na construção e consolidação da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental voltadas a essa população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Endereço: Francisco Trein, 596 - Centro Administrativo do GHC
 Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3255-1893 Fax: (51)3255-1893 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 2.805.823

Avaliar as práticas em saúde mental voltadas às adolescências, realizadas por trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil em uma capital.

Objetivos específicos

- Desenvolver um processo avaliativo formativo, propiciando a capacidade de análise do grupo de interesse envolvido na avaliação, para se constituírem como sujeitos do processo de mudança.
- Conhecer as ações e as atividades de cuidado em saúde mental no CAPSi voltadas às adolescências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão assim descritos:

A pesquisa apresentará riscos mínimos aos participantes, pois não envolve procedimentos invasivos e/ou dolorosos, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

Em relação ao risco substancial na privacidade dos dados, além da assinatura do TCLE, a pesquisadora garantirá o anonimato dos participantes e dos dados pessoais mediante a substituição dessas informações pela letra "P" de profissional seguida da numeração da entrevista. Em caso das perguntas acarretarem situações de desconforto, choro, tristeza, ou constrangimento, a entrevista será interrompida; e então será oferecido conforto, escuta e acolhimento ao participante.

A pesquisa traz como benefícios o envolvimento dos participantes no processo avaliativo, de forma que as questões avaliadas serão construídas a partir de suas demandas e, também, porque a Avaliação de Quarta Geração tem o compromisso de produzir informações que possam potencializar a utilização desses resultados em melhorias na realidade estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e adequada ética e metodologicamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados adequadamente.

- A relação de integrantes da pesquisa foi atualizada com a assinatura do pesquisador que será referência no GHC.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Centro Administrativo do GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3255-1893 **Fax:** (51)3255-1893 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 2.805.823

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1163945.pdf	13/07/2018 10:40:54		Aceito
Outros	formulario Equipede pesquisa.pdf	13/07/2018 10:39:48	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP3.pdf	14/08/2018 23:32:52	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1406.pdf	14/08/2018 23:32:25	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_fabiane_3.pdf	14/08/2018 23:31:59	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	termo_anuencia.pdf	23/04/2018 13:29:57	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	curriculo_lattesFP.pdf	19/04/2018 15:27:54	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	curriculo_lattesCW.pdf	19/04/2018 15:27:34	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	relacao_integratens_equipe_pesquisa.pdf	19/04/2018 15:27:04	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	termo_relatorio.pdf	19/04/2018 15:20:25	CHRISTINE WETZEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Francisco Trein, 596 - Centro Administrativo do GHC
 Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3255-1893 Fax: (51)3255-1893 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br