



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**IAGOR BRUM LEITÃO**

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL  
(CAPSij) DE VITÓRIA: DEZ ANOS DE FUNCIONAMENTO.**

**Vitória**

**2019**

IAGOR BRUM LEITÃO

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSiJ) DE  
VITÓRIA: DEZ ANOS DE FUNCIONAMENTO.**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.  
Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Vitória

2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

L533c Leitão, Igor Brum, 1993 -  
O centro de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSij) de Vitória: dez anos de funcionamento / Igor Brum Leitão. - 2019. 119 f.: il.

Orientadora: Dra. Luziane Zacché Avellar.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Adolescentes - Serviços de saúde mental. 2. Equipes de assistência em saúde mental. 3. Serviços de saúde mental infantil. 4. Saúde mental infantil. I. Avellar, Luziane Zacché. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DO ALUNO IAGOR BRUM LEITÃO**

Aos dezoito dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezoito, às quatorze horas, na sala de videoconferência do CCHN/UFES, Campus de Goiabeiras, em Vitória (ES), reuniu-se a Banca Examinadora composta pelas professoras Dr<sup>a</sup> Luziane Zacché Avellar (PPGP/UFES), Dr<sup>a</sup> Teresinha Cid Constantinidis (UFES) e, mediante participação remota por meio de videoconferência, conforme previsto na Portaria Normativa PRPPG/UFES n<sup>o</sup> 02, de 28 de junho de 2016, a professora Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Ventura Couto (IPUB/UFRJ) para a sessão pública da defesa de dissertação de Mestrado de **Iagor Brum Leitão**, intitulada: **“O centro de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSij) de Vitória: dez anos de funcionamento”**, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luziane Zacché Avellar. Realizada a arguição, a defesa foi dada por encerrada às dezessete horas e os membros da Banca reunidos decidiram pela aprovação da Dissertação do aluno. Por fim, a presidente da sessão alertou que o aluno somente terá direito ao título de Mestre após entrega da versão final de sua dissertação, em papel e meio digital, à Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Nada mais havendo a acrescentar, eu, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luziane Zacché Avellar, presidente da Comissão Examinadora, lavrei esta ata que vai assinada por mim, pelos demais membros da Banca Examinadora e pelo mestrando.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Luziane Zacché Avellar** (Orientadora – PPGP/UFES)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Teresinha Cid Constantinidis** (UFES)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Luziane Zacché Avellar** (Orientadora e Presidente da Comissão/UFES)  
Pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Maria Cristina Ventura Couto** (Examinador Externo/IPUB/UFRJ)

Mestrando **Iagor Brum Leitão**

## Resumo

A inclusão de crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil ocorreu tardiamente e permanece como um desafio cotidiano para profissionais, familiares, usuários e pesquisadores. Com o intuito de contribuir para o campo da Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA), este estudo de mestrado teve como objetivo conhecer e descrever os serviços do CAPSi de Vitória em seu décimo ano de funcionamento e comparar com a descrição do serviço relativa ao primeiro ano de funcionamento. Trata-se de um estudo de caso que realizado em duas etapas sequenciais. A primeira se refere a uma pesquisa documental de caráter retrospectivo e descritivo. Acessou-se os prontuários de crianças e adolescentes atendidos pelo serviço entre o período de Setembro de 2016 e Setembro de 2017, possibilitando sua caracterização. Os dados foram analisados com auxílio dos *softwares* SPSS e foram comparados com os dados obtidos no primeiro ano de funcionamento do serviço. A segunda etapa, de caráter qualitativo, foi delineada por meio de entrevistas com os profissionais atuantes no CAPSi. O objetivo foi identificar as percepções destes profissionais acerca do trabalho em SMCA. Participaram das entrevistas 15 profissionais. Os dados foram analisados por meio da *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD) e *Nuvem de Palavras*, ambos possibilitados pelo *software* IRaMuTeQ, e foram comparados aos dados obtidos no primeiro ano de funcionamento do serviço. Como resultados, identificou-se que o décimo ano de funcionamento do serviço foi marcado pelo aumento de 51,85% (n=84) da demanda em relação ao primeiro ano; manteve-se a maior incidência de quadros neuróticos do que quadros psicóticos e do espectro autista; os usuários do sexo masculino permaneceram mais prevalentes, com destaque para problemas de comportamento do tipo “externalizante” (hiperatividade, agressividade e uso de álcool e outras drogas), ao passo que os usuários do sexo feminino apresentaram queixas de comportamento do tipo “internalizante”, com destaque para queixas de automutilação e *cutting*; que as Unidades Básicas de Saúde mantiveram-se como o equipamento da Rede que mais encaminharam usuários para o CAPSi, seguidas pelas demandas espontâneas, as quais aumentaram expressivamente em relação ao primeiro ano. No que se refere às

entrevistas, a CHD formou cinco classes que remeteram aos maiores desafios vividos pelo CAPSij em seu décimo ano de funcionamento. São eles: i) desafios relacionados ao imaginário do serviço construído por outros equipamentos da rede e pela população, comumente associando o CAPSij a um espaço ambulatorial, centrado na figura do médico; ii) desafios relacionados às (des)articulações com a RAPS do município; iii) desafios relacionados às ações clínicas e aos aspectos relacionados ao manejo dos profissionais, tendo como porta-voz o autismo; iv) desafios relacionados às condições socioeconômicas frágeis da clientela; e v) desafios relacionados ao cuidado de adolescentes com demandas de uso abusivo de álcool e outras drogas. Identificou-se que as reflexões clínicas dos trabalhadores do CAPSij apontam para uma construção de um lugar de oferta de cuidado singular em que o serviço se pode localizar. A reflexão sobre esse lugar é tida como fundamental para os profissionais, na medida em que entendem que é a partir desse lugar que o CAPSij pode dirigir suas ações. Desse modo, destaca-se que se por um lado há uma reflexão que empuxa um olhar para-dentro do serviço, tendo como lente a clínica e seus efeitos, há também uma reflexão que empuxa um olhar para-fora e que tem como lente a política e sua efetivação. Os dados sugerem que o CAPSij está encapsulado em seu próprio serviço ao invés de estar território, articulando-se de modo mais efetivo à Rede de SMCA e exercendo a clínica ampliada.

*Palavras-chave:* 1. Serviços de saúde mental. 2 serviços de saúde. 3. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 4. Criança. 5. Adolescente.

Área e sub-área do CNPQ

7.07.00.00-1 Psicologia

7.07.10.00-7 Tratamento e Prevenção Psicológica

7.07.10.01-5 Intervenção Terapêutica

7.07.10.02-3 Programas de Atendimento Comunitário

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Esconder-se pode ser um prazer; não ser encontrado é uma catástrofe.”

Donald Woods Winnicott

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rogéria e Edsel, por serem meus maiores exemplos de mestres.

À Marcella, meu amor, companheira de vida, de trabalho, de profissão, de classe e de viagens para a UFES, pelo apoio, incentivo e pelas diversas leituras em cada etapa.

À Marininha, que entendeu os vários “estou escrevendo, agora não, depois eu brinco”, e que, aos oito anos, de tanto me ouvir falar já sabe o que é “psicanálise” e “CAPSi”.

Ao meu irmão, Igor, pelas diversas acolhidas durante o tempo de mestrado e por ser um importante espelho de pessoa.

À Luziane, minha orientadora, pela confiança, suporte, orientações e, principalmente, por esperar que pudesse exprimir meu estilo na dissertação e nas produções do grupo de pesquisa. Espero ter conseguido.

À Andrea, quem dividiu essa empreitada de estudar o CAPSi em seu décimo ano de funcionamento em seu trabalho de Iniciação Científica, contribuindo imensamente na fase de coleta de dados.

Aos colegas do “GO” (Grupo de Orientação), Alexandra, Bruna, Carolina, Fernanda, Juliana, Kelly, Meyrielle, Pedro e Terezinha, pelas inúmeras contribuições e dedicação em cada leitura.

À Equipe de Secretaria do PPGP, Antônio, Arin e Carmen, pelo competente e simpático atendimento durante todo o período de mestrado.

Aos profissionais do CAPSi, pela atenção, disponibilidade e interesse em possibilitarem essa pesquisa. Espero que ela possa ser útil para o serviço que é tão importante para centenas de crianças, adolescentes e familiares.

Às Professoras da banca de qualificação e de defesa, Bruna Taño, Maria Cristina Couto e Teresinha Constantinidis, pela disponibilidade, leitura e cuidado minucioso para com o trabalho, contribuindo imensamente para essa dissertação.

À Mariza, minha amiga, por também acolher Marcella e eu nas quartas-feiras.

Aos meus amigos e colegas de profissão. Em especial, Marco e Diego, por dividirmos juntos os desafios da docência e do fazer em psicologia.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação .....</b>	<b>14</b>
<b>1 Introdução.....</b>	<b>19</b>
1.1 <i>Panorama das diretrizes que norteiam o cuidado em SMCA no SUS .....</i>	23
1.2 <i>Delimitando o nosso campo de pesquisa .....</i>	27
1.3 <i>O CAPSi de Vitória em seu primeiro ano de funcionamento .....</i>	31
<b>2 Objetivos .....</b>	<b>34</b>
2.1 <i>Objetivo geral .....</i>	34
2.2 <i>Objetivos específicos .....</i>	34
<b>3 Método.....</b>	<b>34</b>
3.1 <i>Participantes .....</i>	35
3.2 <i>Instrumentos.....</i>	36
3.3 <i>Procedimento de coleta de dados .....</i>	36
3.4 <i>Procedimento de análise de dados.....</i>	37
3.5 <i>Procedimento éticos.....</i>	38
<b>4 Resultados .....</b>	<b>38</b>
4.1 <i>Perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes que passaram pelo CAPSi.....</i>	38
4.2 <i>Dados sobre os usuários em avaliação pelo CAPSi .....</i>	42
4.3 <i>Caracterização dos usuários: houve mudanças? .....</i>	44
4.3 <i>Entrevistas com os profissionais: desafios do trabalho.....</i>	45
4.4 <i>O trabalho no CAPSi segundo os profissionais: houve mudanças? .....</i>	50
<b>5 Discussão .....</b>	<b>51</b>
5.1 <i>Acercas das prevalências: “meninos externalizantes” e “meninas internalizantes” .</i>	52
5.2 <i>Acerca das portas de entrada e dos procedimentos terapêuticos adotados .....</i>	56
5.3 <i>Acerca dos diagnósticos e da medicalização .....</i>	60
5.4 <i>A dimensão clínico-política dos CAPSi.....</i>	65
5.5 <i>A participação da família no cuidado de crianças e adolescentes acolhidos pelo CAPSi</i>	70
5.6 <i>A Clínica no CAPSi.....</i>	72
5.7 <i>A Articulação com a Rede e o Imaginário do Serviço .....</i>	80

5.8 Perfil dos usuários globais e o cuidado de usuários AD .....	86
<b>6 Considerações finais.....</b>	<b>98</b>
6.1 No que se refere à caracterização dos usuários .....	99
6.1 No que se refere às entrevistas com os profissionais.....	100
<b>7 Referências.....</b>	<b>104</b>
<b>8 Apêndices .....</b>	<b>113</b>
8.1 Apêndice I - Formulário para coleta em prontuários.....	113
8.2 Apêndice II - Roteiro de entrevista semi-estruturado .....	115
8.2 Apêndice III – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	116

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Nuvem de palavras referentes às queixas registradas no prontuário dos usuários do sexo feminino.....	40
Figura 2 – Nuvem de palavras referentes às queixas registradas no prontuário dos usuários do sexo masculino.....	40
Figura 3 – Comparação dos principais resultados referentes às duas caracterizações das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSij de Vitória.....	43
Figura 4 – Nuvem de Palavras geradas pelo software IRaMuTeQ, a partir das entrevistas com os profissionais do CAPSij.....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSiJ entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017.....	38
Tabela 2 – Portas de entrada para o CAPSiJ.....	39
Tabela 3 – Diagnósticos registrados pelo CAPSiJ entre os usuários ativos no serviço.....	41
Tabela 4 – Medicamentos prescritos aos usuários acompanhados pelo CAPSiJ. ....	42
Tabela 5 – Participação da família nos cuidados e atenção à crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSi de Vitória, ES, entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017.....	43
Tabela 6 – Internações registradas nos prontuários de crianças adolescente atendidos pelo CAPSiJ de Vitória, ES, entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Álcool e outras drogas

AM – Apoio Matricial

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APIJ – Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPSadi – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infanto-Juvenil

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa

CIAS – Centro Integrado de Atenção à Saúde

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EJA – Educação de Jovens e Adultos

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia da Saúde da Família

HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica

LEITRAS – Laboratório de Estudos e Intervenção em Trabalho, Assistência e Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SMCA – Saúde Mental da Criança e do Adolescente

SMIJ – Saúde Mental Infanto-Juvenil

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## **Apresentação**

Na presente dissertação apresentamos um estudo realizado em um CAPSij que tem constituído uma forte parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo, especialmente no que se refere ao Grupo de Pesquisa de Psicologia e Saúde do laboratório LEITRAS, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP/UFES), cuja coordenadora é a Professora Dra. Luziane Zacché Avellar. Isso porque este CAPSij, desde sua inauguração (Setembro de 2007), tem acolhido e possibilitado diversos estudos por parte deste grupo de pesquisa, tanto os de Iniciação Científica, quanto os de Mestrado e Doutorado, bem como a realização de Estágio Específico para alunos de graduação em Psicologia. Todas essas atividades sustentadas pela afirmação de políticas públicas democráticas, estreitando os laços da Universidade com as práticas de cuidado no âmbito dos serviços de saúde mental infanto-juvenil.

O primeiro estudo realizado pelo grupo teve como objetivo conhecer e descrever as experiências do CAPSij em seu primeiro ano de funcionamento (Ronchi & Avellar, 2010). Para isso, realizou-se a caracterização das crianças e adolescentes atendidos pelo serviço – possibilitada por meio de pesquisa nos prontuários de atendimento –, e a caracterização das atividades do CAPSij – delineada por meio de entrevistas com os profissionais trabalhadores do serviço. O estudo, de caráter exploratório, “abriu portas” para a estruturação de outros projetos de pesquisa, os quais tomaram pontos específicos do campo da SMCA como problema de pesquisa, tendo, ainda, como espaço de pesquisa o mesmo CAPSij. Por exemplo: concepções de saúde e doença mental por parte de trabalhadores do CAPSij (Maia & Avellar, 2013); ambiência em SMCA (Ronchi & Avellar, 2013; 2015); produção do cuidado de crianças e adolescentes no CAPSij (Quintanilha, Belotti, Tristão, & Avellar, 2017); cuidado em SMCA com necessidades decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas (Tristão, 2018).

Foi nesse contexto que tive meu primeiro contato com a temática de SMCA e com os serviços do CAPSij: por meio de um grupo de pesquisa já experiente na temática e com diversas

produções de conhecimento a respeito de um mesmo CAPSij. Ao iniciar o percurso, e com o objetivo de realizar nova caracterização do serviço do CAPSij, uma vez que este comemorava 10 anos de funcionamento, realizei uma pesquisa de revisão sistemática sobre as produções de conhecimentos sobre os CAPSij entre 2002 (data que publicada Portaria n. 336 que funda o serviço) e 2017. A revisão, além de possibilitar estabelecer um panorama das principais questões que atravessam o cuidado em SMCA nos CAPSij e a forma como se tem pesquisado sobre esse serviço, apontou para a necessidade de uma discussão mais aprofundada sobre a dimensão clínica dos CAPSij, especialmente no que se refere à quais demandas esse serviço tem por objetivo atender e como se articular frente aos altos índices de crianças e adolescentes encaminhados devido às questões escolares e de conduta (Leitão, Constantinidis, & Avellar, no prelo). Nesse sentido, passei a procurar formas em que pudesse “falar” sobre essa dimensão clínica do CAPSij. Foi, aí, que percebi que, de uma forma geral, a política de SMCA toca em questões caras à psicanálise – abordagem com a qual tenho me aprofundado e utilizado em minha prática clínica, especialmente no que se refere à psicanálise lacaniana.

É possível notar que a política em SMCA procura fortalecer o entendimento de que só é possível exercer uma clínica efetiva com crianças e adolescentes se esta for situada no campo da ética. Ao meu entender, tal como a psicanálise, que não institui uma carta de ações, tampouco uma normativa de conduta, a política de SMCA também não busca figurar um código de conduta, mas provocar reflexões sobre a mesma. No capítulo “Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil” da cartilha *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (Ministério da Saúde, 2005, p. 11), é afirmado:

Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito. Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado.

Se o documento coloca, de saída, uma ressalva deste tipo, é justamente porque, aí, reside uma das maiores dificuldades na clínica de crianças e adolescentes: considerá-los como sujeitos capazes de falarem por si e endereçarem seus próprios sintomas e demandas. Nesses termos, é comum o clínico ser empuxado a tomar uma criança ou adolescente a partir da queixa de terceiros (pais, familiares, cuidadores, instituições escolares, jurídicas etc.), justamente por serem eles que “levam” os indivíduos para atendimento. Além disso, e aí a psicanálise contribui com reflexões importantíssimas, o clínico também pode ser empuxado, inconscientemente, a tomar as demandas de crianças e adolescentes a partir da sua própria experiência infantil. Isto é, o atendimento de crianças e adolescentes, muito mais do que o atendimento de adultos, costuma remontar fantasias inconscientes àquele que ocupa a função de “clínico”, condição que implica no risco de que o atendimento seja “atropelado” pelos ideais de bem e de moral, de saber pela criança o que é melhor para ela. Isso também significa dizer que há uma certa força que empuxa o atendimento com crianças e adolescentes para a direção da pedagogização, de forma que se verticalize o poder e o saber, na medida em que pode prevalecer o imaginário de que o ser criança/adolescente ainda “precisa” ser ensinado pelos adultos.

Nessa perspectiva, entende-se que a política, ao formular uma ressalva deste tipo, de que crianças e adolescentes precisam ser consideradas como sujeitos, produz um alerta ao clínico, implicando-o a sustentar uma posição de afastamento da sua própria condição de sujeito e de “adulto”; de, assim como na clínica com os adultos, sustentar uma posição transferencial endereçada pela própria criança/adolescente, e daí dirigir o tratamento. Assim como a psicanálise (Lacan, 1965/1998), a política em SMCA convoca àquele que ocupa a função de clínico responsabilizar-se para que a condição de sujeito daquele que está sendo cuidado seja preservada e tomada como motor do tratamento.

Nesse sentido, foi por meio dos pressupostos psicanalíticos que me permiti interpretar alguns dados. Afinal, se toda leitura da realidade exige uma lente, foi por meio da lente psicanalítica que foi possível tecer discussões e reflexões sobre o que em política nomeia-se como “atenção

psicossocial infanto-juvenil” (APIJ). No entanto, esclareço que a dissertação não objetivou operar os conceitos da psicanálise com o campo APIJ, mas, utilizar-se dos seus pressupostos éticos para situar a importância da função clínica em um serviço norteado por uma política pública. Isso significa dizer que as discussões aqui tecidas partem do princípio de que se não se tem a “dimensão clínica” – e aqui me refiro a uma clínica orientada às singularidades do sujeito, entendendo-o como sujeito de desejo e de responsabilidade – de certos procedimentos no trabalho em serviços públicos em Saúde Mental, seus atos, embora precedidos de respaldos políticos, podem estar fadados a serem vazios para o *sujeito*. Isso significa dizer que, na melhor das hipóteses, apenas a condição de direito, isto é, de cidadão, será considerada.

Além disso, também se pode entender que essa “dimensão clínica” se refere, sobretudo, ao ato de cuidar. Considerando que o CAPSij é um dos espaços públicos responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes – cuidado orientado pelo paradigma da Atenção Psicossocial –, entende-se que esse ato clínico (o cuidar) é essencialmente um ato político, posto que representa um modo do Estado Democrático cuidar de seus cidadãos. Nesse sentido, a dissertação busca, ao longo das discussões, apontar para a importância e responsabilidade tanto de uma clínica orientada pela escuta da singularidade do sujeito quanto pela promoção de condições de vidas mais potentes como alicerces da Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (APIJ).

O trabalho foi organizado da seguinte maneira: na “Introdução” é retomado o histórico das ações destinadas à “loucura” na infância no contexto brasileiro; o momento da implementação da Portaria 336/2002 que funda, entre outros serviços, o CAPSij; as particularidades do cuidado em Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA); uma breve descrição dos quatro documentos ministeriais que trazem diretrizes para o cuidado em SMCA no Sistema Único de Saúde (SUS); a delimitação do campo de pesquisa, isto é, o CAPSij de Vitória; os principais resultados do estudo de caracterização empreendido por Ronchi e Avellar (2010); e os objetivos traçados pela dissertação. Conta-se, na sessão “Métodos”, o porquê do estudo ser delineado como estudo de caso e como procedeu as etapas metodológicas. Optou-se por organizar a seção “Resultados” em subseções,

apresentando, primeiramente, os resultados quantitativos (referentes à coleta nos prontuários) seguidos da comparação com os resultados conseguidos pelo primeiro estudo. Segundamente, são apresentados os resultados qualitativos (referente às entrevistas com os profissionais do CAPSij) que foi seguida, novamente, pela comparação com os resultados referentes ao primeiro estudo. Deste modo, a “Discussão” segue o mesmo estilo, de forma que se discute, inicialmente, os dados quantitativos e, posteriormente, os dados qualitativos. Por fim, nas “Considerações Finais” são retomados os objetivos do estudo e as principais mudanças ocorridas no serviço em comparação ao seu primeiro ano de funcionamento, assim como as principais questões que se mantiveram presentes no serviço.

## 1 Introdução

A reforma da atenção em saúde mental ocorrida nos últimos anos no Brasil, teve como principal direcionamento políticas democráticas que resultaram em redução significativa de leitos psiquiátricos, criação de serviços na comunidade, ampliação radical do acesso ao tratamento, abertura das fronteiras de atendimento na atenção primária e na intersetorialidade (Delgado, 2019). O que contrasta com uma lógica manicomial, sustentada por um modelo biomédico, patologizante e excludente. Tal redirecionamento implicou na construção de uma clínica orientada pela compreensão psicossocial do sofrimento psíquico, condição que circunscreve as práticas clínicas no âmbito de um cuidado muito mais amplo (Amarante, 1995).

Nessa direção, as práticas clínicas devem estar implicadas em romper com as tendências normalizadoras, as quais tomam a patologia como objeto da clínica em detrimento do sujeito e da saúde como processo e expressão dos determinantes sociais (Scarcelli & Alencar, 2009). Dito de outro modo, a clínica deve extrapolar o sentido meramente técnico do “tratar”, de forma que se incluam nesse espectro “técnico” as ações de cuidar, acolher, escutar, possibilitar ações emancipatórias e potencializar a qualidade de vida dos sujeitos (Ministério da Saúde, 2014).

Após aprovação da Lei Federal 10.216 (conhecida como “Lei Paulo Delgado”), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, o modelo hospitalocêntrico passa ser substituído por uma rede de atenção, que além de considerar a liberdade e o acesso à cidadania a seus usuários, também deve corresponder aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta terapêutica passa a ser pautada na atenção e cuidado psicossocial cotidianos, devendo cuidado em saúde estar intimamente ligado às práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização (Silva Júnior, Merhy & Carvalho, 2003).

Nesse contexto, é atribuído ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) função estratégica dentro dessa rede substitutiva. Os CAPS, além de tomarem para cuidado pessoas em sofrimento psíquico segundo a lógica psicossocial, também passam a assumir papel político de articulador da

rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, portanto, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

No entanto, há que se destacar que os CAPS, inicialmente, não compreenderam todos os segmentos da população em sofrimento psíquico. Por muito tempo, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, severo e persistente estiveram às margens das políticas públicas de saúde. Para Couto, Duarte e Delgado (2008), as políticas de Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA), norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, deram-se tardiamente no Brasil. Somente em 2002 foi instituída a Portaria 336/2002, que estabelece, dentre outras modalidades, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij), serviço direcionado à atenção específica da população infanto-juvenil em sofrimento psíquico grave, severo e persistente (Brasil, 2002). Vale esclarecer que esse serviço foi instituído dezesseis anos depois da abertura do primeiro CAPS, inaugurado na cidade de São Paulo, no final do ano de 1986. Pode-se falar, portanto, de uma dívida histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica no que tange ao público infanto-juvenil (Cirino, 2004).

A existência dos CAPSij não apenas presentificou um lugar possível de cuidado para com esse público como também deu maior visibilidade ao sofrimento psíquico na infância e adolescência, questão que por muito tempo foi ignorada pelo campo da saúde pública (Reis, Delfini, Dombi-Barbosa, & Oliveira, 2011). Inclusive, foi a partir da implementação dos CAPSij que o Ministério da Saúde passou a produzir as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental dirigida à crianças e adolescentes,

Para Couto (2003), muito tempo se passou para se chegar a um texto com um estatuto de norma/portaria. A autora argumenta que a força propulsora que fez desembocar o ato normativo foi construída sorrateiramente, por experiências de trabalho isoladas, mas que foram “fazendo ver que era possível e imprescindível partilharem dos princípios, das ações e dos enfrentamentos que constituíam o campo público mais geral da saúde mental no Brasil” (p. 192). Segundo a autora, o que está proposto na portaria não difere do cotidiano de muitas experiências de trabalho que

aconteciam e acontecem no Brasil afora. Entretanto, ressalta que o mais importante da Portaria 336/2002 é o fato de afirmar, “publicamente, para todos os cantos desse país, que, de agora em diante, não bastarão êxitos locais, *todos* deverão rever seus procedimentos em relação à criança e ao adolescente” (Couto, 2003, p. 192). Isto, de fato, deve ser entendido como um grande avanço. Mas a que se deve este atraso na implementação de uma política de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes?

Couto, Duarte e Delgado (2008) destacam quatro fatores que contribuíram para a inclusão tardia do público infanto-juvenil na agenda das políticas de saúde mental do Brasil. São eles: i) a complexidade da avaliação diagnóstica que se relacionam a esse campo; ii) carência de estudos que considerem a especificidade de fatores regionais/culturais na proteção ou risco à saúde mental de crianças e adolescentes; iii) ausência de evidências consistentes sobre a eficácia de tratamentos voltados para esse público, e iv) a dificuldade de articulação efetiva entre os membros da rede que compõe direta e indiretamente a assistência (setores da saúde, setor educacional, assistencial e jurídico, por exemplo).

Por sua vez, Cervo e Silva (2014) entendem que para pensarmos o cuidado de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico no Brasil, devemos analisar os diversos processos sócio-históricos que atravessam os saberes, que, por sua vez, (re)produziram discursos e verdades sobre o sofrimento psíquico na infância e adolescência. Para Taño e Matsukura (2015), as ações em saúde mental dirigidas às crianças e adolescentes no Brasil foram marcadas pelo plano político, ideológico e social do país, que culminaram em estratégias de segregação e institucionalização. Há que se destacar, no entanto, que estas ações não foram dirigidas às quaisquer crianças ou adolescentes. Bulcão (2012) argumenta que devido ao plano da infância ser atravessado pelos discursos médicos e jurídicos, foram construídas no imaginário social duas infâncias distintas. A primeira estaria associada ao conceito de menor e ao termo “pivete”, sendo constituída por crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, abandonadas e que perambulam pelas cidades, que estão frequentemente no limiar da delinquência, sendo, portanto, considerados desviantes. Já a segunda

estaria mais conectada às instituições da família e da escola, sendo constituída por crianças e adolescentes de nível socioeconômico mais favorecido, portanto não necessitariam de tutela, vigilância ou atenção “especial” do Estado (Cervo & Silva, 2014). Ao primeiro público eram destinados os orfanatos, manicômios e instituições asilares.

Vorcaro (2011) observa que a psiquiatria infantil ganhou força diante deste processo de tutela social, em que seus interesses profiláticos se alinharam às exigências dos aparelhos sociais. Observa-se, no entanto, que este movimento da psiquiatrização da infância não passou primeiramente pela “criança louca” ou pela loucura na infância, mas pela “criança imbecil”, a “criança idiota” – posteriormente chamada de criança “retardada”. Foi através da criança não-louca que a psiquiatrização da infância se produziu, logo, a generalização do poder psiquiátrico (Cervo & Silva, 2014).

Ferreira (2004), que também acompanha essa perspectiva, argumenta que a loucura na infância foi inicialmente ignorada, e que quando houve o seu reconhecimento foi através do “manto da deficiência”, o que destinou por muito tempo as crianças aos cuidados das instituições pedagógicas e filantrópicas. Dessa forma, os impasses do reconhecimento da loucura infantil assumiram roupagens distinta dos adultos, acentuadas ainda mais por uma leitura moral. Não à toa as constantes marcações significantes que se constituem muitas das vezes como nosográficas: “criança encapetada, impossível, sem limites, danada” (Ferreira, 2004, p. 14).

Atualmente, o cenário da SMCA é outro. Agora, as crianças e os adolescentes têm alta visibilidade na saúde mental; a diferença, no entanto, é que eles são convocados constantemente a ocuparem lugares estigmatizados e de psicopatologização, portanto, não se trata, ainda, de uma visibilidade no cenário de um *cuidado* em saúde, mas de um cenário de psicopatologização e medicalização da infância. Para Vorcaro (2011), a clínica psiquiátrica veio tamponar, através das suas marcações diagnósticas, o mal-estar que a infância produz no projeto social. Portanto, se antes as marcações “criança encapetada”, “sem limites” e “danada” eram tidas como significantes nosográficos, hoje já existem nosografias específicas que diagnosticam esses fenômenos em busca

de normalizar o sujeito desviante; portanto, pouco se ocupam do sofrimento psíquico. São os casos, por exemplo, do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno Desafiador Opositivo (TOD), sinalizados pela literatura como os transtornos mais diagnosticados na população infantil com prevalência estimada em 3% a 6%, e, dependendo do critério utilizado, podem chegar a 26% (Graeff & Vaz, 2006; Shimizu & Miranda, 2012).

Nesse sentido, em contrapartida ao cenário do que propõem as políticas, as quais incluíram as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no escopo da responsabilidade e do cuidado do SUS, especialmente através dos CAPSij, persistem discursos socioeconômicos de infâncias diferentes e discursos “psi” que psicopatologizam e medicalizam a infância. Nesses termos, Cavalcante, Jorge e Santos (2012) entendem que apesar dos avanços históricos, o público infanto-juvenil ainda tem pouca visibilidade no cenário do *cuidado* em saúde, e isso se acentua no campo da saúde mental. Vale esclarecer que o entendimento de cuidado em saúde a que estes autores se referem está ligado às práticas nas quais se leva em conta a experiência do adoecimento, seja ele físico ou mental. Dessa forma, o cuidado em saúde que aqui se trata, conforme indicado, deve estar intimamente ligado às práticas de acolhimento, vínculo e responsabilização (Ayres, 2004; Silva Júnior, Merhy & Carvalho, 2003).

### *1.1 Panorama das diretrizes que norteiam o cuidado em SMCA no SUS*

Conforme indicado, o CAPSij figura um dos espaços possíveis para o cuidado em SMCA de crianças e adolescentes. Foi a partir da implementação dos CAPSij que o Ministério da Saúde passou a produzir as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental dirigida à crianças e adolescentes.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu o *Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil*, criado com a finalidade de construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental dirigida à crianças e adolescentes. O documento se configurou como uma publicação que contém as recomendações e cartas dos fóruns realizados entre os anos de

2005 e 2012 (Ministério da Saúde, 2014b). Os fóruns, que aconteceram nos anos de 2004, 2005, 2006, 2007, 2009 e 2012 têm figurado um importante instrumento de gestão, possibilitando dar visibilidade e resolutividade, coletiva e intersetorialmente, às diversas dificuldades que durante muito tempo ficaram em um segundo plano ou até mesmo totalmente ignoradas (Ministério de Saúde, 2014b).

Em 2005, foi publicado o documento *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (Ministério da Saúde, 2005). De saída, o documento compreende que um dos grandes desafios do campo da Saúde Mental, em sentido amplo, é a construção de “uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS” (p. 09). Se aprofundarmos a leitura, situam-se, portanto, desafios no campo da clínica, os quais apontam para a importância de se tomar crianças e adolescentes como sujeitos, não apenas no sentido de *sujeito de direitos* – vide Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990) – mas no sentido de sujeitos capazes de responderem a partir de suas subjetividades – denotando que se trata, em essência, de um desafio no campo da ética –, e, também, desafios no campo das políticas públicas. Esse último, conforme o documento, diz respeito à importância das políticas de SMCA corresponderem os princípios do SUS, a saber: universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização, entre outros (Brasil, 1990). Portanto, trata-se do desafio de construir uma Rede de Atenção à Crianças e Adolescentes em sofrimento psíquico que garanta a aplicação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já em 2011, o Ministério da Saúde (2011), por meio da portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscou ampliar o acesso das pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no escopo da responsabilidade do SUS, por meio de pontos de atenção<sup>1</sup>. No que se refere à Atenção Psicossocial da Infância e

---

<sup>1</sup> Principais pontos de atenção da RAPS: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Consultórios da rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de atenção em regime residencial; Leitos de

Adolescência, são destacados os seguintes pontos de atenção: Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS), as equipes de Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij), e os serviços de urgência e emergência e os hospitalares (Ministério da Saúde, 2011). Nota-se, portanto, que o CAPSij é apresentado como *um* dos equipamentos possíveis para o cuidado de crianças e adolescentes, e que, embora seja referência nas questões em saúde mental e uso abusivo de substâncias psicoativas, o serviço está inserido em uma Rede. Isso significa dizer que suas ações de cuidado não deverão ser isoladas, mas articuladas às ações de outros equipamentos, inclusive, fora da Rede de Atenção, como os setores escolares, assistenciais, jurídicos etc. Trata-se, portanto, não apenas de uma Rede de Assistência em Saúde Mental, mas uma Rede de Atenção Psicossocial.

Mais recentemente, em 2014, foi publicado o documento intitulado *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir o Cuidado* (Ministério da Saúde, 2014a). São destacadas, nesse documento, as seguintes diretrizes: a) o reconhecimento de crianças e adolescentes como *sujeitos*, capazes de falarem por si e endereçarem seus próprios sintomas; b) a lógica clínico-ética do *acolhimento universal*, sugerindo que as portas dos serviços deverão estar abertas para todos aqueles que o procuram, portanto, todas as demandas deverão ser *ouvidas e respondidas*; c) o *encaminhamento implicado e corresponsável*, indicando que mesmo que seja entendido que outro serviço da Rede corresponda melhor às necessidades e demandas de um usuário, o serviço que inicialmente acolheu o caso é responsável por promover o acompanhamento do mesmo até a sua inclusão e o seu atendimento em outro serviço; d) a construção permanente da rede de *intersectorialidade*, diretriz que tem por fundamento a própria clínica ampliada; e) o *trabalho no território*, sendo que o conceito de “território” é tomado para-além do sentidos geográficos ou regionais, mas como lugares e funções subjetivas importantes para determinado usuário; e f) a avaliação das demandas e *construção compartilhada* das necessidades de saúde

mental, condição que convoca equipe, familiares e demais instituições (escolas e setores jurídicos, por exemplo) a se implicarem nas necessidades subjetivas dos usuários (p. 23-27).

Diante do exposto, essas diretrizes, que são, afinal, um esforço de formalização técnica tendo como ponto de partida a ética, necessária para fundamentar o trabalho na atenção psicossocial da criança e do adolescente, denotam um valor social que tem como próprio fundamento o conceito de “Atenção Psicossocial”. Isso significa dizer que o fazer dos serviços que constituem a RAPS devem extrapolar o sentido meramente técnico do “tratar”, de forma que se inclua nesse espectro “técnico” as ações de cuidar, acolher, escutar, possibilitar ações emancipatórias e potencializar a qualidade de vida dos usuários, valorizando o cuidado intersetorial e no território. Nesses termos, essas referências sugerem que todos profissionais atuantes nos serviços tomem, imprescindivelmente, as singularidades de cada usuário e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições como direção de um tratamento (Ministério da Saúde, 2014a). Dito de outro modo, as diretrizes apontam para a importância da clínica orientada pela escuta da singularidade do sujeito como alicerce da atenção psicossocial infanto-juvenil.

Para Guerra e Lima (2003), um dos maiores desafios no campo da saúde mental infanto-juvenil é a desconstrução de uma lógica ortopédica a qual, muitas vezes, Psiquiatria e Psicologia se reportam, com práticas engessadas e que geram institucionalização. Nesse sentido, as autoras entendem ser necessário sustentar uma clínica que responda a uma dimensão política do respeito à diferença: “desfazer equívocos de encaminhamento, priorizar a clientela grave, incluir e não segregar, trabalhar com a diferença em lugar da deficiência, têm sido algumas das palavras de ordem nessa tarefa (p. 11).

Corroborando a ideia, Couto (2003) entende que quaisquer que sejam as políticas específicas a serem implementadas, é preciso sustentar uma posição clínico-ética que tomem crianças e adolescentes como sujeitos de responsabilidade e de direitos; estando, portanto, “a rede de saúde mental comprometida *em não reduzir seu trabalho* à pedagogização do tratamento, à medicalização do sofrimento ou à institucionalização do cuidado” (p. 196). Em termos de política, isso significa

dizer que quando se trata da criança e do adolescente, é preciso adotar como princípio a ideia de que ambos são sujeitos de direitos, que, por conseguinte, possuem o direito ao cuidado e o reconhecimento de seu sofrimento (Ministério da Saúde, 2005).

### *1.2 Delimitando o nosso campo de pesquisa*

No campo da saúde mental, tem se destacado os estudos que utilizam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como espaços privilegiados para campo de pesquisa. Esses estudos possibilitam tomar suas práticas, produções e até mesmo os seus agentes (profissionais, usuários, familiares e voluntários) como um problema de pesquisa, possibilitando dados para elaboração de políticas e ações em saúde mental e gerando maiores benefícios para a população (Barreto, 2004).

Conforme ressaltado em tópico anterior, As diretrizes ministeriais (Ministério da Saúde, 2005; 2011; 2014a; 2014b) sugerem que os cuidados em SMCA se desenvolvam em diversos serviços de saúde, que vão desde a Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde [UBS], Estratégias Saúde da Família [ESF] e Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASF], Consultório na Rua e Centro de Convivência e Cooperativa [CECCO]) à Atenção Secundária (CAPSi, Ambulatórios e Hospitais Gerais). Embora o CAPSi figure uma modalidade de serviço dentre outros, situam-se um valores clínico-políticos neste serviço que são singulares, na medida que se pressupõe um espaço e equipe interdisciplinar melhor capacitada para o cuidado casos que envolvem sofrimento psíquico grave, severo e persistente (Brasil, 2002).

Entretanto, no que tange ao campo da SMCA, muitos estudos têm tomado o equipamento CAPSi como um espaço privilegiado para discussão da temática, na medida em que esse serviço é entendido como responsável por ordenar a demanda de SMCA (Bezerra Júnior, 2004; Couto, Duarte & Delgado, 2008; Elia, 2005; 2010). Sobre essa questão, entendemos que o CAPSi, ao figurar um espaço que corporifica a lógica do cuidado em liberdade, cotidiano e no território – lógica representada pelo paradigma “Atenção Psicossocial” – mostra-se como objeto de pesquisa

privilegiado para o desenvolvimento de análises críticas sobre os impasses existentes no empreendimento de ações psicossociais destinadas à infância e adolescência.

Em linhas gerais, a literatura sobre os CAPSi tem sinalizado alguns pontos que figuram entraves nas ações psicossociais destinadas à infância e à adolescência. Entre esses pontos, destacam-se as seguintes dificuldades: i) a precarização do trabalho e a má gestão nos diferentes níveis de governo; ii) capacitação dos profissionais para o trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes, especialmente no que diz respeito às referências técnicas para o cuidado de usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e psicoses; iii) desconhecimento da população sobre os serviços oferecidos pelos CAPSi; iv) pouco investimento em Apoio Matricial e práticas intersetoriais incipientes; v) alto índice de crianças e adolescentes encaminhadas com queixas de dificuldades no espaço escolar-educacional, e vi) a dificuldade das equipes de CAPSi constituírem “lugar” possível para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas conforme os pressupostos da lógica psicossocial e da política da Redução de Danos (Carvalho, Gondim, Holanda, & Alencar, 2014; Couto & Delgado, 2015; Monteiro, Teixeira, Silva, Rabelo, Tavares, & Távora, 2012; Muylaert, Delfini, & Reis, 2015; Ronchi & Avellar, 2010; Salvador & Pio, 2016; Teixeira & Jucá, 2014; Tristão, 2018).

Além disso, os estudos têm evidenciado que muitos equipamentos compartilham particularidades no que se refere à clientela. Nesses serviços, são tomados para cuidado majoritariamente crianças e adolescentes provenientes de famílias com baixa renda. Não raro, encontram-se usuários em situações de extrema vulnerabilidade social, que habitam em laços familiares fragilizados, em abrigamentos ou em contextos de rua (Delfini et al., 2009; Hoffman, Santos, & Mota, 2008; Nascimento et al., 2014; Ronchi & Avellar, 2010).

Nesse sentido, também se compreende a relevância de se produzir conhecimento acerca dos CAPSi, uma vez esse serviço ainda é relativamente novo no contexto brasileiro (16 anos). Além disso, é por meio da produção de saberes como esses que se pode potencializar parcerias entre Universidades e o SUS, condição que pode refletir positivamente no cuidado às crianças e

adolescentes e na tarefa permanente da produção de conhecimento e formação para o trabalho em Atenção Psicossocial.

De acordo com a planilha *Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes*, empreendida pelo Ministério Saúde (2009), em 2009 existiam 112 CAPSij no Brasil, de modo que, em alguns estados havia mais de dois, em outros nenhum. Segundo o censo mais recente (Ministério da Saúde, 2015), em 2014 existiam 201 CAPSij. Foi a partir de 2014 que todos os estados passaram a contar com ao menos um serviço de atenção psicossocial destinado à crianças e adolescentes.

No que se refere ao nosso estado, o Espírito Santo, é válido lembrar que, atualmente, em 2018, há apenas três unidades CAPSij. A unidade de Vitória – unidade que, aqui, foi tomada para estudo – foi implantada em Setembro de 2007. A unidade do CAPSij de Serra foi implementada em 2017. Mais recentemente, em 2018, foi inaugurada o CAPSij no município de Vila Velha. Se os CAPSij passam a ser instituídos em 2002, através da Portaria 336/2002, o estado do Espírito Santo passa a contar com uma unidade somente cinco anos depois, em 2007, sendo que, por uma década, essa unidade suportou ser a única do Estado. Embora o cenário atual compreenda três unidades CAPSij no estado, fato que pode ser visto como positivo, há que se destacar, no entanto, que as três unidades contemplam apenas a região metropolitana. Isso significa dizer que diversas outras regiões (Norte e Nordeste do estado, principalmente) crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso continuam à deriva em busca de atendimento público especializado, sem que encontre uma Rede de Atenção fortalecida.

No que se refere ao nosso campo de pesquisa, o CAPSij de Vitória, tomado, aqui, como campo e problema de pesquisa, é válido informar que esta unidade se destaca das demais existentes no país, pois passou por um processo de fusão com outra instituição. Em 2012, o município de Vitória 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 CAPSadi. O serviço funcionou por aproximadamente um ano, quando se decidiu que sua demanda seria

absorvida pelo CAPSij, que já existia no município desde 2007. Com a junção dos serviços, parte da equipe que compunha o serviço “adi” foi incorporada à do CAPSij, de modo que o serviço teve que se reorganizar para acolher os novos profissionais e a nova demanda: crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (Quintanilha, Belotti, Tristão, & Avellar, 2017)

Outra questão que se pode destacar no CAPSij de Vitória é o fato de que este serviço tem construído e fortalecido parcerias com as Universidades. Além de receber e acolher estagiários de Cursos de Psicologia e Terapia Ocupacional, também tem acolhido diversos estudos empreendidos por grupos de pesquisa. Destaca-se, aqui, o Grupo de Pesquisa de Psicologia e Saúde do laboratório LEITRAS, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES). Recentemente, a coordenadora do Grupo de Pesquisa, Professora Dra. Luziane Zacché Avellar, publicou um capítulo de livro em que se discute algumas das pesquisas realizadas pelo grupo (Avellar & Safra, 2018). Entre os cinco grandes estudos por ela orientados, destaca-se, aqui, os resultados de uma pesquisa de Iniciação Científica, que teve como objetivo conhecer e descrever o primeiro ano de funcionamento do supracitado CAPSij, por meio da caracterização de crianças e adolescentes atendidas durante o recorte de tempo estabelecido e, também, por meio de entrevistas com os profissionais. Os resultados deste estudo foram publicados em Ronchi e Avellar (2010). De acordo com Avellar e Safra (2018), a referida pesquisa possibilitou a obtenção de uma “fotografia” do serviço naquele momento.

Para Delfini, Dombi-Barbosa, Fonseca, Tavares e Reis (2009), o levantamento de características da população atendida pelos CAPSij, assim como os modos de atuação deste serviço, permite realizar uma reflexão do hiato existente entre as diretrizes que orientam estes serviços e a realidade cotidiana com a qual eles se deparam. Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o aprimoramento dos serviços de saúde mental através, por exemplo, da produção de dados concretos sobre os serviços e recursos existentes, e que a preocupação em garantir a qualidade da saúde tem sido cada vez mais debatida entre os profissionais e usuários, fazendo com

que o aprimoramento *prático* seja cada vez mais importante, os estudos de caracterização figuram ferramentas valiosas, capazes de auxiliarem nessas estratégias (Albanes, Lobo, & Bernadini, 2013; Saraceno, Asioli, & Gianni, 1994). Entretanto, há que se destacar que a produção desses dados sobre os serviços e seus recursos devem ser *contínuas*, o que aponta para a importância de que estes estudos sejam refeitos de tempos em tempos, possibilitando comparações de dados e o acompanhamento contínuo de um mesmo serviço.

Diante do exposto, após dez anos de atividade do CAPSij de Vitória, apostou-se ser pertinente realizar nova caracterização, especialmente com o intuito de comparar resultados, possibilitando a visualização de possíveis mudanças ocorridas no serviço.

### *1.3 O CAPSij de Vitória em seu primeiro ano de funcionamento*

No estudo a ser comparado, Ronchi e Avellar (2010) tiveram como objetivo conhecer e descrever o serviço do CAPSij da cidade de Vitória - ES, em seu primeiro ano de funcionamento (período que corresponde entre Setembro de 2007 e Setembro de 2008), por meio da consulta aos dados dos prontuários dos pacientes e entrevistas com os profissionais trabalhadores da unidade em questão. Como resultados, foi contabilizado um montante de 162 crianças e adolescentes as quais receberam algum tipo de atendimento na unidade. Deste montante, 51 permaneceram em atendimento regular durante o recorte de tempo estabelecido pelo estudo. Os diagnósticos mais registrados foram os *Transtornos emocionais e do comportamento com início usualmente na infância e adolescência* (F90 a F98) com 29,4%, seguidos pelos *Transtornos do desenvolvimento psicológico* (F80 a F89.9) com 27,5%, as *Esquizofrenias, Transtornos esquizotípico e delirantes* (F20 a F29) com 19,6%, os *Retardos mentais* (F70 a F79.9) com 13,7%.

Entre as modalidades de atendimentos mais oferecidas foram registradas a Psicoterapia (56,9%), Arterapia (45,1%), Práticas Corporais (39,2%), Musicoterapia (31,4%), Grupo de Adolescentes (23,5%), Terapia Ocupacional (21,6%) e Oficina de Histórias (15,7%). Dentre os serviços ofertados para os familiares, os existentes eram: grupo de mulheres, psicoterapia para mãe,

atendimento familiar, grupo familiar, atendimento do serviço social à mãe, atendimento psicológico familiar e atendimento psicológico à mãe.

A partir das entrevistas, identificou-se que os profissionais não se sentiam seguros completamente em relação ao trabalho no CAPSij, pois muitos desconheciam a dinâmica desse tipo trabalho, assim como as regulamentações sobre as especificidades do serviço implantando. Chama-se a atenção para observação das autoras acerca do alto índice de significância da palavra “coisa”, produzido pelos profissionais especialmente quando questionados sobre a “construção do fazer na assistência em saúde mental”. As autoras interpretaram este índice como uma dificuldade dos profissionais em nomearem a prática. Mesmo assim, os profissionais relataram tentativas de criar novas formas de atuação, acoplando procedimentos abrangentes, como atendimento em duplas e acompanhamento direto ao usuário dentro dos espaços que utiliza na instituição, às práticas tradicionais, como o atendimento clínico (Ronchi & Avellar, 2010).

A forma como o estudo foi delineado permitiu uma compreensão mais efetiva sobre a produção deste CAPSij, uma vez que as entrevistas possibilitaram aos profissionais do serviço discursarem acerca de suas percepções sobre trabalho no CAPSij e os processos de como fazê-lo. Ronchi e Avellar (2010) concluem que a pesquisa possibilitou identificar e descrever as dificuldades e desafios do serviço para com a demanda em SMIJ, como a própria percepção dos profissionais sobre a necessidade de buscar novas formas de atuação na atenção em saúde mental no campo infanto-juvenil, através de leituras, capacitação e preparo, para que o serviço melhore cada vez mais.

Diante do exposto, reforça-se a pertinência da realização de novo estudo, após uma década de funcionamento do CAPSij de Vitória. Tempo em que, vale lembrar, compreende a publicação de dois novos documentos ministeriais que discutem práticas e recomendações para as ações de cuidado em SMCA<sup>2</sup> e diversos artigos dedicados à temática e aos serviços dos CAPSij, em

---

<sup>2</sup> Refiro-me, especificamente, a duas publicações do Ministério da Saúde: “Atenção Psicossocial a Criança e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (2014a), documento elaborado por profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, promotores de justiça, defensores públicos, juízes, gestores e profissionais de saúde, especialmente os da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de

específico, ampliando os referenciais teóricos que subsidiam as práticas de cuidado de crianças e adolescentes nesse serviço. Além disso, a comparação entre os dados permite a visualização de possíveis mudanças ocorridas no mesmo serviço, fato que ainda não é presente na literatura sobre o CAPSij (Leitão, Constantinidis, & Avellar, no prelo).

Nessa perspectiva, vale esclarecer que embora este estudo de mestrado objetivou comparar dados de uma mesma unidade CAPSij, a discussão também foi orientada para o campo da Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (APIJ) como um todo. Afinal, não se trata de um serviço descolado da Rede e de uma Política, e que funciona segundo sua própria lógica. Dessa forma, o objetivo de conhecer e descrever CAPSij de Vitória em seu décimo ano funcionamento e identificar se houveram mudanças em suas atividades, é o de contribuir com indicadores para a adequação das políticas em APIJ à realidade local desse serviço, além de refletir se as práticas desta unidade têm acompanhado o que preconiza as diretrizes ministeriais e o que tem sido discutido pela literatura em APIJ.

Para Couto (2003, p. 196) as políticas gerais estão dadas, “o tempo agora é de traduzi-las, realizá-las em cada canto deste imenso país, suportando o particular de cada caso, o peculiar de cada localidade”. As questões que aqui se colocam, portanto, são: Será que o CAPSij de Vitória tem conseguido traduzir e colocar em ação o que se preconiza a política? Houve mudanças (avanços, retrocessos, impasses, melhorias) durante os 10 anos de funcionamento deste serviço? Se sim, quais?

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Conhecer e descrever os serviços do CAPSij de Vitória em seu décimo ano de funcionamento.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSij entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017;
- Identificar como os profissionais do CAPSij da cidade de Vitória percebem e descrevem as suas práticas;
- Comparar os resultados atuais com os encontrados no estudo de Ronchi e Avellar (2010).
- Identificar mudanças ocorridas no serviço ao longo de seus dez anos de funcionamento.

## 3 Método

Esta pesquisa pode ser classificada como estudo de caso. Gil (2009) afirma que o estudo de caso pode ser tido como um delineamento de pesquisa que valoriza o caráter unitário de um fenômeno contemporâneo articulado ao seu contexto. Ele possibilita a obtenção dos dados em maior profundidade, o que permite formular hipóteses e/ou desenvolver teorias. Alves-Mazzoti (2006), em um estudo que objetivou examinar a utilização do estudo de caso como método de pesquisa qualitativa no campo da educação, aponta que muitos estudos intitulados como “estudo de caso”, na verdade, não se caracterizam como tal. Segundo o autor, não são porque apoiam-se unicamente ao fato de serem desenvolvidos em uma única unidade (uma escola, por exemplo), ou incluírem um número reduzido de sujeitos. Dessa forma, não explicitam o porquê de uma escola ter sido escolhida e não outra, “deixando a impressão de que poderia ser qualquer uma; ou seja, a escola

escolhida não é um ‘caso’, não apresenta qualquer interesse em si, é apenas um local disponível para a coleta de dados” (p. 639).

Nesse sentido, argumenta-se que a singularidade de nosso caso, isto é, o CAPSij de Vitória, reside, sobretudo, no fato deste mesmo CAPSij ter sido objeto de estudo de uma pesquisa a qual utilizou as mesmas técnicas de coleta e análise de dados, o que permitiria a visualização de possíveis mudanças ocorridas neste serviço. Portanto, não se trata, agora, de uma pesquisa de caráter exploratório, mas de uma continuidade de produção de conhecimento em que se pode tomar como base, além de outros estudos delineados em CAPSi de outras regiões, os dados produzidos pelo próprio serviço.

Além disso, em revisão integrativa de literatura sobre estudos delineados em unidades CAPSij (Leitão, Constantinidis, & Avellar, no prelo), foi identificado pouca expressividade de pesquisas delineadas como “estudo de caso” e nenhuma com o objetivo de comparação de dados de uma mesma unidade, como já dito. Soma-se, também, o fato de até 2017 ter sido, este, o único CAPSij de todo o estado do Espírito Santo. Portanto, o CAPSi de Vitória, em seu décimo ano de funcionamento, mostra-se como um campo privilegiado para pesquisa e discussão sobre o tema da Saúde Mental da Criança e do Adolescente.

Diante do exposto, ressalta-se que este estudo foi delineado por meio de entrevistas com os profissionais trabalhadores do referido CAPSij conjugado com a análise dos prontuários eletrônicos de crianças e adolescentes que receberam algum tipo de atendimento na unidade.

### *3.1 Participantes*

Entrevistou-se, segundo a disponibilidade, 15 profissionais trabalhadores de CAPSij de Vitória, Espírito Santo, número que corresponde a 60% do total de funcionários (n=25, incluindo os profissionais técnicos-administrativos). Dentre os profissionais entrevistados, 11 são de nível superior, 03 de nível técnico e 01 da gestão do serviço. A média de tempo de trabalho no CAPSi é de 5,78 anos, sendo que 04 profissionais trabalham no serviço desde sua inauguração (há 10 anos).

Entre as formações dos entrevistados, destacam-se a Arteterapia, Assistência Social, Enfermagem, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Técnico em Enfermagem e Terapia ocupacional. Todos os profissionais entrevistados são concursados pela prefeitura.

No que se refere à parte documental, foram acessados 246 prontuários eletrônicos, o que corresponde ao número de crianças e adolescentes que receberam algum tipo de atendimento no espaço físico do CAPSi entre o período de Setembro de 2016 e Setembro de 2017.

### *3.2 Instrumentos*

Foi utilizado um formulário para coleta de dados dos registros prontuários (Apêndice I). Este formulário foi produzido em 2007 para o primeiro estudo. Ele foi revisado e adaptado para a pesquisa atual, contando, agora, com sete novos itens, uma vez que foram identificados novos registros nos prontuários, como a(s) pessoa(s) responsável(is) por acompanhar a criança ou adolescente no serviço, a(s) pessoa(s) que participa(m) do grupo familiar, assim como os registros de internação. Também adaptou-se o roteiro de entrevista semiestruturado construído para o primeiro estudo, que contava com perguntas sobre as experiências de trabalho em um campo e serviço de saúde mental até então novos. Acrescentou-se ao roteiro questões acerca das percepções dos profissionais sobre as mudanças no serviço nos últimos dez anos de funcionamento e sobre as experiências atuais do serviço no cuidado de SMCA (Apêndice II).

### *3.3 Procedimento de coleta de dados*

Primeiramente, foram coletados os dados a partir dos prontuários dos usuários. Esta etapa pode ser classificada como “pesquisa documental”. Os documentos utilizados, os prontuários, são considerados como “documentos de primeira mão”, uma vez que eles não receberam nenhum tratamento analítico (Gil, 2002). Barletta, Paixa, Feitosa, Oliveira e Santos (2012) consideram os prontuários como fonte importante de informações para pesquisas e coleta de dados justamente por conterem dados relativos à história do atendimento de cada usuário, isto é, as intervenções realizadas, diagnósticos, prognósticos, e medicamentos prescritos, assim como dados demográficos

(sexo, idade, escolaridade, atividade profissional, estrutura familiar etc.), o que permite traçar tanto o perfil da população assistida quanto analisar as ações dirigidas a esta população. Vale esclarecer que o serviço conta, agora, com prontuários eletrônicos, os quais foram acessados, com a devida permissão, com o intuito de registrar os dados que respondem ao instrumento de registro de prontuários.

As entrevistas foram realizadas no segundo momento. O local das entrevistas foi no próprio CAPSij, em sala reservada. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, no intuito de possibilitar as análises textuais.

### 3.4 Procedimento de análise de dados

Os dados obtidos dos prontuários foram submetidos à análise estatística, por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para *Windows*, com objetivo de proceder às análises preliminares e estatísticas. Por tratar-se de pesquisa descritiva, verificamos apenas a frequência da ocorrência das variáveis, posteriormente complementada pela análise qualitativa dos dados.

Optou-se, no decorrer do estudo, utilizar o recurso “Nuvem de Palavras” do *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). A *Nuvem* foi utilizada para contabilizar e ilustrar as principais queixas (resultado da avaliação dos profissionais sobre os problemas apresentados por quem demandou o serviço no momento do acolhimento) registradas nos prontuários dos usuários. Embora o SPSS possibilite contabilizar palavras por frequência, o recurso da *Nuvem* do IRaMuTeQ possibilita agrupar e organizar graficamente as palavras de acordo com a sua frequência, permitindo facilmente suas identificações (Camargo & Justo, 2013).

No que se refere aos procedimentos para análise dos dados das entrevistas, em primeira pesquisa (Ronchi & Avellar, 2010) utilizaram o método da *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD). A CHD foi possibilitada pelo *software* *Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de*

*Segments de Texte* (ALCESTE). Decidiu-se, para esta pesquisa, utilizar o *software* IRaMuTeQ por se tratar de um *software* gratuito, o que permite maior acessibilidade para o pesquisador que irá analisar os dados, além do mesmo permitir maiores recursos. No entanto, esclarece-se que o procedimento de análise principal foi mantido, isto é, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). CHD permite a análise das raízes lexicais e oferece os contextos em que as classes estão inseridas, de acordo com o segmento de textos do *corpus* da pesquisa (Camargo & Justo, 2013).

### 3.5 Procedimento éticos

A pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o protocolo CAAE 58070516.1.0000.5542. Vale esclarecer que também foi apresentado à coordenadora da unidade assim como à equipe. A finalidade da apresentação foi de informar-lhes acerca dos objetivos do estudo e obter o consentimento para a realização do mesmo, esclarecendo que não haverá divulgação de dados que possibilitem identificar os participantes e usuários envolvidos no estudo. Foi informado, ainda, que os resultados obtidos poderão ser apresentados em congressos e/ou publicado como artigos científicos, sendo resguardada a confiabilidade e anonimato dos participantes, conforme à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 Resultados

Primeiramente, serão apresentados os resultados referentes a clientela global, isto é, todas as crianças e adolescentes que receberam algum atendimento no CAPSiJ entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017.

### 4.1 Perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes que passaram pelo CAPSiJ

A Tabela 1 ilustra as características sociodemográficas dos usuários globais (todas crianças e adolescentes que receberam algum tipo de atendimento pelo CAPSi no recorte de tempo

estabelecido pelo estudo). Notou-se maiores prevalências de adolescentes no serviço (65,03%; n=160) e de usuários do sexo masculino (64,63%; n=159). No que se refere aos níveis de escolaridade, notou-se que a maioria dos usuários (43,5%; n=107) estão no Nível Fundamental. Chama atenção a parcela significativa de prontuários que não constam os níveis de escolaridade dos usuários (25,65%; n=63) e de usuários que recebem auxílio do Bolsa Família (42,27%; n= 104).

Tabela 1. *Características sociodemográficas das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSiJ entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017*

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Total de usuários</i>	246	100
<i>Faixas etárias</i>	-	-
1-5 anos	32	13
5-10 anos	54	21,9
11-15 anos	87	35,36
16-18 anos	73	29,67
<i>Sexo</i>	-	-
Feminino	87	35,36
Masculino	159	64,63
<i>Cor</i>	-	-
Branca	58	23,57
Negra	21	8,53
Parda	90	36,58
Não consta	77	31,3
<i>Auxílio Bolsa Família</i>	104	42,27
<i>Escolaridade</i>	-	-
CMEI	3	1,21
Creche	22	8,94
Ensino Fundamental	107	43,5
Ensino Médio	36	14,63
EJA	2	0,81
Não frequenta	13	5,28
Não consta	63	25,65

n: valor absoluto

A Tabela 2 apresenta as portas de entrada dos usuários para o serviço do CAPSi. Notou-se que a maioria dos usuários vieram encaminhados pelas UBS. As demandas espontâneas ficaram em segundo lugar. Novamente, identificou-se porcentagem significativa de prontuários (22,35%) que não continham informações sobre a procedência dos usuários.

Tabela 2. *Portas de entrada para o CAPSiJ*

<i>APAE</i>	<i>Conselho Tutelar</i>	<i>CREAS</i>	<i>Demanda espontânea</i>	<i>Escola</i>	<i>Hospital</i>	<i>Unidade Básica de Saúde</i>	<i>Vara da Infância</i>	<i>Outros</i>	<i>Não consta</i>
n=10	n=16	n=9	n=23	n=15	n=11	n=95	n=4	n=8	n=55
4%	6,5%	3,65%	9,34%	6%	4,5%	38,16%	1,62%	3,25%	22,35%

No que se refere ao tempo em que os usuários ficaram sob os cuidados no serviço do CAPSi, notou-se que 27,23% (n=67) foram atendidos uma ou duas vezes pela a equipe do CAPSi. Na maioria dos prontuários destes usuários haviam informações sobre tentativas de ligações dos profissionais para as famílias, cujo objetivo era o de trazê-los(as) para o serviço. No entanto, em muitos dos casos, as ligações não foram retornadas e os usuários não voltaram para o serviço – ao menos até o momento da pesquisa. Em alguns casos, constava no prontuário a informação de que o caso de determinado usuário não se configurava como “caso para CAPSi”, o que gerava a contra-referência do caso, isto é, o reencaminhamento para uma unidade de menor complexidade para dar seguimento ao cuidado.

Constatou-se que a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e as UBS foram as instituições mais visadas para o contra-referenciamento. O principal motivo para o contra-referenciamento para as UBS foi o entendimento de que determinada criança ou adolescente demandava, naquele momento, somente a psicoterapia, não havendo, portanto, necessidade de acompanhamento por uma equipe de média complexidade como a do CAPSi. Já no que diz respeito à APAE, principal motivo do residiu no fato de ter sido identificado, nesses usuários, somente algum tipo de Retardo Mental, não havendo, portanto, outro(s) quadro(s) psicopatológico(s) associados. É válido destacar que 36,25% (n=24) de todos os usuários contra-referenciados haviam chegado ao CAPSi por encaminhamento das UBS.

Buscou-se identificar, junto aos prontuários, as principais queixas registradas pelos profissionais no(s) primeiro(s) acolhimento(s) das crianças e adolescentes. Com o intuito de visualização de possíveis diferenças de queixas registradas entre usuários do sexo feminino e do sexo masculino, gerou-se duas *Nuvem de Palavras*, uma para as principais queixas registradas sobre as meninas (Figura 1) e uma para as principais queixas registradas sobre os meninos (Figura 2).

Observou-se que na *Nuvem* das meninas houve maior prevalência de queixas de “automutilação”, ao passo que na *Nuvem* dos meninos a prevalência foi de queixas de “agressividade”. De uma forma geral, as queixas ligadas às dificuldades nos contextos escolares mostram-se presentes de forma significativa em ambos os sexos.

Figura 1. *Nuvem de palavras* referentes às queixas registradas no prontuário dos usuários do sexo feminino



Figura 2. *Nuvem de palavras* referentes às queixas registradas no prontuário dos usuários do sexo masculino



Após comparação entre a Figura 1 e a Figura 2, visualizou-se que na *nuvem* das meninas houve maior prevalência de queixas de “automutilação”, ao passo que na *nuvem* dos meninos o a prevalência é de queixas de “agressividade”. De uma forma geral, as queixas ligadas às questões escolares mostram-se presentes de forma significativa em ambos os sexos.

#### 4.2 Dados sobre os usuários em avaliação pelo CAPSi

Neste tópico, são apresentados os dados referentes às crianças e adolescentes que estavam em atendimento regular durante o recorte de tempo estabelecido pela pesquisa (Setembro de 2016 e Setembro de 2017). Como descrito anteriormente, identificou-se 75 usuários em atendimento regular pelo CAPSi de Vitória. A Tabela 3 apresenta os diagnósticos mais registrados entre esses usuários. Observou-se parcela significativa de prontuários (65,33%) que não continham informações diagnósticas. Os que continham, destacaram-se os *Transtornos do espectro autista*, os *Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente na infância e adolescência* e o *Retardo Mental* como os diagnósticos mais registrados. Juntos, estes transtornos representaram uma parcela de 12% do total de diagnósticos.

Tabela 3. *Diagnósticos registrados pelo CAPSi entre os usuários ativos no serviço*

<i>Diagnóstico registrado pelo CAPSi</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Transtorno do Espectro Autista (F84)	3	4
Psicoses	2	2,66
Transtorno não especificado do desenvolvimento psicológico (F89)	6	8
Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente na infância e adolescência (F90-98)	3	4
Transtornos persistentes do humor (F31)	1	1,33
Transtornos fóbicos-ansiosos (F40)	1	1,33
Transtorno Obsessivo Compulsivo (F42)	1	1,33
Retardo Mental (F70)	3	4
Transtorno do Pânico	2	2,66
TDAH	1	1,33
TOD	3	4
Não consta	49	65,33
<i>Total</i>	<i>75</i>	<i>100</i>

Entre os usuários ativos no serviço (n=75), buscou-se averiguar quantos faziam uso de medicação. Identificou-se um montante de 43 usuários (57,33%). A Tabela 4 apresenta os medicamentos prescritos pelo CAPSi para tratamento dos usuários. Identificou-se que o medicamento mais utilizado foi a *Risperidona* seguido pela *Ritalina*, e a *Carbamazepina*. Vale lembrar que 07 destes usuários (14%) utilizam medicamentos combinados.

Tabela 4. *Medicamentos prescritos aos usuários acompanhados pelo CAPSij.*

<i>Medicamento</i>	<i>n de usuários que utilizam</i>	<i>%</i>
Risperidona	14	28
Ritalina	12	24
Carbamazepina	3	6
Fluoxetina	5	10
Metilfenidato	3	6
Amitriptilina	2	4
Tofranil	2	4
Diazepam	3	6
Outros	6	12
Total	50	100

Entre os 75 usuários em atendimento regular, também buscou-se investigar a participação da família nos cuidados das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSij. Em 76% dos casos (n=57) a mãe foi identificada como o membro familiar que mais acompanha os usuários no serviço. No que se refere aos grupos de familiares (principal ação destinada à escuta de familiares, seguida das “assembleias”), as mães também estão entre os membros que mais participam (48%; n=36). A Tabela 5 ilustra a participação da família nos cuidados das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSi. É válido notar que apenas os membros do sexo feminino representam 66,26% dos familiares que acompanham os usuários no serviço, assim como representam 35,37% dos participantes dos grupos familiares.

Tabela 5. *Participação da família nos cuidados e atenção às crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSij de Vitória, ES, entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017*

<i>Quem acompanha o usuário no serviço?</i>	<i>Quem participa do grupo familiar?</i>
Avó	1
Mãe	57
Pai	2
Pai e Mãe	8
Tia	3
Profissionais de outros serviços	1
Avô	1

A Tabela 6 apresenta os dados referentes às internações de usuários que estavam sob os cuidados do CAPSij de Vitória entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017. Notou-se um montante de 13 usuários que foram internados; destes, 92,3% são do sexo masculino. Os surtos psicóticos e uso de drogas foram os principais motivos para tais internações.

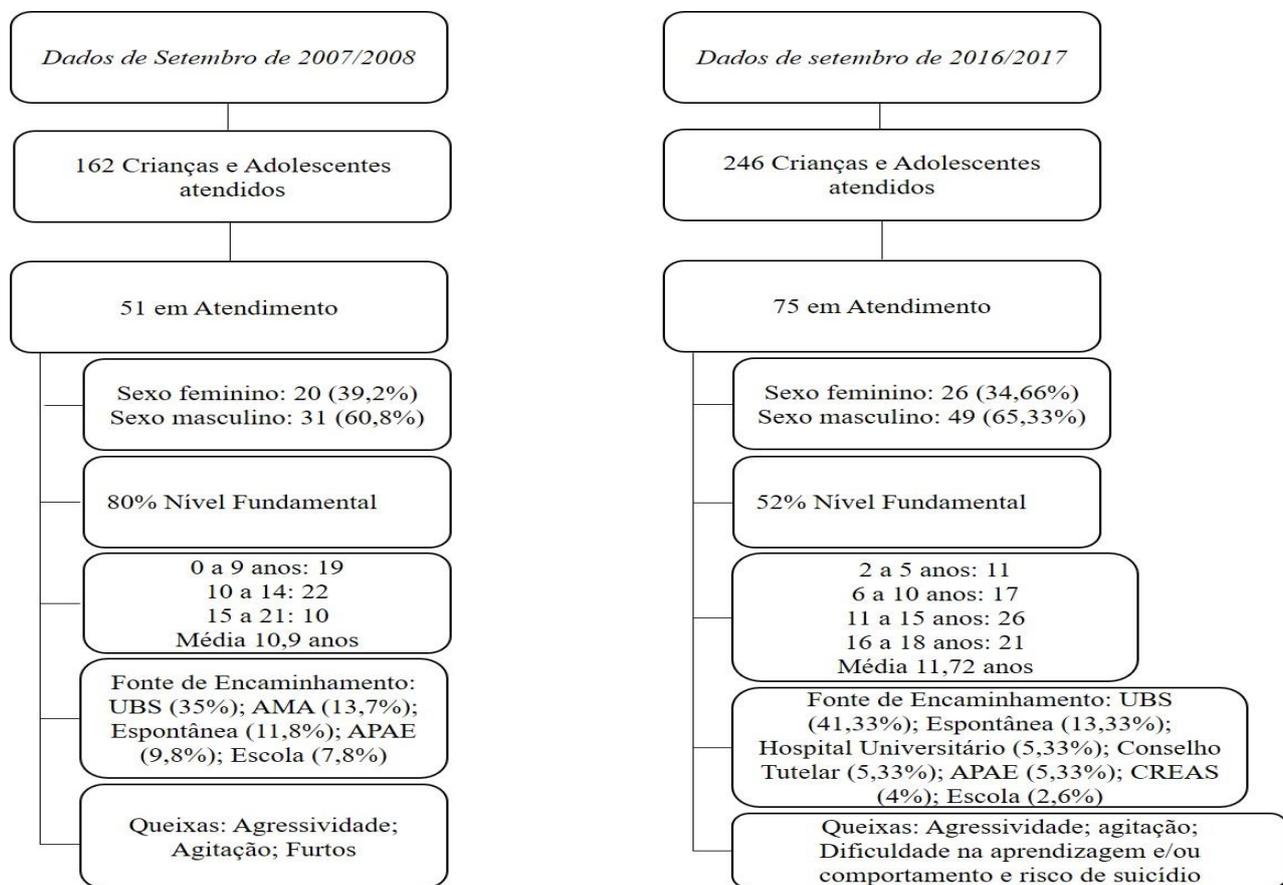
Tabela 6. *Internações registradas nos prontuários de crianças adolescente atendidos pelo CAPSij de Vitória, ES, entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017*

<i>Quantos usuários foram internados?</i>	<i>Motivo de internação</i>	<i>Local de internação</i>
12 usuários do sexo masculino 1 usuários do sexo feminino	Uso de drogas: 4 Surto psicótico: 5 Outros: 3 Não consta: 1	Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) Centro Integrado de Atenção à Saúde (CIAS)

#### 4.3 Caracterização dos usuários: houve mudanças?

Com o intuito de atender o objetivo de comparação entre os resultados desta caracterização com os da caracterização de Ronchi e Avellar (2010), a Figura 3 ilustra, de forma sintetizada, a comparação dos principais resultados obtidos pelas duas caracterizações. Vale esclarecer que os dados da Figura 3 referem-se às características dos usuários ativos no serviço.

Figura 3. *Comparação dos principais resultados referentes às duas caracterizações das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSij de Vitória*



Identificou-se que o décimo ano de funcionamento do CAPSij foi marcado pelo aumento de 51,85% (n=84) na demanda em relação ao seu primeiro ano de funcionamento. Entre os usuários em atendimento (durante as coletas de dados), os meninos continuaram sendo a maioria. As UBS mantiveram-se como os serviços da Rede que mais encaminharam crianças e adolescentes para o CAPSij. No entanto, notou-se aumento da demanda espontânea, o que, em tese, seria esperado, uma vez que o CAPSij acumula dez anos de atividades, tempo que permitiu maior conhecimento da população a respeito de seus serviços. Por fim, observou-se que as principais queixas, as quais configuraram a busca pelos serviços do CAPSij, obtiveram pouca oscilação. A maior diferença reside em maiores registros de queixas ligadas às dificuldades de atenção e aprendizagem e riscos de suicídio.

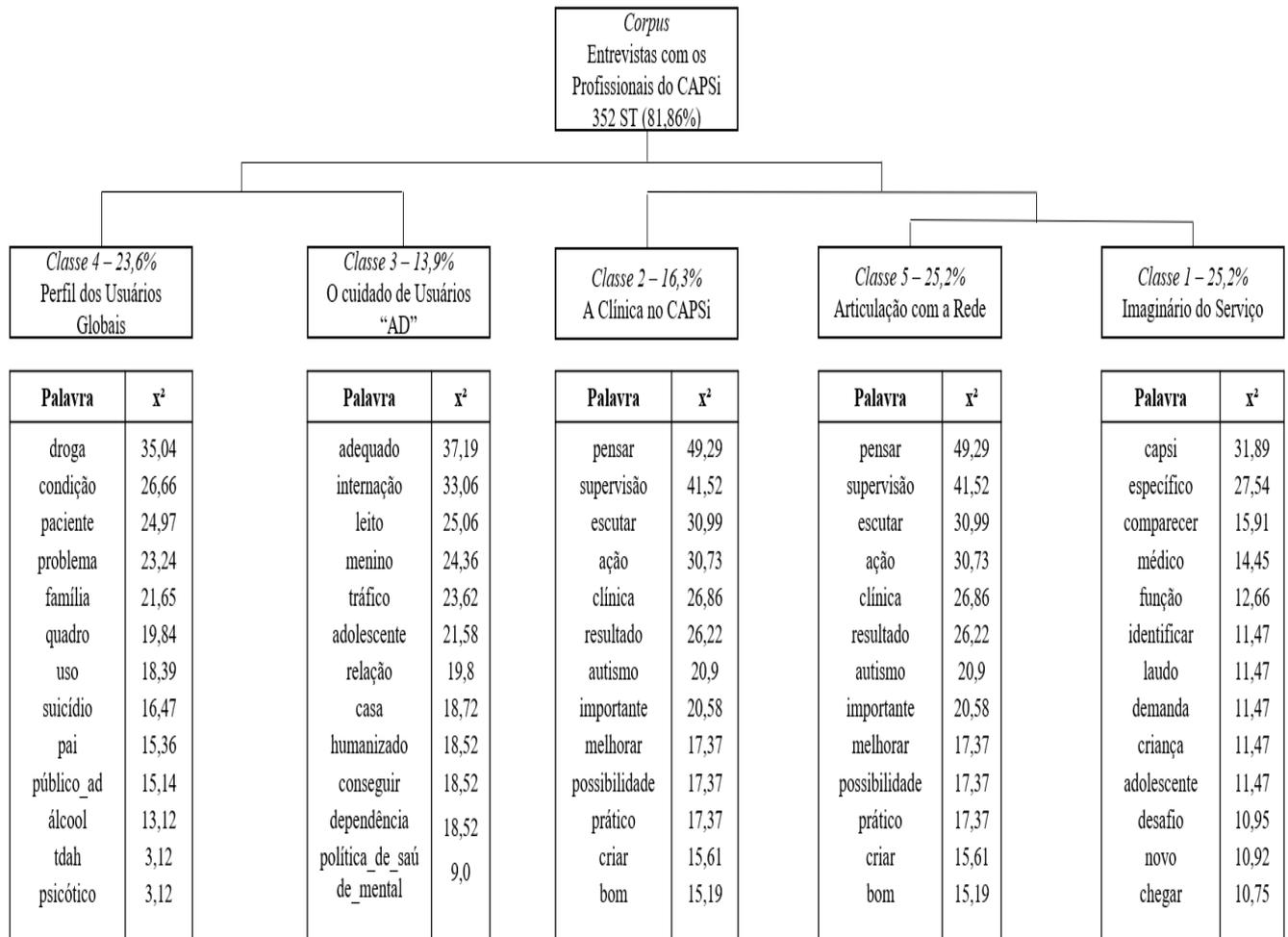
#### 4.3 Entrevistas com os profissionais: desafios do trabalho

Nesta sessão, são apresentadas os resultados referentes à análise das transcrições das entrevistas realizadas com os profissionais do CAPSij. Ao todo, foram entrevistados 15 profissionais. Destes, onze são de nível superior e quatro de nível técnico. A média de tempo de serviço no CAPSij foi de 5,78, sendo que quatro destes profissionais estão no CAPSij desde sua inauguração, ou seja, há 10 anos.

A Figura 3 apresenta o resultado da *Nuvem de Palavras*. Nota-se que “serviço” “Capsi” e “criança” foram as palavras que obtiveram maiores frequências. É interessante notarmos que a palavra “criança” foi contabilizada 68 vezes, enquanto a palavra “adolescente” foi contabilizada 30 vezes. Na *nuvem*, também é possível encontrar destaque para palavras que estão de acordo com as propostas e diretrizes da política de atenção e cuidado em saúde mental às crianças e adolescentes, tais como: “acolhimento”, “rede”, “demanda”, “família”. Se na *nuvem* há destaque para palavras com maior frequência, torna-se importante destacar em nossa análise, no entanto, palavras que obtiveram pouca frequência, mas que, justamente por aparecerem “pouco” representam importantes avanços. São os casos, por exemplo, dos termos “transtorno”, “medicamento”, “remédio” e



Figura 5. Dendograma fruto da CHD do corpus textual gerada pelo software IRaMuTeQ



Na primeira partição, o *corpus* foi dividido em dois *sub-corpora*. A primeira repartição originou a Classe 2, que, por sua vez, diferenciou-se das Classes 5 e 1. Na segunda repartição foram originadas as Classes 4 e 3, as quais também diferenciaram entre si.

A Classe 2, que foi nomeada como “A *clínica no CAPSi*”, representou 16,3% dos seguimentos de texto. Esta classe compreendeu termos como “pensar”, “supervisão”, “resultado”, “ação”, “clínica”, “autismo”, “melhorar”, “prático” e “criar”. De uma forma geral, esses termos apontam para o campo clínica e do manejo. É pertinente destacar o termo “autismo” como o representante das “psicopatologias clínicas”, o que sugere ser uma demanda porta-voz para as reflexões clínicas.

A Classe 5 e a Classe 1 diferenciaram-se entre si. A Classe 5, denominada de “*Articulação com a Rede*”, e que representa 25,2% dos segmentos de texto, compreendeu termos como “rede”,

“cá” (termo associado ao espaço físico do CAPSi), “território”, “matriciamento”, “referência”, “caso\_de\_capsi”, “avaliar” e “articulação”, os quais apontam para a tarefa de articulação do serviço com os outros pontos de atenção, uma vez que os profissionais entendem que muitos casos são encaminhados de forma desarticulada ao CAPSi. É valioso destacarmos o termo “caso\_de\_capsi”, o qual traduz a necessidade de se formular melhor, junto à Rede, o que seria caso para CAPSi. Além disso, também se destaca o par de opostos “rede” e “cá”. O par de opostos sugere um entendimento de um CAPSi descolado da Rede de Atenção, ou seja, de que “cá”, o espaço físico do CAPSi, não constitui ele mesmo um espaço da “Rede”.

O IRaMuTeQ permite recuperar os segmentos de textos aos quais as palavras estão inseridas, o que também auxilia o pesquisador na interpretação e nomeação das classes. Os três segmentos de texto abaixo traduzem o conteúdo semântico agrupado na Categoria 5:

*“Às vezes quando [o usuário] vem para cá, vemos que podemos sim oferecer um tratamento, mas se é mais viável para um sujeito ser atendido em outro lugar, se já tem algum vínculo com uma unidade de saúde, ele não precisa necessariamente estar aqui, mas nós podemos estar lá”.* (profissional 2, quatro anos de casa)

*“A maior dificuldade é de colocarmos para a rede o que seria caso\_de\_capsi, de encaminhamentos para cá. É uma questão de articulação entre a rede”.* (profissional 3, seis anos de casa)

*“Quando isso é forte, o matriciamento, passamos a ver que os encaminhamentos que são feitos para o capsí ficam mais articulados”.* (profissional 9, oito anos de casa)

A Classe 1, que representou 20,09% dos segmentos de textos, diferenciou-se da Classe 5 justamente por conter termos como “CAPSi” (enquanto função), “específico”, “médico”, “função”, “laudo” e “desafio”, os quais apontam para a imagem que demais serviços, instituições e população têm do CAPSi, comumente associado a um ambulatório especializado e centrado na figura no

médico psiquiatra. Essa Classe foi denominada de “*Imaginário do serviço*”. Sobre isso, os profissionais dizem:

*“A escola demanda muito laudo, e ainda querem um laudo rápido”*. (profissional 15, três meses de casa)

*“O capsí é constituído por vários saberes, e aqui não é ambulatório, o capsí não é ambulatório”*. (profissional 3, seis anos de casa)

*“Porque muitas vezes [as famílias] preferem estar por aqui por conta do Psiquiatra, porque é mais difícil acessar esse profissional em outros serviços. Então, aí, temos que rebater, porque o psiquiatra é um membro da equipe, aqui não é um ambulatório”*. (profissional 4, dez anos de casa)

Na segunda repartição do *corpus* as Classes 4 e 3 também se diferenciaram entre si. A Classe 4, que representou 23,6% dos segmentos de textos, foi denominada de “*Perfil dos usuários globais*”. Ela compreendeu termos como “droga”, “condição”, “quadro”, “problema”, “família”, “suicídio”, “público\_ad”, “risco”, “econômico” e “social”, os quais apontam as características associadas ao público assistido pelo CAPSi. Tais características são tidas pelos profissionais como desafiadoras, uma vez que entendem que o campo da saúde não é capaz, por si só, de promover mudanças nas condições sociais dos usuários e de suas famílias. O segmento de texto abaixo, por exemplo, está associado aos termos “condição”, “pai”, “família” e “abrigo”, representando o conteúdo semântico que representa a Classe 4.

*“A verdade é que os pacientes que costumam ser encaminhados para o CAPSi vivenciam realidades extremamente frágeis, com condições socioeconômicas ruins, famílias desestruturadas, em que uma criança não conhece o pai ou a mãe, vive um pouco com a vó, depois com o tio, depois vai para um abrigo, ou, um usuário que usa a droga e a família também, isso tudo dificulta o nosso trabalho, pois isso está para além do campo da saúde, envolve outros campos também”*. (profissional 4, dez anos de casa)

Por fim, a Classe 3, que representou 13,9% dos segmentos de textos, compreendeu termos como “internação”, “leito”, “adequado”, “humanizado”, “menino”, “tráfico”, “política\_de\_saúde\_mental” e “casa”. Esses termos correspondem às necessidades nomeadas pelos profissionais para atendimento integral aos usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (AD) e as particularidades desse público. Desse modo, a Classe 3 foi denominada de “*O cuidado de usuários AD*”. Os segmentos de textos abaixo traduzem o conteúdo semântico desta categoria:

*“Não existe um manejo de crise adequado aqui no capsí, pois não temos como ficar com o paciente o dia todo e ele acaba sendo medicado e mandado para casa, e isso não é manejar a crise, isso é tamponar a crise”.* (profissional 5, dez anos de casa)

*“Deveríamos ter todos os equipamentos que a política de saúde mental exige, teríamos leitos para internação, e não é qualquer leito, é leito humanizado, adequado para receber criança e adolescente”.* (profissional 3, seis anos de casa)

#### 4.4 O trabalho no CAPSi segundo os profissionais: houve mudanças?

No primeiro estudo, Ronchi e Avellar (2010) formularam três classes a partir do dendograma gerado pelo *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (Alceste). As classes formadas foram: 1) “*A chegada ao CAPSi*”; 2) “*O fazer no CAPSi*” e 3) “*A construção do fazer na assistência em saúde mental*”. A Classe 1 evidenciou que os profissionais vieram, em sua maioria, de concurso público realizado pela prefeitura. De um modo geral, os profissionais desconheciam a dinâmica do trabalho em saúde mental infanto-juvenil, sendo que poucos haviam trabalhado diretamente com crianças e adolescentes. A Classe 2 representou as principais atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPSi. Houve destaque para a atividade do acolhimento, compartilhada por todos os profissionais de nível superior. Por fim, a Classe 3 correspondeu à tentativa de os profissionais refletirem sobre a experiência do trabalho

neste tipo de serviço e seus efeitos. As autoras chamaram a atenção para o alto índice da palavra “coisa”, o que foi traduzido como a dificuldade dos profissionais em nomearem suas práticas.

No presente estudo, no entanto, foram formadas cinco classes, as quais foram descritas anteriormente. Embora cada classe tenha agrupado conteúdos semânticos singulares, entendeu-se que todas elas remetem, de alguma forma, aos maiores desafios vividos pelo CAPSij em seu décimo ano de funcionamento. São eles: i) desafios relacionados ao imaginário do serviço construído por outros equipamentos da rede e pela população, comumente associando o CAPSij a um espaço ambulatorial, centrado na figura do médico; ii) desafios relacionados às (des)articulações com a Rede de Assistência em Saúde Mental do município; iii) desafios relacionados às ações clínicas e aos aspectos relacionados ao manejo dos profissionais; iv) desafios relacionados às condições socioeconômicas frágeis da clientela; v) desafios relacionados à falta de equipamentos preconizados pela RAPS, especialmente os leitos de internação humanizados e adequados para crianças e adolescentes com demandas de uso abusivo de álcool e outras drogas. A visualização desses desafios, vale ressaltar, foram possibilitados a partir das falas dos profissionais acerca de suas atividades no CAPSij, o que indica maior apropriação para com o tipo de trabalho, na medida em que eles puderam mapear as principais questões que atravessam e se colocam como entraves em seu CAPSij.

## **5 Discussão**

A discussão que segue foi dividida entre as discussões dos dados quantitativos, relativos à pesquisa documental nos prontuários, e as discussões dos dados qualitativos, relativos às entrevistas com os profissionais trabalhadores do CAPSij.

### 5.1 Acercas das prevalências: “meninos externalizantes” e “meninas internalizantes”

A prevalência de usuários do sexo masculino nos serviços do CAPSij mostra-se como um denominador comum entre os estudos de caracterização de usuários assistidos por esse serviço. A taxa encontrada neste estudo (64,63%) está em concordância com a literatura, que descreve taxas entre 60% e 70,3% (Daltro, Moares, & Marsiglia, 2018; Delfini et al., 2009; Lima et al., 2015; Nascimento et al., 2014; Ronchi & Avellar, 2010). Diante dos dados, interroga-se a constante prevalência de usuários do sexo masculino nos CAPSij.

Lins et al. (2012), por meio de estudo de revisão de literatura brasileira sobre problemas externalizantes e agressividade infantil também observam que as meninas teriam maior tendência a apresentar problemas internalizantes, enquanto os meninos tenderiam a apresentar mais problemas externalizantes. De acordo com Machado et al. (2014), o fato de os meninos apresentarem maiores problemas do tipo externalizantes (hiperatividade e agressividade, principalmente) faz com que eles tenham maior probabilidade de serem encaminhados aos serviços de saúde, na medida que estes problemas costumam causar maiores incômodos no entorno social. Para Telles (2006) as meninas seriam menos suscetíveis às tensões psicossociais da infância, o que justificaria sua baixa incidência nos serviços de atenção.

No intuito de aprofundarmos uma discussão sobre a hipótese dos problemas externalizantes terem maiores probabilidades de serem endereçados ao campo da saúde mental, questão que justificaria maiores incidências de meninos nos CAPSij, retomamos às *Nuvens de Palavras* referentes às queixas registradas no prontuário dos usuários do sexo masculino e feminino (Figura 1 e 2).

Conforme já indicado, em nosso estudo, identificou-se que na *Nuvem* das meninas (Figura 1) houve destaque para queixas de “automutilação”, enquanto na *Nuvem* dos meninos (Figura 2) o destaque foi para as queixas de “agressividade”. Mas, não seria a automutilação ela mesma uma agressividade? Parece-nos pertinente pensar que os desdobramentos dessa agressividade têm se dado de formas distintas entre os sexos. Os dados sugerem que os meninos tendem a expressar a

“agressividade” de forma “*exo*”, isto é, para-fora, através de comportamentos agressivos para com o outro, enquanto as meninas tendem a expressá-las de uma forma “*endo*”, para-dentro, no apelo ao corpo e por meio das automutilações.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o problema das automutilações em jovens tem se tornado questão de saúde pública, especialmente devido à tendência de correlação entre o comportamento autolesivo e risco de suicídio. Para Guerreiro e Sampaio (2013), o suicídio e os comportamentos autolesivos, automutilações, violências autoinfligidas e/ou o cutting (principais nomenclaturas utilizadas pela literatura) estão indissociavelmente ligados, portanto, é inviável abordá-los como temas distintos. Para Hawton, Saunders e Connor (2012), o suicídio na adolescência seria apenas a ponta do iceberg, estando os comportamentos autolesivos – quase sempre ocultos ao olhar de familiares e profissionais de saúde – muito mais presentes.

Em *As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*, documento produzido pelo Ministério da Saúde (2010, p. 108), a automutilação é nomeada como “violência autoinfligida”. Segundo o documento,

A violência autoinfligida, do ponto de vista explicativo, é vista, hoje, dentro de três modelos principais: o sociológico que trata o fenômeno no contexto histórico e cultural; o psicológico que o trata como resultado de conflitos internos das pessoas; e o nosológico que o vê do ponto de vista da enfermidade.

Em revisão de literatura sobre o comportamento autolesivo, Silva e Botti (2017) destacam que fatores psicopatológicos específicos, como transtornos depressivos, de ansiedade, personalidade *borderline* e psicoses, tendem a figurar comportamentos de impulsividade e/ou sentimentos de baixa autoestima que estariam associados com a automutilação entre as adolescentes, especialmente nas faixas etárias de 15 a 17 anos. Entre esses fatores de risco para o comportamento autolesivo, os autores também chamam a atenção para os *familiares* (história de maltrato físico pelos cuidadores, separação precoce dos pais, abuso sexual e negligência emocional) e os *sociais* (isolamento social, *bullying*, dificuldades escolares, amigos com história de automutilação).

Ora, não estariam crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, usuários de um CAPSij, circulando, em maior ou menor grau, pelas experiências descritas acima? Nesses termos, destaca-se a pertinência de se escutar a automutilação como uma via que ganha cada vez mais reconhecimento entre meninas como vias de expressão do sofrimento psíquico. Parece-nos que é por esta via, o apelo ao corpo, que uma parcela significativa de meninas tem sido endereçada aos serviços de saúde mental, o que justificaria o aumento de adolescentes do sexo feminino no CAPSij estudado e o aumento de queixas que envolvem risco de suicídio.

No campo da saúde mental, Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016) defendem que existem diferentes formas de se realizar leituras sobre a automutilação, e isso se deve às interrogações se seria ela um sintoma de um transtorno mental ou um transtorno mental em si mesmo. Inclusive, sobre este aspecto, o DSM, em sua quinta versão (APA, 2014), incluiu o ato de automutilação em uma categoria nosográfica própria, isto é, como um transtorno específico (Escoriação ou *Skin Picking*). Nesse sentido, cabe interrogarmos como essa demanda, a automutilação e suas vicissitudes, tem chegado aos serviços de saúde pública, e quais as particularidades do cuidado e tratamento para estes sujeitos que assim se apresentam. Por se tratar de um tema recente, ainda carece de estudos, sobretudo aqueles delineados junto ao âmbito psicossocial no contexto brasileiro.

Nestes parâmetros, encontra-se a dissertação de mestrado de Bernardes (2015) que teve como objetivo compreender, no âmbito da atenção psicossocial, os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam. As sete participantes das entrevistas eram adolescentes do gênero feminino. Destas, duas estavam sob os cuidados de um CAPSij e as demais estavam sendo acompanhadas por Unidades Básicas de Saúde. A autora entendeu o comportamento de automutilação dessas adolescentes como expressão de um sentimento de invisibilidade no laço social, marcado por uma precariedade na dimensão alteritária. Tal estudo situa o CAPSij, entre os demais equipamentos da rede, como espaço privilegiado para escuta, sendo o único que conseguiu favorecer a continuidade do tratamento e cuidar dessa demanda de forma mais coesa. Ao que tudo

indica, as automutilações e o *cutting* parecem estarem sendo escutados nos serviços de saúde em duas leituras: i) como sinal de risco de suicídio e/ou ii) índice de alguma psicopatologia. Ambos os casos figuram experiências de sofrimento psíquico que denotam complexidade no cuidado, condição que situa o CAPSij como espaço privilegiado para acolhimento e cuidado dessa demanda dentre os demais dispositivos da rede.

Ainda sobre as prevalências, destaca-se parcela significativa de usuários que recebem o auxílio Bolsa Família (42,27%; n=104). Ressalta-se que a coleta desse dado só foi possível devido ao sistema *online* que interliga todos os equipamentos da rede municipal de saúde e assistência do município, intitulado de “Rede Bem-Estar”. Não foram encontrados estudos de caracterização publicados que apresentem ou discutam esse dado. Entretanto, tal dado ilustra os achados da maioria dos estudos sobre o perfil de usuários dos CAPSij, os quais apontam que os equipamentos compartilham particularidades no que se refere à clientela. Nesses serviços, são tomados para cuidado majoritariamente crianças e adolescentes provenientes de famílias com baixa renda. Não raro, encontram-se usuários em situações de extrema vulnerabilidade social, que habitam em laços familiares fragilizados, em abrigamentos ou em contextos de rua (Delfini, et al., 2009; Hoffman et al., 2008; Ronchi & Avellar, 2010).

A prevalência de um público em vulnerabilidade social nos CAPSij é testemunha dos processos sócio-históricos de ações higienistas e institucionalizantes que marcaram a “saúde mental” no Brasil (Cervo & Silva, 2014; Taño & Matsukura, 2015). Quintanilha, Belotti, Tristão e Avellar (2017, p. 269), em estudo sobre este mesmo serviço, discutem a percepção dos profissionais sobre como o CAPSij costuma constituir um “porto seguro” para as crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, “lugar no qual fogem da violência existente nos territórios em que moram”. O CAPSij, ao figurar lugar de cuidado básico (higiene, alimentação, segurança etc.) para com esses usuários, por exemplo, também permitem que esses sujeitos encontrem algo para endereçarem. Trata-se de fazer desse momento inicial de atender as necessidades um momento de atendimento clínico, no sentido de ampliar as ações de cuidar, acolher e escutar. É sempre possível que algo ali

se enderece, algo do nível da subjetividade, do nível da demanda, e incidir sobre a demanda é responsabilidade daquele que dirige o cuidado, responsabilidade da equipe de saúde mental.

Nessa perspectiva, entende-se que clínica e produção de cuidado não se separam; pelo contrário, ambas acontecem a partir das relações. “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” (Quintanilha et al., 2017, p. 270). Conforme indicado, considerando que o CAPSij é um dos espaços públicos responsáveis pelo cuidado em saúde de crianças e adolescentes, cuidado orientado pelo paradigma da Atenção Psicossocial, entende-se que esse ato clínico (o cuidar) é essencialmente um ato político, posto que representa um modo do Estado Democrático cuidar de seus cidadãos.

## *5.2 Acerca das portas de entrada e dos procedimentos terapêuticos adotados*

De acordo com a Tabela 2, constatou-se que a maioria das crianças e adolescentes chegaram ao CAPSij por meio de encaminhamentos da UBS (n=95; 38,16%), o que estaria condizente com a Política de Atenção Básica. A política propõe que as portas de entrada do SUS sejam, prioritariamente, pela Atenção Básica, através das UBS e Equipes de Saúde da Família (ESF), inclusive para os casos de saúde mental (Ministério da Saúde, 2013). Sobre este dado, em primeiro estudo sobre o supracitado CAPSij, Ronchi e Avellar (2010) verificaram que a equipe do serviço realizava reuniões frequentes com as UBS do município, orientando sobre o serviço prestado pelo CAPSij e a que população é dirigido, o que facilitaria o encaminhamento expressivo de pacientes por meio da Atenção Básica.

Conforme os resultados, observou-se parcela significativa de usuários (27,23%) atendidos uma ou duas vezes pelo CAPSij. Nesta parcela, estão inclusos aqueles que ainda não voltaram para o serviço e aqueles que não tiveram suas demandas entendidas como “caso para cuidado no CAPSij”, portanto, foram contra-referenciados para unidades de menor complexidade. No que se refere à segunda situação, constatou-se que 36,25% (n=24) desses usuários contra-referenciados

havia chegado ao CAPSi por encaminhamento de UBS. Nesse sentido, entende-se que o dado de prevalência de encaminhamentos de crianças e adolescentes ao CAPSi por UBS não permite, isoladamente, afirmar que há articulação eficiente entre os equipamentos como preconizado pela política. O trabalho em conjunto com a Atenção Básica além de proporcionar atenção integral, compartilhando a responsabilidade pela qualidade de saúde de um dado território, também tornam os dispositivos de atenção mais acessíveis àqueles que necessitam (Carvalho et al., 2014).

Considerando que as ações em SCMA no contexto brasileiro foram historicamente marcadas por estratégias de segregação e institucionalização (Taño & Matsukura, 2015), entendemos que pode persistir certa imagem de um “CAPSi-preceptor”, cuja função seria receber toda e qualquer demanda que possa ser tipificada como “caso de saúde mental”. Esse imaginário, produto de uma lógica biomédica e ortopédica, conduz profissionais e serviços de saúde à práticas que pouco se ocupam do sofrimento psíquico e que não valorizam a corresponsabilização do cuidado. Para Teixeira, Couto e Delgado (2017), as ações de saúde mental na Atenção Básica, ao constituírem uma rede ampliada, podem reduzir encaminhamentos desnecessários e aumentar a adesão de usuários e familiares ao tratamento. Os autores afirmam que quando as ações da Atenção Básica estão articuladas aos CAPSi, elas “tendem a promover fluxos assistenciais menos fragmentados, facilitando a continuidade da atenção, compartilhamento das estratégias de cuidado e aumento da efetividade da ação psicossocial” (Teixeira et al., 2017, p. 1934).

De uma forma geral, no que se refere aos casos contra-referenciados pelo CAPSi, constatou-se que a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e as UBS foram as instituições mais visadas. Entre os principais motivos para o contra-referenciamento do CAPSi para as UBS foi o entendimento de que determinada criança ou adolescente demandava, naquele momento, somente a psicoterapia, não havendo, portanto, necessidade de acompanhamento por uma equipe de média complexidade como a do CAPSi. Já sobre os encaminhamentos à APAE, identificou-se que o principal motivo reside no fato de ser identificado, nesses usuários, somente algum tipo de Retardo Mental.

Os estudos de caracterização desenvolvidos por Delfini et al. (2009), Ronchi e Avellar (2009), Taño (2014) e Garcia, Santos e (2015) localizam o Retardo Mental entre as principais hipóteses diagnósticas atribuídas à crianças e adolescentes usuários de CAPSi. A presença do retardo mental ao lado dos transtornos comportamentais revela a importância da articulação intersetorial, “sobretudo com o setor educação, melhorando a gestão e integrando esforços na perspectiva longitudinal do desenvolvimento de crianças e adolescentes” (Garcia, Santos, & Machado, 2015, p. 2652). Para Taño (2014), entretanto, não seria o Retardo Mental, isoladamente, que permitiria o enlace com um serviço de média complexidade como o CAPSi, mas a escuta de outras condições psicopatológicas associadas e/ou outros fatores agravantes. Para Vasconcelos (2004), em função da limitação cognitiva, é comum crianças e adolescentes com retardo mental apresentarem impulsividade heteroagressivas ou auto agressivas, condição que representa risco para a criança ou adolescente. Nesses termos, Taño (2004) destaca que o que constituiria demanda prioritária para cuidado no espaço do CAPSi seria, além da experiência de sofrimento psíquico por parte do usuário, a complexidade que o cuidado exige.

Ainda sobre o tema das portas de entrada, estudos têm demonstrado que uma parcela significativa de encaminhamentos aos CAPSi está relacionada às dificuldades nos contextos escolares (Beltrame & Boarini, 2013; Delfini *et al.*, 2009; Luckow & Cordeiro, 2017). De acordo com Delfini et al. (2009), a escola tem sido crescentemente um espaço onde são evidenciadas e reconhecidas dificuldades de crianças e adolescentes em corresponderem a um certo padrão de ideal, que vão desde às capacidades cognitivas e de produtividade escolar, às inadequações comportamentais no espaço escolar-institucional, como os comportamentos de rebeldia, agressividade e apatia. Para Beltrame e Boarini (2013), dificuldades comportamentais como essas e o não êxito escolar acabam justificando a busca por parcerias em setores da saúde, especialmente àqueles com escopo voltado para a saúde mental, como o CAPSi. Em muitos casos, no entanto, o repensar das práticas escolares não é considerado neste processo, o que contribui para que as

crianças e adolescentes sejam tomadas, de saída, como desviantes e posteriormente tipificadas com transtornos psíquicos e/ou comportamentais.

Sobre esse tema, Hoffman et al. (2008) argumentam que a alta incidência de crianças e adolescentes com problemas relacionados às dificuldades nos contextos escolares nos CAPSi tendem a prejudicar o cuidado de casos que envolvem sofrimento psíquico intenso, especialmente àqueles que compreendem transtornos severos como o de humor, psicoses e autismos. Em nosso entendimento, o crescente endereçamento de sujeitos com queixas de dificuldades de aprendizagem e de comportamento nos espaços escolares-institucionais aos serviços de saúde mental além de ser testemunha dos efeitos de práticas biomédicas e normativas, também pode ser lido como um sintoma social. Além disso, é válido destacar que, em sentido último, não existe demanda incorreta ou irrelevante. No entanto, é preciso situar dimensões éticas, clínicas e políticas nas práticas de saúde desses serviços, de forma que promovam respostas mais responsáveis a essas demandas e impliquem todos aqueles que compõem funções subjetivas para determinado usuário. Nesse entendimento, cabe ao CAPSi desconstruir demandas como essas, suscitando a possibilidade de novos modelos de atuação à queixa escolar, quando se é endereçada a “resolubilidade” exclusivamente ao campo da saúde.

No que se refere ao CAPSij deste estudo, embora a parcela de encaminhamentos realizados por escolas tenha sido relativamente baixa (6%; n=15), identificou-se, conforme as Figuras 1 e 2, que as dificuldades nos contexto escolar estão entre as principais queixas que motivaram a busca por atendimento no CAPSij, seja para os meninos, seja para as meninas. Vale lembrar, também, que em muitos casos as escolas encaminham crianças e adolescentes para as Unidades Básicas de Saúde, e que, posteriormente, podem serem encaminhadas ao CAPSij. Nesse sentido, aponta-se a importância de estudos futuros que investiguem e acompanhem, de forma mais aprofundada, a origem e o “itinerário” das crianças e adolescentes até chegarem ao CAPSij, especialmente àquelas circunscritas em queixas no âmbito escolar.

Por fim, chamou-se a atenção o fato de as demandas espontâneas figurarem a segunda maior porta de entrada para os serviços do CAPSi. Embora o aumento pode ser tido como positivo, posto que indica maior conhecimento da população acerca das atividades do CAPSi, entende-se que a taxa de aumento (21,05%) está aquém do esperado para um serviço que possui dez anos de funcionamento e que possui portas de entradas abertas. Inclusive, todos os quantitativos da demanda, tanto a global quanto a que se refere aos usuários em atendimento regular durante o momento da pesquisa, estão relativamente baixos tendo em vista: i) o tempo de funcionamento do serviço; ii) o fato de que este foi, desde sua inauguração até o ano 2017, o único CAPSi existente no Estado do Espírito Santo; iii) o fato do serviço funcionar com cerca de 19 profissionais que atuam diretamente no cuidado de crianças e adolescentes (assistentes sociais, arteterapeutas, enfermeiros, médico pediatra, médico psiquiatra, musicoterapeuta, psicólogos, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem) (Prefeitura Municipal de Vitória, 2014).

### *5.3 Acerca dos diagnósticos e da medicalização*

Constatou-se parcela expressiva de prontuários que não constam informações diagnósticas (65,33%). Entende-se que este fato pode ser efeito da dificuldade e complexidade de avaliação diagnóstica de psicopatologias na infância (Couto et al., 2008; Silva & Ghazzi, 2016). Apesar do número expressivo de usuários sem diagnóstico, identificou-se que 57,33% (n=43) dos usuários em atendimento regular no CAPSi fazem uso de medicamentos psiquiátricos, prescritos pelo corpo técnico do serviço. Entre os mais utilizados, destacam-se os antipsicóticos, psicoestimulantes, antidepressivos e anticonvulsivantes. Dos usuários que fazem uso dessas medicações, somente 34,88% (n=15) possuem diagnóstico. Diante destes dados, interroga-se a prescrição de medicamentos como risperidona, fluoxetina e carbamazepina para crianças e adolescentes sem registros de hipóteses diagnósticas em seus prontuários.

Sobre essa questão, Ronchi e Avellar (2010), em primeiro estudo, descreveram que a equipe deste CAPSi mostrava cuidado em diagnosticar as crianças e os adolescentes por entenderem que,

em alguns casos, o diagnóstico em padrões fixos de comportamento poderia tamponar uma direção de tratamento que considere o desenvolvimento das relações do sujeito com sua estrutura e com seu entorno social. Todavia, os dados atuais sugerem que se por um lado há cuidado em diagnosticar, não há, ao que parece, um cuidado em medicar, e mais: menos diagnósticos não figuraram menos medicação. Sobre este aspecto, entendemos que prática de medicar sem antes construir uma hipótese diagnóstica parece figurar um “critério operacional”, cada vez mais adotado pelas nosografias atuais, de que é através da resposta à medicação que se pode formular uma hipótese diagnóstica.

Nessa perspectiva, subtraímos o quanto o modelo manicomial e biomédico continua permeando as práticas nos serviços de atenção psicossocial, na medida em que são respondidas demandas de normatização no intuito de tamponar o mal-estar que a infância produz no projeto social, portanto, pouco se ocupam das experiências e narrativas de sofrimento psíquico. Nessa direção, fica claro que o rompimento com o modelo manicomial e biomédico vai além do fechamento dos hospitais psiquiátricos, posto que os muros manicomiais não são apenas físicos, mas, culturais e ideológicos, ainda sustentados pela simplificação e mal-uso dos saberes “psi”, frequentemente reportando-se a práticas engessadas e ortopédicas.

Sobre esse tema, vamos de encontro à crítica de Alberti e Figueiredo (2006, p. 12) sobre a clínica em saúde mental de caráter ortopédica, tida como antagônica ao modelo de Atenção Psicossocial: “administrar pílulas para pessoas com problemas psicológicos é absolutamente experimental, não faz participar o sujeito, que, assim, é desresponsabilizado do mal do qual se queixa, o que o faz de cobaia de uma experiência”.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), as ações das equipes dos serviços de saúde, seja da Atenção Básica, seja da Atenção Secundária, devem conformar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário. No caso do cuidado em SMCA, o PTS também deve ser elaborado pela equipe e, principalmente, corresponder à realidade de vida de determinada criança/adolescente e sua família. A medicação deve figurar uma dentre inúmeras possibilidades de

intervenção/tratamento com um usuário de saúde mental, embora em muitos casos seu uso seja empregado de sobremaneira e ainda sem o devido trabalho do lugar simbólico do medicamento no processo de cuidado, particularmente em crianças e adolescentes (Silva, Guazina, Pizzinato, & Rocha, 2019; Carvalho, 2012). A tendência de uma exclusividade terapêutica e, portanto, de uma especialidade profissional, é testemunha da não efetividade do trabalho interdisciplinar e da não circularização do saber; portanto, não há a clínica ampliada. Para Onocko-Campos (2001), não é raro encontrar um *modus operandi* nos serviços de saúde mental de caráter ortopédico que dissocia o usuário em diferentes objetos das especialidades: “Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (Onocko-Campos, 2001, p. 103).

Há algo muito próprio da clínica com crianças que pode interessar a essa discussão. Primeiro que a estrutura psíquica não se define no tempo da infância, o que, para Vanoli e Bernardino (2008, p. 250), torna-se possível, mediante a escuta, “fazer advir um sujeito onde antes se acreditava estar instalado um objeto”. Dito de outro modo, é possível pensar as grandes estruturas clínicas (neurose, perversão e psicose, especialmente) no tempo na infância como não-incididas. Essa possibilidade permite ao clínico trabalhar com o que Jerusalinsky (2018) chama de “risco”. A autora entende que o mais importante diagnóstico para intervenção é o reconhecimento do “não está bem, precisa de ajuda”. No entanto, isso não deve ser procedido de alguma correlação antecipatória por psicopatologia específica, posto que não é sobre a psicopatologia em si que o clínico atuará, mas sobre o sofrimento psíquico. Trabalhar única e exclusivamente sobre uma psicopatologia implica em tratar fenômenos humanos complexos como categorias nosológicas, condição que fortalece o paradigma biomédico como simplificador dos fenômenos do desenvolvimento infantil (Lima, 2005)

Nesse sentido, entendemos que a ação de “entrar com a medicação” sem antes ter uma hipótese diagnóstica, em sentido amplo, não configura o “trabalhar com o risco”, posto que aí se produz a antecipação psicopatológica, além de configurar uma prática prescritiva. Se tivermos como fundamento os pressupostos da Atenção Psicossocial, deve-se, nesses casos, questionar qual o risco

que a medicação irá intervir: o risco de atender a escola que não se conforma à criança/adolescente? O risco da família que angustiada por não saber mais o que fazer? Ou o risco de o próprio discurso do técnico não suportar um furo no saber, prescrevendo uma pílula sem antes situar sua função coletivamente diante a equipe multiprofissional e subjetivamente diante o usuário e seus cuidadores? Se não engendrarmos questionamentos como estes, corremos, na verdade, o risco da patologização de comportamentos cuja ação clínica não inclui o sujeito que dá sentido ao comportamento e ao sintoma por ele endereçado. A tendência, nestes casos, é a produção de um usuário dissociado do serviço e de um sujeito dissociado do seu cuidado.

Quando os serviços de saúde não figuram espaço de amparo e escuta, praticando o uso de psicofármacos como estratégia primeira de intervenção sobre o sofrimento infantil, desrespeitam a condição de sujeito da criança/adolescente. Sobre esse tema, inclusive, destaca-se que a política de SMCA fortalece o entendimento de que só é possível exercer uma clínica efetiva com crianças e adolescentes se esta for situada no campo da ética.

Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito. Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. (Ministério da Saúde, 2005, p. 11)

Se o documento coloca, de saída, uma ressalva deste tipo, é justamente porque, aí, reside uma das maiores dificuldades clínica: o responsabilizar-se para que a condição de sujeito daquele que está sendo cuidado seja preservada e tomada como motor do tratamento. Sobre esse tema, entendemos que algumas ressalvas devem ser feitas.

Crianças e adolescentes costumam ser encaminhadas à profissionais e serviços de saúde mental, públicos ou privados, por não corresponderem a uma norma compartilhada pelo laço social, isto é, por causarem uma ruptura com um certo padrão de ideal. Tomando como base uma

perspectiva canguilheniana<sup>3</sup>, poder-se-ia dizer que elas são endereçadas à clínica em saúde mental devido à incapacidade de serem normativas, de responderem ao padrão valorativo e/ou estatístico. No entanto, o fato de um terceiro (familiar/cuidador, profissional e/ou instituição) visualizar um sintoma *na* criança ou adolescente e incomodar-se com ele, mostra-se, frequentemente, como condição inicial para que cheguem para atendimento, pois são eles, os “terceiros”, que demandam, inicialmente, avaliação e/ou tratamento (Faria, 2016; Onocko-Campos, 2009).

Quando diversos autores apontam que um dos maiores desafios da clínica em SMCA está ligado à complexidade diagnóstica (Couto et al., 2008; D'abreu, 2012; Silva & Ghazzi, 2016), apoiam-se no fato de que, toda criança em sofrimento psíquico, seja ele desencadeado pelos atrasos ou transtornos no desenvolvimento, ou ainda de conflitos familiares, em contextos escolares e/ou no território, transbordam nas relações sociais e na capacidade de responderem aos ideais. Logo, os comportamentos de agressividade, agitação, automutilação, dificuldades de aprendizagem, uso de drogas e isolamento (conforme ilustrado nas *Nuvens de Palavras*, Figuras 1 e 2), figurariam índice ou símbolo de sofrimento psíquico, o que faria com esses sujeitos encontrem um espaço possível no campo da saúde mental. No entanto, ao chegar para atendimento, é fundamental que o sintoma *na* criança/adolescente seja colocado entre parênteses, não devendo-o ser aceito em seu estado bruto, e isso não significa excluí-lo ou desconsiderá-lo, mas questioná-lo. Caso contrário, isso implicaria na prática de uma clínica que não promove ações emancipatórias, o que mortifica o mandato da atenção psicossocial (Onocko-Campos, 2009).

Nessa perspectiva, entende-se que para fazer valer a política da intersetorialidade, do compartilhamento em rede, da corresponsabilização do cuidado etc., ou seja, práticas que compõem a Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2014), é fundamental situar a função ético-clínica nestes serviços. Se não se tem dimensão da função clínica do momento que, em política, nomeia-se como “acolhimento” – que, importante ressaltar, é sempre um tempo lógico, e não cronológico –,

---

<sup>3</sup> Em *O normal e o patológico*, Canguilhem (1943) critica dois critérios então utilizados para o estabelecimento do normal: o critério quantitativo-estatístico e o critério qualitativo-normativo. As críticas de Canguilhem nos serve de bússola para orientarmos uma escuta clínica que não tome, de saída, comportamentos desviantes de uma norma como patológicos e/ou transtornos em si, mas como um sinal de alerta que nos convoca à compreensão da história do indivíduo com a sua estrutura e meio ambiente.

esse momento será reduzido à função de triagem, cuja ação é esvaziada de ato clínico. Do mesmo modo, se não se tem dimensão da função clínica do encaminhamento, ele estará fadado a ir de encontro ao que diz o jargão popular do campo da saúde: “fazer orientar o fluxo” – prática antagônica ao entendimento de corresponsabilização do cuidado. É no registro do ato que se pode fazer com o que está escrito na política adquira valor clínico. Entretanto, para que o ato ganhe estatuto de *ato clínico*, ele deve ser precedido de uma aposta, que é, afinal, a aposta de que todo sujeito possa encontrar algo no serviço para se endereçar. Aqui, vale apenas atentarmos à leitura da função do cuidado em SMCA efetuada por Avellar e Safra (2018, p. 147). Por meio de uma leitura winiccottiana, esses autores afirmam que

nas diferentes situações cotidianas do serviço, observa-se que muitas vezes a criança e/ou adolescente busca funções que não puderam ser constituídas no tempo certo de seus processos de desenvolvimento. Pode ser que viva ali, pela primeira vez, uma experiência que não pôde acontecer em nenhum outro momento de sua existência. Nesta situação, o profissional do serviço é o outro que precisa reconhecer que o paciente está buscando uma interlocução para uma experiência que ele não consegue nomear, mas que faz parte de sua história.

Nesse entendimento, cabe ao CAPSij constituir um ambiente de saúde que não leve em conta apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos subjetivos e sociais como produtores das atuações profissionais (Ronchi & Avellar, 2013). Ao promover um espaço subjetivo como esse, torna-se possível profissionais e CAPSij ocupar *funções* para seus usuários. É por meio dessas funções, que serão singulares para cada sujeito, que o CAPSij poderá promover relações de cuidado singulares para cada caso.

#### 5.4 A dimensão clínico-política dos CAPSij

Os estudos de revisão sobre o CAPSij têm evidenciado que a população que mais acessa o serviço, considerando a totalidade dos atendimentos, não é a população prioritariamente descrita na

política de SMCA (crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave e persistente), mas a população de crianças e adolescentes com problemas relacionados à conduta e aprendizagem que não configuram, em muitos casos, em transtornos invasivos do comportamento, transtornos no desenvolvimento, neuroses graves ou psicoses (Bueno, 2013; Leitão et al., 2019). Embora a *práxis* em saúde mental se sustente ao colocar entre parênteses o desenvolvimento *strictu* do organismo, orientando a escuta para o sujeito que dá um sentido a esse organismo, condição que permite a escuta do sofrimento em suas diversas experiências, há que se destacar uma dimensão política que aí está em jogo e que permite orientar essa *práxis* em prol de uma organização da oferta de cuidado, além de fazer valer o que se chama de clínica ampliada.

Nesse sentido, entendemos que endereçar demandas de (des)conduta e dificuldades de aprendizagem a um serviço de saúde mental de média complexidade, sem a devida problematização da demanda, implica em circunscrever crianças e adolescentes em um campo de uma psicopatologia e prejudicar o acolhimento e tratamento dos “transtornos graves, severos e persistentes” (como escrito na portaria 336/2002 que funda serviço), público a quem o CAPSi se destina, prioritariamente, e mais: demandar ao campo da saúde mental a explicação e intervenção no comportamento considerado desviante, implica em retirar da discussão as responsabilidades dos laços institucionais, territoriais, familiares, escolares e políticos sobre as condições de vida de um sujeito.

Para Furtado e Onocko-Campos (2005), as dimensões clínicas e políticas dos serviços de saúde mental tendem a gerar tensionamentos cotidianos na tomadas de ações. Os autores entendem que a clínica, em sentido último, diz respeito ao caso tomado em sua singularidade. A saúde mental, por outro lado, embarcaria as ações políticas e éticas orientadas não a singularidade individual, mas a singularidade de um certo grupo, onde seus integrantes compartilhariam um denominador comum. Nesses termos, entende-se que o fazer em SMCA não se limita aos serviços do CAPSi, tanto em sua dimensão clínica quanto em sua dimensão política. No entanto, ao localizarmos o CAPSi como um espaço-referência da rede de cuidado, alguns apontamentos podem ser tecidos: 1- O fato do CAPSi

ser configurado com uma equipe interdisciplinar (enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos pediatras e psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros), os quais devem atuar a partir de um denominador comum (o cuidado em SMCA), faz com que o serviço se constitua como espaço-referência nas questões que envolvam cuidado e tratamento do sofrimento psíquico na infância e adolescência; 2- Embora o CAPSi seja mais uma modalidade de serviço de saúde entre outros – afinal, não é um serviço descolado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) –, situam-se valores clínicos neste serviço que são singulares, na medida que se espera estar melhor capacitado para o cuidado de casos graves.

Nesse entendimento, tratando-se de serviços de públicos de saúde, além dos valores clínicos, também se figuram os valores políticos e sociais. Qual seria, portanto, o valor político do CAPSi? Para Elia (2005), se o dispositivo “CAPS” é o espaço que corporifica uma determinada lógica do cuidado em um território – lógica que é regida pelas diretrizes públicas de saúde mental –, esse equipamento terá, dentre as principais tarefas, “a de articular-se aos ambulatórios do território em questão, sob pena de não cumprir seu mandato político-social de fazer valer tais diretrizes. Isso não apenas pressupõe uma rede ambulatorial, mas exige que o CAPS a ela se articule” (p. 57). Nesse sentido, entende-se que seria o CAPSi, tanto um espaço clínico criado para o cuidado e tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, quanto o dispositivo responsável por ordenar a demanda em SMCA, fazendo valer a política do cuidado em Rede e no território. Em termos práticos, Elia (2005, p. 57) afirma:

O CAPSi vai acolher universalmente todo aquele que o procurar, vai problematizar a demanda que lhe chega, vai absorver algumas delas sob a forma de cuidado dispensado no próprio CAPSi, vai encaminhar outros tantos, acompanhando o encaminhamento como um ato seu, pelo qual é responsável, vai convocar vários setores e instâncias do território (intersetorialidade), além de outros equipamentos de saúde mental e de saúde, vai chamar a rede educacional, assistencial, jurídica, enfim, vai operar a ordenação da rede, sem com isso

recorrer a qualquer tipo de ato que se superponha, confunda ou nivele com os atos da gestão.

Destaca-se a advertência do autor para que o ato político do CAPSi não seja confundido com atos de gestão. Isso significa dizer que não deve ser depositado ao CAPSi a tarefa administrativa, posto que isso faria o serviço ocupar um lugar hierárquico no poder, no sentido foucaultiano do termo, isto é, no campo político de governo das ações e do domínio do saber. Pelo contrário, o poder do CAPSi é o de fazer valer o compartilhamento em rede, a lógica intersetorial, o saber compartilhado, e isso significa exercer a clínica ampliada<sup>4</sup>, em sua essência. “É a própria clínica exercida sob a forma lógica da intervenção ampliada que funda o ato do CAPSi” (Elia, 2005, p. 57). Nestes termos, entendemos que “o ato do CAPSi” a que o autor se refere, a saber, sua dimensão política é, em sua essência, uma dimensão clínica que está pautada nos pressupostos da Atenção Psicossocial.

De acordo com Delfini, Bastos e Reis (2017, p. 03), a clínica ampliada “propõe um alargamento na compreensão do processo saúde/doença, do objeto de intervenção e das ações de cuidado, em relação a uma perspectiva clínica restritiva, que tende a fragmentar o paciente e intervir de maneira isolada em cada problema”. No caso da infância, a clínica é necessariamente ampliada, pois o cuidado em saúde de crianças só é efetuado se desenvolvido de modo interdisciplinar e intersetorial, bem como na mobilização de seu ambiente social e institucional (família e escola) mais próximo (Couto et al., 2008).

Indo de encontro a esse entendimento, um dos profissionais afirma:

*“Entendo que dentro da perspectiva psicossocial a gente não pode perder de vista a questão clínica, e por isso temos que estar constantemente avaliando que tipo de trabalho oferecemos e como nos colocamos com os outros serviços. Nisso a gente vê que dentro*

---

<sup>4</sup> A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. O conceito de clínica ampliada é resultado de esforço de formalização para um trabalho intersetorial, de forma que se possa integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Trata-se de integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. Maiores detalhes, ver: “Clínica Ampliada e Compartilhada” (Ministério da Saúde, 2009).

*daquilo que o CAPSi oferece, com essa equipe multiprofissional, existem casos que a gente compartilha o cuidado. Uma criança é assistida aqui, com um ou mais profissionais específicos, mas ela faz outro tipo de acompanhamento em outra unidade que diz respeito ao plano terapêutico singular dele, que inclui uma unidade de saúde”* (profissional 1, quatro anos de casa).

Para Rinaldi e Burtsztyrn (2008), o campo da atenção psicossocial é marcado por diferentes orientações, desde aquelas que privilegiam a dimensão política, propondo uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, “seja incorporando os procedimentos de atenção psicossocial passando a designá-la como clínica ampliada, seja como clínica do sujeito” (p. 34). Se toda leitura da realidade exige uma lente, portanto, é este último entendimento que tomamos como uma lente para o “fazer psicossocial”.

Sobre este tema, um dos profissionais diz:

*“A ideia não curar o transtorno, curar os sintomas em específico, mas trabalhar o projeto de vida de uma criança ou adolescente e família. Todos os profissionais daqui têm que guiar um trabalho nessa direção, de tornar nossos usuários mais independentes possíveis, menos limitados”*. (profissional 5, dez anos de casa)

Para Quintanilha, Belotti, Tristão e Avellar (2017), é comum haver, nos contextos de saúde, a prevalência de uma hierarquização do saber nas relações entre usuários e profissionais, o que ao invés de se produzir um cuidado, produz-se tutela. As autoras argumentam que a tutela se dá quando, na relação, ao invés de ocorrer troca produz-se as sobreposições de vontade e de desejo. Logo, se não há uma dimensão clínica que permeia o ato, a saber, o cuidado, ele estará fadado a produzir tutela. É por meio da dimensão clínica que se pode sustentar uma posição de aposta no sujeito, de que ele possa encontrar um lugar para onde se endereçar. É por meio de uma mira a um lugar como esse que se pode dirigir um tratamento, operando com “um saber a ser produzido a partir da fala do sujeito implicado em seu sofrimento” (Elia et al., 2011).

### *5.5 A participação da família no cuidado de crianças e adolescentes acolhidos pelo CAPSij*

No que se refere à Tabela 6, sobre a participação da família no cuidado de crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSij, identificou-se os membros familiares do sexo feminino como os que mais acompanham crianças e adolescentes no CAPSij. Neste tema, destaca-se o estudo de Farias et al. (2014), no qual objetivaram caracterizar os cuidadores de crianças e adolescentes usuários do CAPSij. Os autores identificaram que 95,6% dos cuidadores eram mulheres (mães, tias e avós) com idades entre 25 e 70 anos; 38,9% eram casados ou viviam com um companheiro; 60% pertenciam à classe econômica C e 66,7% não trabalhavam. Além disso, identificaram as mulheres (mães, tias e avós) como os membros familiares que mais apresentaram sobrecarga emocional. Segundo os autores, o fato da responsabilidade sobre os cuidados e acompanhamento das crianças e adolescentes no serviço ser mais deslocada para as figuras femininas, constituir-se-ia variável para a sobrecarga emocional. Daltro et al. (2018) corroboram os dados, identificando parcela de 93,8% de cuidadores do sexo feminino.

De acordo com Souza-Filho, Sousa, Parente e Martins (2010), a forte incidência de cuidadores do sexo feminino pode ser explicada pelas relações de cuidado historicamente construídas ao longo do tempo, devidos aos papéis de gênero estabelecidos. Desse modo, destaca-se a importância de o CAPSij constituir-se como um espaço possível para atenção e cuidado de familiares de crianças e adolescentes, posto que os familiares também constituem usuários do serviço. Diversos estudos têm sido delineados de forma a investigarem não só a participação de familiares no cuidado de crianças e adolescentes nos espaços do CAPSij, mas também, se, e de que forma, o CAPSij tem incluído estes familiares em suas ações de cuidado (Campos et al., 2011; Daltro et al., 2018; Marini, Martins, Souza, Filho, & Pontes, 2010). Nesses termos, muitos estudos têm evidenciado que as abordagens grupais se mostram como as principais ações destinadas aos familiares dos sujeitos atendidos nos CAPSij, seguidas dos atendimentos psicológicos e assistenciais prestados à mãe (Camatta et al., 2011; Ronchi & Avellar, 2010; Taño & Matsukura, 2017).

Em seu estudo, Taño (2014) identificou que as modalidades grupais figuraram a maioria dos atendimentos dispensados aos familiares no CAPSij estudado. Entretanto, a autora destaca a necessidade de os serviços constituírem outros espaços, que vão desde os acompanhamentos psicoterápicos individuais aos atendimentos e visitas domiciliares, embora este último seja, usualmente, pouco priorizado pelas equipes, especialmente devido à falta de recursos (Camatta et al., 2011).

Em estudo que objetivou analisar o itinerário percorrido por famílias de crianças e adolescentes atendidos em um CAPSij, Delfini, Bastos e Reis (2017) identificam que, não raro, os familiares já chegam emocionalmente sobrecarregados nos CAPSij. Isso deve porque, em muitos os casos, eles são os primeiros a perceberem algo de diferente na criança, especialmente no que diz respeito a ausência ou dificuldades na fala, dificuldades no sono e na agitação extrema. Ao procurarem, espontaneamente, serviços especializados, deparam-se, usualmente, com falas de profissionais de que “cada criança tem o seu tempo”, fato que produz angústia nos familiares, justamente por entenderem e experimentarem dificuldades para-além do “normal” no cuidado e convivência com seus filhos. A chegada no CAPSij produziu, em muitos os casos, uma aquietação da angústia, atenuando a “procura solitária por novos serviços ao oferecer um ambiente facilitador e um acolhimento, no qual dúvidas, angústias e medos foram sustentados, mediante uma disponibilidade para escutar” (Delfini et al., 2017, p. 08).

Os resultados descritos acima ilustram o “poder” do que em política se nomeia como “acolhimento”. De fato, a ação clínica do acolhimento deve, além de possibilitar a formulação de uma demanda clínica a ser respondida pelo serviço, no que se refere às possibilidades de tratamento de uma criança ou adolescente, possibilitar a escuta dos pais, familiares ou cuidadores. Isso significa sustentar o entendimento de que os familiares não só ocupam *funções e lugares* de que depende a constituição psíquica de uma criança (Faria, 2016), mas que, eles próprios, experimentam angústia que merece acolhimento e, portanto, resposta do serviço, a saber, o cuidado. Em leitura psicanalítica, Faria (2016) argumenta que a experiência clínica mostra que, dessa escuta dos pais,

familiares ou cuidadores, pode-se esperar efeitos sobre as *estruturas*, seja da criança, seja do cuidador, seja da própria estrutura familiar.

### 5.6 A Clínica no CAPSi

Nesta sessão e nas próximas, são discutidos os dados das entrevistas com os profissionais do CAPSi.

Entendeu-se que a Classe 2 originada pela CHD (Figura 5) agrupou conteúdo semântico que aponta para os desafios internos que o CAPSi em questão tem se situado. Observou-se que esse olhar para-dentro teve como lente o “fazer clínica”, posto que os léxicos que mais obtiveram valor (supervisão, ação, clínica, escutar, resultado, autismo etc.) remetem ao campo da clínica e seus efeitos.

Constatou-se que os profissionais estariam perdendo de vista a população a quem prioritariamente se destinam, isto é, crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso, especialmente no que se refere aos autismos e psicoses. Tal constatação figura interrogações sobre o manejo clínico e a direção do tratamento destes usuários em específico, principalmente no que tange às possibilidades de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Nesta classe, destacou-se o termo “autismo” como o único léxico representante das “psicopatologias”. Segundo os profissionais, o autismo tem se mostrado como a demanda mais desafiadora, trazendo à tona questões acerca da avaliação diagnóstica e eficácia terapêutica. Os profissionais têm se questionado sobre a posição a ser adotada quando demandados a avaliar, cuidar e tratar de sujeitos autistas:

*“Hoje eu não me sinto completamente preparada para trabalhar no capsí, no sentido de ser capaz de atender qualquer demanda, principalmente nas questões que se referem ao autismo, que tem sido uma clínica extremamente desafiadora”* (profissional 2, quatro anos de trabalho no CAPSi).

*“Estamos tentando fazer um alinhamento aqui no serviço, para termos um acolhimento de demandas de autismo que seja fundamentado em um protocolo, pois há muitas discordâncias. Às vezes vem com o diagnóstico de autismo e não concordamos, e então temos que nos posicionar diante disso, estamos tentando sistematizar uma forma de atendimento de acolhimento para a equipe trabalhar com essa demanda”* (profissional 15, seis anos de trabalho no CAPSij).

Visani e Rabello (2012), ao pesquisarem sobre como acontece o diagnóstico precoce do autismo em um CAPSij, descobrem que o tratamento de crianças autistas se inicia tardiamente. Segundo as autoras, esse fato se dá devido à ausência de iniciativas de detecção precoce, à insegurança e à demora por parte dos demais profissionais de saúde em diagnosticar e manejar casos de autismo, fato que, por vezes, conduz familiares à busca de diagnósticos e tratamentos em diversos outros dispositivos, públicos e/ou particulares.

Teixeira e Jucá (2014) já antecipavam que o exercício do cuidado ao sujeito com autismo colocaria consideráveis desafios à organização de serviços como o CAPSij, uma vez que o serviço configura uma primeira e importante iniciativa de inclusão do autismo de modo destacado no campo da saúde mental pública no Brasil (Lima, Couto, Solis, Oliveiroa, & Delgado, 2017). A precarização do trabalho, a má gestão nos diferentes níveis de governo e a capacitação dos profissionais estariam entre as principais variáveis que conduzem a uma “prática clínica com pouco potencial terapêutico para crianças e adolescentes autistas” (Teixeira & Jucá, 2014, p. 82).

Diante do exposto, notou-se que, para os profissionais entrevistados, as interrogações acerca da dimensão clínica do CAPSij tiveram como porta-voz o autismo e seus desdobramentos, tanto dentro do serviço quanto na Rede de SMCA. Ao que parece, os profissionais têm se questionado sobre a posição a ser adotada quando demandados a avaliar, cuidar e tratar de sujeitos autistas. Nesse sentido, entende-se que essa questão merece ser tratada com mais cautela, uma vez que, aí, podem ser feitas algumas interrogações, como o porquê da demanda autista provocar angústia nos profissionais de forma que o termo “autismo” apareça frequentemente em seus discursos,

considerando que os prontuários apontam para uma baixa incidência (4%) de usuários autistas no serviço, assim como o porquê de ser a demanda autista capaz de provocar reflexões acerca das condutas terapêuticas adotadas pelo serviço e sobre a segurança no manejo clínico dos profissionais.

Para Batistelli e Amorim (2014) não é raro que os pais cheguem à serviços especializados cansados de constantes consultas aos vários profissionais, os quais aplicam diversas metodologias de investigação diagnóstica. Nesses termos, as autoras afirmam que não é incomum os pais irem de encontro à conclusões equivocadas, como “o diagnóstico de autismo só poderá ser confirmado após seis ou sete anos de idade da criança”. (p. 43). É sabido que para qualquer criança que apresente dificuldades no seu desenvolvimento, especialmente no caso de crianças com autismo, é fundamental que o atendimento seja feito o mais breve possível. Tal constatação, que fortemente publicizada pela mídia, tem feito com que, nos tempos atuais, familiares e cuidadores fiquem cada vez mais atentos aos comportamentos atípicos tanto em crianças e adolescentes quanto em bebês, posto que há sempre o “perigo” de estarem diante de um desdobramento de uma estrutura autista. Isso se torna particularmente alarmante quando o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos, divulgam dados epidemiológicos que encontram prevalência de um caso de autismo a cada 68 nascimentos, sendo que em 2002 estimava-se prevalência de um caso de autismo a cada 150 (CDC, 2014).

De acordo com Kupfer (2015), estes números fariam pensar em uma epidemia de autismo. Entretanto, a autora destaca que alterações nos critérios diagnósticos, assim como a extensão do espectro para incluir quadros que não eram, antes, considerados como autismo, resulta, na verdade, em uma falsa epidemia. De todo modo, todos esses ingredientes têm feito com que clínicos e pesquisadores se debrucem cada vez mais na temática do autismo (Backes, Zanon, & Bosa, 2017; Jerusalinsky, 2018; Kupfer & Bernardino, 2018; Lima, Couto, Delgado, & Oliveira, 2017). Inclusive, mais recentemente, foi publicada a Lei nº 13.438 (Brasil, 2017), de 26 de abril de 2017, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), alterando o artigo 14, onde se afirmava que “o SUS promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção de

enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil e campanhas de educação sanitária para pais educadores e alunos” (Brasil, 1990, sem página). O texto da Lei nº 13.438 altera esse artigo e acrescenta que

É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico (Brasil, 2017, sem página).

Para Jerusalinsky (2018), embora essa lei diga de uma detecção precoce de risco psíquico, ela tem sido, erroneamente, interpretada como uma “lei de detecção do autismo”. A autora adverte que “nem todo risco psíquico da primeira infância é risco de autismo” (p. 85). Com isso, o que aqui se quer colocar é a probabilidade deste cenário acentuar e acalorar as discussões acerca do acolhimento dos “espectros autistas” nos serviços do CAPSi, uma vez que esse serviço é considerado uma primeira e importante iniciativa de inclusão do autismo de modo destacado no campo da saúde mental pública no Brasil (Lima et al., 2017).

Lima et al. (2017), por meio de uma metodologia participativa, desenvolveram indicadores que podem servir como “guias e referências às boas práticas no cuidado com as pessoas com autismo e suas famílias, podendo ser usados para futuras iniciativas de avaliação do atendimento oferecido pelos CAPSi a essa população” (p. 715). Entre os 130 indicadores, há forte destaque para as atividades de supervisão clínico-institucional, espaço que foi tido pelas equipes dos 14 CAPSi estudados, de forma unânime, como capaz de fomentar e circular os saberes de cada especialidade no coletivo de trabalhadores, especialmente no que se refere aos saberes sobre o autismo (Lima et al., 2017).

Diante do exposto, embora se possa admitir certas contingências que provocariam discussões calorosas acerca das condutas a serem adotadas nos casos de “espectro autista” neste CAPSi, pode-se, também, entender que tais discussões, uma vez alinhadas para o campo da clínica, apontam para um “despertar” por parte de profissionais para a “insuficiências” de qualquer outra

ordem, para os casos clínicos difíceis em geral. Embora a demanda “autismo” tenha se mostrado como porta-voz para discussões sobre a dimensão clínica do serviço, especialmente no sentido de os profissionais encontrarem melhor respaldo para suas ações de cuidado, figura-se a possibilidade de que quando falam do autismo estão falando de outras dificuldades clínicas e de manejo, também. É o desafio diante de tantos outros, mas esse, o “autismo”, é o que se nomeia.

Conforme indicado, entendeu-se que a Classe 2 ilustrou os desdobramentos das reflexões clínicas por parte dos trabalhadores do CAPSij os quais produzem uma guinada para a construção de um lugar de oferta de cuidado singular em que o serviço se pode localizar. A reflexão sobre esse lugar é tida como fundamental para os profissionais, na medida que entendem que é a partir desse lugar que o CAPSij pode dirigir suas ações de cuidado. É por meio das interrogações clínicas que os profissionais parecem se aproximar da construção (ou reconstrução) deste lugar.

*“Eu penso que casos\_de\_capsi incluem sofrimento\_psíquico grave, acentuado, que precisam de um cuidado prolongado ou contínuo, como no caso dos autismos e psicoses. Se não for desse jeito [sofrimento psíquico grave], o que podemos oferecer então? E aí entra uma pergunta melhor, que é o que o capsij tem de diferente de outros serviços?”*  
(profissional 14, 6 anos de trabalho no CAPSij).

Segundo os profissionais entrevistados, há a necessidade de se criar um espaço para sustentar e potencializar tais reflexões, de forma que figurem práticas clínicas mais efetivas. É aí, então, que aparece o dispositivo de supervisão. A supervisão clínica-institucional é tida para os profissionais como o dispositivo que estimularia a melhoria do serviço, uma vez que ela possibilitaria melhor discussão e construção dos casos clínicos tidos como mais desafiadores, como o autismo – questão que vai de encontro com os achados de Lima et al. (2017).

*“[...] A própria questão do autismo que precisa ser mais discutida aqui no capsij, precisamos de um protocolo de trabalho [...]. Pensando aqui, para colocarmos tudo isso realmente em prática, precisamos, principalmente, de supervisão. Precisamos de supervisão para pensar possibilidades tanto de processo de trabalho quanto clínicas, pois o*

*serviço às vezes acaba consumindo muito de nós, e não sobra espaço para pensarmos sobre isso de uma maneira sólida e assertiva.... Precisamos de supervisão”* (profissional 2, quatro anos de trabalho no CAPSij).

Para o Viganò (2010), a prática de apresentar e discutir os casos é um meio de avaliar a qualidade de uma equipe e de estimular a melhoria do serviço, mostrando-se, também, como um instrumento capaz de demonstrar que é possível uma avaliação que inclua a transferência<sup>5</sup> como eixo do trabalho em equipe. Compartilhando dos princípios da Reforma Psiquiátrica Italiana, Viganò defende, por meio de uma leitura psicanalítica, que a construção do caso clínico em serviços de saúde mental deve ser sempre democrática:

Cada um dos protagonistas do caso (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição[...] Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu (Viganò, 2010, p. 02).

Diante do exposto, figuram-se algumas interrogações: não seria a reunião de equipe um espaço possível para o compartilhamento do saber sobre os casos? Não seria o matriciamento um dispositivo capaz de fazer surgir a dimensão do território, presentificando o cuidado compartilhado em Rede? Nesses termos, o que parece estar em jogo são as idealizações desta equipe acerca da supervisão. Ao que parece, a equipe equipara um possível supervisor a um “messias”, cujo saber é do mestre, e que, portanto, viria para direcioná-los às práticas clínicas mais efetivas. Isso pode ser exemplificado nas seguintes falas:

*“A própria questão do autismo que precisa ser mais discutida aqui no capsij, precisamos de um protocolo de trabalho, de um parâmetro para avaliação mais universal. Pensando aqui,*

---

<sup>5</sup> Viganò faz uso, aqui, do conceito de transferência não no sentido elementar descrito por Freud em “Recordar, Repetir e Elaborar” (transferência como um fragmento de repetição que, por sua vez, é uma transferência do passado esquecido, pois sofreu recalque), mas no sentido de “transferência de trabalho”, noção formulada por Lacan para definir a relação de trabalho nos cartéis em psicanálise. Para Figueiredo (2004), a transferência de trabalho em uma equipe de saúde mental permite que se dissolvam os efeitos narcísicos e imaginários que inevitavelmente ocorrem, seja na confusão de papéis da equipe (mistura de funções), seja na fixação de papéis (verticalização do poder e do saber). Trata-se, em suma, uma transferência em relação ao saber daqueles que compõem a equipe.

*para colocarmos tudo isso realmente em prática, precisamos, principalmente, de supervisão*". (profissional 2, quatro anos de trabalho no CAPSi)

*"Precisamos urgentemente de supervisão, pois temos tido muitas demandas que exigem da gente, que nos desafia, e sem supervisão não conseguimos construir um caso da melhor forma, muita coisa passa despercebida, principalmente no que deixamos de escutar e oferecer*". (profissional 14, 6 anos de trabalho no CAPSi)

*"A supervisão costumava ser uma discussão extremamente rica, muitas vezes vinham profissionais de fora, de universidades consagradas, e nesse espaço conseguíamos colocar para fora muita coisa, como nossas angústias, nossos potenciais, o que estava deixando a desejar, dos casos que não iam para frente, e isso melhorava muito o trabalho, rapidamente víamos efeitos positivos das supervisões, e como não tem mais isso acabou se perdendo*". (profissional 9, oito anos de trabalho no CAPSi)

Partindo dos princípios da psicanálise lacaniana, que entende que se o inconsciente é estruturado como uma linguagem, o psicanalista, então, faz parte do conceito de inconsciente, posto que constitui seu endereçamento, (Elia, 2015, p. 254) afirma: "não há inconsciente se não houver analista, e não há equipe se não houver supervisor". Nesses termos, entende-se que, para o autor, a supervisão nos CAPS tem função estrutural, logo, não seria uma função técnica, facultativa ou contingencial, isto é, que pode ou não haver. Muito pelo contrário, pois seria a supervisão o dispositivo que completaria a equipe, uma vez que ela provocaria um giro no discurso do especialista.

Entretanto, Elia (2015) entende que a tarefa da supervisão é a de lembrar que a equipe não é autossuficiente, autogestora e nem autogerida. Ao instituir um furo no saber especialista da equipe, mostrando que ela é não-toda, que não se basta, a figura do supervisor (muito mais no campo do significante do que no campo do *strictu*, isto é, a pessoa do supervisor) presentificaria, dentro do CAPS, o fora do CAPS, fazendo surgir a dimensão do território, do saber para-além da equipe, portanto, do cuidado em Rede.

Nessa perspectiva, é certo que a supervisão pode evidenciar caminhos a serem percorridos, os quais apontariam para “práticas clínicas mais efetivas”. Mas, se tomarmos a supervisão como um dispositivo que põe em questão o saber de maestria (o saber do especialista), interrogando o que está estabelecido *a priori*, deve-se, de saída, questionar justamente o que se entende por clínica, por práticas clínicas e por efetividade clínica. Somente engendrando questionamentos como estes que se torna possível efetuar um giro no discurso técnico, evidenciando um furo no saber e, por meio de furo como esses, que se pode produzir um saber a partir da prática institucional.

Para Rinaldi e Bursytyn (2008, p. 35), um dos maiores desafios do fazer clínico na atenção psicossocial é “a construção de um saber sobre a clínica, a partir do que cada técnico faz e não do que cada profissional sabe, é um dos desafios do trabalho clínico na atenção psicossocial”. Indo de encontro com esse entendimento, Elia (2015, p. 252) afirma:

No campo da atenção psicossocial, o saber não apenas não pode ser aplicado, posto que ele se constrói *no curso de seu ato*, o que o obriga a que sua elaboração só possa ter lugar *a posteriori* ao ato clínico[...] e faz com que o saber nunca possa ser um saber de especialidade”.

É nesses termos que se pode interpretar a Classe 2 (CHD, Figura 1), nomeada como “*A clínica no CAPSij*”: o desafio de um grupo de profissionais produzirem uma equipe capaz de orientar todo o trabalho por uma lógica de cuidado, lógica que representada pelo paradigma da atenção psicossocial e da clínica ampliada, em sua essência (Elia, 2015). Essa lógica pode ser representada pela seguinte fala:

*“A ideia não curar o transtorno, curar os sintomas em específico, mas trabalhar o projeto de vida de uma criança ou adolescente e família. Todos os profissionais daqui têm que guiar um trabalho nessa direção, de tornar nossos usuários mais independentes possíveis, menos limitados. Isso é melhor resultado que podemos ter”* (profissional 5, dez anos de trabalho no CAPSij).

Conforme indicado, a clínica ampliada “propõe um alargamento na compreensão do processo saúde/doença, do objeto de intervenção e das ações de cuidado, em relação a uma perspectiva clínica restritiva, que tende a fragmentar o paciente e intervir de maneira isolada em cada problema” (Delfini, Bastos, & Reis, 2017, p. 03). No caso da infância e adolescência a clínica é necessariamente ampliada, devendo o cuidado ser desenvolvido de modo interdisciplinar e intersetorial, bem como na mobilização de seu ambiente social e institucional (família e escola) mais próximo (Belloti, Quintanilha, Tristão, Ribeiro Neto, & Avellar 2017; Couto et al., 2008). Considerando o paradigma psicossocial, é somente nesses termos que se pode conseguir “práticas clínicas mais efetivas”.

Nesse sentido, muito mais do que promover instrumentação teórica e prática a um coletivo de profissionais, a supervisão deve fazer surgir, neste coletivo, a dimensão de uma equipe. Isso significa dizer que não é a composição de profissionais com diferentes formações e orientações teóricas (diferentes saberes) que constituem uma *equipe* de CAPSij. Na melhor das hipóteses, isso permite dizermos que se tem um *grupo* de técnicos e especialistas que compartilham um espaço clínico-institucional comum. Mas, para fazer valer o ato clínico-político dos CAPSij, os profissionais devem orientar seu trabalho por uma lógica de cuidado, de modo que a voz passiva (ser cuidado) torne-se cada vez mais uma referência retórica vazia (Elia, 2015). É do lugar do ato que os “cuidados” indicarão os caminhos a serem seguidos pelos “cuidadores”, posto que o “cuidar” revela uma interação entre quem cuida e que é cuidado (Martín, Paúl, & Roncon, 2000). Isso significa dizer que deve, a equipe, construir uma prática clínica que tenha a escuta como ferramenta imprescindível para o tratamento, de forma que tome o sujeito como eixo central de seu trabalho.

### 5.7 A Articulação com a Rede e o Imaginário do Serviço

A Classe 5 agrupou os principais tensionamentos entre CAPSij e a Rede. Esse tensionamento pode ser interpretado devido aos léxicos mais significativos dessa Classe, “rede” e “cá”, formarem um par de opostos, o que sugere um hitato entre o CAPSij (cá) e a Rede (lá).

Segundo os profissionais, o principal tensionamento entre os equipamentos que compõem direta e indiretamente à Rede de SMCA diz respeito aos lugares atribuídos ao CAPSij. Destacam-se as falas:

*“Eu me sinto muito frustrada porque com a proposta do SUS atenção\_básica deveria atender pelo menos oitenta por cento das questões, e aí a gente recebe um encaminhamento inadequado, que podia ter sido resolvido e acolhido lá no território da pessoa, mas aí vem para cá por conta do psiquiatra, do especialista, e aqui não tem só isso, aqui é uma equipe muito maior que isso”.* (profissional 8, dez anos de trabalho no CAPSij)

*“Os principais impasses que eu percebo nesse capsij dizem respeito à forma como muitos usuários são encaminhados, sem uma demanda que justifique, ou uma demanda que foi realmente escutada. Se um outro serviço que atende um adolescente descobre um uso de maconha, já associa como demanda para capsij, mas não procura entender um pouco mais sobre as questões daquele sujeito. Da mesma forma quando tem alguma adolescente que se corta, que faz cutting, então já vem direto para o capsij”* (profissional 11, um ano de trabalho no CAPSij).

*“Às vezes quando vem para cá, vemos que podemos sim oferecer um tratamento, mas se é mais viável para um sujeito ser atendido em outro lugar, se já tem algum vínculo com uma unidade de saúde, ele não precisa necessariamente estar aqui, mas nós podemos estar lá”.* (profissional 1, quatro anos de trabalho no CAPSij)

A análise das entrevistas possibilitou identificar que este serviço tem sido situado muito mais no lugar de “preceptor” do que no lugar de “ordenador”. O “CAPSij-preceptor” diz de uma lógica histórica de ações dedicadas à institucionalização e segregação de crianças e adolescentes desviantes, seja pelo critério da insanidade, seja pelo critério da pobreza, sendo que ambas eram vistas como prerrogativas para a delinquência (Bulcão, 2012). Nesse sentido, estaria o CAPSij ainda enfrentando estes atravessamentos históricos, na medida em que, não raro, recebem encaminhamentos de crianças e adolescentes que não tiveram suas demandas problematizadas em

outros espaços, de forma que não seria, então, a suposição de sofrimento psíquico grave a prerrogativa de um encaminhamento, mas, sim, o fato de determinada criança ou adolescente causar um mal-estar no seu meio próximo. Daí se depreende o quanto a lógica manicomial e o modelo biomédico ainda atravessam os dispositivos de atenção psicossocial, na medida em que respondem demandas de normatização por meio da institucionalização.

Por outro lado, o “CAPSij-ordenador” diz de um equipamento incumbido de articular-se à RAPS de seus municípios e fazer valer a política da intersetorialidade. Uma das propostas para articulações deste tipo é o Matriciamento ou Apoio Matricial (AM). De acordo com Iglesias e Avellar (2014) AM figura uma proposta do Ministério da Saúde (2003) para articulação entre a Rede de Saúde Mental e as Unidades de Saúde, de forma a fortalecer a clínica ampliada, oferecendo suporte técnico por meio da discussão, capacitação e intervenção em conjunto com os profissionais. É por meio do AM que se pode conseguir, mesmo que não sem dificuldades, levar à Atenção Básica a discussão e a inclusão da “saúde mental” em suas práticas de cuidado (Iglesias & Avellar, 2014).

Sobre este tema, retoma-se as falas de alguns dos profissionais entrevistados:

*“Quando isso é forte, o matriciamento, passamos a ver que os encaminhamentos que são feitos para o capsí ficam mais articulados”.* (profissional 9, oito anos trabalho no CAPSij)

*“Precisamos estar bem afinado sobre qual é o nosso papel, como trabalhar uma demanda de um tipo, de forma que quando formos conversar com a atenção básica poderemos orientar e participar de um matriciamento que seja efetivo em saúde mental, que pode incidir lá no território”.* (profissional 14, 6 anos trabalho no CAPSij)

*“Resumidamente, esse usuário não estará fisicamente aqui no capsí, mas será assistido pelo o capsí, mesmo que estando em outro serviço da rede, será assistido pelo matriciamento, pelas conversas de equipe, e coisas do tipo. A ideia é que nenhum usuário crie raízes aqui, de forma que sua assistência seja cornificada aqui nesse serviço, porque, senão, estaremos, de certa forma, reproduzindo as práticas dos hospitais\_psiquiátricos. Se é um capsí potente,*

*ele sustenta essa posição, se não for, permitirá a cronificação do atendimento”* (profissional 5, dez anos de trabalho no CAPSij).

Destaca-se o entendimento do matriciamento como um dispositivo capaz de situar a função clínica do encaminhamento da Atenção Básica para o CAPSij. Além disso, é por meio do matriciamento que o CAPSij pode participar do cuidado de determinada criança ou adolescente sem que o mesmo esteja no espaço físico do CAPSij. Sobre essa questão, destaca-se uma fala de uma profissional que remete à crítica de Onocko-Campos (2011, p. 103) acerca da dissociação do usuário por meio da fragmentação das atividades ofertadas pelos profissionais dos serviços de saúde mental: “Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com terapeuta ocupacional”.

*“Às vezes um médico que atende uma criança, percebe uma questão de saúde mental importante no caso, e já manda para cá. Mas quando vamos ver, essa criança já fazia atendimento psicológico em uma unidade de saúde, então não houve conversa com essa unidade de saúde ou psicólogo. Não que isso não seja caso para nosso serviço, mas podemos aparecer de outra forma, no matriciamento. Há alguns entraves na rede e isso atropela o serviço, não só o nosso, mas toda a Rede. A maior dificuldade é de colocarmos para a rede o que seria caso de caps, de encaminhamentos para cá”*. (profissional 5, dez anos de trabalho no CAPSij)

Assim como os trabalhadores de um CAPSij estudado por Calvacante, Jorge e Santos (2012), os profissionais deste CAPSij também se queixam sobre as desarticulações entre a Atenção Secundária e Primária. Para eles, se na Atenção Básica é escutado algo em uma criança ou adolescente que diz respeito às questões em saúde mental, ao invés de se questionar essa demanda no próprio serviço, há uma força maior que conduz à prescrição de um encaminhamento para o CAPSij, posto que persiste o entendimento de que lá é “O” espaço para saúde mental, ao invés de que “lá”, o CAPSij, seja “um” dentre os espaços de saúde mental disponíveis. Nessa perspectiva, destacou-se, na CHD, um termo de suma importância para essa discussão: “caso\_de\_capsi”.

Segundo os profissionais, tem havido discussões calorosas no serviço acerca de qual é o público a que eles se destinam. Essa discussão nos parece importante na medida que pode (1) ajudar o serviço a estabelecer-se em um lugar do qual podem direcionar tratamentos – o que pode ser entendido como uma necessidade em situarem a dimensão clínica dentro serviço – além de (2) fortalecer as ações de compartilhamento e corresponsabilização do cuidado, articulando-se com demais serviços da Rede, que pode ser entendido uma forma de situarem “o fora” do serviço, isto é, a dimensão política da Atenção Psicossocial: o trabalho intersetorial.

*“Uma questão para nós que é sempre intrigante, é a questão de o que seria caso\_de\_capsi. Se formos pelo critério teórico, caso\_de\_capsi seria o caso de transtornos\_severos, que impede o sujeito de circular na vida, na escola, na família, que há um sofrimento\_psiquico mais acentuado. Se formos por critérios da nossa experiência prática aqui no caps, vemos casos de sofrimento familiar grande, que determinada criança não possui um transtorno\_severo ainda, mas que está em um lugar muito complicado naquela família, e então precisaria de uma intervenção de uma equipe mais especializada, que é a equipe do caps”* (profissional 14, seis anos de trabalho no CAPSi).

A fala dessa profissional parece remeter ao hiato que muitas vezes se coloca entre o diagnóstico de “transtorno mental” e o reconhecimento da experiência de “sofrimento”. Enquanto o primeiro estaria no terreno do objetivo, o segundo estaria no terreno do subjetivo. Inclusive, na própria portaria que funda o CAPSi há a referência de que o serviço é destinado às crianças e adolescentes com “transtorno mental grave, severo e persistente”, questão que permite certa crítica em relação à tendência de se privilegiar a nosografia (critério objetivo) em detrimento da experiência e narrativa de sofrimento (critério subjetivo) como certo “critério de seleção” para o cuidado no CAPSi.

Conforme já indicado sobre esse tema, Taño (2014) afirma que não seria simplesmente o diagnóstico de uma psicopatologia em determinado usuário que constituiria demanda para cuidado no espaço do CAPSi, mas a complexidade que o cuidado, portanto, o sofrimento, exige. Em sentido

último, também é preciso considerar a impossibilidade de uma normatização política, institucional ou psicopatológica que seja capaz de abarcar a complexidade e diversidade do sofrimento psíquico na infância e adolescência em um “perfil” claro e preciso. Tratando-se de serviços públicos de saúde mental, esse “perfil” naturalmente será atravessado pelos aspectos da cultura local, institucional, profissional e pessoal dos sujeitos que promovem as práticas de cuidado (Moreira, 2016).

Nessa perspectiva, consideramos valiosa a discussão entre os profissionais acerca do que seria “caso\_de\_capsi”, posto que tal discussão possibilita estabelecerem-se em um lugar do qual podem direcionar tratamentos. No entanto, destaca-se que esse lugar a que o CAPSij busca se situar, não deve se tornar um lugar fixo, posto que assim como os outros serviços da Rede o CAPSij deverá adaptar-se às demandas dos usuários. É nesses termos que se pode entender a diretriz que convoca os CAPSij à incluírem em seus processos de trabalho as avaliações constantes das (Ministério da Saúde, 2014a) demandas locais: assumir seu papel de gestor da Rede de Saúde Mental da criança e do adolescente.

À guisa de exemplo, como sabido, muitas famílias procuram o CAPSij por conta de ser um serviço que contém um psiquiatra, profissional geralmente difícil de se acessar no SUS, ainda mais quando se trata de psiquiatra com uma formação voltada especialmente para saúde mental de crianças e adolescentes. Embora isso corresponda um dos maiores desafios a serem enfrentado pelo serviço, conforme ilustrado pela Classe 1, da CHD (Figura 5), na medida que entendem que o CAPSij não é ambulatório, não é um posto de medicalização e atendimento psiquiátrico (profissional 3, seis anos de trabalho no CAPSij), em alguns casos, é preciso suportar essa condição. Muitas crianças podem receber cuidados em outros serviços e precisarem, durante algum tempo, de atendimento psiquiátrico. Todavia, cabe tanto o profissional quanto o CAPSij não se identificarem a esse lugar.

Nesses termos, entendemos que suportar e identificar-se são ações que adquirem desdobramentos distintos. Quando uma equipe suporta determinada condição, ela a faz com uma

função, geralmente numa função de aposta de algo em outro lugar (seja no usuário, na família, ou em outro serviço) pode, posteriormente, adquirir vir a funcionar de outra forma. Portanto, a ação de suportar, quando precedida de uma aposta como essa, adquire valor de ato clínico. Identificar-se, por outro lado, implica em estar sujeito a uma condição sem questioná-la, posição que pode ser mortífera tanto para usuário, família, demais instituições, quanto para o CAPSij ou o profissional que corporifica essa identificação. Em suma, identificar-se a uma condição pré-estabelecida sem questioná-la, isto é, sem provocar um furo que possibilite giros no saber instituinte, é ocupar-se de uma função que não promove atos clínicos, que mortifica, portanto, o mantado da atenção psicossocial.

### *5.8 Perfil dos usuários globais e o cuidado de usuários AD*

Conforme as falas destacadas na Casse 3, um dos maiores desafios na clínica da toxicomania seria, para os profissionais, a disponibilidade de leitos de internação humanizados e adequados para crianças e adolescentes com demandas de uso abusivo de álcool e outras drogas. Sobre este tema, as diretrizes ministeriais colocam que as Enfermarias especializadas em Hospital Geral, ao figurarem mais um dentre os equipamentos da RAPS, devem oferecer suporte às situações de agravamento nas quais haja necessidade do acesso à “tecnologia hospitalar” (Ministério da Saúde, 2014a, p. 38). O documento ainda adverte que o cuidado deve ser pontual, devendo a internação ser de “curta ou curtíssima duração” (p. 38).

Entretanto, conforme a Tabela 6 (acerca das Internações registradas nos prontuários), identificou-se que cinco usuários do sexo masculino foram internados por apresentarem “surtos psicóticos”. Em todos os casos, no entanto, os surtos não ocorreram no espaço do CAPSij, mas em situações do cotidiano, nos espaços familiares e escolares. Nos prontuários constava que estes adolescentes passaram a ficar muito agressivos e agitados, sendo que todos eles agrediram alguém e/ou ofereceram perigos a si mesmos. O acesso à internação foi intermédio pelo CAPSij, conforme descrito pelas diretrizes (Ministério da Saúde, 2014a).

De acordo com os pressupostos da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2011), faz-se necessário que a internação seja utilizada como última opção de tratamento, quando não houver outras possibilidades de internação extra-hospitalar. Para Taño (2014) as alusões dos profissionais entrevistados em seu estudo revelam que a Rede de Atenção em SMCA ainda encontra obstáculos para proceder-se de modo efetivamente desinstitucionalizante. Para Onocko-Campos (2001) a internação costuma produzir a quebra de vínculo com o serviço que é responsável pelo cuidado. Nesse sentido, para autora, é necessário que os serviços, sob o mandato de serem “substitutivo”, possam criar meios para sustentar a crise – e aqui se pode ler tanto as “crises psicóticas” quanto as crises relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas – de forma que se possa “transformar o surto em passagem, em algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado” (Onocko-Campos, 2001, p. 105).

Estudos evidenciam que diversos CAPSij localizados em diversas partes do país compartilham particularidades no que se refere à clientela – características que remontam o conteúdo semântico da Classe 4, “Características desafiadoras da clientela”. Nestes serviços, são atendidos majoritariamente crianças e adolescentes provenientes de famílias com baixa renda. Nesse espectro, há aquelas que têm acesso à educação, saúde, lazer e uma rede social com a qual podem contar, e há aquelas em situação de extrema vulnerabilidade social. Nestes casos, a vulnerabilidade e os problemas familiares, agravados por um histórico de desassistência, conduzem, em situações extremas, crianças e adolescentes ao abrigo e à vida nos contextos da rua (Costacurta, Toso, & Frank, 2015; Hoffman et al., 2008; Jucá; Vorcaro, 2018; Teixeira & Jucá, 2014).

Devido à clientela do CAPSij ser frequentemente marcada tanto pelo sofrimento psíquico quanto pela vulnerabilidade social, faz-se necessário o trabalho em rede, através do diálogo com a escola, com equipamentos pertencentes ao Sistema Único de Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou abrigos), bem como outros dispositivos do setor jurídico. Prestar cuidados

psicossociais cotidianos à crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, que estão em vulnerabilidade social e/ou com necessidades decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas neste cenário compreende uma empreitada árdua, em que tanto profissionais quanto usuários e familiares experimentam impasses.

Embora as ações dos CAPSi sejam marcadas pela escuta, tratamento e cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, figurando espaços de acolhimento desses sujeitos no campo da saúde, a efetivação de um cuidado biopsicossocial também está condicionada à outras responsabilidades públicas e sociais. Nesses termos, não é incomum encontrarmos em profissionais trabalhadores do CAPSi um sentimento de impotência, uma vez que entendem que suas ações, quando isoladas, são insuficientes para promoverem a emancipação dos sujeitos. Ora atribuem a ineficácia terapêutica à família dos usuários, por vezes tidas como “desestruturadas”, ora à precariedade e sucateamento dos serviços, e ora às demandas escolares (Hoffman et al., 2008; Ronchi & Avellar, 2010).

Sobre este tema, destaca-se a fala de três profissionais:

*“Os impasses que eu enfrento no meu trabalho estão relacionados a angústia que o trabalho às vezes me causa, um dia a equipe está alinhada, outro dia não, um dia a família está mais envolvida com os cuidados das crianças, outros dias não, um dia um adolescente não está mais usando droga, no outro está usando, então o que me incomoda é toda essa instabilidade terapêutica”.* (profissional 9, oito anos de casa)

*“A verdade é que os pacientes que costumam ser encaminhados para o capsivivenciam realidades extremamente frágeis, com condições socioeconômicas ruins, famílias desestruturadas, em que uma criança não conhece o pai ou a mãe, vive um pouco com a vó, depois com o tio, depois vai para um abrigo, ou um usuário que usa a droga e a família também, isso tudo dificulta o nosso trabalho, pois isso está para além do campo da saúde, envolve outros campos também”* (profissional 6, dez anos de trabalho no CAPSij).

*“Eu tenho percebido que o nosso trabalho aqui, que é voltado para área da saúde, não tem muito efeito se outros setores não se responsabilizarem, principalmente para o público mais adolescente, pois muitos deles vivenciam questões ligadas ao álcool e outras drogas, moram em territórios fragilizados, e o que conseguimos fazer aqui por eles criar um projeto de vida juntos, em que o adolescente possa ser protagonista mesmo, mas nem sempre dá resultado, porque quando o adolescente tenta colocar esse projeto em prática ele encontra diversas dificuldades, tínhamos que trabalhar melhor com o programa de jovens aprendizes, articular melhor esses jovens com as questões de trabalho, porque, senão, eles não tem motivo nenhum para sair do tráfico, pois lá eles são alguém, tem status, tem um lugar valorizado no grupo ao qual está inserido, consegue dinheiro. Falta recursos para o público\_ad, eles não encontram espaço no mercado de trabalho, são marginalizados, então eles acabam deixando todo o projeto de vida que construímos no capsij de lado, e é uma pena”*. (profissional 3, seis anos de trabalho no CAPSi)

No que se refere aos usuários com necessidades decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas, Costacurta, Toso e Frank (2015) constataram que 60% dos jovens considerados “público ad” (álcool e outras drogas) abandonaram os atendimentos de forma prematura no CAPSi estudado. Embora existam poucas publicações a respeito deste tema, entendemos que esse contexto, comum aos CAPSi de todo o Brasil, conduz à interrogações sobre as dificuldades de “adesão” desse público aos serviços dos CAPSi, assim como própria dificuldade de “adesão” dos CAPSi às demandas desses usuários.

Em nosso estudo, conforme a *Nuvem de Palavras* gerada pelo *software* IRaMuTeQ, a partir dos textos das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa (Figura 4), chamou-se a atenção para maior frequência do termo “criança” (n=68) em relação ao termo “adolescente” (n=30), o que sugere que, embora o CAPSi seja destinado ao público infanto-juvenil, isto é, crianças e adolescentes, as crianças, para estes profissionais, foram muito mais lembradas do que os

adolescentes<sup>6</sup>. Embora seja um dado sutil, acredita-se que daí pode se desdobrarem questões relevantes para nossa análise. Se recorrermos à Tabela 1, que apresenta as características sociodemográficas dos usuários, identificamos maior prevalência de adolescentes no serviço. Do mesmo modo, no que se refere aos usuários tidos como ativos durante o momento da pesquisa, os adolescentes também continuam sendo a maioria, conforme ilustrado na Figura 3.

Mas, por que as “crianças” estariam mais presentes nas falas dos profissionais se comparado aos adolescentes? Além disso, quais seriam as causas que exerceriam efeito de “esquecimento” dos adolescentes na fala dos profissionais? Com essas interrogações, não se procura afirmar, aqui, que há uma renegação dos adolescentes neste CAPSi, muito pelo contrário; afinal, são eles a maioria no serviço (65,03%; n=160). Do mesmo modo, não se procura afirmar que as crianças são mais privilegiadas no serviço. Entretanto, aposta-se que há algo a mais a ser escutado no discurso; isto é, há algo que se endereça na fala que pode ser interpretado junto ao dendograma fruto da CHD das entrevistas.

A Classe 3, nomeada como “O cuidado de usuários AD”, destacaram-se palavras como “menino”, “tráfico” e “internação”. Já os dados dos prontuários apontam que as queixas de uso de álcool e outras drogas estão associadas aos usuários adolescentes, em sua maioria do sexo masculino. Em tese de doutorado que teve como campo de pesquisa o mesmo CAPSi que este estudo, Tristão (2018) verificou ser comum o envolvimento com o tráfico nos casos que figuram problemas com uso de substâncias psicoativas no CAPSi, sobretudo em adolescentes, sendo uma questão de maior peso que o uso da substância em si. Além disso, por meio das entrevistas com os profissionais, a autora observou que muitos se sentem impotentes em relação a esse tipo de “clínica”, uma vez que entendem que o campo da saúde mental, por contiguidade, o espaço do

---

<sup>6</sup> A par deste dado, e ainda compartilhando do movimento recente de alguns autores que se dedicam a temática da SMCA e dos CAPSi, este trabalho adota a sigla “CAPSi” ao invés de “CAPSi”, esta última adotada pelas políticas e diretrizes. Entende-se que “CAPSi” pode ser traduzido, também, como “Centro de Atenção Psicossocial Infantil” ou “Centro de Atenção Psicossocial Infância”, de forma que fique subentendido que quando se fala de “infância”, se fala, também, de adolescência. No entanto, a inserção do “j” na sigla parece-nos uma forma de marcar, com maior ênfase, que esse serviço também é indicado para jovens e adolescentes.

CAPSi, não é capaz, por si só, de proporcionar projetos de vida mais positivos a esses adolescentes (Tristão, 2018).

Diante desse panorama, interrogamos: há maior dificuldade destes adolescentes endereçarem, eles mesmos, uma demanda ao CAPSi ou há maiores dificuldades do CAPSi em constituir-se como um lugar possível para esses adolescentes, tomando-os como sujeitos e capazes de endereçar algo? Sobre este tema, Tristão (2018, p. 138) argumenta:

“Ainda que seja imperativo apostar que o adolescente em situação de vulnerabilidade social pode desenvolver estratégias para cuidado de si mesmo com o auxílio do serviço, a ‘falha’, ou seja, quando o adolescente não consegue ou quando escolhe não fazê-lo, pode gerar frustrações nos profissionais. Pode-se refletir sobre uma possível identificação do profissional com essa falha ou negação do usuário, o que muitas vezes é sentido, dada a contratransferência, como falha própria. Isso pode tanto gerar um sofrimento e angústia por parte do profissional, como uma atitude compensatória de tentar ‘resolver pelo adolescente’, e assim, traçar as metas para o adolescente, o que também o coloca na posição de ‘não-sujeito’ e, conseqüentemente, ‘não-lugar’”.

É nesses termos que pensamos a menor incidência do termo “adolescente” no discurso dos profissionais entrevistados: como lapsos, que remontam uma angústia e que, por sua vez, denunciam um impasse: a dificuldade de constituírem-se como um lugar de cuidado possível para esses usuários. Se observarmos a Classe 4 da CHD (Figura 5), identificamos que um dos termos destacados nessa categoria foi “público\_ad”. Nesse sentido, entende-se que o termo “público\_ad” tem constituído uma marca no discurso dos profissionais acerca dos adolescentes. No entanto, é preciso destacar que não se entende, aqui, que a dificuldade de constituir um “lugar possível” para estes adolescentes seja da “pessoa do profissional”, mas da dificuldade da própria equipe – no sentido forte do termo, conforme discutido anteriormente – vislumbrar uma “finalidade de

tratamento<sup>7</sup>”, de promoverem um espaço aonde *sujeitos* possam encontrar um lugar para se endereçar, sejam sujeitos com transtorno mental, seja sujeitos com questões ligadas ao uso de álcool e outras drogas.

Para Guerra e Silva (2013), ingredientes como baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários costumam gerar aos profissionais uma cobrança de resolutividade, “o que muitas vezes, coincide com a experiência da abstinência do uso da droga” (p. 02). Se não há preocupação com a escuta destes usuários, que é o que faz surgir a dimensão clínica do serviço, o CAPSij aceita identificar-se ao lugar que oferta uma compensação de uma condição social precária. Aqui, em termos políticos, apenas a dimensão do sujeito do direito é considerada, e, conseqüentemente, práticas que promovam a construção de um saber sobre a subjetividade de cada usuário também não são exercidas. Portanto, entendemos que se há, frequentemente, um “não-lugar” para adolescentes com questões ligadas ao uso de álcool e outras drogas, é porque ainda paira, sob os profissionais e o serviço do CAPSij, certo entendimento de ser um espaço assistencial para esse tipo de demanda, conservando, no imaginário, um serviço capaz de retirar e salvaguardar esses adolescentes do “mundo da droga e do tráfico”. Há, portanto, dificuldades em lidar com esse terceiro elemento, a droga, que permeia as relações entre os serviços e usuários. Em nosso entendimento, uma das dificuldades pode residir justamente a partir do momento em que se toma como norte a eliminação desse terceiro elemento, sem levar em conta, no entanto, as funções que essa droga ocupa para cada usuário. Para Freda (1993), o que norteia o uso de drogas está relacionado com a singularidade de cada sujeito, e não com o efeito químico que cada substância propicia no organismo deste. Logo, a questão, que é ponto de partida para a clínica da toxicomania, está intimamente relacionada a “qual o lugar que essa ou aquela droga ocupa para o sujeito?”.

---

<sup>7</sup> Aqui, é importante apontarmos o duplo sentido do termo “finalidade”. Entende-se por finalidade a existência de um princípio norteador, condição que permite o direcionamento de uma prática – em uma dimensão clínica, o princípio norteador deve ser, de saída, ético, o que remonta o entendimento de uma *práxis* singular. Por outro lado, a “finalidade” também sinaliza a necessidade de se estabelecer um final de tratamento, um momento em que se legitima uma nova relação entre sujeito, sintoma e laço social. Portanto, ao falarmos em “finalidade de tratamento” com adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas, ressaltamos a necessidade de se tomar esses sujeitos como capazes por falarem de si (direção de tratamento), logo, capazes de construir seus projetos de vida (final de tratamento).

Nesses termos, retomamos o caráter indissociável da clínica e política no campo da saúde mental, defendida por Furtado e Onocko-Campos (2005). Segundo os autores, essa convergência se dá no sentido de permitir distinguir e operar simultaneamente “sobre a exclusão que resulta de processos subjetivos e, também, sobre procedimentos excludentes que passam pelo contexto do paciente” (p.116). Dito de outro modo, deve-se promover um trabalho orientado para uma reabilitação realmente inclusiva, que se funda na aposta da emergência das singularidades e não apenas numa prática institucional que adquire, frequentemente, um caráter normatizador, quando associados aos ideais de bem à cura.

Para Belloti et al. (2017), todo cuidado em SMCA deve ser norteado pelo modelo psicossocial, seja para demandas de sofrimento psíquico seja para demanda de uso abusivo de álcool e outras drogas. À última acrescenta-se as estratégias de redução de danos, condição que denota uma particularidade nesse tipo de cuidado. Além disso, a experiência tem mostrado que quando se trata de usuários marcados pela vulnerabilidade social, experiências de vida nos contextos de rua, de tráfico e uso de álcool e outras drogas, o serviço do CAPSi precisa constituir-se, de algum modo, um lugar possível para que estes sujeitos encontrem algo para endereçarem e fazerem disso uma passagem para outra coisa.

Como discutido anteriormente, os CAPSij devem valer-se do ato de suportar determinada condição para que seja possível essa passagem a que aqui nos referimos. Em muitos casos, especialmente no que se refere à usuários que vivem na rua, o CAPSij acaba figurando um lugar de cuidado básico para com esses sujeitos, como sinalizado anteriormente. Para muitos destes usuários, o CAPSij constitui um lugar para tomar banho, para alimentação, para conversar sobre o cotidiano, brincar e sentirem-se seguros e protegidos. Nestes casos, é comum surgirem tensionamentos acerca de certa função de “tutela” ou de “assistencialismo” por parte do CAPSij, o que iria de desencontro com a função clínica em saúde mental do serviço. No entanto é preciso destacar que a função clínica não está dada *a priori*. Ela se constitui no curso de seu ato, na medida em que se produz um olhar analítico para o *sujeito* que dá sentido à sua estrutura, ao seu desenvolvimento *strictu*, e às

suas condições de vida, e um olhar analítico para o que está se desdobrando nas relações de cuidado. Isto é, que tipo de relação transferencial está se constituindo entre usuário e serviço, quais as funções subjetivas que o CAPSi está ocupando e atualizando, e que está subjetivamente sendo demandado ao serviço.

Para Carvalho, Gondim, Holanda e Alencar (2014), embora os CAPSi tenham como meta clínica a redução do sofrimento psíquico, a potencialização da qualidade de vida e o desenvolvimento da autonomia dos seus usuários, a característica acolhedora do serviço comumente figura uma centralidade no cotidiano dos usuários, o que faz com o serviço tenha a tendência de fechar-se em si mesmo. Para Lobosque (2011), essa tendência a fechar-se em si mesmo só se pode ser combatida quando o convocamos para o âmbito mais amplo da Rede. Nesse entendimento, Souza (2006) adverte da dificuldade dos dispositivos CAPS, de um modo geral, em ultrapassar as barreiras impostas por seus próprios muros. É preciso estar dentro do território, da comunidade, não ao lado dela.

Nessa perspectiva, a relação com “público\_ad” parece ser testemunha da dificuldade do serviço olhar para-fora, de tomar como norte de tratamento, também, a ampliação das redes sociais destes usuários e o uso de seus territórios, em sentido *latu*. Há dificuldades de perceberem essas ações como ações clínicas. Destaca-se que o ato clínico da Atenção Psicossocial é essencialmente um ato político, pois representa um modo do Estado Democrático cuidar dos seus cidadãos. Esse modo também remete ao conceito da Clínica Ampliada.

A clínica ampliada é uma das diretrizes que a *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS* propõe para qualificar o modo de se “fazer saúde”. O conceito de clínica ampliada é resultado de um esforço de formalização para um trabalho intersetorial, de forma que se possa integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Trata-se de integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário (Ministério da Saúde, 2009).

Assim sendo, entendemos que dizer que não há *ato clínico* do CAPSi ao figurar um espaço de cuidados básicos (higiene, alimentação etc.) só se torna possível se o próprio serviço não reconhecer que ações como essas possuem *potencial clínico*. Afinal, se as *necessidades* básicas do indivíduo não forem de alguma forma respondidas, como esperar que as *demandas* do sujeito compareçam? É preciso fazer deste momento de atender as necessidades, um momento de atendimento clínico, também. É sempre possível que algo ali se enderece, algo do nível da subjetividade, do nível da demanda. Incidir sobre a demanda é responsabilidade daquele que dirige o cuidado.

Nesse sentido, retoma-se que para o CAPSij conseguir suportar esse lugar então “assistencial”, deve, ele, situar uma função clínica, que é, em nosso entendimento, a de apostar de que toda condição possa ser diferente com o suporte do CAPSij. Isto é, que o CAPSij pode promover uma passagem de uma condição para outra, que alinhada à dimensão do sujeito. Pode fazer deste momento de atender as necessidades, um momento de atendimento, também. Logo, pode ser possível que algo ali se enderece, algo do nível da subjetividade, do nível da demanda. Lembremos: “Antes e primeiro que tudo é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito” (Ministério da Saúde, 2005, p. 11). À condição de sujeito acrescentamos: sujeito de direito e sujeito de desejo.

Nesse entendimento, não se pode deixar de notar, aqui, que a política de SMCA toca em questões caras à psicanálise. Em atendimento, o analista ocupa a posição de um Outro<sup>8</sup>(simbólico, lugar do inconsciente) sujeito do que nada quer do paciente, mas que aposta em sua condição de sujeito; que a coisa toda possa ser diferente, não estando, portanto, o sujeito condenado a uma herança mal-dita. O próprio discurso do analista, tal como formulado por Lacan, exige que aquele a quem o psicanalista se dirige no tratamento que sustenta é, necessariamente, um sujeito. “Por nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis”, frase célebre de Lacan (1965/1998, p. 873),

---

<sup>8</sup> O grande Outro é em suma um lugar de alteridade, simbólico, é o lugar do inconsciente, sendo formado por todos os “outros” que ocuparam um lugar importante na infância, que marcaram o sujeito com suas palavras e seus significantes (Quinet, 2012).

registrada em *A ciência e a verdade*. Isto quer dizer que o conceito de sujeito corresponde a uma certa posição que implica a extração de um objeto, pelo qual o sujeito é sempre responsável. Em tese, penso que essa noção também já era articulada no Seminário *A relação de objeto*. Neste seminário, Lacan (1956/1995, p. 55) diz: “Cada sujeito é como uma aranha que deve tirar de si mesma todo fio de sua teia, lá está ele se envolvendo em seda no seu casulo, e toda sua concepção de mundo deve ser extraída de si mesmo e de suas imagens”.

Até aqui é importante destacar que apenas falamos da responsabilidade de um sujeito que se submete a uma análise, a um tratamento, ao cuidado. Mas, e o “sujeito” que analisa, que cuida, isto é, o clínico? Quais suas responsabilidades?

Primeiro, torna-se demasiadamente importante destacar que, em uma visão psicanalítica, a posição de um “clínico” não é uma posição de sujeito por excelência. Quer dizer, o psicanalista não entra na operação analítica com seu inconsciente, com seus ideais e muito menos com seus valores – ele não entra com sua pessoa. Ele ocupa um lugar transferencial que diz respeito à dimensão psíquica do sujeito. No entanto, isso não significa que o analista não paga com algo nessa operação. Ele paga com sua presença, com seu corpo, para, afinal, ser capturado e “colocado” em algum lugar que, embora não se saiba, *a priori*, qual é, sabe-se que é um lugar transferencial, e que é daí que se dirigirá o tratamento. Além disso, também não significa dizer que não há desejo no lado do psicanalista. Ele tem desejo sim, mas um desejo que remete a uma aposta, que é uma aposta nas palavras, no comparecimento da verdade, na busca pelo saber. Sustentar essa posição em uma análise, em um cuidado, é, em última instância, um ato pelo qual o psicanalista é sempre responsável.

Articulando esse entendimento com o fazer em saúde mental infanto-juvenil, entendemos que os CAPSij, ao constituir-se um espaço possível para cuidado de seus usuários, também paga algo nessa relação. Paga com o corpo de sua equipe, com a supressão dos ideais de bem e de cura e da pedagogização da infância. Paga, também, com seu espaço físico acolhedor, proporcionando um espaço de “ambiência”, um dos aspectos da política de humanização do SUS tratados no documento

Ministério da Saúde (2010). Nesse entendimento, cabe ao CAPSij constituir um ambiente de saúde que não leve em conta apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos subjetivos e sociais como produtores das atuações profissionais (Ronchi & Avellar, 2013; 2015). Ao promover um espaço subjetivo como esse, torna-se possível profissionais e CAPSij ocupar *funções* para seus usuários. É por meio dessas funções, que serão singulares para cada usuário, que o CAPSij poderá dirigir tratamentos singulares para cada caso.

Para Figueiredo (2004), toda ação clínica (seja psicológica, psiquiátrica, médica, etc.) que se dispõe ao cuidado com a saúde ou em saúde mental, procura atuar, especialmente, sobre o bem-estar, a reabilitação, a cidadania e autonomia, de forma que se tenha como visão ampliar as relações sociais do sujeito e fazer proliferar suas possibilidades. A reabilitação e autonomia só pode ser bem-sucedida na condição de seguir o estilo do sujeito, o que implica o “clínico” ir em busca de boas perguntas. Para a autora, em vez de se perguntar “O que podemos fazer por ele?”, devemos perguntar: “O que ele pode fazer para sair de determinada situação com nosso suporte?”. Essa mudança no discurso, que não é nada sutil, implica na mudança de posição, fazendo surgir uma direção de um tratamento marcada pela posição de se suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e convocá-lo à sua responsabilidade a cada vez e a cada ato – “fazer o sujeito se perguntar o que faço aqui? O que torna minha vida [ou meu sintoma] tão insuportável? O que posso fazer para encontrar uma solução?”, diz Figueiredo (2004, p. 82).

Nessa direção, um dos profissionais diz:

*“Muitas vezes a família vem aqui desejando que o filho pare de usar droga, e com o trabalho que isso é feito a demanda vai tomando outra proporção, de forma que a droga não vira mais o centro da questão, e sim o projeto e vida do adolescente e da família, então isso é uma mudança enorme, que é o olhar para o filho. Portanto o que eu penso sobre esse serviço é a possibilidade de um processo de transformação, que nem sempre acontece da forma como se espera, pois, no caso do público\_ad, vamos perdendo os usuários para o tráfico e tudo mais, aí nos resta dar um suporte para essa família, de que são escolhas*

*feitas pelo adolescentes, que nem sempre eles têm controle sobre isso. Se a família têm que dar conta disso o serviço também tem*". (profissional 4, dez anos de casa)

Silva e Ferrari (2018) entendem que as dificuldades de adesão ao tratamento, de quaisquer crianças e adolescentes, podem ser lidas como um “sintoma social”, na medida que indicam algo em desavença em determinada cultura. Nesses termos, as autoras afirmam que ainda que a política de SMCA se estruture sobre diretrizes que abrem espaços para tratamentos particularizados, de forma que considerem as subjetividades que aí estão em jogo, sempre haverá algo que escapa. Nesses termos, devemos fortalecer o entendimento de que por posição de espaço de saúde, o CAPSij sempre será responsável em oferecer suporte, em sustentar a posição de que a vida é sempre uma escolha, que sempre é possível se reinventar, sem recuar diante à incompletude disso. Dito de outra forma, a clínica do CAPSij é uma clínica do cotidiano.

## **6 Considerações finais**

Retoma-se que o objetivo deste estudo de mestrado foi caracterizar o CAPSij de Vitória em seu décimo ano de funcionamento e comparar com os resultados da caracterização do primeiro ano de funcionamento com o intuito de visualizar as principais mudanças ocorridas nesse serviço.

Devido aos resultados das entrevistas remeterem constantemente ao termo “desafio”, sendo que muitas das vezes esses desafios são tomados como impasses, cuja saída ou resolução é praticamente impossível ou muito difícil, entendeu-se que as discussões a serem tecidas só iriam adquirir pleno sentido situarmos uma dimensão clínica na política da saúde mental infanto-juvenil. Lembramos que o termo “impasse” é frequentemente utilizado para traduzir uma condição ou situação em que um sujeito experimenta dificuldades ou impedimentos (internos e/ou externos) no desenvolvimento de determinada atividade ou processo; logo, parece estar submetido à situação vigente, o mal-estar. Ora, não seria a clínica o espaço a ser construído para lidar com o mal-estar? Não seriam, também, os “clínicos” àqueles quem deveriam suportar, no sentido mais radical dessa

palavra, estes impasses? Por fim, não seria a política ela mesma uma construção para nortear, subsidiar e garantir a promoção e efetivação dessa “clínica”, no sentido mais amplo a que o ato se refere? Desse modo, acredita-se que ao discutirmos os resultados deste estudo de mestrado alinhados à dimensão clínica e política dos CAPSij, chegamos as seguintes considerações:

### *6.1 No que se refere à caracterização dos usuários*

O objetivo último da comparação das caracterizações foi o de visualizar possíveis mudanças ocorridas nesse serviço. Desse modo, destacou-se:

1. O aumento de crianças e adolescentes do sexo feminino endereçadas ao CAPSij, cuja marca são as queixas de automutilação e práticas de *cutting* que, por sua vez, denotam um sofrimento psíquico possível de ser escutado como sinal de risco de suicídio ou índice de alguma psicopatologia, questões que exigem complexidade no cuidado;

2. A prevalência de usuários do sexo masculino no CAPSij, cuja marca são os problemas externalizantes, tais como comportamentos agressivos, hiperatividade e uso de álcool e outras drogas. Esses achados se mantêm como um denominador comum entre os estudos de caracterização da população assistida pelos CAPSij;

3. Novamente, identificou-se baixa prevalência de quadros que figuram psicoses e autismos, fato que deve ser constantemente questionado, posto que crianças e adolescentes de estrutura psicótica e autista constituem clientela prioritária do CAPSij;

4. Se por um lado se mantêm a baixa prevalência de usuários de estrutura psicótica e autista, mantêm-se a prevalência de usuários com questões que envolvem dificuldades nos espaços escolares, como hiperatividade, agressividade e desatenção. Esses casos tendem a serem endereçados ao CAPSij por hipóteses de que o déficit no espaço escolar possa ser índice de transtornos no desenvolvimento, o que em muitos casos não se confirma, por isso a contra-referência do caso para unidades de menor complexidade. Nesse sentido, destacamos a necessidade

de práticas que promovam ações corresponsáveis entre CAPSij, UBS e instituições escolares nas ações de cuidado em SMCA;

5. A prescrição de medicamentos psiquiátricos para crianças e adolescentes sem registro ou formulação de alguma hipótese diagnóstica, o que tende a apontar para a dificuldade de se situar um diagnóstico ético e um PTS que não esteja intimamente ligada à resposta medicamentosa. Como ressaltado, essas práticas são antagônicas ao modelo psicossocial, posto que implicam em tomar, de saída, queixas sobre o usuário como a demanda de tratamento, o que tende a barrar qualquer possibilidade de o sujeito participar e implicar-se em seu sofrimento e no seu cuidado;

6. A ausência de registro em 26,65% dos prontuários sobre a escolaridade dos usuários e ausência de registro sobre a procedência dos encaminhamentos em 22,35% dos casos em atendimento regular. Para um serviço que tem mandato público de ordenação da demanda em SMCA, essas ausências de informações dificultam o desenvolvimento de ações que considerem os aspectos psicossociais da população assistida.

Diante dos dados, o estudo aponta para a necessidade de maior investimento em apoio matricial do CAPSij para com as UBS, de forma que discutam e planejem estratégias de cuidado a serem tomadas em conjunto, no intuito de aumentem a efetividade de suas ações psicossociais. Do mesmo modo, entendemos ser necessário ampliarem ações de orientação à população sobre os serviços prestados pelo CAPSij, posto que o quantitativo atendido pelo serviço ainda é relativamente baixo.

## *6.2 No que se refere às entrevistas com os profissionais*

Retoma-se a problemática estabelecida para o empreendimento desta pesquisa de mestrado:

- i) se o CAPSij de Vitória tem conseguido traduzir e colocar em ação o que se preconiza a política?
- ii) Houve mudanças (avanços, retrocessos, impasses, melhorias) durante os 10 anos de funcionamento deste serviço? Se sim, quais?

O estudo aponta que se por um lado há uma reflexão que empuxa um olhar para-dentro do serviço, tendo como lente a clínica e seus efeitos, há também uma reflexão que empuxa um olhar para-fora e que tem como lente a política e sua efetivação. Em nosso entendimento, ambos os olhares trazem como alicerce os desafios de se exercer a Clínica Ampliada. Como efeito, essas reflexões parecem situar um CAPSij encapsulado em seu próprio serviço e um CAPSij que deve estar no território, que deve se articular à Rede de SMCA e exercer a política da intersectorialidade, do trabalho em rede, da corresponsabilização do cuidado e do cuidado no território.

É nesse sentido que se entende oportuno, aqui, a utilização da noção de  $+1$ <sup>9</sup>, cuja função fundamenta às escolas de formação em Psicanálise (Lacan, 1964/2003). O conjunto significante “+1”, tomado aqui para analogia, nos serve para pensar as funções de um CAPSij: O CAPSij deve ocupar a função de “+1” na medida em que tem algo a-mais (+), isto é, uma equipe composta por profissionais de diversas formações que compartilham um denominador comum, que é o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. No entanto, esse algo “a-mais” não é muito, por assim dizer, por isso o um (1). Na verdade, o CAPSij é só mais-um (+1) equipamento da Rede, mas que tem a função de produzir um mais-um (+1) em cada equipamento: um saber implicado e compartilhado.

Nesses termos, entende-se que o fazer na atenção em saúde mental de crianças e adolescentes é um fazer coletivo, em que se deve valorizar práticas intersectoriais e de corresponsabilização pelo usuário, por outro lado, cada equipamento deste coletivo, isto é, da Rede, deve figurar uma oferta singular. É por esta oferta de cuidado singular que o CAPSij estudado tem se interrogado, de forma que, hoje, após dez anos de atividades, situam-se no dilema: O que o CAPSij tem de diferente de outros serviços? O que ele pode fazer pelos usuários que outros equipamentos da Rede não poderiam?

---

<sup>9</sup> O “+1” refere-se à prática de Cartel, que é um trabalho de um pequeno grupo, de uma Escola de Psicanálise, que tem como objetivo produzir um saber “a-mais” sobre algum tema clínico-teórico. Geralmente o Cartel é composto por quatro ou cinco membros; um deles é convidado a ocupar o lugar de +1. Ao +1 é atribuído, de entrada, um valor agalmático. Isso significa dizer que ele também estará movido por um interesse de saber sobre o tema proposto, mas será o responsável por empuxar a todos à tarefa que os reúne; isto é, o saber.

Nessa perspectiva, entendemos que o mal-estar que antes os profissionais do CAPSiJ pareciam estar submetidos – mal-estar possível de ser representado pelo alto índice de significância da palavra “coisa”, descrito em Ronchi e Avellar (2010) – ganhou vias de passagem pela palavra a partir da experiência cotidiana do fazer em SMCA. Para Dunker (2015), diferentemente do sofrimento, que tem estrutura de narrativa, o mal-estar tem estrutura de nomeação, isto é, toda “coisa” precisa ser identificada, nomeada, representada e diferenciada, posto que o termo “coisa” pode agrupar várias significações. Nesse sentido, após 10 anos de atividades, o mal-estar relacionado à “coisa que é o fazer em SMCA” ganhou estatuto de nomeação, cujas classes foram delimitados pela Classificação Hierárquica Descente (CHD), gerada pelo *software* IRaMuTeQ.

Retoma-se as classes:

1) “*A clínica no CAPSiJ*”, classe que compreende as interrogações dos profissionais acerca da dimensão clínica do CAPSiJ, o que conduz um olhar para-dentro do serviço, especialmente no que se refere às condutas a serem adotadas para o cuidado de usuários com autismo;

2) “*Articulação com a Rede*”, onde situam-se desafios relacionados à efetivação da política intersetorial e do trabalho em Rede;

3) “*Imaginário do serviço*”, que compreende os atravessamentos históricos da saúde mental brasileiras, especialmente marcada pelos modelos biomédicos, ortopédicos e manicomial, os quais ainda atravessam dispositivos de atenção, como o CAPSiJ, que por vezes é entendido como um serviço clínico-ambulatorial centrado na figura da especialidade psiquiátrica.

4) “*Perfil dos usuários globais*”, que remonta a lógica histórica de ações dedicadas à crianças e adolescentes considerados “desviantes”, seja pelo critério da insanidade, seja pelo critério da pobreza, condição que contribuiu para a prevalência de usuários provenientes de famílias com baixa renda, em vulnerabilidade social e com vida em contextos de rua nos espaços do CAPSiJ;

5) “*O Cuidado de Usuários AD*”, que denota a dificuldade do CAPSiJ constituir-se como um lugar possível para cuidado de usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e, portanto, o frequente “não-lugar” desses usuários no serviço.

Conforme discutido, o fazer em SMCA é um fazer coletivo; deve valorizar práticas intersetoriais, o cuidado no território e em Rede. Por outro lado, é sabido que cada equipamento da Rede deve figurar uma oferta de cuidado singular. É por esta oferta que o CAPSij estudado tem se interrogado, de forma que o serviço, mesmo após dez anos de atividades, situa-se diante os dilemas: “O que temos de diferente em relação aos outros serviços? O que o CAPSij pode fazer pelos usuários que outros equipamentos da Rede não poderiam? A quem, de fato, nos destinamos? Quais resultados terapêuticos tomaremos como norte para direcionarmos nossos tratamentos?”

Longe de responder de forma clara e objetiva a essas perguntas, as quais, inclusive, devem estar sempre presentes, este estudo aponta que o CAPSij investigado parece estar encapsulado em seu próprio serviço, com dificuldades de uma inserção mais ampla território, assumindo o paradigma psicossocial e exercendo a clínica ampliada. Não se trata, obviamente, de uma dificuldade que só está inculcada neste serviço, posto que ainda há muito que se trabalhar, política e profissionalmente, para que se possa exercer a clínica da atenção psicossocial de modo mais efetivo.

Uma dessas dificuldades foi ilustrada pela diferenciação no cuidado entre a “clínica do transtorno” e a “clínica de álcool e outras drogas”. Enquanto o autismo, representante de uma clínica voltada para a psicopatologia, conduz um olhar para-dentro do serviço, na medida que exige protocolos clínico-diagnósticos, o “público\_ad” é testemunha da dificuldade do serviço olhar para-fora, de tomar como norte de tratamento, também, a ampliação das redes sociais destes usuários e o uso de seus territórios. Há dificuldades de tomarem essas ações como ações clínicas, também.

No que se refere às desarticulações entre CAPSij e Atenção Primária, destaca-se que o fazer em saúde mental perpassa inevitavelmente por ouvir e responder todas as demandas daqueles que procuram cuidado, por quaisquer motivos que sejam. Não existe, nesse sentido, demanda incorreta, equivocada ou irrelevante. Nessa lógica, além de promover respostas responsáveis às demandas dos usuários, implicando-os em seu sofrimento e processo de cuidado, um serviço de saúde mental de média complexidade também terá a função de responder de forma responsável as demandas dos serviços de saúde da atenção primária, no intuito de fazer circular nesses equipamentos a discussão

e a inclusão da “saúde mental” em suas práticas de cuidado. Entende-se, portanto, que persistem dificuldades do CAPSij em assumir seu mandato político de ordenador da demanda de SMCA.

Destaca-se que o fato dos profissionais situarem a “supervisão clínico-institucional” como um meio possível de se obter “efetividade clínica” deve ser entendido como positivo. No entanto, somente se esse pedido for implicado e interpretado como uma demanda de reconhecimento de que a equipe, portanto, os serviços do CAPSij, não são autossuficientes. Dito de outro modo, a supervisão deve ser no sentido de empuxar à tarefa da atenção psicossocial e da clínica

Por fim, os resultados deste estudo indicam a pertinência de pesquisas que se aprofundem no acompanhamento das articulações entre CAPSij e outros setores, seja da Rede, seja fora dela, como as escolas, abrigos, setores de assistência e setores jurídicos, posto que as particularidades em SMCA envolvem o trabalho intersetorial, o compartilhamento em Rede e a corresponsabilização do cuidado, especialmente.

## 7 Referências

- Albanes, H.C., Lobo, E., & Bernardini, I. S. (2013). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e sua relação com a qualidade dos serviços prestados nos centros de saúde. *Coleção Gest. Saúde Públ.*, 1(4), 83-102.
- Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (2006). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36(129), 637-651.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Araújo, J. B., Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., Viana, T. C. (2016). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2), 497-515.
- Arrué, A. M., Neves, E. T., Terra, M. G., de Souza Magnago, T. S. B., Jantsch, L. B., Pieszak, G. M., & Buboltz, F. L. (2013). Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3(2), 227-237.
- Avellar, L. Z., & Safra, G. (2018). Saúde mental infanto-juvenil: contribuição de alguns conceitos da obra de D. W. Winnicott para a constituição de serviços de assistência In: I. Ferrari & J.

Ferreira-Neto (Orgs.), *Políticas públicas e clínica: estudos em psicologia e psicanálise* (pp. 134-154). Belo Horizonte: Editora PUC Minas.

- Ayres, J. R. C.M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade, 13*(3), 16-29
- Barletta, J. B., Paixão, A. L. R., Feitosa, E. P. S., Oliveira, K. S., & Santos, L. A. (2012). O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. *Revista Psicologia e Saúde, 4*(2), 135-142.
- Batistelli, F. M., & Amorim, M. L. (2014). *Atendimento psicanalítico do autismo*. São Paulo: Zagadoni
- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: Reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão, 33*(2), 336-349.
- Bernardes, S. M. (2015). *Tornar-se (in) visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, SC.
- Bezerra Júnior, B. (2004). O cuidado nos CAPS: os novos desafios. In: P. Albuquerque, M. Libério (Orgs.). *O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política* (pp. 3-11). Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2002). *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 26 de agosto 2018 em [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf)
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 26 de agosto 2018, de [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_9e\\_d.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9e_d.pdf)
- Brasil. (2011). *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 (SUS). Brasília, DF. Recuperado em 26 de agosto 2018, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Brasil. (2017). *Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, DF. Recuperado em 26 de agosto 2018, de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>
- Bueno, A. R. (2013). *Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

- Bulcão, I. (2002). A produção de infâncias desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos "criança" e "menor". In M. L. Nascimento (Org.), *Pivetes: A produção de infâncias desiguais* (pp. 61-73). Niterói: Intertexto.
- Caeran, J., & Dias, H. Z. (2015). Saúde e saúde mental na percepção de trabalhadores de um CAPSi. *Trab Educ Saúde*, (13), 115-133.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 21(2), 513-518.
- Campos, R. O., et al. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4643-4652.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. 5.ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carvalho, I. L., Gondim, A. P., Holana, T. T., & Alencar, V. P. (2014). CAPS i: avanços e desafios após uma década de funcionamento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 6(14), 42-60.
- Cavalcante, C. M., Jorge, M. S. B., & Santos, D. C. M. (2012). Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 161-178.
- Centers for Disease Control and Prevention (2014). *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and developmental disabilities monitoring network*. MMWR, 63(SS02), 1-21. Recuperado em 26 de agosto 2018, de <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Cervo, M. R., & AYRES, R. A. N. (2014). Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSi. *Revista Subjetividades*, 14(3), 442-453.
- Cirino, O. (2004). Apresentação. In: Ferreira, T. (Org.). *A Criança e a Saúde Mental: enlaces entre a clínica e a política* (pp. 9-12). Belo Horizonte: Autêntica.
- Cordeiro, L. R. O., Oliveira, M. S., & Souza, R. C. (2012). Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 119-123.
- Costacurta, R., Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, B., & Regina Bratti Frank, B. (2015). Perfil de crianças e adolescentes atendidos em centro de atenção psicossocial. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 9(supl. 7), 8967-8984.
- Couto, M. C. V. (2003). Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: A. Guerra & N. Lima (Orgs.), *A clínica de crianças com transtorno no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental* (pp. 191-198). Autêntica: FUMEC.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-398.
- Couto, M. C., & Delgado, P. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40.

- Cruz, M. G. A., Okamoto, M. Y., & Ferrazza, D. A. (2016) O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface (Botucatu)*, 20(58), 703-714.
- D'abreu, L. C. (2012). O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. *Contextos Clínicos*, 5(1), 2-9.
- Daltro, M. C., Moraes, J. C., & Marsiglia, R. G. (2018). Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 544-555.
- Delfini, P. S. D. S., Bastos, I. T., & Reis, A. O. A. (2017). Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12), e00145816.
- Delfini, P. S., Dombi-Barbosa, C., da Fonseca, F. L., Tavares, C. M., & Reis, A. O. A. (2009). Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 226-236.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020241
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.
- Elia, L. (2005). A Rede da Atenção na Saúde Mental: articulações entre CAPS e ambulatórios. In: Brasil, Ministério da Saúde (Ed.), *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil* (pp. 45-57). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Elia, L. F. (2015). Uma equipe muito especial: a equipe do CAPS. In: M. Kamers, R. Voltolini & R. Mariotto. (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 243-264). São Paulo: Editora Escuta.
- Faria, M. R. (2016). *Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais*. São Paulo: Toro Editora.
- Ferreira, T. (2004). Sob o manto da deficiência. In: Ferreira, T. (Org.) *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (pp. 13-38). Belo Horizonte: Autêntica/FCH – FUMEC.
- Figueiredo, A. C. (2000). Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos IPUB*, 6(17), 124-30.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 7(1), 75-86.
- Fortes, I. (2013). Corpo em pedaços: a potência do fragmento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1(65), 152-162.
- Fortes, I., & Macedo, M. M. K. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38), 353-367.
- Freda, H. (1993). "Quem lhe disse isso?". In: Centro Mineiro de Toxicomania (Org.), *Coletânea do Centro Mineiro de Toxicomania*. Belo Horizonte: Editora Interna do Centro Mineiro de Toxicomania.

- Freud, S. (2006). *Recordar, repetir e elaborar* (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 163-171). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 8(1), 109-122.
- Garcia, G. Y., Santos, D. N., & Machado, D. B. (2015). Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2649-2654.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Graeff, R. L., & Vaz C. E. (2006). Personalidade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio do Rorschach. *Psicol. Teor. e Pesq.*, 22(3), 269-276.
- Guerra, A. M. C. & Lima, N. L. (2003). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204-213.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 633-642.
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2014). Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3791-3798.
- Jerusalinsky, J. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao estatuto da criança e do adolescente. *Estilos da Clínica*, 23(1), 83-99.
- Jucá, V. S., & Vorcaro, A. M. R. (2018). Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. *Psicologia USP*, 29(2), 246-252
- Kupfer, M. C. (2015). O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: M. Kamers, R. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e adolescência* (pp. 169-184). São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. M., & Bernardino, L. M. F. (2018). IRDI. *Estilos da Clínica*, 23(1), 62-82.
- Lacan, J. (1955-1956/1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses In J. Lacan, *Escritos* (537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1995). *O seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).

- Lacan, J. (1998). A ciência e a verdade. In J. Lacan, *Escritos* (p. 855-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1965).
- Lacan, J. (2003). Ato de Fundação. In: J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 235-247). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1964).
- Leitão, I. B., Constantinidis, T. C., & Avellar, L. Z. (no prelo). *Produção de conhecimentos sobre o CAPSi entre 2002 e 2017: revisão integrativa da literatura*. Estudos Interdisciplinares em Psicologia.
- Lima, R. C. (2005). *Somos todos desatentos?: O TDA/H e a Construção de Bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Lima, L. S., Dias, H. Z. J., Baratto, C. C., & Zuchetto, G. (2015). Características dos adolescentes usuários de um centro de atenção psicossocial infantil da região sul do Brasil. *Adolescência e Saúde*, 12(1), 35-41.
- Lima, R., Couto, M., Solis, F., Oliveira, B., & Delgado, P. (2017). Psychosocial Care for Children and Adolescents with Autism in the CAPSi of the Rio de Janeiro Metropolitan Area. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 196-207.
- Lins, T., Alvarenga, P., Paixão, C., Almeida, E., & Costa, H. (2012). Problemas externalizantes e agressividade infantil: uma revisão de estudos brasileiros. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3), 59-75.
- Lobosque, A. M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4590-4592
- Luckow, H. I., & Cordeiro, A. M. (2017). Concepções de Adolescência e Educação na Atuação de Profissionais do CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 393-403.
- Machado, C. M., Luiz, A. M., Marques Filho, A. B., Miyazaki, M. C., Domingos, N. A., & Cabrera, E. M. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 53-62.
- Maia, C. C., & Avellar, L. Z. (2013). Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSi. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 725-735.
- Martín, I., Paúl, C., & Roncon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), p. 3-9.
- Ministério da Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 213 p. Recuperado em 24 de maio, 2017, de [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf)
- Ministério da Saúde. (2003). *Saúde mental e atenção básica: O vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: MS Editora, 2003. Recuperado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: MS Editora. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05\\_0887\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf)

- Ministério da Saúde. (2009). *Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 24 de junho, de 2017, de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_por\\_uf\\_e\\_tipo\\_em\\_31\\_de\\_janeiro\\_de\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf)
- Ministério da Saúde. (2009). *Programa de volta para minha casa: cartilha de monitoria*. Brasília: MS Editora. Recuperado em 24 de junho, de 2017, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mostra\\_fotografica\\_programa\\_volta\\_casa\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mostra_fotografica_programa_volta_casa_p1.pdf)
- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: MS Editora.
- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS Editora.
- Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: MS Editora. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014b). *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: recomendações: de 2005 a 2012*. Brasília: MS Editora. Recuperado em 19 de setembro, 2017, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_nacional\\_saude\\_mental\\_infantojuvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf)
- Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12, outubro de 2015*. Brasília: Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Recuperado em 25 de junho, 2017, de [http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESPOSTA\\_PEDIDO\\_SMD%2012%20-%20Verso%20para%20o%20Site%20.pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESPOSTA_PEDIDO_SMD%2012%20-%20Verso%20para%20o%20Site%20.pdf)
- Miyazaki, M. C. D. O. S., Machado, C. M., Luiz, A. M. A. G., Marques Filho, A. B., Domingos, N. A. M., & Cabrera, E. M. S. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 53-62
- Monteiro, A. R., Teixeira, L. A., Silva, R. S., Rabelo, K. S., Tavares, S. V., & Távora, R. O. (2012). Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: A busca pelo tratamento. *Escola Anna Nery*, 16(3), 523-529.
- Muylaert, C. J., Delfini, P. S., & Reis, A. O. A. (2015). Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 41-58.
- Nascimento, Y. C. M. L., Rosa, L. S., de Souza, J. C., de Alencar Roza, Y., Brêda, M. Z., & da Trindade, R. F. C. (2014). Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. *Revista de enfermagem UFPE*, 8(5), 1261-1272.
- Onocko-Campos, R. (2001). Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58), 98-111.
- Pedrosa, L., & Freitas, M. (2013). *Levantamento de adolescentes de álcool e drogas no CERSAMi de Betim em 2013*. Betim, Minas Gerais.

- Prefeitura Municipal de Vitória (2014). *Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)*. Fiscaliza Vitória – Câmara Municipal de Vitoria. Recuperado em 14 de Fevereiro de 2019 de [http://www.fiscalizavitoria.com.br/cmvet/arquivos/fiscalizacoes\\_relatorios/3131/140213091214caps\\_infanto\\_juvenil.pdf](http://www.fiscalizavitoria.com.br/cmvet/arquivos/fiscalizacoes_relatorios/3131/140213091214caps_infanto_juvenil.pdf)
- Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quintanilha, B. C., Belotti, M., Tristão, K. G., & Avellar, L. Z. (2017). A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. *Mental*, 11(20), 261-278.
- Reis, A. O., Delfini, P. S. S., Dombi-Barbosa, C., & Oliveira, M. F. A. P. B. (2010). Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Eds.), *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp.186-210). São Paulo: Hucitec.
- Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 32-39.
- Ronchi, J. P. & Avellar, L. Z. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 71-84.
- Ronchi, J. P. & Avellar, L. Z. (2013). Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: um estudo no CAPSi. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1045-1058
- Salvador, D., & Pio, M. (2016). Apoio Matricial e CAPSi: Desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. *Saúde em Debate*, 40(111), 246-256.
- Saraceno, B., Asioli, F., & Gianni, T. (1994). *Manual de saúde mental*. São Paulo: Hucitec.
- Scandolar, A. S., Rockenbach, A., Sgarbossa, E. A., Linke, L. R., & Tonini, N. S. (2009). Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel-PR. *Psicol Soc*, 21(3), 334-342.
- Scarcelli, I. R., & Alencar, S. L. (2009). Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 67-76.
- Shimizu V. T., & Miranda M. C. (2012). Processamento sensorial na criança com TDAH: uma revisão da literatura. *Rev. Psicopedagogia*, 29(89), 256-268.
- Silva Junior, A. G., Alves, M. G. M., Mascarenhas, M. T. M., Silva, V. M. N., & Carvalho, L. C. (2008). Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1489-1500.
- Silva, A. C., & Botti, N. C. L. (2017). Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 67-76,
- Silva, H., & Ghazzi, M. (2016). Diagnóstico na Infância: Quais as Implicações Possíveis?. *Interação em Psicologia*, 20(2).
- Silva, M. E., & Ferrari, I. F. (2018) Dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi por adolescentes usuários de drogas: a singularidade como princípio propositivo e os desafios da prática. In: I. Ferrari & J. Ferreira-Neto (Orgs.), *Políticas públicas e clínica: estudos em psicologia e psicanálise* (pp. 92-111). Belo Horizonte: Editora PUC Minas.

- Souza Filho, M. D., Sousa, A. O., Parente, A. C, & Martins, M. C. (2010). Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 639-647
- Souza, A. B., & Pontes, H. E. R. (2010). Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. *Rev. Neurocienc.*, 18(3), 300-306.
- Souza, A. C. (2006). Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Escola Anna Nery*, 10(4), 703-710
- Souza, A. O., & Rinaldi, D. L. (2018). O que a Clínica da Adolescência nos Ensina sobre o Ato?. *Revista Subjetividades*, 17(3), 70-81.
- Souza, M. G. L. (2017). *A intervenção do psicólogo com grupos em CAPSi: contribuições da psicanálise ao estudo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.
- Taño, B. L. (2014). *Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil).
- Taño, B. L., Matsukura, T. S. (2015). Saúde mental infanto-juvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(2), 439-447.
- Teixeira, M. R., & Jucá, V. J. (2014). Caracterização dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Salvador (BA). *Revista de Psicologia*, 5(2), 70-84.
- Teixeira, M. R., Couto, M. C., & Delgado, P. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência e saúde coletiva*, 22(6), 1933-1942.
- Telles, H. P. (2006). *Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Tristão, K. G. (2018). *CAPSi como lugar de cuidado para crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Vanoli, E. N., & Bernardino, L. F. (2008). Psicose infantil: uma reflexão sobre a relevância da intervenção psicanalítica. *Estilos da Clínica*, 13(25), 250-267.
- Vasconcelos, Marcio M.. (2004). Retardo mental. *Jornal de Pediatria*, 80(2, Suppl.), 71-82.
- Viganò, C. (2010). Avaliação e evidência clínica na saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(3), 469-481.
- Visani, P., & Rabello, S. (2012). Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 293-308.

Vorcaro, A. M. R. (2011). O efeito bumerangue da classificação psicopatológica na infância. In: A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.). O livro negro da psicopatologia contemporânea (pp. 219-229). São Paulo: Via Lettera.

## Apêndices

### 8.1 Apêndice I - Formulário para coleta em prontuários

ID: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____
Município de residência: _____
Data da entrada no CAPSi: _____ Em avaliação: _____
Data da saída: _____ De que tipo: _____
Tempo de permanência: _____
Fonte de encaminhamento para o CAPSi: _____
*Quem participa e acompanha o adolescente no serviço?
( ) Mãe ( ) Pai ( ) Avós ( ) Instituição ( ) Outros _____
*Acompanhamento em rede com outro serviço? ( ) sim ( ) não
Qual? _____
Queixa apresentada (demanda): _____
Diagnóstico recebido antes de ingressar no CAPSi (qual/quais – dado por quem?/quem assina: _____
Diagnóstico recebido no CAPSi (qual/quais – dado por quem?/quem assina: _____
Ações registradas no prontuário em relação à criança e ao adolescente: _____

Obs.: Toda ação interna ou externa ligada direta ou indiretamente à criança e ao adolescente (grupos, atendimento individual, visita domiciliar, oficinas, família, escola, unidade de saúde, entre outras)

\*Participam do grupo Familiar:

( ) mãe ( ) pai ( ) avó ( ) avô ( ) irmãos

( ) outros \_\_\_\_\_

Usa Medicamento antes do CAPSi: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Continua medicamento depois da entrada no CAPSi: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

\*Foi internado alguma vez? ( ) sim ( ) não Se sim, Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Foi encaminhado pelo CAPSi? ( ) sim ( ) não

Retornou para o CAPSi após a internação? ( ) sim ( ) não

Observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Questões acrescentadas

## 8.2 Apêndice II - Roteiro de entrevista semi-estruturado

Data: \_\_\_\_\_

Profissional entrevistado:

---

1 - Há quanto tempo você está no CAPSi?

2 - Qual sua formação?

3 - Em que você trabalhava antes de atuar no CAPSi?

4 – Você escolheu atuar no CAPSi? Por quê?

5 - Descreva suas atividades no CAPSi.

6 - O que você pensa sobre cada uma das ações desenvolvidas aqui?

7 - Você se sente preparado para atuar no CAPSi?

8 - O que você pensa sobre os programas de assistência em saúde mental voltados para à criança e ao adolescente?

\*9 - Quais os impasses que você percebe nas ações de cuidado e atenção à criança e ao adolescente deste CAPSi?

\*10 - Quais os desafios que você encontra em seu trabalho em específico?

\* 11 - Na sua opinião, quais seriam os recursos, atividades ou estratégias que tornariam as ações deste CAPSi mais eficientes?

*\*Questões acrescentadas*

## 8.2 Apêndice III – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DE INSTITUIÇÃO EM PESQUISA**

Prezado (a) Senhor (a), a instituição pela qual você é responsável está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada *Saúde Mental Infanto-Juvenil: Caracterização da clientela e concepções de cuidado*, sob a responsabilidade da Professora Dra. Luziane Zacché Avallar, do Mestrando Igor Brum Leitão e das Doutorandas Kelly Guimarães Trisão e Juliana Peterle Ronchi.

A pesquisa objetiva: (1) Conhecer e descrever o perfil das crianças e adolescentes atendidos em um CAPSi da cidade de Vitória; e realizar um estudo comparativo acerca da caracterização da criança e do adolescente atendido nesse serviço entre o primeiro e o décimo ano de funcionamento. (2) Caracterizar a criança e o adolescente em uso de substâncias psicoativas atendidas em um CAPSi descritos pelos familiares e verificar a concepção de cuidado dirigida a essa população pelo olhar dos familiares.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto trata-se do fato de que a rede de assistência em saúde mental para crianças e adolescentes impõe aos profissionais e pesquisadores desafios no campo de saúde mental, visando a construção de novos serviços e de estratégias que abarquem as peculiaridades das demandas das crianças e dos adolescentes usuários de substâncias psicoativas. Exigindo dos profissionais a tarefa de criar diferentes formas de atuação e aos pesquisadores desafia à produção de conhecimento científico e reflexões sobre esse contexto. Assim, a realização de pesquisas no campo de atenção psicossocial infanto-juvenil, mostra-se pertinente para a consolidação desse campo de assistência. Partindo deste contexto e da crescente demanda de atendimento infanto-juvenil no que se refere aos transtornos ocasionados pelo consumo de drogas, a pesquisa se justifica pelo impacto que essa problemática causa para o desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente e para o sistema de saúde que precisa responder a essa demanda.

Os dados quantitativos serão extraídos dos prontuários dos pacientes, crianças e adolescentes, que se encontram em atendimento regular no serviço, no ano de 2016, e de dados coletados no período de 2007. Os dados qualitativos serão coletados durante as discussões em grupo focal com familiares de crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas atendidos pelo CAPSad. Estima-se realizar 6 grupos focais com aproximadamente 8 participantes em cada grupo. Utilizaremos como disparadores, questões sobre a caracterização das crianças e adolescentes em uso de substâncias, e sobre como os familiares percebem e avaliam o cuidado direcionados às

crianças e adolescentes. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essas discussões serão gravadas e transcritas para posterior análise, com autorização dos participantes

A coleta de dados e os grupos focais serão realizados no CAPSi. Os grupos focais serão previamente agendados com os participantes, e terão a duração de aproximadamente uma hora e meia. Corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar amenizá-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. O conhecimento científico nesse contexto poderá colaborar para a orientação e construção de políticas públicas e práticas de saúde direcionadas a essa população.

Em qualquer momento do andamento do projeto, os participantes da pesquisa terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto e poderão deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa. As identidades dos participantes serão resguardadas durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, pode-se contatar a responsável pela pesquisa, Luziane Zacché Avellar, ou o pesquisador Igor Brum Leitão nos telefones: (27) 4009-2501 ou (27) 99763-0256; no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI, ou nos e-mails: [luzianeavellar@yahoo.com.br](mailto:luzianeavellar@yahoo.com.br) ou [leitao.iagor@hotmail.com](mailto:leitao.iagor@hotmail.com).

Você também pode contatar Comitê de Ética e Pesquisa da UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário (Prédio Administrativo do CCHN) Bairro: Goiabeiras. Município: Vitória. UF: ES. CEP: 29.075-910. Telefone: 3145-9820. E-mail: [cep.goiabeiras@gmail.com](mailto:cep.goiabeiras@gmail.com)

Declaro que autorizo o acesso das pesquisadoras à instituição (Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil) para fins de coleta de dados para o projeto de pesquisa nos termos acima discriminado, sem nenhum ônus financeiro, pessoal ou moral. Declaro ter conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico, e que em foi informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, meus direitos. Declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

Vitória-ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Responsáveis pelo projeto