

A produção do cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

*Bruna Ceruti Quintanilha¹, Meyrielle Belotti²,
Kelly Guimarães Tristão³, Luziane Zacché Avellar⁴*

RESUMO: O objetivo do artigo foi analisar as percepções dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), de uma região do sudeste do Brasil, sobre a produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil. Para isso, utilizou-se a abordagem qualitativa. Participaram do estudo 10 profissionais. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica do Grupo Focal. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, baseada no método elaborado por Bardin. A partir dessa análise, elencou-se as seguintes categorias de estudo: o Projeto Terapêutico Singular; as diferentes clínicas; o cuidado e a família; e o cuidado e as práticas em rede. Os resultados indicaram que as percepções sobre o cuidado nomeadas pelos profissionais do CAPSi, na sua maioria, estão em consonância com a proposta do Ministério da Saúde. O estudo também aponta a importância de as particularidades da criança e do adolescente serem contempladas e enfatizadas durante o processo do cuidado.

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

¹Psicóloga; Mestre em Saúde Coletiva; Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado do Espírito Santo (FAPES).

Endereço para correspondência: Rua Santa Rita de Cássia, 160 – Bairro de Lourdes, Vitória, ES. CEP: 29042-753. E-mail: quintanilhabc@gmail.com

²Terapeuta Ocupacional; Mestre em Psicologia Institucional; Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES.

Endereço para correspondência: Rua Nancy Alves Vieira de Menezes, 50, Mata da Praia – Vitória, ES. CEP: 29065-560. E-mail: meyri.belotti@gmail.com

³Psicóloga; Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Endereço para correspondência: Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Prédio Professor Lídio de Souza. UFES. Avenida Fernando Ferrari, 514 – Vitória, ES. CEP: 29060-970. E-mail: kgtristao@hotmail.com

⁴Doutora em Psicologia; Professora do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES.

Endereço para correspondência: Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Prédio Professor Lídio de Souza. UFES. Avenida Fernando Ferrari, 514 – Vitória, ES. CEP: 29060-970. E-mail: luzianeavellar@yahoo.com.br

Artigo recebido em: 05/08/2016. Aprovado para publicação em: 28/10/2016.

The production of care in a Center of Psychosocial Care for Children and Adolescents

ABSTRACT: The objective of the article was to analyze the perceptions of the professionals from a Center of Psychosocial Care for Children and Adolescents (CAPSi) in Southeast, Brazil, on the production of the care for children and adolescents in mental health. It was used qualitative boarding. A total of ten professionals participated in the study. For the collection of data, it was used the technique of the Focal Group. The data were submitted to the analysis of content, based on the method elaborated by Bardin. This generated the following categories of analysis: the Singular Therapeutical Project; the different clinics; the care and the family; and the care and the practices in health care network. The results indicate that the perceptions on the care, mentioned by the professionals of the CAPSi, in its majority, are in accordance with the proposal of the Brazilian Ministry of Health. The study also points out the importance of the child and adolescent's characteristics being covered and emphasized during the process of care.

Keyword: services of mental health; child; adolescent.

La producción del cuidado en un Centro de la Atención Psicosocial Infanto-juvenil

RESUMEN: El objetivo del artículo fue analizar las opiniones de los profesionales de un Centro de la Atención Psicosocial Infanto-juvenil (CAPSi) de una región del sudeste de Brasil, sobre la producción del cuidado en salud mental de niños y adolescentes. Para eso, fue utilizado un enfoque cualitativo. Participaron del estudio diez profesionales. Para la recogida de datos fue utilizada la técnica de grupo focal. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido, basado en el método elaborado por Bardin. De ese análisis, surgieron las categorías siguientes: el Proyecto Terapéutico Singular; las diversas clínicas; el cuidado y la familia; y el cuidado y las prácticas en red. Los resultados indicaron que las opiniones en el cuidado, mencionadas por los profesionales del CAPSi, están en su mayoría de acuerdo con la propuesta del Ministerio de Salud de Brasil. El estudio también señala la importancia de que las características del niño y del adolescente sean contempladas y enfatizadas durante el proceso de cuidado.

Palabras clave: servicios de la salud mental; niño; adolescente.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado tem sido tomado como um conceito norteador para a constituição das ações na área da saúde. A discussão sobre cuidado emerge nesse campo, contrapondo-se à lógica de uma formação de tradição biologicista, em que a doença, ou as partes enfermas de um corpo, eram o foco da intervenção dos profissionais de saúde. Logo, a relação usuário-profissional era pautada na enfermidade, não se considerando que aquele que procura atendimento compõe um todo, imerso em diversas relações biopsicossociais, que interferem na saúde e podem produzir adoecimentos. Isto é, compunha-se uma assistência à enfermidade e não à pessoa.

A discussão sobre o cuidado está relacionada, assim, com a necessidade de humanizar as práticas em saúde, ou seja, tirar o foco da relação com doenças, órgão e funções, para promover ações em que o diálogo prevaleça (PASSOS, CARVALHO, 2015). Desse modo, a relação que antes se estabelecia como prescritiva deve passar a ser pautada na escuta disponível e no acolhimento daquilo que é trazido ao profissional de saúde.

Nesse contexto, tais práticas devem ter como eixo norteador a lógica da clínica ampliada, considerando as questões singulares de cada pessoa e o seu contexto social. A clínica ampliada é uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, que pressupõe a escuta das queixas dos usuários para além de sua doença, considerando os aspectos sociais, psíquicos e de relações familiares colocados na vida desse sujeito (BRASIL, 2009).

A partir disso, muda-se também a condução da equipe de saúde em relação aos casos atendidos, que devem ser compartilhados pelos diversos profissionais do serviço, em busca de encaminhamentos e possibilidades de tratamento para o usuário, sempre levando em conta o aspecto biopsicossocial (BRASIL, 2009). Logo, é preciso considerar o usuário no contexto em que ele está inserido e as especificidades que o próprio usuário possui, seja para se relacionar com a família, com a comunidade, com os serviços que ele circula e com os profissionais destes. E é isso que faz com que para cada relação seja construído um modo de cuidado.

No contexto da saúde mental infantojuvenil, compreender que o cuidado é singular, ou seja, que se faz de forma única para cada ser, é fundamental para o cumprimento das propostas dos Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis (CAPSi). De acordo com as diretrizes ministeriais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011), os CAPSi são serviços em que há atendimento especializado às crianças e aos adolescentes com sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas.

Os CAPSi devem promover ações de cunho coletivo e individual, visando promover a saúde daqueles que procuram o serviço e trabalhar a autonomia, potencialidades e limites do jovem, sempre com a inserção da família no tratamento. Isso porque o cuidado é exercido tanto no serviço como junto àqueles com quem essas crianças e adolescentes se relacionam, ou seja, os que exercem papel de cuidadores. A partir disso, entendemos ser importante investigar como estão ocorrendo as ações de cuidado em um CAPSi.

É importante ressaltar que o CAPSi estudado possui uma especificidade na formação de sua demanda, decorrente da fusão com outra instituição: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantil (CAPS ADi). Tal cenário é reflexo da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088 de dezembro de 2011, que surge com o objetivo de criar e articular pontos de atenção à saúde para usuários dos serviços de saúde mental, principalmente no que se refere às demandas do álcool e de outras drogas. Ou seja, diante da promulgação da RAPS, os CAPSi passam a ser configurados como serviços de atenção psicossocial especializada que têm como público-alvo crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

2 AFINAL, DE QUE CUIDADO ESTAMOS FALANDO?

As ações de cuidado se efetivam no encontro entre seres. Logo, são constituídas a partir das relações, de modo que o papel de cuidador não é fixo e não pertence a uma pessoa exclusivamente. Assim, aquele que exerce o cuidado também o recebe. Figueiredo (2007) afirma que ser cuidado é uma forma eficaz de cuidar, e que é nessa relação que se desenvolvem as capacidades cuidadoras.

As relações em que se produz cuidado são permeadas por trocas entre os sujeitos envolvidos, de modo que cada um é afetado pelo saber do outro. Nesse sentido, ambos são participantes ativos do processo de cuidado. De acordo com Figueiredo (2007, p. 23), na relação médico-paciente, por exemplo, o “[...] doente não se converte em médico, mas algo de sua doença e de ‘sua’ medicina espera-se que ele conheça para não adoecer de novo ou poder tratar-se melhor”.

No contexto dos serviços de saúde, nota-se que muitas vezes prevalece uma hierarquização de saber nas relações entre usuários e profissionais, em que o profissional é colocado no lugar daquele que sabe falar pelo e sobre o outro. Segundo Ayres (2007), as ações de saúde não podem ser produto de um saber técnico-instrumental do profissional sobre o usuário: elas devem ser fruto dos saberes de ambos.

Isso porque, de acordo com o autor, é na experiência do encontro que o cuidado será configurado e formado.

Afirmar que o cuidado é produzido na relação nos leva a perceber que, para cada usuário que acessa o serviço, as ações se configurarão de forma que o afetará de modo único. Segundo Figueiredo (2007, p. 18), “[...] cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular”. Estar atento às especificidades que os usuários dos serviços possuem coaduna-se com o princípio de equidade proposto no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990).

É importante ressaltar que há vezes em que o exercício do cuidado é confundido com a produção de tutela sobre o outro, principalmente quando este se trata de uma criança ou adolescente. A tutela se dá quando, na relação, ao invés de ocorrer troca produz-se sobreposição de vontade e de desejo. Isso pode ser verificado, por exemplo, em uma situação na qual decide-se que uma criança com algum sofrimento psíquico não irá frequentar a escola, pois sua forma de aprendizado é diferente e, com isso, sofrerá maus tratos dos colegas. Ou seja, toma-se uma decisão baseada em suposições, sem a participação da criança, privando a mesma de se relacionar com outras pessoas e impedindo que estas também aprendam com a referida criança.

Em situações como essa é que os serviços, que compõem as políticas públicas, devem exercer um papel fundamental. No caso específico de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico moderado ou grave, ou com necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas, tem-se os CAPSi para auxiliar na efetivação do cuidado e evitar uma série de relações tutelares com esses jovens.

Para as ações de cuidado, os profissionais do CAPSi podem utilizar algumas ferramentas, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS pode ser definido como a reunião de propostas para uma conduta terapêutica articulada para o sujeito; e tais propostas devem ser elaboradas de forma coletiva pelos profissionais do serviço (BRASIL, 2007).

De acordo com cartilha ministerial, o PTS é “[...] uma variação da discussão de ‘caso clínico’. [...] Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.” (BRASIL, 2007, p. 40).

O PTS é, assim, uma ferramenta que possibilita a produção de cuidado por parte da equipe. Contudo, mais importante ainda é como se dá essa construção nos diversos encontros promovidos entre profissionais-usuários-familiares, dentro e fora do CAPSi.

2.1 O CAPSi pesquisado

O CAPSi em que foi realizada a pesquisa destaca-se dos demais existentes no país, pois passou por um processo de fusão com outra instituição.

No ano de 2007, foi inaugurado, em um município do sudeste do Brasil, um CAPSi para atender às demandas relacionadas aos sofrimentos psíquicos de crianças e adolescentes. Contudo, aqueles que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas ficaram sem um serviço de referência.

Em 2012, o referido município inaugurou um serviço específico para atender as crianças e os adolescentes com necessidades decorrentes de uso abusivo do álcool e outras drogas. Criou-se, então, o CAPS ADi. O serviço funcionou por aproximadamente um ano, quando se decidiu que sua demanda seria absorvida pelo CAPSi, que já existia no município desde 2007. Com a junção dos serviços, parte da equipe que compunha o serviço ADi foi incorporada à do CAPSi, de modo que o serviço teve que se reorganizar para acolher os novos profissionais e a nova demanda: usuários com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Diante desse panorama, o presente estudo teve por objetivo identificar e analisar as percepções dos profissionais do CAPSi situado em um município do Sudeste do Brasil sobre a produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil.

3 MÉTODO

Visando alcançar os objetivos propostos na pesquisa, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, visto que investigações dessa natureza têm como foco a compreensão dos significados, valores e crenças que permeiam as relações interpessoais e os fenômenos sociais, explorando suas vivências e experiências (MINAYO, 2010).

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica do Grupo Focal. Foram realizados quatro encontros com dois grupos de profissionais distintos: dois encontros com seis profissionais e outros dois com quatro. A divisão em dois grupos foi necessária pelo fato de os profissionais trabalharem em turnos diferentes: matutino e vespertino. Desse modo, buscou-se garantir a participação no estudo do máximo possível de profissionais.

Os encontros foram realizados durante o mês de julho de 2015, com a participação total de dez profissionais do serviço, de formações diversas: médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e educador

físico. Cada encontro durou em torno de uma hora. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados foram tratados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2000), sendo aplicadas as seguintes etapas:

1. pré-análise;
2. exploração de material; e
3. tratamento dos resultados.

A fase da pré-análise dos dados se constituiu na leitura flutuante da transcrição das entrevistas, sendo recortados trechos das falas que contemplavam o objetivo do estudo. Na segunda fase, foi realizada a categorização dos dados, organizados com base nos sentidos e significados conferidos pelos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil. Após a transformação de dados brutos, foram obtidas quatro categorias. A última etapa configurou-se na fase do tratamento dos resultados que culminou na análise reflexiva dos dados tendo como elementos norteadores as categorias encontradas.

Resalta-se que, para a produção dos dados no campo do estudo, foram respeitados todos os preceitos éticos e recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise das falas, foi possível verificar que a construção do cuidado no CAPSi, diante do seu processo de fusão, gira em torno dos seguintes temas: o Projeto Terapêutico Singular; as diferentes clínicas; o cuidado e a família; e o cuidado e as práticas em rede. Concomitantemente à apresentação dos resultados, será realizada a discussão a respeito deles.

4.1 O Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Os profissionais que trabalham atualmente no CAPSi relataram que consideram o PTS um projeto utópico, avaliam que não conseguem efetivar o mesmo da forma que gostariam: “Lindo! Teoricamente falando. Mas na prática... a gente tem muita dificuldade”. Contudo, ao serem questionados sobre as dificuldades para tal efetivação, demonstram que conseguem, por vezes, construir o PTS de acordo com o objetivo ou possuem clareza de como promover um melhor PTS.

Outro dia a gente tava falando de um caso clínico, que acho que a primeira necessidade seria a situação escolar dele. [...] o PTS ainda é uma coisa que a

gente tem que trabalhar mais, elaborar mais isso aí dentro da gente, trazer a família pra isso, mesmo que ela não possa comparecer, que ela possa entender e opinar sobre isso. Que essa criança possa entender alguma coisa sobre isso. (Profissional do CAPSi)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o PTS nada mais é do que uma nova forma de realizar a discussão de “caso clínico” capaz de proporcionar uma atuação integrada da equipe, incorporando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos sujeitos. Nesse contexto, Campos e Domitt (2007) ressaltam a importância de o PTS contemplar o saber de toda a equipe e do usuário, propondo a cogestão desses projetos como uma maneira de aumentar a capacidade de análise e de intervenção das equipes e da comunidade, diminuindo o sentimento de impotência diante de desafios considerados impossíveis.

Entretanto, conforme colocado por Iglesias (2015), em muitas situações o PTS não é construído de maneira coletiva, muito menos o usuário é incluído em sua elaboração. Contudo, a partir das falas no CAPSi, notamos que os profissionais desse serviço percebem o PTS como um instrumento importante e demonstram-se preocupados em conseguir efetivá-lo como está previsto nos documentos ministeriais (BRASIL, 2007).

Mostraram-se, também, incomodados por não conseguirem elaborar o PTS para todos aqueles que são atendidos no serviço. Entendemos, então, que se preocupam com a produção do cuidado, como fica claro na fala: “você não restringir o PTS aos atendimentos que a gente faz aqui, as atividades que desenvolve no CAPS. Isso é uma direção. Esse PTS, esse ‘S’ talvez tenha de ser substituído pelo ‘V’: projeto de vida, PTV, talvez”.

Notamos, ainda, que os profissionais compreendem que o PTS não é sinônimo de cronograma de atividades no serviço, reafirmando, assim, a função deste como instrumento que busca a construção da autonomia do usuário nos diversos aspectos de sua vida; e que pode servir para a produção de cuidado na relação serviço-usuário.

4.2 As diferentes clínicas

Os profissionais do CAPSi, ao passarem a atender também crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas, tiveram de repensar o próprio modo como entendiam e faziam clínica no serviço. De modo geral, os

relatos apontaram que as crianças e os adolescentes com necessidades decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas têm um modo diferente de se relacionar com o serviço, o que gera a necessidade de os profissionais repensarem como podem produzir uma relação de cuidado com esse público, uma vez que os jovens ficam menos tempo dentro do serviço, não agendam sua ida e são mais “inquietos”. Ao mesmo tempo, as falas revelam que as crianças e os adolescentes percebem o CAPSi como um “porto seguro”, lugar no qual fogem da violência existente nos territórios em que moram.

Nota-se, pela descrição dos profissionais, que eles passaram a reorganizar a dinâmica do serviço para melhor acolher os referidos adolescentes. Os profissionais entendem que, mesmo que as crianças e os adolescentes com necessidades decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas fiquem menos tempo no serviço, é possível construir vínculo e fazer intervenção junto a eles, ou seja, produzir relações de cuidado. Para tanto, é preciso entender que a clínica extrapola as paredes do consultório, das salas e, por vezes, do próprio serviço.

Lancetti (2009) traz para o campo da saúde mental — principalmente para o cuidado daqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas — a ideia da clínica peripatética. Isto é, uma clínica que ocorre em movimentos, durante passeios e caminhadas, por exemplo. O autor ressalta que “[...] essas estratégias são destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais” (LANCETTI, 2009, p. 19).

A ideia de uma clínica peripatética para aqueles que não se adaptam aos protocolos, ou fluxos dos serviços de saúde, parece similar ao que os profissionais do CAPSi afirmam sobre a relação que passaram a construir com os adolescentes que procuraram o serviço. É nas brechas (nos corredores, enquanto servem o café para os adolescentes) que, muitas vezes, as intervenções e vínculos acontecem. Isso comparece na fala dos profissionais quando contam que:

Às vezes ele [o adolescente] até vem pra cá pra comer, mas ele vem pra falar também. Ele quer vir pra saber se a gente vai olhar pra ele, se ele tá bem vestido, se tá mal vestido, se dormiu bem ou dormiu mal. Uma clínica da subjetividade do sujeito, começa a se constituir pela via do cuidado. [...] Mas naquele papo ali, sentado, na pergunta: como é que você tá? Onde você foi? O sujeito começa a perceber que tem um olhar sobre ele. Alguém que se interessa, que se preocupa, briga com ele porque fez coisa errada. Isso é clínica. A clínica num é só aqueles que vem pro consultório. É uma clínica muito bonita, eu acho. Pra essa clientela ela pega muito bem. (Profissional do CAPSi)

Coaduna-se com o afirmado pelos profissionais do CAPSi de que clínica e produção de cuidado não se separam; pelo contrário, ambas acontecem a partir das relações. Assim, entender que as diferentes demandas apresentadas ao serviço levam a diferentes formas de construção de cuidado faz com que se estabeleçam clínicas, ou relações clínicas, também singulares.

Desse modo, pode-se, tal como fez Bezerra Jr. (2007), pensar a clínica como transformação da experiência subjetiva. De acordo com o autor, a clínica “implica necessariamente uma interrogação acerca das formas subjetivas e dos modos de subjetivação que subjazem às experiências individuais” (BEZERRA JR., 2007, p. 30). Assim, é importante que estejamos atentos ao que as relações estão produzindo para, assim, pensar e propor novas ações aos sujeitos que são cuidados.

Bezerra Jr (2007) salienta, ainda, que a clínica ocorre concomitantemente sobre o sujeito, suas redes, laços intersubjetivos e imaginário social, já que estes fazem parte das experiências do sujeito. Segundo o autor, ao “pôr em questão o modo de inserção do sujeito no mundo, ela põe em questão também este mundo que ele constrói para si e habita. Não para eliminar o *pathos* do horizonte humano, mas para fazer dele um impulso para a reinvenção da vida” (BEZERRA JR., 2007, p. 30).

Ao falar sobre clínica, os profissionais afirmam que uma das dificuldades se refere ao espaço:

Uma das dificuldades que agrega dificuldade nessa questão das clínicas, foi o espaço físico que ficou, que ficou bem reduzido. Aí a gente tem que ter todos juntos. Tem a questão da organização do serviço em si, como por exemplo: número limitado de sala, precisa de sala pra fazer acolhimento e não tem.

Os profissionais do CAPSi apontam que, por vezes, falta sala para poderem realizar atividade de acolhimento dos usuários, para atendimento individual e mesmo para realizar oficinas ou poder passar um filme. Afinal, a clínica e, logo, o cuidado se fazem presentes em cada uma dessas atividades.

A clínica, seja a tradicional (no *setting* do consultório) ou a peripatética (em movimento), denota a discussão do espaço físico do serviço. No caso estudado, a mudança ocorrida com a fusão de demandas fez a questão do espaço se tornar mais presente no cotidiano do serviço. Até porque ocorreu aumento da quantidade de crianças, de adolescentes e de familiares atendidos, além do número de profissionais no serviço. Por mais que entendamos que a clínica pode (e deve) ocorrer extramuros, o CAPSi também cumpre o papel de ser um espaço para acolher questões diversas, para as quais ele precisa de certa estrutura física.

Segundo Ronchi e Avellar (2013), no âmbito da saúde — em especial na saúde mental — os aspectos do ambiente também podem ser considerados terapêuticos. Assim, é preciso ressaltar que tanto a estrutura física quanto as relações de trabalho podem se configurar como facilitadoras da produção de cuidado. Para isso, faz-se necessário que os profissionais estejam em um ambiente que possibilite desenvolver, da melhor forma, o cuidado coerente com as necessidades e dificuldades de crianças e adolescentes usuários do serviço.

4.3 O cuidado e a família

A corresponsabilização de familiares na atenção a crianças e adolescentes se apresenta como uma das diretrizes nas políticas de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005). Desse modo, os familiares possuem um papel fundamental na vida dessas crianças e adolescentes. Entretanto, ao cuidar de uma criança ou adolescente em sofrimento psíquico¹, os familiares passam a lidar com a diversidade de encargos relacionados aos cuidados dos filhos, o que se reflete nas relações familiares. Estudos sobre itinerários realizados por essas famílias e seu cotidiano (BASTOS; DESLANDES; 2008; FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010; ABAURRE, 2013) deixam claro o quanto o diagnóstico e o cuidado dispensado ao filho traz sofrimento e desgaste para a família.

De acordo com Constantinidis e Andrade (2015), os cuidados aos familiares têm importância fundamental, pois no cotidiano partilhado com a pessoa com sofrimento psíquico as famílias enfrentam problemas adversos que podem afetá-las significativamente.

As autoras lembram que são

os familiares que geralmente identificam algum problema, buscam auxílio dos serviços, tornam-se responsáveis pela administração das prescrições médicas e devem enfrentar e manejar os momentos de crise, de agravamento do quadro sintomatológico. São várias as dificuldades cotidianas que geram encargos e, por isso, têm que redimensionar as expectativas quanto ao futuro de seu familiar com sofrimento psíquico e quanto ao próprio futuro. Esses encargos afetam a vida afetiva, social e econômica das famílias, que também entram em sofrimento (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015, p. 334).

¹ Entende-se que o sofrimento psíquico agrega as questões referentes às necessidades decorrentes do uso do abusivo do álcool e outras drogas.

Assim, entende-se que, além de aliados no processo de cuidar, os familiares também necessitam de cuidados. O CAPSi tem como pressuposto cumprir tal função; ou seja, o serviço tem como usuários o público infantojuvenil e seus familiares. Nesse contexto, as ações promovidas pelos serviços de saúde mental, com o foco na família, não devem se constituir só como uma fonte de informações sobre o usuário, mas como uma possibilidade de ações de cuidado (ABAURRE, 2013).

Bastos e Deslandes (2008) apontam que a rede de suporte às famílias possui um papel fundamental para melhorias destas. Segundo as autoras, “a rede de suporte social, quando atuante, interferiu melhorando as condições da família, seja do ponto de vista econômico e afetivo, ou de ambos” (BASTOS; DESLANDES, 2008, p. 2148). Isso se reafirma no estudo realizado por Constantinidis e Andrade (2015) sobre a demanda e oferta no processo de produção de cuidado. Segundo as autoras, na relação entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico, os profissionais compreendem a importância de prover o cuidado à família, mas vários fatores contribuem para dificultar a implantação e a condução desse cuidado, bem como a “adesão” dos familiares ao que é proposto. Dentre os impedimentos, ressalta-se a ausência de diálogo quando, “assumindo-se como único competente, o profissional resolve o que é bom para o familiar, sem escutá-lo, sem (re)conhecer a sua potência, sem buscar suas reais necessidades” (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015, p. 340).

Apesar da importância do cuidado ao familiar, o que os profissionais do CAPSi pesquisado relatam é que muitas famílias não se percebem precisando desse cuidado por parte do serviço, como mostra a fala: “Claro que tem alguns pais que são engajados, alguns pais que mesmo que o adolescente não está no serviço, eles vem até o serviço. E são pais que são engajados, mas tem aqueles que não: ‘Não! Olha! A questão é ele. A questão é o meu filho’.”. Assim, o cuidado com a família parece, hoje, ser um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais do serviço pesquisado.

Notamos que o CAPSi estudado, apesar de ser caracterizado como um serviço que faz parte da rede de suporte às famílias, não tem conseguido cumprir com essa função, pois muitos familiares não se percebem necessitando de cuidados. Cabe questionar se tais famílias têm buscado outros atores para composição dessa rede ou se isolam-se e acreditam que “o problema” é e está na referida criança ou jovem. Mais que isso, se procuram outros atores, será que estes têm auxiliado na produção de cuidado ou de adoecimento na família?

De acordo com Abaurre (2013), os pais conseguem, por vezes, deixar os filhos com outras pessoas ou em espaços de assistência especializadas. De acordo

com o estudo, os familiares apontam que, nesses momentos em que um outro cuida da criança ou do adolescente, eles podem sair de casa e descansar. Desse modo, podemos apontar que há redes estabelecidas pelos familiares que auxiliam na produção de cuidado para as crianças e jovens e também para os pais.

4.4 O cuidado e as práticas em rede

O cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser formulado de modo coletivo e intersetorial para, assim, garantir uma rede de atenção em saúde mental às crianças e aos adolescentes com base comunitária e de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS (BRASIL, 2005).

A compreensão de que o CAPSi precisa estabelecer parcerias, tanto com outros serviços de saúde quanto com serviços de outros setores, compareceu na fala dos profissionais. Isso fica ilustrado quando afirmam que: “Existe outra coisa aqui também, que eu acho, é que a gente trabalha com sujeito, mas a gente trabalha, vou voltar a falar, com tudo em volta. Trabalha com essa família, com sociedade, com contexto, com possibilidade, com tudo”.

Delfini e Reis (2012) realizaram um estudo sobre a articulação entre serviços voltados ao cuidado em saúde mental infantojuvenil e perceberam que essa articulação geralmente ocorria como uma forma de passar o caso de um serviço para outro, em uma tentativa de desresponsabilizar-se pelo cuidado do jovem. Contudo, no CAPSi pesquisado, a fala dos profissionais se coaduna com um modo de trabalho compartilhado, em que se preza pelo cuidado.

A gente fez a parceria com os serviços que tem essa coisa de capacitação e encaminhamento para empresas. Então são essas parcerias que a gente tem. Questão também de esporte, a gente está de olho nos CAJUNS, que são serviços [...] que ofertam atividades como capoeira, artesanato. Às vezes tem os telecentro e também, tem a informática, acesso ao computador. CRAS, CREAS, a gente faz parceria. Vara da infância, a gente faz muitas reuniões, com questões intersetoriais, então a gente tenta acessar a rede como um todo. A gente sabe que em alguns momentos tem uns furos, que a rede dos adolescentes é mais potente que a nossa, mas a gente tenta sempre potencializar essa rede. (Profissional do CAPSi)

O trabalho em rede, que o CAPSi estudado tenta organizar e efetivar, está de acordo com o que é apontado na literatura por alguns autores que colocam a intersetorialidade como um dos fatores para o desenvolvimento de um cuidado integral

na saúde mental infantojuvenil (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; SANTOS et al., 2011; DELFINI; REIS, 2012).

Além de um trabalho intersetorial, notamos também que há uma preocupação de se construir um trabalho integrado com as Unidades de Saúde, para que o cuidado com os usuários não fique restrito ao CAPSi. Com isso, tenta-se garantir que mesmo os casos não atendidos pelo CAPSi sejam acompanhados no território em que o usuário habita. Esse trabalho tem se dado, de acordo com o relato dos profissionais, via o matriciamento.

Por principio, quando o paciente chega na Unidade a gente tenta dar o suporte, junto com a equipe de Saúde Mental, pra que ele fique lá. Aqueles casos onde o colega, numa discussão de matriciamento com a gente, percebe que: ‘olha, esse caso aqui requer mais atenção do que a gente pode disponibilizar na Unidade’. Então esse caso vem pra cá! (Profissional do CAPSi)

Iglesias (2015) afirma, em seu estudo sobre matriciamento, que esse deve ser um encontro entre equipes para compartilhamento e trocas de saberes e experiências, no qual (ao contrário de uma equipe ensinar a outra como conduzir o caso) deve ser feita uma construção compartilhada do projeto terapêutico. Ainda de acordo com a autora, o matriciamento é “uma metodologia de trabalho potente na estruturação da rede de saúde por meio da transformação das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo os usuários” (IGLESIAS, 2015, p. 67-68).

Notamos, então, que os profissionais do CAPSi estudado têm procurado efetivar redes e alianças entre os diversos serviços existentes no município em que atuam, com o intuito de produzir um cuidado efetivo junto àqueles que procuram o serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre a produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil, diante da junção de um CAPS ADi com um CAPSi.

Os resultados indicam que as percepções dos profissionais do serviço estudado sobre a produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil, na sua maioria, estão em consonância com o que está colocado na Política de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005). Ou seja, o cuidado é desenvolvido por meio do PTS, com a criação de ações de caráter intersetorial, por meio de uma rede de atenção. Entretanto, verifica-se que os profissionais que participaram do

estudo possuem a concepção teórica sobre o PTS, porém no cotidiano do serviço vivenciam dificuldades para a sua implantação. Dessa forma, torna-se importante promover uma aproximação entre os campos teórico e prático existentes em torno da construção e implementação desses projetos, a fim de potencializar o seu uso.

Além disso, o estudo também indica a necessidade de repensar a inserção da família no processo de cuidado da criança e do adolescente com sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, visando à criação de ações permanentes com o enfoque tanto no manejo com o seu familiar quanto nas demandas da família, destinando, assim, um cuidado coerente com a suas reais necessidades.

É importante frisar que uma das limitações deste estudo deve-se ao fato de a pesquisa ter sido realizada somente com os profissionais de CAPSi. Com isso, pode-se afirmar a compreensão do cuidado somente a partir dessa perspectiva, não sendo possível analisar qual a percepção dos usuários do serviço em relação às ações empreendidas.

Ademais, pondera-se a ausência de relatos que contemplassem algumas particularidades do cuidado da criança e do adolescente em saúde mental infantojuvenil. Ou seja, não ocorreram falas por parte dos profissionais que pontuassem a necessidade de adequação da linguagem, de inserção do lúdico no campo das intervenções e de inclusão da escola e da justiça nas discussões. De acordo com Guerra (2005) e Avellar e Bertollo (2008), essas são questões fundamentais na produção de cuidado a crianças e adolescentes.

Tal realidade demonstra a necessidade de os serviços de saúde mental infantojuvenil romperem com o legado histórico em que o cuidado destinado a esse público se constitui como a extensão das práticas destinadas ao público adulto. Para tanto, torna-se necessária a criação de estratégias de cuidado capazes de responder às demandas apresentadas pela criança e pelo adolescente. Ou seja, é preciso dar maior visibilidade a tais especificidades nas políticas de saúde mental e, conseqüentemente, no cotidiano dos serviços que proporcionam o cuidado para esse público.

REFERÊNCIAS

ABAURRE, M. T. *Familiares cuidadores de crianças e adolescentes atendidos no CASPi de Vitória-ES: concepções sobre sofrimento psíquico e intervenção no campo da saúde mental infanto-juvenil*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

AVELLAR, L. Z.; BERTOLLO, M. A saúde mental na infância e adolescência e o diálogo necessário entre as dimensões clínica, ética e política. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELLAR, L. Z. (Orgs.). *Psicologia Social: Temas em debate*. Vitória: UFES - ABRAPSO/ GM Gráfica, 2008. p. 68-87.

AYRES, J. R. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./abr. 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000. 226p.

BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. A experiência de ter um filho com deficiência mental: narrativas de mães. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2141-2150, 2008.

BEZERRA JUNIOR, B. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007. p. 21-31.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília 19 set. 1990.

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

_____. Ministério da Saúde. *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, dez. 2011.

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

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015. doi: 10.1590/1413-81232015202.18652013.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30 n. 4, p. 384-389, 2008.

DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. 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.

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. dos. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. *Psyche*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 13-30, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2016.

GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psyché*, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005.

IGLESIAS, A. *O Apoio Matricial em Saúde Mental sob vários olhares*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

LANCETTI, A. Redução de danos como ampliação da vida. In: _____. *Clinica Peripatética*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. 127p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PASSOS, E.; CARVALHO, YARA M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde e Sociedade*, v. 24, supl. 1, p. 92-101, 2015.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: um estudo no CAPSi. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1045-1058, 2013.

SANTOS, D. C. M. dos et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 6, p. 845-850, 2011.