

**UFRRJ**

**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**ESTUDO SOBRE DEMANDAS RELACIONADAS A UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIL: O QUE DIZEM OS RESPONSÁVEIS  
PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES?**

**CECÍLIA MARIA ROCHA RIBEIRO**

**2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ESTUDO SOBRE DEMANDAS RELACIONADAS A UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTOJUVENIL: O QUE DIZEM OS RESPONSÁVEIS  
PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES?**

**CECÍLIA MARIA ROCHA RIBEIRO**

*Sob a orientação da Professora*  
**Dra. Lilian Miranda**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Seropédica/RJ  
Julho de 2017

R484e Ribeiro, Cecília Maria Rocha, 1991-  
Estudo sobre demandas relacionadas a um Centro de  
Atenção Psicossocial Infantojuvenil: o que dizem os  
responsáveis pelas crianças e adolescentes? / Cecília  
Maria Rocha Ribeiro. - 2017.  
79 f.

Orientadora: Lilian Miranda.  
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, Psicologia, 2017.

1. Saúde Mental Infantojuvenil. I. Miranda, Lilian  
, 1978-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio  
de Janeiro. Psicologia III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CECÍLIA MARIA ROCHA RIBEIRO**

ESTUDO SOBRE DEMANDAS RELACIONADAS A UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL: O QUE DIZEM OS RESPONSÁVEIS PELAS  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

Dissertação apresentada como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre  
em Psicologia do Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia da Universidade  
Federal Rural do Rio de Janeiro.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 20/07/2017

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lilian Miranda, FIOCRUZ.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosane Braga de Melo, UFRRJ.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Ventura Couto, UFRJ.

Este trabalho é dedicado a todos que foram usuários e profissionais do CAPSi  
Adriano de Oliveira Passos, desde a sua inauguração.

*Pesquisar talvez seja mesmo ir por dentro da chuva, pelo meio de um oceano, sem guarda-chuva, sem barco. Logo, percebemos que não há como indicar caminhos muito seguros ou estáveis. Pesquisar é experimentar, arriscar-se, deixar-se perder. No meio do caminho, irrompem muitos universos díspares provocadores de perplexidade, surpresas, temores, mas também de certa sensação de alívio e de liberdade do tédio (OLIVEIRA, PARAISO; 2012, p. 161).*

## AGRADECIMENTOS

Àqueles aos quais devo a vida e que escolheram caminhar junto a mim todos os dias, a graduação e o mestrado tão longe de casa só foram possíveis porque vocês sempre apostaram e me apoiaram incondicionalmente. Mesmo tão longe fizeram parte do meu dia-a-dia, sempre me dando forças. Não há palavras para expressar meu amor e minha gratidão a vocês, meus pais.

Aos meus irmãos por todo apoio e inspiração. Às minha avós, tios e primos, obrigada por torcerem sempre por mim, o suporte de vocês foi importantíssimo. Obrigada também por compreenderem todas as ausências. Muito do que sou hoje é fruto da nossa convivência.

Aos meus amigos, de Minas e que a Rural me deu. Poder dividir nossas alegrias e angustias foi imprescindível. A caminhada certamente foi mais leve por tê-los ao meu lado.

À minha orientadora, por ter aceitado caminhar comigo e apoiar as minhas escolhas. Desde a graduação tem sido uma fonte de inspiração como profissional e pessoa, sempre tão sensível e cuidadosa. Minha admiração por você é imensa, levarei seus ensinamentos por toda minha trajetória.

Às professoras que aceitaram compor a banca de qualificação e defesa. Muito obrigada pela leitura atenta e as contribuições tão importantes. Certamente o trabalho de vocês é inspiração para muitos profissionais, assim como é para mim.

A todos os professores que fizeram parte de minha trajetória até o momento. Em especial os da Monsenhor Rocha e da Rural. Obrigada por terem escolhido esta profissão e compartilharem seus ensinamentos.

Aos membros do grupo de pesquisa da “conexão saúde e educação”. Obrigada pela torcida e as trocas tão enriquecedoras.

Aos alunos e a professora do meu estágio em docência. O aprendizado e as parcerias criadas foram essenciais.

Aos TAGarelas, em especial os do Rio de Janeiro, pelas “fugas literárias”. As trocas diárias, as Leituras Coletivas e os encontros mensais me proporcionaram mais que ótimos livros, me deram amigos! A torcida de vocês foi muito importante.

Àquela que no último ano dividiu comigo a casa e a vida (inclui-se aqui Perseu e Jollie), nosso dia-a-dia de pós-graduandas da Rural certamente foi mais leve por termos nossas angustias e incertezas compartilhadas. Obrigada por ser sempre tão atenciosa e cuidadosa.

Sempre lembrarei de você de mãos dadas comigo, nos primeiros raios de sol da manhã, na primeira vez em que vi o P1. Os últimos anos foram de muito amor e companheirismo, de compartilhamento de sonhos. A conclusão do nosso mestrado é mais um desses momentos tão importantes que vivemos juntos. “No meio de tudo você, me salva da selva...”

Todas estas conquistas são nossas! Este trabalho, seguramente, foi feito a muitas mãos.

## RESUMO

O presente trabalho consiste em uma pesquisa exploratória na área da Saúde Mental Infantojuvenil, tendo como campo um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de uma cidade de médio porte. Os objetivos desta pesquisa são: 1) identificar as queixas, problemas, ou outras questões ou encaminhamentos que envolveram a busca pelo CAPSi; 2) investigar os caminhos percorridos por responsáveis na busca por tratamento às crianças e adolescentes de que cuidam até a chegada ao CAPSi e conhecer os elementos que favorecem e/ou dificultam os vínculos dos responsáveis com o CAPSi. O percurso teórico se deu com apresentações breves sobre as políticas públicas brasileiras voltadas à infância e adolescência até o surgimento do atual modelo de cuidado, passando por uma discussão sobre os conceitos de demanda e necessidades em saúde, bem como uma pontual discussão sobre os conceitos de território e rede. Após esse percurso, apresenta-se, ainda, as produções de artigos da última década acerca das demandas e dos serviços de saúde pública infantojuvenil, principalmente aqueles que têm como campo o CAPSi. Fundamentada na metodologia qualitativa, a produção do material empírico se deu através da realização de seis entrevistas em grupo com a participação de um total de dezenove responsáveis por crianças e adolescentes que são acompanhados num CAPSi. Foi feita análise temática, a partir da qual criou-se dois grandes eixos de análise: Processos que desencadearam a busca pelo CAPSi e Vivências Relacionadas ao CAPSi. Cada um deles englobou, respectivamente, três categorias temáticas, totalizando seis: Percepções e modos de lidar com os problemas das crianças e dos adolescentes; Demanda e Acesso; Modos de nomeação/apreensão dos problemas; A chegada ao CAPSi; O porque continuaram indo ao CAPSi; O CAPSi na visão dos usuários: contribuições e dificuldades da instituição. De modo geral, os resultados apontaram para a necessidade do trabalho colaborativo do CAPSi com outras instâncias sociais, em especial com as escolas; para a importância de um processo efetivo de acolhimento aos sujeitos; e também para a necessidade de espaços que contribuam com os responsáveis no seu processo de elaboração das questões relacionadas aos problemas dos filhos. Os resultados assinalaram ainda a necessidade de que sejam utilizados modelos de identificação de problemas que considerem os modos como os responsáveis formulam e expressam suas demandas, rompendo com a lógica biomédica.

**Palavras-chave:** Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; demanda em saúde mental infantojuvenil; familiares de usuários de saúde mental infantojuvenil; responsáveis por usuários de saúde mental infantojuvenil



## ABSTRACT

The present work consists of an exploratory research in the area of Mental Health of children and adolescents, having as field a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSi) of a medium size city. The objectives of this research are: 1) to identify the complaints, problems, or other questions that involved the search for CAPSi; 2) investigate the paths taken by caregivers in the search for treatment to the children and adolescents they care for until their arrival at CAPSi and know the elements that favor or make difficult the ties of those responsible with the CAPSi. The theoretical discussion came with brief presentations on Brazilian public politics aimed at children and adolescents until the emergence of the current model of care, going through a discussion about the concepts of demand and health needs, as well as a punctual discussion about the concepts of territory and network. After this approach, we also present the productions of articles from the last decade on the demands of public health services for children and adolescents, especially those that have as CAPSi as field. Based on the qualitative methodology, the production of the empirical material was carried in six group interviews with the participation of a total of nineteen persons caregivers for children and adolescents who are accompanied on CAPSi. A thematic analysis was done, from which two main axes of analysis were created: Processes that triggered the search for CAPSi and Experiences related to CAPSi. Each of these included three thematic categories, totaling six: Perceptions and ways of dealing with the problems of children and adolescents; Demand and Access; Modes of naming / apprehending of problems; The arrival at CAPSi; Why they continued to go to CAPSi; The CAPSi in the vision of the users: contributions and difficulties of the institution. In general, the results pointed to the need of collaborative work between CAPSi and other social entities, especially the schools, for the importance of an effective reception process for the subjects, and also for the need of spaces that contribute with caregivers in their elaboration process of the questions related to the problems of the children. The results still pointed out the need to use problem identification models that consider the ways in which those caregivers formulate and express their demands, breaking with the biomedical logic.

**Keywords:** Center for Psychosocial Child and Adolescent Care; Demand in children's mental health; Family members of child and adolescent mental health users; Caregivers for childrens mental health patients

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1. Artigos científicos selecionados nas bases de dados BVS segundo combinações de termos de busca. .... | 39 |
| Tabela 2. Descrição dos artigos científicos selecionados.....  | 40 |
| Figura 1. Fluxograma do processo de seleção das referências bibliográficas .....                               | 40 |
| Quadro 1. Apresentação das características gerais dos responsáveis e seus dependentes.....                     | 59 |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS<br/>VOLTADAS À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA .....</b> | <b>14</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>2.3</b>   | <b>O TRABALHO NO CAPSI E AS DEMANDAS A ELE DIRIGIDAS .....</b>  | <b>20</b> |
| <b>2.4</b>   | <b>CONTEXTUALIZAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS TERMOS DEMANDA<br/>E NECESSIDADE EM SAÚDE .....</b>                      | <b>22</b> |
| <b>2.5</b>   | <b>BREVE APRESENTAÇÃO DOS CONCEITOS DE TERRITÓRIO E REDE .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>3</b>     | <b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>  | <b>31</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>O CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>3.2</b>   | <b>DEMANDAS CLÍNICAS E SOCIAIS INFANTOJUVENIS .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>3.3</b>   | <b>A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL .....</b>   | <b>39</b> |
| <b>4</b>     | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>OBJETIVO GERAL .....</b>   | <b>41</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>5</b>     | <b>MÉTODO .....</b>   | <b>42</b> |
| <b>6</b>     | <b>A PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>7</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>47</b> |
| <b>7.1</b>   | <b>PROCESSOS QUE DESENCADARAM A BUSCA PELO CAPSI .....</b>  | <b>47</b> |
| <b>7.1.1</b> | <b>PERCEPÇÕES E MODOS DE LIDAR COM OS PROBLEMAS DAS CRIANÇAS E DOS<br/>ADOLESCENTES .....</b>                 | <b>48</b> |
| <b>7.1.2</b> | <b>DEMANDA E ACESSO .....</b>   | <b>52</b> |
| <b>7.1.3</b> | <b>MODOS DE NOMEAÇÃO/APREENSÃO DOS PROBLEMAS .....</b>  | <b>55</b> |
| <b>7.2</b>   | <b>VIVÊNCIAS RELACIONADAS AO CAPSI .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>7.2.1</b> | <b>A CHEGADA AO CAPSI .....</b>   | <b>60</b> |
| <b>7.2.2</b> | <b>O PORQUE CONTINUAM INDO AO CAPSI .....</b>   | <b>62</b> |
| <b>7.2.3</b> | <b>O CAPSI NA VISÃO DOS USUÁRIOS: CONTRIBUIÇÕES E DIFICULDADES DA<br/>INSTITUIÇÃO .....</b>                   | <b>63</b> |
| <b>8</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>70</b> |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>9</b>  | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b> | <b>72</b> |
| <b>10</b> | <b>ANEXOS .....</b>                    | <b>77</b> |

## 1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho consiste em uma pesquisa na área da Saúde Mental Infantojuvenil, tendo como campo um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de uma cidade de médio porte. As questões que o sustentam partiram, inicialmente, da experiência vivida por mim por cerca de um ano e meio em que acompanhei os trabalhos realizados no CAPSi Adriano de Oliveira Passos, situado no município de Paracambi – RJ, na condição de estagiária e, posteriormente, psicóloga contratada deste serviço. Nesse período deparei-me com diversas indagações que circundam o tema da demanda dirigida ao serviço, muitas vezes compartilhadas por toda a equipe e discutidas em supervisão clínico-institucional, encontro em que são discutidas as entrevistas iniciais, a escolha do plano terapêutico individual, o andamento dos casos dentre outras questões relacionadas ao cotidiano institucional. Houve, no entanto, uma questão que frequentemente era levantada pelos profissionais e que ficou ressoando por diversas vezes, levando-me a pensar esta pesquisa: *este caso é para o CAPSi?*

Além dessa, as indagações que permeavam o cotidiano no serviço se desdobraram em outras que impulsionaram esta pesquisa: quais são as demandas direcionadas ao CAPSi? A proposta deste tipo de serviço abarca essas demandas? Soma-se a estas questões uma discussão, apresentada na literatura, acerca da existência de uma significativa lacuna entre as necessidades em saúde mental de crianças e adolescentes e a oferta de serviços para responder a elas (TEIXEIRA et al., 2015).

Para embasar, e dar sentido às indagações e objetivo desta pesquisa, fez-se necessário percorrer, com apresentações breves, um caminho que nos ajudasse a pensar sobre as políticas públicas brasileiras voltadas à infância e adolescência até o surgimento do atual modelo de cuidado, passando por uma discussão da utilização que se tem feito em torno do conceito de demanda e a introdução de necessidades em saúde, bem como uma pontual discussão sobre os conceitos de território e rede. Após esse percurso, acrescentei, ainda, as produções de artigos da última década acerca das demandas e dos serviços de saúde pública infantojuvenil, principalmente os que tem como campo o CAPSi.

Tendo realizado esse percurso teórico, a pesquisa culminou num trabalho de campo estruturado através de entrevistas com responsáveis pelas crianças e adolescentes que são atendidas no CAPSi. A análise do material oriundo destas entrevistas permitiu a criação de dois grandes eixos de discussão: Processos que desencadearam a busca pelo CAPSi e Vivências Relacionadas ao CAPSi. Cada um deles englobou, respectivamente, três categorias temáticas: Percepções e modos de lidar com os problemas das crianças e dos adolescentes; Demanda e Acesso; Modos de nomeação/apreensão dos problemas; A chegada ao CAPSi; O porque continuaram indo ao CAPSi; O CAPSi na visão dos usuários: O CAPSi na visão dos usuários: contribuições e dificuldades da instituição.

De modo geral, os resultados apontaram para a necessidade do trabalho colaborativo do CAPSi com outras instâncias sociais (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017), em especial com as escolas. Destacou-se ainda a importância de um processo efetivo de acolhimento aos sujeitos e também a necessidade de espaços que contribuam com os responsáveis no seu processo de elaboração das questões relacionadas aos problemas dos filhos. Tais espaços mostram-se fundamentais na medida em que, entre outras coisas, ao perceberem os problemas dos filhos eles costumam se culpabilizar e lidam com isto com bastante sofrimento.

Os resultados apontaram ainda que é imprescindível que os modelos de identificação de problemas considerem os modos como os responsáveis formulam e expressam suas demandas, rompendo com a lógica biomédica.

É importante dizer que a proposta e o empenho inicial da pesquisa eram de que, ao entendermos como **usuários**<sup>1</sup> do CAPSi as crianças e os adolescentes, bem como seus responsáveis, as questões de pesquisa fossem trabalhadas a partir da perspectiva de todos esses atores. O que foi possível, no entanto, foi a inclusão no trabalho de campo apenas dos responsáveis, em decorrência de alguns fatores: O serviço em questão passava por mudanças drásticas desde outubro de 2016, quando o projeto da pesquisa já estava em andamento, só começando a se reestabelecer em março de 2017. Devido à extinção da equipe que vinha desenvolvendo um trabalho neste CAPSi, muitos usuários ficaram afastados e começaram a retornar nos meses de março e abril, em decorrência da chegada de novos contratados. Um processo de reestabelecimento e reorganização de todo o serviço estava acontecendo, passando inclusive pela mudança de gestão da secretaria de saúde e coordenação de saúde mental do município. Sendo necessário fazer contato com todos os novos profissionais antes de iniciar as entrevistas, que deveriam ser concluídas até o início de abril.

Em meio à reorganização do CAPSi estava a retomada dos atendimentos, e da condução dos casos, a ser exercida por novos técnicos, o que implicou conhecer os pacientes e familiares, construir vínculos, recuperar a confiança dos usuários na instituição, etc. O cenário que me foi apresentado envolvia muita fragilidade, e me inserir de modo mais ativo, influenciando uma rotina que tentava se fortalecer, tornou-se mais complicado do que o cenário que havia no momento em que esta pesquisa foi inicialmente pensada. Naquele panorama de insegurança e de vínculos frágeis que rondava a instituição, lidar com os sujeitos, principalmente as crianças e adolescentes, que achavam que eu poderia estar voltando a trabalhar no serviço também foi um impedimento. Em função de todo esse contexto, optei por desenvolver um trabalho na perspectiva dos responsáveis pelas crianças e adolescentes, tal como passarei a apresentar a seguir.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Breve contextualização das políticas públicas brasileiras voltadas à infância e adolescência

As políticas públicas brasileiras voltadas às crianças e adolescentes sofreram grandes mudanças nas últimas décadas, impulsionadas, entre outros aspectos, pela própria mudança na forma de enxergar esses sujeitos.

Hoffman et al. (2008) explicitam que os primeiros dados epidemiológicos acerca da saúde mental infantil brasileira datam de 1982. Como ressaltado por Couto (2012), até o final do século passado as medidas voltadas à crianças e adolescentes eram de natureza corretivo-disciplinar, com práticas de reabilitação, não existindo, em nosso país, políticas públicas voltadas a essa faixa etária.

Se observamos historicamente, é notório que há uma discrepância entre as políticas públicas voltadas a adultos em relação às voltadas para crianças e adolescentes. Dias (2009), ressalta que as discussões sobre o campo infanto-juvenil muitas vezes são adiadas em decorrência de urgências referentes aos adultos, contribuindo para esta desigualdade entre um campo e outro.

---

<sup>1</sup> No decorrer do texto utilizarei as nomenclaturas usuário e paciente como sinônimos. O termo usuário se relaciona ao direito universal a saúde, em que os sujeitos são ativos ao usufruírem e também contribuírem com os serviços. O termo paciente se refere a uma dimensão *pathica*, relacionada às paixões, excessos, sofrimentos, que em maior ou menor medida dizem respeito a todos os seres humanos. Sendo assim, distante de uma noção de passividade, entende-se aqui que os sujeitos possuem uma dimensão marcada por paixões de diversas ordens e, também, são usuários dos serviços de saúde.

Após realizarem uma análise da documentação histórica existente sobre a assistência à infância nos séculos dezanove e vinte, Rizzini e Rizzini (2004) constataram que as famílias em situação de pobreza e/ou que possuíam dificuldades para criarem seus filhos que buscavam apoio do Estado encontravam como ajuda, quase sempre, o encaminhamento para instituições, onde as crianças eram recebidas sob a justificativa de serem órfãs ou abandonadas. E apesar de ter-se conhecimento que incontáveis gerações de crianças e adolescentes permaneceram internadas nos chamados “internatos de menores” e “orfanatos”, não existe, no país, estatísticas que estimem a quantidade de institucionalizações dessa população.

Durante os séculos dezanove e vinte, as ações voltadas a crianças e adolescentes eram baseadas em um ideal de proteção, contudo, tiveram como resultado a construção de um modelo de assistência com tendência à institucionalização e segregação. Medidas com intuito de assistir esse público foram adotadas, mas tiveram como resultado a institucionalização do cuidado e a criminalização da infância pobre, gerando um quadro de desassistência, abandono e exclusão (BRASIL, 2005).

Dias (2009), observa que as práticas de reabilitação, que eram comumente aplicadas nas instituições, visavam recuperar uma habilidade que havia sido perdida em função de um distúrbio, de modo que o foco do trabalho era voltado para a conversão de comportamentos considerados anormais em normais. O autor recorre ao pensamento de Foucault (1995) para discutir o processo de disciplinarização social, que visa a normalização. Normalização esta que estaria relacionada às relações de poder, em que o biopoder, o poder sobre a vida, seria capaz de regular todo o corpo social, produzindo uma normalização, na medida em que as atitudes fossem desempenhadas de acordo com regras determinadas, explícita ou implicitamente, por aqueles que exercem tal poder.

Cunha e Boarini (2011) expõem que nas primeiras décadas do século XX o movimento que possuía como ideal a eugenia e a higiene mental fortalecia-se no Brasil e era visto como uma referência necessária para alcançar a saúde física e mental, com a finalidade de transformar o país em uma grande nação. Para Couto (2012), a pobreza, considerada tanto material quanto moral, representava a principal ameaça à construção do país como uma grande nação, composta por homens saudáveis e produtivos. Sendo assim, a infância adquiriu lugar privilegiado nas ações públicas daquela época, tornando-se o principal alvo de um grande projeto civilizatório brasileiro. Diante disso, a saúde mental estava reduzida a um “estado das coisas” em meio a ações que visavam formar cidadãos socialmente adequados e economicamente produtivos.

Em decorrência de um vazio histórico das políticas públicas infanto-juvenis, por diversas vezes medidas tutelares eram assumidas por instituições, privadas ou filantrópicas (COUTO, 2004; COUTO et al. 2008; HOFFMAN et al. 2008 e TEIXEIRA, 2015). Rizzini e Rizzini (2004) lembram que historicamente, desde o período colonial, o Brasil tem uma tradição de internação de crianças e jovens em instituições asilares, nos “colégios internos, seminários, asilos, escolas de aprendizes artífices, educandários, reformatórios, dentre outras modalidades institucionais surgidas ao sabor das tendências educacionais e assistenciais de cada época” (p. 22).

Vale ressaltar, como bem enfatizado por Couto (2012), que apesar da ausência de políticas públicas, o poder público não deixou de realizar intervenções de cunho assistencial com foco voltado para crianças e adolescentes com problemas mentais. Contudo, como destacado pela autora, essas intervenções possuíam um alvo maior, que eram os problemas da pobreza e abandono, fatores considerados produtores de efeitos incapacitantes em crianças e jovens. Segundo Couto (2012) “A noção de incapacitação pela pobreza engendrou o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas que supunham poder recuperar as

mazelas da infância e adolescência pobres, com vistas à formação de cidadãos civilizados e produtivos” (p. 09).

Um marco para se pensar quaisquer mudanças nesse cenário pode ser creditado à criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, momento em que passa-se a entender as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, que devem ser socialmente cuidados e protegidos.

Segundo Cotes (2005), através de um grupo de trabalho vinculado à Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, que buscava garantir os direitos das crianças, foi criado o artigo 227 da Constituição Federal em 1988 e este foi a base para a elaboração do ECA. Segundo o Título VIII, Capítulo VII, discorre o artigo

Art. 227 É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A garantia legal dos direitos permitiu que fossem pensadas e requeridas formas de cuidado e políticas voltadas a este público, buscando superar práticas institucionalizantes, ligadas à uma lógica higienista, que historicamente se resguardava por um ideal de proteção à população, mas que acabava por reforçar, por exemplo, a prática de abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos.

Segundo Couto (2012), a criação do ECA altera toda a lógica anterior a ele, pois a condição jurídica de “menores” é substituída pela consideração da criança e do adolescente como sujeitos de direitos. Assim, entra em pauta a proteção integral como orientadora das novas políticas a serem dirigidas a este público, substituindo a antiga doutrina da situação irregular. Apesar de fundamental, Guerra (2005) adverte que no ECA não foi dada a devida consideração às particularidades que envolvem a assistência à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave.

Couto (2012) destaca um outro evento importante na construção social e política que permitiria um novo olhar sobre a concepção da infância e adolescência, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989. Nesta Convenção, em que o Brasil foi signatário, permitiu-se afirmar a criança como sujeito e cidadão de plenos direitos, possibilitando um novo panorama para interpretar a situação da infância na sociedade.

Couto (2012) elucida também que a nova concepção sobre a infância e a adolescência permitiu que as crianças e os adolescentes fossem reconhecidas como seres que sofrem e podem ter adoecimento mental e, portanto, portadores do direito de serem cuidados em seu sofrimento e dificuldades, diferentemente da lógica anterior em que se reduzia o tratamento à coerção e adaptação de comportamentos.

Abrirei um parêntese para dizer de que lugar falamos quando nos referimos ao conceito de cuidado, recorrendo, para tanto, às ideias apresentadas por Rinaldi e Lima (2006) que sinalizam tratar-se de um conjunto de saberes e práticas que vem mudando seu sentido:

constituindo-se, assim, em território interdisciplinar sob o signo da multiplicidade. Esse campo, inspirado pelos ideais de desinstitucionalização no setor de saúde mental, visa a produção de um trabalho que estabeleça acolhimento, vínculo, escuta e compromisso ético-político com



os usuários, dirigindo a organização do trabalho para a elaboração de projetos terapêuticos que promovam a emergência do sujeito. Essa concepção de cuidado rompe com o antigo paradigma de saber em saúde mental cujo caráter assistencial ocultava motivações equivocadas e nocivas como sentimentos de compaixão e piedade, ou formas de coerção física, próprias do tratamento moral (RINALDI; LIMA, 2006; p.55).

A ideia de cuidado ao qual iremos nos referir neste trabalho não prevê uma condição submissa por parte dos sujeitos diante de práticas tutelares de algum profissional ou equipe, por motivações que envolvam sentimentos de compaixão e vitimização dos usuários. E sim, sujeitos que são capazes de fazer escolhas, autônomos, capazes de refletir sobre as ações propostas pelos profissionais de saúde aceitando-as ou não (RINALDI; LIMA, 2006).

Fechando este parêntese e retornando ao contexto das políticas públicas brasileiras voltadas à infância e adolescência, apontamos que apesar da mudança da lógica de cuidado e tratamento e com o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos que sofrem e podem adoecer, a cultura é resistente à mudança. Como destacam Rizzini e Rizzini (2004) mesmo com a criação do ECA e a inserção da infância e adolescência na pauta das discussões das políticas públicas, em que os orfanatos, por exemplo, caíram em desuso, há dificuldades na implementação de novos modelos de cuidado. As autoras creditam a resistência existente ao fato das práticas de institucionalização e de medidas corretivo-disciplinares estarem muito enraizadas, sendo possíveis de serem modificadas, mas de forma lenta. E, ainda, ao fato de que as demandas que foram propulsoras da institucionalização das crianças nos séculos dezenove e vinte não foram assumidas e enfrentadas, ao ponto de permitir mudanças efetivas na forma de reconhecer e lidar com a problemática.

Ranna (2010) observa que atualmente o foco está voltado à qualidade do desenvolvimento infantil, com alta visibilidade para problemas de aprendizagem e também à violência entre os adolescentes - categoria que sequer era pensada enquanto as estratégias eram voltadas ao combate à mortalidade infantil.

Diante disto, existe, ainda hoje, uma preocupação com a *psicopatologização* ou *psiquiatrização*, de fenômenos inerentes ao desenvolvimento, ou ainda relacionados a problemas sociais vivenciados pelas crianças e adolescentes, especialmente aqueles ligados ao contexto escolar, em que há crescente aumento de identificação de transtornos, como o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), somados à medicalização da infância. Estas, no entanto, são questões mais atuais e serão abordadas mais adiante.

## 2.2 Políticas Públicas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica

Para que um novo modelo de cuidado pudesse ser pensado, e posteriormente criado, foi necessário um longo caminho, marcado principalmente pelas Conferências e os Fóruns Nacionais, que são espaços democráticos, fruto da luta dos movimentos sociais, e têm suas trajetórias influenciadas de acordo com transformações no contexto sócio-político brasileiro. Farei aqui uma breve contextualização dos principais eventos que possibilitaram a criação do modelo de cuidado em saúde mental voltado à infância e adolescência que conhecemos atualmente.

Podemos pensar a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, como um marco inicial, pois foi durante sua realização que a questão da saúde mental tomou escopo e, diante da diretriz de participação da comunidade, um dos princípios requeridos pelo SUS, os representantes da área da saúde mental reivindicaram um espaço próprio para avaliação e apresentação de propostas. Assim, a Conferência Nacional daquele ano teve como desdobramento a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreria no ano

seguinte. Nesta primeira conferência tornava-se possível que a questão da saúde mental abarcasse uma dimensão política, social e histórica na busca da garantia de direitos e cidadania (REBOLI; KRÜGER, 2013; CUNHA; BOARINI, 2011).

Nesta primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, conquistou-se, como fruto das mobilizações, o reconhecimento da ausência de legislações específicas para o público infanto-juvenil e a existência de um equívoco ao se associar menores sem lar (os meninos de rua) como sendo futuros “delinquentes” ou “psicopatas”, propondo assim a limitação da internação psiquiátrica e do uso de psicofármacos relacionados a este público (CUNHA; BOARINI, 2011).

O Relatório Final da primeira Conferência propõe a adoção do conceito ampliado de saúde como forma de orientação para as diversas políticas sociais, seguindo preceitos da Reforma Sanitária. Além de uma discussão sobre cidadania e doença mental, direitos deveres e legislação do doente mental (REBOLI; KRÜGER, 2013).

Importante ressaltar que a mobilização expressa na primeira Conferência se fez sentir no âmbito legislativo, materializando-se, em 1989, em um projeto de lei que instituía a Reforma Psiquiátrica no Brasil, influenciado pela Reforma Psiquiátrica Italiana. O projeto de lei do deputado Paulo Delgado, possuía apenas três artigos, o primeiro previa o impedimento de contratação ou construção de novos leitos em hospitais psiquiátricos pelo poder público, o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento, e o último previa a obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias à justiça, que avaliaria a legalidade da internação. No entanto, como consequência de jogos de interesses e negociações legislativas, apenas 12 anos depois, em 2001, a Lei 10.216/01 foi sancionada no país, sofrendo, inclusive, alterações em diversos termos bem como mudanças conjunturais (REBOLI; KRÜGER, 2013; CUNHA; BOARINI, 2011).

Com a promulgação desta lei, a Reforma Psiquiátrica brasileira passou a ter peso, e como consequência tornou-se meta governamental a proposta de rompimento com as práticas asilares.

Em meio ao debate para a regulamentação do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado e da implementação do SUS, em 1990 ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual foi convocada a II Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceria em 1992 (REBOLI; KRÜGER 2013; CUNHA; BOARINI, 2011).

Cunha e Boarini (2011) ressaltam que assim como a primeira Conferência de Saúde Mental, a que se seguiu não abordou muito a questão da atenção à saúde mental infanto-juvenil, apenas reforçou a necessidade da desinstitucionalização deste cuidado.

Couto (2004, 2012) elucida que foi através da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que se teve ratificado o desejo de mudança e a real possibilidade da implementação do modelo comunitário de atenção. Dentre as questões que puderam ser incluídas na pauta, estava a necessidade da inclusão, no campo do cuidado, dos problemas mentais que dizem respeito à crianças e adolescentes, que por décadas foram desconsiderados, ficando à mercê de intervenções de instituições situadas fora do sistema formal de saúde mental.

Em 2002 o Estado reconheceu essa necessidade e possibilitou o surgimento de um novo modelo de cuidado à crianças e adolescentes: os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), com base na portaria MS 336/02, em consonância com a Lei 10.216/01. Este se torna a principal instituição pública de saúde a oferecer atenção à crianças e adolescentes, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e proposto como um serviço de base territorial de atenção diária, baseado na integralidade do cuidado, como as demais modalidades de CAPS (BRASIL, 2004; CUNHA; BOARINI, 2011).

Vale ressaltar que é previsto no estatuto dos CAPS (que se encontra em anexo) que os CAPSi funcionem contando com uma equipe multiprofissional, composta minimamente por um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, dentre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e/ou pedagogo, e cinco profissionais de nível médio (Brasil, 2004). Aqui podemos incluir também um supervisor, pois, segundo Barleta (2013) a supervisão clínico-institucional é uma “prática-eixo” que deve ser considerada como “um dispositivo necessário e essencial à construção da rede de saúde mental” (p. 30).

Em 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM n° 1.608, de 3 de agosto, diante da necessidade de concentrar esforços no campo da Atenção em Saúde Mental Infantojuvenil e de otimizar as ações propostas e desenvolvidas pelos diferentes setores governamentais e não-governamentais, institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que ocorreria no ano seguinte (BRASIL, 2005).

Em 2005, ocorre então o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, um marco para a reflexão e elaboração de políticas públicas e formas de atendimento mais aprimoradas para este público. Reuniram-se diversos atores que atuam no campo da saúde mental infantojuvenil para debater as questões que o envolvem, no intuito de ampliar o diálogo e a compreensão dos fenômenos psicossociais e, ainda, implicando os diversos atores e segmentos sociais na responsabilidade de ações intersetoriais de cuidado e promoção de saúde mental (AMSTALDEN; HOFFMAN; MONTEIRO, 2010; ASSIS et al., 2010). Apesar disto, Vicentin (2007) atenta para o fato de que ainda é nova a consciência jurídica que entende crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e, nesse sentido, ainda estaríamos vivendo uma transição.

Couto (2004, 2008) discute que os CAPSi são a principal instituição pública de saúde a oferecer atenção a crianças e adolescentes porque respondem à necessidade de ampliação de acesso ao tratamento para casos que até então estavam fora do sistema formal de saúde mental, citando o exemplo do autismo. E, ao mesmo tempo, se dispõe no acompanhamento e desenvolvimento de melhorias relacionadas ao conhecimento clínico, epidemiológico e sobre organização de serviços ligados à rede de saúde mental para crianças e adolescentes.

Na concepção de Dias (2009), apesar do avanço, ainda existem práticas manicomializadas que coexistem com a Reforma Psiquiátrica no campo da saúde mental infantojuvenil, práticas estas que poderiam produzir efeitos devastadores, semelhantes aos produzidos pelos manicômios. Segundo o autor,

crianças e adolescentes ainda são encaminhadas para instituições que, sob os significantes de “cuidado e proteção” ou que remetem à ideia de acolhimento, como “associação de pais e amigos dos excepcionais”, escolas especiais, submetem-nas a práticas ortopédico-pedagógicas, tomando como frente de trabalho o apagamento do sintoma, retirando da criança a possibilidade de subjetivar suas questões; além de contribuírem para a desassistência no campo da saúde mental (DIAS, 2009; p. 3).

Apesar dos primeiros CAPSi datarem de 2002 e de serem inegáveis suas contribuições para a rede de saúde como um todo, o avanço da implementação da rede de atenção infantojuvenil é lento e mostra escasso investimento em estratégias intersetoriais. Amarante (2007) resalta que o princípio da intersetorialidade prevê estratégias que envolvam os diversos setores sociais, tanto no campo da saúde, em sua totalidade, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Para isso, os serviços da rede de atenção psicossocial deveriam procurar vínculos na sociedade, que permitam complementar e ampliar os recursos já existentes e trabalhados na sede do serviço.

O Ministério da Saúde (2015) enfatiza que houve uma expansão da rede de atenção substitutiva em saúde mental, que tem por base a atenção comunitária e territorial. Segundo exposto, desde o ano de 2005 os recursos financeiros que eram destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar passaram a ser, gradualmente, destinados à rede de atenção substitutiva. Isso demonstra uma superação do modelo de saúde mental hospitalocêntrico, permitindo uma transformação no cenário da atenção pública em saúde mental.

### 2.3 O trabalho no CAPSi e as demandas a ele dirigidas

De acordo com o que preconiza as diretrizes do SUS, o trabalho deve ser permanentemente realizado em rede e isso implicaria que todas as ações de cuidado no campo da saúde mental sejam atravessadas pelo princípio da intersetorialidade. Amstalden, Hoffman e Monteiro (2010), ressaltam que no tratamento às crianças e adolescentes, estratégias intersetoriais são imprescindíveis, pois esse público necessita de atenção de outros setores de saúde, e também de escola, de estímulo ao desenvolvimento, de esporte, lazer, cultura, de instâncias jurídicas-legais que possam garantir seus direitos, dentre outras. Nesse sentido, Couto e Delgado (2010) enfatizam que, desde a proposta inicial para uma política voltada às crianças e adolescentes, a intersetorialidade foi destacada como princípio fundamental para se pensar uma rede de cuidados, diferentemente de outras políticas públicas que somente após sua estruturação chegam a este princípio.

Os CAPSi, como ressaltam Couto et al. (2008), possuem características que se referem à terapêutica e à gestão das diferentes demandas relacionadas à saúde mental da infância e adolescência no território ao qual se encontra inserido. Neste sentido, alguns autores elucidam que os CAPSi têm função de receber as crianças e os adolescentes para o tratamento, mas também de realizar um trabalho de identificação das possíveis demandas de saúde mental, conjuntamente com outros dispositivos territoriais, promovendo, ainda, ações de promoção e cuidado em saúde mental (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; TEIXEIRA, 2015).

Nos CAPSi, segundo Couto et al. (2008) “são prioritários os atendimentos para autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos (na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária etc.)” (p. 393). Contudo, Hoffman et al. (2008) apontam que a maioria dos casos acompanhados nestes serviços se referem a distúrbios emocionais e comportamentais de menor gravidade.

O CAPSi ao qual me refiro está inserido, como anteriormente mencionado, na rede de saúde do município de Paracambi-RJ, que possui, segundo dados do Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2016), 50.071 habitantes. Este CAPSi é, atualmente, o único serviço público direcionado à saúde mental infantojuvenil da cidade, abarcando todos os tipos de demandas. Corroborando com os apontamentos de Hoffman et al. (2008), a maioria dos casos recebidos no serviço em questão são referentes a queixas de menor severidade. Estes casos chegam ao serviço tanto por encaminhamentos de outros serviços do município quanto pela chamada “demanda espontânea”.

Quanto aos encaminhamentos realizados por outros serviços, podemos ressaltar dois aspectos: o primeiro ocorre quando se detecta a necessidade de atendimento em um serviço especializado e encaminha-se para uma avaliação, está relacionado ao trabalho em rede, mais horizontal. O segundo aspecto está ligado a um trabalho burocrático e vertical, baseado na ideia de referência e contrarreferência, a partir da qual, geralmente, há uma transferência de responsabilidades (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAVALCANTE et al., 2012; RANNA, 2010).

Em relação à demanda espontânea, esta se relaciona aos casos em que os responsáveis pela criança ou adolescente procuram diretamente o serviço, sem passar por outro serviço previamente para, então, ser encaminhado. Cavalcante et al. (2012), elucidam que este tipo de demanda, a espontânea, pode reforçar a lógica do trabalho fragmentado e seria uma justificativa para haver poucos casos de apoio matricial com crianças e adolescentes, e ainda, que este tipo de demanda levaria muitos casos que não correspondem ao tipo de atendimento realizado nos CAPSi.

Quanto ao apoio matricial, as autoras destacam que em um estudo sobre esse arranjo na atenção básica, depararam-se com uma ausência de relatos de casos de crianças. Para justificar essa realidade, os profissionais afirmaram que os casos não chegavam até o apoio matricial. Refletindo sobre isto, Cavalcante et al. (2012), discutem que:

a criança parece ter uma invisibilidade diante dos olhos dos trabalhadores da saúde em geral. Ademais, mesmo tendo na atenção básica um equipamento que se propõe a cuidar da família, percebe-se um trabalho mais direcionado aos membros adultos do núcleo familiar, e certo esquecimento em relação aos seus membros mais jovens (p. 167).

Ao discorrer acerca do acolhimento à demanda espontânea, o Ministério da Saúde (2013) ressalta que o serviço deve acolhê-la e reconhecê-la como legítima, pois o sujeito que solicita ajuda também define, com formas e graus variados, o que é necessidade em saúde para ele.

Diante do trabalho realizado no CAPSi, como anteriormente mencionado, e dos apontamentos teóricos aqui pincelados, fui tomada por algumas inquietações, a pensar: quais são as demandas em saúde recebidas pelos CAPSi? Como o CAPSi lida com essas demandas? Se tratando de um serviço de saúde voltado à crianças e adolescentes, partindo do pressuposto que há a necessidade que alguém responda legalmente e os acompanhe - o que os responsáveis por estes demandam do CAPSi e entendem por saúde? Como as próprias crianças e adolescentes lidam com as demandas por atendimento?

Além destes, Dias (2009) apresenta dois questionamentos acerca do endereçamento que é realizado aos profissionais psicólogos, mais especificamente que trabalham com a saúde mental. Considero importantes tais questionamentos para discutirmos o papel do psicólogo (e também dos demais profissionais da atenção psicossocial) em relação às demandas que recebem, em especial as que possuem como principal interesse, mesmo que de forma velada, a normalização. A pensar:

caso os psicólogos respondam a esta demanda, também contribuirão como parcela significativa para a desassistência às crianças no campo da saúde mental, pois como avançar e pensar na loucura da criança, se os profissionais responsáveis pelo seu cuidado se assentarem sob o imperativo de restaurá-las de acordo com os ideais sociais de normalidade? Ao ser considerada como anormal e passível de conserto, não estaria sendo retirada da criança a possibilidade de subjetivar suas questões e criar saídas singulares para lidar com seu mal-estar, mesmo que uma dessas saídas seja a loucura? (DIAS, 2009, pp. 4-5).

Enveredando-me pelas vielas da saúde mental infantojuvenil, entendo, portanto, que conhecer o que tem sido demandado aos CAPSi, que atualmente são o carro-chefe das políticas públicas voltadas a este público, possa contribuir com as discussões deste campo. Somando o fato das políticas públicas voltadas à infância e adolescência serem muito recentes à constatação de que os estudos no campo da saúde mental têm preconizado o público adulto (DIAS, 2009; RANNA, 2010), reforça-se a necessidade de que pesquisas que

levem em consideração questões que abarquem a saúde mental da infância e adolescência sejam realizadas.

## 2.4 Contextualização e utilização dos termos demanda e necessidade em saúde

Para nos ajudar a pensar, considero importante a reflexão de que as demandas e necessidades em saúde não são rígidas, cristalizadas e sim construídas nas interações sociais e, assim como a sociedade e a cultura podem ser modificadas, o que pode ser entendido como demanda e/ou necessidade em saúde também pode sofrer mudanças, sendo assim, essas demandas não devem ser naturalizadas (CARDOZO, 2014; JUNGES et al. 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; PINHEIRO, 2011). Em nota, o Ministério da Saúde recomenda “considerar que diferentes sujeitos e atores sociais produzem, com interesses e formas variados, o que são demandas e necessidades em saúde, e que esses diferentes entendimentos sejam explicitados e colocados em diálogo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; p. 13).

Para Junges et al. (2012), a demanda é socialmente construída porque depende das relações cotidianas e do contexto que compõe as necessidades, mas também está relacionada aos subsídios disponibilizados às políticas públicas de saúde, o que permitiria a oferta de serviços. Já Pinheiro (2001), complementa essa discussão defendendo que os elementos que compõem a demanda dizem respeito às percepções e representações sobre saúde por parte de seus atores, as formas como estes significam, por exemplo, saúde e doença.

Para dar sequência apresentarei outros trabalhos que discutem o conceito de demanda ou seu enfrentamento no campo da saúde coletiva e, mais especificamente, da saúde mental.

Referindo-se mais especificamente à demanda em saúde, Pinheiro (2001) considera que esta se refere a uma atitude dos indivíduos, em que estes buscariam os serviços de saúde com intuito de obtenção de acesso às suas ofertas e de se beneficiar com os atendimentos que possam ser recebidos.

A esse respeito, podemos recorrer a um estudo realizado por Schmidt e Figueiredo (2009), em um CAPS, para pensarmos não somente sobre a atitude dos indivíduos que buscam os serviços visando se beneficiar com os atendimentos, mas também dos profissionais que os recebem e o cuidado ofertado nestes serviços.

Ao realizarem este estudo, de teor avaliativo, Schmidt e Figueiredo (2009), apontaram três eixos que consideraram ser norteadores do trabalho cotidiano na clínica de atenção psicossocial, na medida em que seriam elementos fundamentais para a qualificação dos serviços. Sendo estes o acesso, acompanhamento e o acolhimento.

Para as autoras, o acesso refere-se às características dos serviços de saúde e os recursos que estes possuem. Diz respeito àquilo que é ofertado pelo serviço em relação ao que é demandado a ele, entendendo que os recursos oferecidos podem facilitar ou limitar o acesso de potenciais usuários (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Para explicar o segundo eixo, acolhimento, que estaria intimamente ligado a acesso, as autoras o comparam com o que Freud chamou de “abertura do jogo de xadrez”, por se referir ao início do tratamento, ao contato inicial com o sujeito que busca o serviço. Através deste primeiro contato será definida toda sequência de atendimentos, pois são postos à prova todos os recursos do serviço, quem está à frente do caso, e também o que o serviço pode oferecer e como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda.

Schmidt e Figueiredo (2009), apresentam três desdobramentos ou dimensões do acolhimento, mas abordarei aqui duas delas. A primeira se refere à postura adotada pelos profissionais ao receber, escutar e lidar com as demandas daqueles que buscam o serviço, que para as autoras implicaria uma atitude humanizada e receptiva. Estaria abarcada nas

relações entre profissionais e usuários, bem como entre a própria equipe, uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio, por vias democráticas, que proporcionassem a participação, autonomia e decisões coletivas. A segunda dimensão diz respeito ao acolhimento como técnica, em que seria possível utilizar-se do saber profissional como um recurso na busca de respostas e acompanhamento aos usuários. Em uma equipe multiprofissional este recurso seria ampliado pela possibilidade de articulação entre diversos saberes, o que poderia ser um facilitador na construção de respostas às demandas emergentes.

Schmidt e Figueiredo (2009), ainda se referindo ao eixo do acolhimento, citam trabalhos reunidos nos Cadernos IPUB n.17 sobre o que, segundo elas, convencionou-se chamar “clínica da recepção”. Frente a esse material, recomendam algumas direções, nas quais podem ser destacadas a que diz respeito à decantação da demanda, no sentido de não atender de imediato o pedido inicial e de relativizar o pedido de medicação, incluindo e pensando em outras possibilidades, que dariam subsídios para convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, favorecendo a autonomia e tornando-o um agente na compreensão deste processo. Essas indicações advêm do entendimento de que este sujeito não deve ser tomado como um *depósito de sintomas* a serem extirpados pelos profissionais e/ou pela medicação.

O terceiro eixo, acompanhamento, é definido pelas autoras como um dos maiores desafios do trabalho em saúde mental e, juntamente com os dois eixos anteriores, também é visto como um analisador da qualidade do serviço. A continuidade do cuidado se coloca como necessária para que os objetivos do tratamento sejam atingidos. A forma como o CAPS (no caso da pesquisa realizada pelas autoras citadas, e do CAPSi no caso desta pesquisa) acompanha a trajetória de vida dos usuários, por meio de quais práticas assistenciais o tratamento é realizado, e como se efetiva algum vínculo entre a clientela e a equipe, são questões que se colocam quando se pensa o *acompanhamento* (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Partindo de outra perspectiva teórica, situada no campo da Saúde Coletiva, Cecilio (2006) faz afirmações consonantes com o trabalho de Schmidt e Figueiredo (2009), ao considerar que quando alguém procura um serviço de saúde está endereçando a este uma *cesta* de necessidades em saúde, sendo assim, somente o compromisso, a sensibilidade e a preocupação com a escuta oferecida, por parte da equipe, permitiria a percepção das necessidades em saúde trazidas por este que se propõe usuário daquele serviço. Tais necessidades estariam, segundo Cecilio (2006), *travestidas* em demandas bem específicas.

Outra questão a ser considerada diz respeito ao fato de que a demanda pode ser influenciada positiva ou negativamente, de acordo com o que é oferecido por determinado serviço de saúde. O perfil da demanda pode ser, inclusive, um indicativo das limitações e potencialidades de uma equipe e dos meios pelos quais estas produzem cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Pinheiro (2001) nos adverte sobre divisões comumente realizadas entre oferta e demanda. Para a autora, esta divisão torna obscura a relação existente entre elas, imprimindo o que ela caracteriza como um *caráter dicotômico*, pois, através desta divisão (com provável herança do setor econômico), há uma tendência de analisar estes conceitos e seus componentes isoladamente, relacionando demanda apenas aos usuários e/ou consumidores e oferta apenas aos profissionais e gestores dos serviços. Na prática cotidiana, entretanto, há uma permanente interação entre os diversos atores que compõe a díade oferta-demanda, de modo que uma cisão tão demarcada entre estes conceitos nos serviria apenas didaticamente.

Segundo Campos e Bataiero (2007), tendo em vista que o usuário busca nos serviços de saúde uma atitude por parte dos trabalhadores que vá na direção de resolver o problema

que o fez acessar tal serviço, existe uma circularidade entre necessidades em saúde e processo de trabalho, em que a resposta à necessidade que levou o usuário ao serviço é o trabalho ofertado. Assim, quando passar por uma situação semelhante estará implícito o que ele precisará consumir e onde buscar. Segundo os autores “por esta razão o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços, será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades” (p. 612).

Os autores acima citados nos levam a refletir sobre as possibilidades que são oferecidas quando um sujeito busca um serviço de saúde. Para exemplificar a questão da circularidade entre necessidades em saúde e o processo de trabalho podemos pensar: se quando os trabalhadores de saúde, ao atenderem um usuário, oferecem como solução uma consulta médica para resolução de diversas queixas, quando este usuário volta a procurar este mesmo serviço com a demanda restrita por uma consulta médica, podemos estranhar a restrição de seu pedido?

Nesse sentido, Cecilio (2006), argumenta que a demanda é, em boa parte, uma necessidade modelada de acordo com a oferta feita pelos serviços e, ademais, um pedido explícito, uma tradução de necessidades mais complexas. Fazendo uma distinção entre demanda e necessidade em saúde, o autor defende que:

a demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida (CECILIO, 2006; s/p.).

Para Cecilio (2006), as necessidades em saúde poderiam estar relacionadas à busca por algum tipo de resposta para as *infidelidades do meio*, para as más condições de vida, a procura de um vínculo (a)efetivo, a busca por maior autonomia, ou mesmo o acesso a tecnologias de saúde disponíveis, entendidas como capazes de melhorar ou prolongar a vida. Já Campos e Bataieiro (2007) trazem a definição de necessidade a partir de Marx e Engels (1993), ao afirmarem que esta é o que precisa ser satisfeito para que a vida continue. Na mesma direção, para Campos e Mishima (2005) esta satisfação encontra-se potencialmente ligada ao produto de um processo de trabalho. Através desta perspectiva, tais necessidades não poderiam ser consideradas naturais ou iguais, pois os modos de distribuição e consumo do que é fruto do processo de trabalho é desigual.

Em estudo realizado em uma unidade básica de saúde sobre as necessidades em saúde, Campos e Mishima (2005) também se baseiam numa leitura marxista para discorrer sobre três aspectos que englobariam necessidades em saúde: o primeiro deles está relacionado às *necessidades da presença do Estado*, já que é voltada a este a responsabilidade da garantia dos diversos serviços capazes de promover o bem-estar social da população, bem como a mediação e regulação das relações entre capital e trabalho. Nesse sentido, o objeto do trabalho pode ser entendido, por exemplo, como os sintomas e as doenças dos moradores que conformam a demanda espontânea de uma unidade de saúde, primordialmente constituída por aqueles que não conseguem acessar o mercado privado de atenção à saúde.



O segundo aspecto diz respeito às *necessidades de reprodução social*, que constituem a base da sociedade e são diferentes nos diferentes grupos sociais, definidos pela sua inserção na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver.

O terceiro aspecto seria a *necessidade de participação política*, pois é a instância que possibilita a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes e grupos organizados da sociedade civil e coloca na pauta os direitos antes dos interesses, pois as autoras Campos e Mishima (2005), identificaram que a organização da sociedade civil veio como uma tentativa de minimizar as precariedades dos moradores onde os serviços públicos são ausentes.

Pensando então em necessidades em saúde, Campos e Bataieiro (2007) entendem que para atender a elas é necessário refletir sobre as necessidades dos indivíduos de diferentes classes sociais, de diversos territórios, conduzindo às políticas públicas de saúde na direção do direito universal.

Considerando mais especificamente sobre as demandas e ofertas de serviços relacionados à infância e adolescência, destacamos um estudo realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro em 2008, por Assis et al. (2010). Nele, os autores demonstram que há uma lacuna entre a necessidade de atendimento para crianças no âmbito da saúde mental e a procura de atendimento por parte dos responsáveis. Elucidam, então, que apenas uma pequena parcela de crianças que apresentaram sintomas relacionados a problemas da ordem da saúde mental procurou atendimento nos serviços voltados a essa problemática.

Quanto as respostas às demandas, Pinheiro et al. (2010) ao falarem sobre a construção social da demanda, por uma ótica da saúde coletiva, relatam ter observado em suas pesquisas em instituições de saúde que existem limites e dificuldades, por parte de profissionais e gestores, de se elaborar respostas àquilo que lhes é demandado. Para a autora, entre as respostas dadas aos sujeitos há uma clara distinção entre “soluções terapêuticas” e “soluções sociais”, como se elas fossem excludentes e confinadas em áreas isoladas do conhecimento.

Para Pinheiro (2010):

é interessante observar que os modelos explicativos predominantes para definir demandas (sejam pautados na racionalidade econômica, sejam pautados na racionalidade biomédica) apresentam um traço em comum: a redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que elas se inserem, cujas respostas só podem ser elaboradas, a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades. Parece-nos que os “problemas de saúde”, ao serem definidos a partir dos critérios objetivos e quantificáveis, têm nas doenças a face concreta como “reais necessidades de saúde da população” - portanto, os “reais” motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde (p. 16).

Segundo este raciocínio, Pinheiro et al. (2010), consideram que as demandas não se configurariam em necessidades em saúde, que iriam muito além de elementos objetivos e quantificáveis ao lidarem com o processo saúde-doença. Os autores destacam também que a discussão das necessidades em saúde implica um movimento reflexivo, em que o objeto das atividades é o usuário, em todas as suas questões, e não a doença, permitindo assim, que aspectos subjetivos sejam concebidos, levando em consideração que aquele que está demandando algo dos serviços de saúde é um sujeito social, portador de aspirações, desejos e histórias de vida. Corroborando, Pereira (2012) destaca, tratando mais especificamente do campo da saúde mental, que há uma ampliação do objeto e seu objetivo de trabalho, e além de se considerar a doença, considera-se o sujeito, sua singularidade, seu contexto de vida,

objetivando a ampliação da autonomia do indivíduo. Este movimento reflexivo convoca e desafia a reformulação e implementação de políticas públicas mais justas.

Pensando sobre as políticas públicas, Campos e Bataiero (2007), destacam que o campo da Saúde Coletiva entende que estas devem ser encaminhadas na direção do direito universal à saúde e o atendimento às necessidades em saúde deveriam ser direcionadas à instauração de processos de trabalho que atuassem com as raízes dos problemas.

Segundo Souza e Botazzo (2013), há a capacidade dos serviços de se vincularem e conhecerem os sujeitos para os quais são referência. As necessidades e demandas destes, bem como a continuidade de um vínculo, incide na forma como o cuidado será prestado ao longo do tempo, pela equipe e pela própria rede de serviços.

Essa ideia pode ser associada às colocações de Cecilio (2006), para quem pode-se definir o cuidado oferecido e a integralidade da atenção, respeitando a singularidade de cada serviço, como um esforço da equipe de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades em saúde dos usuários, sempre muito complexas, devendo ser captadas em sua expressão individual.

Silva e Garcia (2011) clarificam a discussão, lançando mão de subsídios teóricos psicanalíticos, ao problematizarem o conceito de saúde. Distanciando-se da noção de saúde formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que o conceito de saúde é associado a um bem-estar físico, mental e social, os autores elucidam que o constructo teórico psicanalítico produz uma nova compreensão de saúde ao entender o ser humano como um sujeito em eterno conflito entre seus desejos, necessidades e demandas. Para eles, a noção de promoção de saúde pode transpor a dimensão preventiva, com intuito de eliminar as doenças e seus agentes, e seguir uma direção mais ampla, em que extinguir ou evitar o sofrimento não seja o modelo de cuidado adotado pelos profissionais de saúde, e sim um modelo em que o sofrimento possa ser entendido como constitutivo dos sujeitos, inclusive com potencial transformador e sinalizador de novas possibilidades de viver.

Os autores complementam o raciocínio acerca da ampliação das noções de saúde e promoção de saúde (inclusive dialogando com Freud), ao dizerem que:

nossa saúde não é exclusivamente resultado das condições de vida e trabalho, na medida em que somos ativos na produção da vida e do trabalho atravessados pelo desejo. Em outros termos, ressaltamos que o sujeito não é apenas uma instância instituída ou passiva, mas também instituinte, na medida em que se produz pela apropriação que realiza dos enunciados identificatórios, formulados pelos primeiros objetos investidos, passando, muito rapidamente, a enunciar seus próprios pensamentos, pondo à prova seus desejos e afetos. (...)entende-se a saúde como o modo como o sujeito lida com as suas condições de viver, de trabalhar e de amar, ou seja, de ser e de estar no mundo (SILVA; GARCIA, 2011; p. 100).

Nos serviços de saúde voltados à infância e adolescência, a questão relacionada às necessidades em saúde é ainda mais complexa de serem captadas em sua expressão individual, visto que, como nos lembra Pereira (2012), a criança ou o adolescente é sempre levado por um outro, social ou familiar: é sempre *falada por alguém*. A autora também elucidada que a infância possui muitas peculiaridades e, portanto, demanda cuidados e tratamentos diferenciados dos adultos. Brandão Junior (2009), ressalta que no atendimento às crianças corremos o risco de igualarmos a queixa do adulto ao sofrimento da criança e com isto, corre-se o risco de atender aos anseios dos primeiros.

Pereira (2012) elucidada que, no campo da saúde mental, a exclusão da criança e do adulto se apresenta de formas diferentes: na maioria das vezes, os casos atendidos no CAPSi, diferentemente dos adultos, não são de crianças e adolescentes com histórias de internações

de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Mas, como destaca a autora, as crianças podem ser encontradas em outras instituições totais, ou mesmo encarcerados em casa, sem cuidado e tratamento, excluídas do convívio familiar e social, da escola, lazer, esporte, comunidade etc. Sendo assim, o CAPSi substituiria, segundo o raciocínio da autora, a lógica de exclusão, que pode manifestar-se nas instituições que abrigam ou trabalham com a criança e o adolescente, inclusive, a própria família.

Podemos complementar este raciocínio com o que destaca Cavalcante et al. (2012), ao dizer que na área da infância há a necessidade de tornar o público infantil visível e relevante na busca pela efetividade do cuidado como um direito. Segundo ressalta, deve haver o “direito ao cuidado, que envolva várias instâncias, para que assim, como se preconiza o indivíduo adulto, a criança possa ser cuidada em sua totalidade, sendo respeitadas suas diferenças de desenvolvimento e subjetivação” (CAVALCANTE et al., 2012; p. 175).

Além da ideia de direito ao cuidado, é possível acrescentarmos também a noção de *gestão do cuidado*, que para Cecilio (2006), pode ser definido “como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia” (p. 589). O autor apresentará seis dimensões do cuidado: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

De modo geral, a primeira diz respeito ao “cuidar de si”, na medida em que se acredita que todos têm a capacidade de fazer suas próprias escolhas, de ser gestores de suas próprias vidas; a segunda se refere à dimensão familiar, que envolve a complexidade dos laços familiares e também leva em consideração as relações com os amigos e vizinhos; a dimensão profissional é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e está no núcleo do território da micropolítica em saúde, abarca a competência técnica, a postura ética e a capacidade de fazer vínculos, por parte do profissional; a dimensão organizacional é marcada pelas divisões técnicas e sociais do trabalho e, neste aspecto, a gestão do cuidado depende da cooperação de diversos atores; já a quinta dimensão, a sistêmica, diz respeito à perspectiva da integralidade; e a sexta e última dimensão, que é considerada a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, por envolver os modos como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor (CECILIO, 2006).

Retornarei à dimensão sistêmica e a apresentarei nas palavras do autor, por considerar importante o panorama dado por ele acerca das mudanças no sistema de saúde. Esta dimensão:

é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Historicamente, foi trabalhada como a imagem de uma “pirâmide” constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes ordenados e racionalizados de usuários. O movimento real dos usuários no “sistema de saúde”, em particular, o modo como constroem itinerários terapêuticos que escapam à racionalidade pretendida pelos gestores; a transversalidade que o trabalho médico produz ainda hoje no “sistema” de saúde, a despeito das estratégias crescentemente disciplinadoras a que vem sendo submetido; a multiplicidade de “portas de entrada” para o “sistema”, em particular, nos serviços do tipo prontoatendimento, que desafiam o ideal da rede básica como “porta de entrada” da pirâmide de serviços, tudo isso tem obrigado gestores e pesquisadores da área a trabalharem com conceitos mais

flexíveis de redes de cuidado construídas a partir da ação de usuários, trabalhadores e gestores. A despeito de tal complexidade e multiplicidade de atores e movimentos, os gestores, ou seja, aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde, têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, sendo essa, normalmente, sua atividade mais visível e trabalhosa (CECILIO, 2006; p. 591).

No início da estruturação do SUS (e mesmo antes dela), o modelo de cuidado em saúde apresentado era hierarquizado, piramidal, estando no topo da pirâmide, como serviço “mais especializado”, os hospitais - local de predominância do saber biomédico. Os encaminhamentos ocorriam de forma burocrática e pouco se implicava os sujeitos nas ações em saúde, ignorando, por exemplo, a dimensão individual da gestão do cuidado.

## 2.5 Breve apresentação dos conceitos de território e rede

Em alguns momentos ao longo deste texto apareceram menções às noções de território e rede, pois é muito difícil discorrer sobre o campo da saúde sem abordar esses conceitos. A decisão de escrever sobre eles em um tópico específico tem origem em dois pressupostos, o primeiro é o de que é fundamental levar em consideração essas diretrizes no trabalho em saúde mental, especialmente no campo infantojuvenil; e o segundo é de que esses conceitos têm sido repetidos, tanto por estudantes quanto por profissionais da saúde, de modo automático, banalizado, sem que se pense realmente sobre eles e suas implicações, reduzindo-se a noção de território puramente ao espaço geográfico e rede como sinônimo do ato dos encaminhamentos burocráticos dos casos de um serviço a outro.

O território é uma produção a partir do espaço, uma dimensão muito mais ampla e complexa. Recorro à Souza (1995) que nos primeiros parágrafos do capítulo “O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento” apresenta a ideia de que o território é um importante instrumento de conquista, exercício e manutenção do poder. O território pensado como “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (SOUZA, 2000, p. 78). Furtado et al. (2016), em seu trabalho sobre a concepção do território na saúde mental, também dialoga com Souza e enfatiza a ideia de que, ao se perguntar por território está-se perguntando quem influencia ou domina quem naquele espaço e como isso é feito.

É necessário ressaltar que, apesar de avaliar como sendo fundamental que as ações em saúde considerem os territórios e a processualidade que os envolvem, esta inserção também pode favorecer o controle sob as vidas que compõe os respectivos territórios. Em outro momento desta dissertação já falamos sobre as ideias do filósofo francês Michel Foucault, nesta ocasião é importante ressaltar sua concepção de biopoder, na medida em que este se configura como um dispositivo de controle capaz de regular todo o corpo social (o foco é o coletivo), e transvestidas de um investimento na vida, produzir normas que tem por objetivo o controle e a ordem (FOUCAULT 1972).

Os autores Lima e Yasui (2014), ao discutirem a mudança fundamental da forma de operar o cuidado em saúde mental, saindo do modelo asilar para o cuidado em meio aberto e territorializado, e também dos jogos de poder existentes, ressaltam que o “deslocamento espacial da atenção, do asilo ao território, não garante uma prática em ruptura com as formas de poder que se exercem sobre a vida” (LIMA; YASUI, 2014; pp. 598-99), pois corre-se o risco de passar de uma prática disciplinar, comum ao asilo, para uma prática de controle.

Furtado et al. (2016) ao dialogar com o exposto por Lima e Yasui (2014), destacam que o posicionamento ético político ou a prática clínica daqueles que trabalham em saúde

mental independem e não mudam o fato de continuarem sujeitados sob o controle da instituição para a qual trabalham e da imensa burocracia que a envolve. Lima e Yasui (2014) apostam em uma saída através de uma clínica que leve em conta o sintoma individual, podendo dar lugar aos processos de produção de saúde e de subjetividades, pautada por processos de criação que abarquem a construção de novos territórios e novos sentidos. Mas advertem:

está em jogo aqui a aposta na sustentação e no acolhimento de uma multiplicidade de formas de existência e, ao mesmo tempo, seu agenciamento a redes de sentido que venham a criar novos territórios. Trata-se de uma clínica que exige delicadeza e atenção, pois há sempre o risco de que, ao convidar os loucos e sua loucura para participar das trocas sociais no território da cidade, estejamos inadvertidamente, por meio de uma sutil ortopedia, forçando-os a adaptar-se aos modos de vida hegemônicos (LIMA; YASUI, 2014; p, 602).

Ao discutir sobre poder e território, Souza (2000) ressalta que também se tornou comum a associação de território como sendo o *território nacional*, que evoca o *Estado*, que é o gestor deste território e, acredita-se, detentor do poder que o envolve. O que o autor irá chamar a atenção é que a ideia de território não precisa, nem deve ser reduzida à esta escala, pois ele é também o território nacional, mas não só. Nas palavras de Souza:

territórios existem e são construídos (e desconstruídos) nas mais diversas escalas, da mais acanhada (p. ex. uma rua) à internacional (p. ex., a área formada pelo conjunto de territórios dos países-membros da Organização do Tratado do Atlântico Norte – OTAN); territórios são construídos (e desconstruídos) dentro de escalas temporais as mais diferentes: séculos, décadas, anos, meses ou dias; territórios podem ter um caráter permanente, mas também podem ter uma existência periódica, cíclica (SOUZA, 2000; p. 81).

Partindo de referenciais distintos, mas que, a nosso ver, podem dialogar com Souza (2000), Alarcon, Lancetti et al. (s/d), ressaltam que nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, é importante uma organização territorial a partir de áreas que podem estabelecer um limite geográfico de cobertura populacional, defendendo que isso opera como um facilitador de vínculos continuados entre as equipes e os usuários, e a população de modo geral. Entretanto, também reconhecem que essa ideia como representante total do sentido de território seria uma leitura banal.

Com base nas ideias dos filósofos Gilles Deleuze e Félix Guattari e do geógrafo Milton Santos, Alarcon, Lancetti et al (s/d) consideram o território a partir de três dimensões: “1- como espaço físico, constituído por ruas, casas, escolas, empresas, entre outros; 2- como dimensão simbólica, expressa por aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, etc; 3- como dimensão existencial, que diz respeito aos modos pelos quais o território ganha sentido a partir de cada história pessoal” (ALARCON; LANCETTI et al.; *on-line*). Assim como explicitado por estes autores, podemos pensar o território como *vivo* ou *existencial*, o que é fundamental para se entender as diversas maneiras de viver, pensando nas singularidades e em possíveis mudanças. Mudanças estas que são possíveis quando se leva em consideração as subjetividades e estas como sendo um processo, cuja análise deve considerar sujeitos e territórios como inseparáveis.

A discussão sobre território também nos auxilia a pensar sobre o trabalho das equipes de saúde e suas implicações com as concepções de território:

se as práticas profissionais restringem-se à noção de território geográfico, a demanda permanece restrita ao caráter epidemiológico da população adscrita. A adoção por uma concepção nômade de “território vivo”, por outro lado, convoca as equipes para intervenções não descontextualizadas da vida do usuário. São territórios existenciais porque representam espaços de circulação das subjetividades, dos enlaces e das trocas sociais (BORGES, 2015; p. 109).

Pensar sob a ótica dos territórios - no plural, e nestes como espaços vivos e não apenas como delimitações de terra, permite que as ações em saúde sejam coerentes com as demandas específicas, singulares, constituídas a partir de afetos, trocas sociais, jogos de poder existentes, costumes, ou seja, todo o contexto de existência dos sujeitos. As trocas e as mudanças serão favorecidas ao levar-se em conta a importância de que a equipe de saúde conheça e esteja inserida de fato no território e que reconheça, inclusive, que é parte dele. Sob esta perspectiva, podemos afirmar que um CAPSi, por exemplo, de uma região não possuirá as mesmas demandas e necessitará do mesmo grau de acesso que o de outra.

Manter-se atento e levar em conta as particularidades dos sujeitos e dos territórios podem ser estratégias por meio das quais encontrem-se saídas e possibilidades de um fazer que não seja engessado e que não reduza o território ao espaço, à localização geográfica. Como destacado por Luzio e L'abbate (2009), as ações no território devem prever a ativação de recursos do ambiente de origem ou de referência dos sujeitos. Para os autores, levar em consideração o *habitat* e seus recursos é necessário para “a construção de projetos terapêuticos emancipadores e transformadores” (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

No título e no começo deste subitem deixamos claro que aqui falaríamos também sobre o conceito de rede. Além de pensarmos a dimensão do território, na clínica infantojuvenil, especialmente, se torna muito difícil não pensarmos na dimensão do trabalho em rede, pois as crianças e os adolescentes, geralmente, têm uma atenção maior voltada a eles, como ações da atenção básica, estando inseridas em uma variedade de espaços, como por exemplo a escola.

Bem como o trabalho que leve em conta o território, o trabalho em rede também é uma diretriz o campo da saúde, e, certamente, da atenção psicossocial. Contudo, como mencionamos no primeiro parágrafo deste item, o conceito de rede tem sido empregado, muitas vezes, como sinônimo de encaminhamentos burocráticos dos casos de um serviço a outro. Mas a noção de rede diz muito mais que isso, e passa pela ideia de que seja um trabalho ampliado, em conjunto entre os serviços, ou como Teixeira, Couto e Delgado (2017), afirmam um trabalho colaborativo entre os equipamentos e demais setores do território. Estes autores, ao discutirem o trabalho em rede, sobretudo no campo da saúde mental com crianças e adolescentes, enfatizam que:

uma das diretrizes para atenção em SMCA como estratégia de enfrentamento da lacuna assistencial e da falta de continuidade no cuidado, que marcaram a história brasileira até a vigência da política atual, é o trabalho em rede, que requer, entre suas competências e atribuições, o trabalho colaborativo entre a SMCA e demais setores e equipamentos do território. A rede pública ampliada de atenção em SMCA pressupõe a articulação de serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção como condição mínima para organização da cobertura (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017; p. 1934).

Sobre o trabalho colaborativo, os autores defendem que ele permite que articulações mais efetivas, e também criativas, entre as instituições, setores e atores com diferentes mandatos (e aqui, incluem-se os usuários), sejam desenvolvidas. E advertem ainda que essas possibilidades de desenvolvimento de cuidado colaborativo na busca de maior efetividade do cuidado em saúde se caracterizam como uma intervenção complexa e multifacetada (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Na portaria dos CAPS se estabelece que esses serviços sejam também gestores da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no território em que encontram-se inseridos, como já foi destacado em outro momento deste texto. Lima e Yasui (2014) afirmam que esses serviços, como gestores da organização da rede, devem levar em conta algo que consideram vital para operar o cuidado: a parceria entre serviços de saúde e serviços com a comunidade. O argumento destes autores é de que nenhum serviço pode dar conta e resolver sozinho todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território.

Em um estudo realizado na cidade de Campinas sobre a saúde mental na atenção básica, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) encontraram que a lógica da corresponsabilização estava surgindo como possibilidade, e até mesmo sobrepondo-se à lógica do encaminhamento. Caso isto se efetivasse, permitiria que o sofrimento psíquico não fosse exclusivamente de responsabilidade da Saúde Mental, o que gera muitos encaminhamentos burocráticos. Para as autoras, em decorrência do Apoio Matricial na atenção básica, torna-se possível que haja um deslocamento progressivo da centralização dos serviços, para que o trabalho abarque e se dê a partir das necessidades dos sujeitos, do território e da rede de relações que nele acontecem.

Teixeira, Couto e Delgado (2017), ao discorrerem sobre o trabalho entre os serviços e defenderem que encontra-se na ideia de colaboração e compartilhamento entre estes uma possibilidade de avanço real, chamam a atenção que é preciso que se legitime os diferentes saberes, sejam eles especializados ou leigos, e se instaurem processos de trabalho inovadores que superem as formas tradicionais (e muitas vezes arcaicas) de articulação, em cujas lógicas apesar de existir um diálogo entre os serviços, este não resulta em mudanças de fato expressivas.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistematizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das seguintes combinações de palavras-chave: CAPSi or CAPSI; Serviços Saúde Mental and infância or adolescência; Demanda and CAPSi; Demanda and Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil or Centro de Atenção Infantojuvenil; Demanda and Centro de Atenção Psicossocial Infantil; CAPSi and necessidade em saúde or demandas; CAPSi and necessidade em saúde; Cuidado em saúde and criança or adolescente.

No intuito de sistematizar a pesquisa, foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão em relação aos artigos encontrados e aqueles que seriam utilizados na discussão bibliográfica, sendo os critérios de inclusão: a) artigos voltados à infância e/ou adolescência; b) pesquisas que envolvessem pelo menos um serviço do campo da saúde; c) artigos que abordassem direta ou indiretamente da questão a demanda e/ou necessidade em saúde; d) materiais que estivessem em formato de artigos científicos, teses ou dissertações, publicados em português; e) trabalhos disponíveis online e gratuitamente. Ficaram estabelecidos como critérios de exclusão: a) pesquisas que não possuíssem entre seus sujeitos usuários dos serviços de saúde; b) pesquisas que não abordassem questões relacionadas à infância e

adolescência; c) pesquisas que não envolvessem serviços de saúde; d) pesquisas que possuíam como sujeitos apenas profissionais.

A *tabela 1* apresenta os termos e as combinações destes, como acima mencionado, bem como o número de trabalhos capturados e selecionados por cada descritor, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente. Conforme descreveremos adiante, nesta etapa, os trabalhos foram considerados e apresentados como *selecionados* após a leitura dos títulos, resumos e exclusão de repetições.

Tabela 1. Artigos científicos selecionados nas bases de dados BVS segundo combinações de termos de busca.

| <b>Combinação dos Termos</b>   | <b>Capturados</b> | <b>Selecionados</b> |
|--|-------------------|---------------------|
| (CAPSi) or (CAPSI)   | 77                | 11                  |
| (cuidado em saúde) and (criança) or (adolescente)  | 951               | 5                   |
| (demanda) and (CAPSi)  | 6                 | 3                   |
| (demanda) and (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) or (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) | 432               | 0                   |
| (CAPSi) and (necessidade em saúde)   | 8                 | 0                   |
| (CAPSi) and (necessidade em saúde) or (demandas)   | 26                | 0                   |
| (serviços saúde mental) and (infância) or (adolescência)   | 302               | 5                   |
| <b>Total</b>   | <b>1802</b>       | <b>24</b>           |

Fonte: Elaboração Própria

Após a seleção por leitura dos resumos foram selecionados 24 artigos. Ao realizar a leitura dos textos completos foram excluídos aqueles que não consideravam como sujeitos de suas pesquisas usuários dos serviços, restando assim, ao final, 10 artigos a serem trabalhados na revisão. O fluxograma apresentado na *figura 1* elucida o caminho percorrido até a seleção final dos artigos.

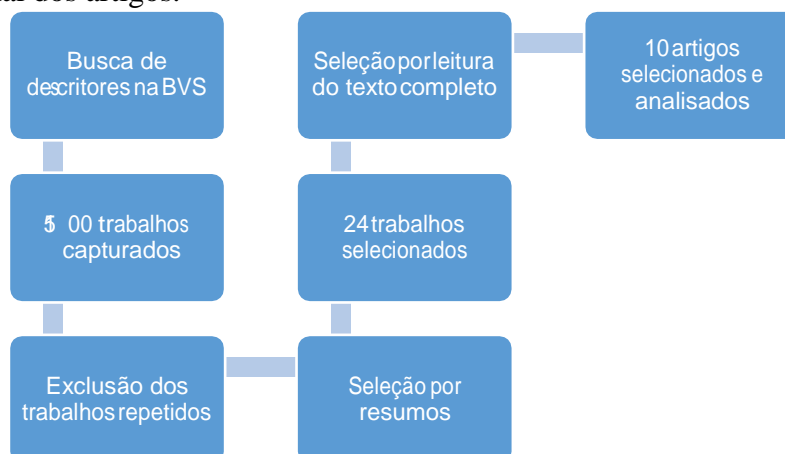




Figura 1. Fluxograma do processo de seleção das referências bibliográficas

A *tabela 2* apresenta um panorama geral dos artigos. São apresentadas características como a área de formação e/ou atuação dos profissionais que realizaram a pesquisa, o ano e o periódico em que foi publicado o artigo e a cidade onde a pesquisa foi realizada.

Tabela 2. Descrição dos artigos científicos selecionados

| Artigo  | Área           | Ano de Publicação | Periódico                   | Município em que a pesquisa foi realizada             |
|---|----------------|-------------------|-----------------------------|---|
| ERICA: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Adolescentes Brasileiros  | Saúde Coletiva | 2016              | Rev. Saúde Pública          | Municípios com mais de 100 mil habitantes             |
| Nas Teias da “Rede de Proteção”: Internação Compulsória de Crianças e Adolescentes e a Judicialização da Vida                                     | Psicologia     | 2016              | Fractal: Rev. de Psicologia | Dois grandes municípios do Rio Grande do Sul          |
| Produção de Sentidos Entre Adolescentes Sobre o Cuidado de Sina Gravidez  | Enfermagem     | 2016              | Interface                   | Cuiabá-MT   |
| Repercussões do Processo de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes na Cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011) | Psicologia     | 2015              | Estudos de Psicologia       | Campinas-SP   |
| Crianças/Adolescentes com Necessidades Especiais de Saúde em um Centro de Atenção Psicossocial  | Enfermagem     | 2013              | Rev. Enf. UFSM              | Município localizado no interior do Rio Grande do Sul |
| Oficina Terapêutica de Contos Infantis no CAPSi: Relatório de Uma Experiência   | Psicologia     | 2013              | Barbarói                    | Cidade da região central do Rio Grande do Sul         |

|   |            |      |                                    |   |
|---|------------|------|------------------------------------|---|
| Saúde Mental e Infância:<br>Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um CAPSi | Psicologia | 2013 | Psicologia:<br>Ciência e Profissão | Município do interior do estado do Paraná |
| Sofrimento Psíquico em Crianças e Adolescentes – A Busca Pelo Tratamento  | Enfermagem | 2012 | Esc. Anna Nery                     | Fortaleza-CE                              |
| Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel-PR       | Psicologia | 2009 | Psicologia e Sociedade             | Cascavel-PR                               |
| Um Bebê no CAPSi: Uma Clínica Possível                                    | Psicologia | 2009 | Estudos e Pesquisas em Psicologia  | Rio de Janeiro; UER                       |

*Fonte:* Elaboração Própria

Ao observarmos a tabela 2, podemos perceber que os artigos são recentes, o que pode estar relacionado com o próprio tempo de constituição dos CAPSi e de consideração das questões infanto-juvenis nas políticas públicas de saúde mental, conforme comentamos em sessões anteriores deste projeto. Nota-se ainda que a grande maioria dos autores são psicólogos e/ou enfermeiros, sendo os artigos publicados predominantemente nas revistas de psicologia, enfermagem e saúde coletiva.

Podemos perceber também, que há uma concentração maior das publicações nas regiões sul e sudeste, com destaque para a região sul. Isto corrobora, como já apresentamos em momento anterior, com a própria concentração dos serviços de saúde mental nestas regiões.

Logo na primeira etapa da revisão bibliográfica, de levantamento e leitura dos resumos, um dado importante a ser considerado diz respeito à produção dos dados das pesquisas que foram encontradas. A grande maioria delas obtiveram seus dados através de entrevistas com os profissionais, sem considerar os usuários dos serviços como sujeitos. Apenas uma pequena parcela, estas que serão usadas neste estudo, tiveram como sujeitos de suas pesquisas os usuários dos serviços de saúde.

Observamos ainda que a maioria das pesquisas se baseiam no método qualitativo. Dentre as dez, três delas abordam questões que envolvem crianças e adolescentes, três falam mais especificamente sobre infância e duas sobre adolescência, além de duas que tiveram foco maior no funcionamento do CAPSi.

O conteúdo dos artigos com os quais trabalhei, e as discussões proporcionadas por eles, foram divididas em três categorias, que serão apresentadas a seguir.

### 3.1 O Campo da Saúde Mental Infantojuvenil

Em relação à saúde mental infantojuvenil, Costa et al. (2013) consideram necessário destacar que há uma longa discussão acerca de uma “dívida histórica” existente no campo social para com as crianças e adolescentes, e incluem nesta dívida, como devedor, o campo da saúde mental. Teixeira et al. (2015), ressaltam que até o final do século XX, o cenário brasileiro voltado à saúde mental de crianças e adolescentes era caracterizado pela desassistência. Corroborando, Beltrame e Boarini (2013) apresentam dados da OMS de 2001, que elucidam que, até então, mais de 90% dos países não incluíam crianças e adolescentes em suas políticas públicas de saúde mental, pois, como ressaltam Costa et al. (2013), a concepção histórica e cultural que abarcava a infância rejeitava a ideia de doença mental para esse público. Assim, como já discutimos acima, esses autores demonstram que há uma omissão histórica da saúde pública em relação às políticas para esse público, omissão esta que não se restringe ao Brasil.

A Reforma Psiquiátrica foi um dos marcos que permitiu mudanças neste cenário. Contudo, Monteiro et al. (2012) irão ressaltar que mesmo com o advento da Reforma Psiquiátrica ainda existem dificuldades, relacionadas principalmente à falta de informação e burocracias ao se lidar com a pessoa em sofrimento psíquico. Neste sentido, Scandolara et al. (2009) dizem ficar claro que essas dificuldades precisam ser superadas, salientando que questões que envolvem informações e burocracias competem aos profissionais e gestores.

Segundo Scandolara et al. (2009), haveriam também outras dificuldades, as quais seriam pertinentes ao resgate da cidadania, entendendo que esta não se resume à participação dos usuários dos serviços de saúde em números, pois não se trata de um fenômeno quantitativo. O resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico é um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica, que não se restringe apenas à construção de uma nova rede de serviços.

Com o reconhecimento da urgência de políticas públicas de saúde mental voltadas à infância e adolescência, toma-se o CAPSi como referência para acolhimento das necessidades deste público. Entretanto, Teixeira et al. (2015) irão destacar que é necessária a estruturação de uma rede de atenção, que proporcione o acesso com qualidade.

Abordando questões semelhantes, Teixeira et al. (2015) apresentam um estudo que demonstrou existir maior facilidade para se obter cuidados em saúde, ou seja, um melhor acesso, nas redes com articulação intrasetorial, principalmente naquelas que têm como eixo estruturante a Estratégia da Saúde da Família. Em outro estudo, Arrué et al. (2013), concluíram que é necessário o estabelecimento de ações intersetoriais e multiprofissionais, principalmente diante de demandas clínicas e sociais infantojuvenis, em que as consequências da desassistência podem acarretar ou agravar de problemas sociais e educacionais.

Além de ações intersetoriais, Brandão Junior (2009) destaca que as respostas às demandas feitas aos CAPSi são regidas pelos princípios e diretrizes do SUS, que darão o eixo estruturante ao tratamento dos pacientes. O tratamento oferecido por esse serviço tem por objetivo *desmedicalizar* os pacientes e subjetivar o atendimento. Um destes princípios, o de acolhimento universal, prevê que todas as demandas sejam acolhidas, ou seja: recebidas, ouvidas e respondidas. A esse respeito, vale lembrar que Beltrame e Boarini (2013) ressaltam que uma das orientações ao CAPSi é a de que toda demanda deve ser acolhida, mas isso não implicará, necessariamente, que ela seja atendida, pois pode haver a desconstrução da demanda por atendimento, com ou sem encaminhamento para outro serviço.

Para Teixeira et al. (2015), os serviços “destinados ao cuidado dos casos de maior gravidade e complexidade devem, além da função de tratamento, responsabilizar-se pela orientação das diferentes demandas e da rede de saúde mental para crianças e adolescentes de seu território” (p. 696). Sendo assim, o CAPSi tem por responsabilidade a gestão das

demandas direcionadas a ele, sejam elas para tratamento no próprio serviço, que prevê estratégias intersetoriais, ou encaminhamento para outros.

### 3.2 Demandas Clínicas e Sociais Infantojuvenis

Costa et al. (2013), utilizaram a terminologia clínica do sujeito social em alusão ao dinamismo da clínica em saúde mental, que, para as autoras, está sempre se construindo e reconstruindo, com estratégias dinâmicas pautadas no trabalho terapêutico, estratégias que podem privilegiar o cotidiano das crianças no CAPSi. Neste sentido, Brandão Júnior (2009) ressalta que a lógica de trabalho no campo da saúde mental vai na contramão de um trabalho rígido, de uma clínica que seja pré-determinada para os pacientes. Deste modo, é necessário entender que cada pessoa que busca o CAPSi é um sujeito único, que vivencia os processos sociais e de saúde-doença de forma singular, e, sendo assim, o manejo do caso será definido de acordo com a escuta de cada sujeito que está demandando tratamento.

A escuta destas demandas deve levar em consideração que estamos inseridos em determinada cultura e sociedade que possuem discursos, normas e saberes determinado contexto. Ao abordarem esta temática, Reis e Guareschi (2016) recorrem ao pensamento de Foucault para explicar que existe um poder de normatização que fala em nome do Estado e apoia-se em instituições, como por exemplo aquelas ligadas à saúde, para criar determinadas normas e verdades que são empregadas visando a ordem e a estabilidade, justificadas como sendo um investimento na vida. As autoras irão destacar que os próprios usuários dos serviços de saúde podem se tornar sujeitos da cadeia discursiva imposta pelo Estado, assim como suas famílias e demais membros da sociedade. Frente à esta realidade, precisa-se estar atento, ouvindo de forma crítica os discursos de poder enraizados naquilo que está sendo demandado pelos sujeitos.

Outro elemento importante para pensarmos na necessidade de uma escuta atenta e crítica às demandas é destacado por Arrué et al. (2013), ao falarem sobre a medicalização, no sentido do uso acrítico dos medicamentos. Para os autores, há uma naturalização do uso dos medicamentos, promovida pela psiquiatria contemporânea, em virtude da qual todos os fenômenos humanos tendem a ser vistos como reguláveis através do uso de psicofármacos. Segundo eles “a medicalização em larga escala da clientela infantil, nos tempos atuais, pode ser lida também como apelo ao silêncio dos conflitos, negando-os como inerentes à subjetividade e ao encontro humano” (p. 234).

Recorro aqui a um recorte do caso apresentado por Brandão Junior (2009) em sua pesquisa, para exemplificar a discussão acerca dos encaminhamentos, diagnósticos e medicação:

*“Chamaremos nosso paciente de Daniel (nome fictício), que chegou ao CAPSi quando tinha um ano e um mês de idade. Ele é encaminhado por um neurologista da rede, com o pedido de avaliação psiquiátrica (para confirmar a hipótese diagnóstica de autismo), e receber medicação adequada” (p. 350)*

Quanto a esta discussão, Brandão Junior (2009) irá destacar que quando o CAPSi recebe este tipo de demanda é necessário acolher o pedido e o encaminhamento com o intuito de problematizar, inclusive junto ao profissional ou serviço que encaminhou, e não de simplesmente executar o que é solicitado.

Ao falar sobre a medicalização, Beltrame e Boarini (2013) vão na mesma direção do que vem sendo exposto, ao afirmarem que:

a medicação tornou-se, literalmente, o remédio para os problemas de toda ordem, seja de ordem médica ou não, e dela nos utilizamos para

compreender e solucionar os conflitos produzidos socialmente, tentando, mediante intervenções voltadas para a criança em particular, resoluções para os problemas da educação, da saúde, da família e da relação entre adultos e crianças em geral (BELTRAME E BOARINI, 201; p. 343).

O discurso medicalizante tem tomado cada vez mais espaço, sendo demandado ao CAPSi, inclusive, por parte da escola e do poder judiciário. A esse respeito, Reis e Guareschi (2016), ao abordarem o tema das redes de proteção e internação compulsória, demonstram que em casos acompanhados pelo poder judiciário, rotineiramente ocorre uma articulação entre este, Assistência Social, Educação e Saúde, formando o que as autoras consideram como uma “rede de proteção” à criança e ao adolescente. As autoras criticam, no entanto, as soluções comumente encontradas por essa “rede de proteção” são aquelas relacionadas ao uso de psicofármacos ou internação compulsória, utilizada principalmente em casos que envolvem uso de drogas. Essas soluções, no entanto, não dão conta da complexidade de tais casos, tornando recorrentes as internações e levando ao afastamento dos sujeitos, reduzindo ainda mais as possibilidades de cuidado, como exemplificado abaixo:

*“Desde a primeira notificação da escola seis anos se passaram. Francisco, agora com 16 anos, já não aceita mais a abordagem dos técnicos, quando estes se aproximam são recebidos a pedradas pelo menino. Frente a isso, o serviço aciona a polícia para que conduza o jovem para uma nova internação. O jovem reage violentamente a intervenção policial, o que acaba por relegitimizar sua sexta internação” - Francisco é um personagem criado a partir da composição de trechos retirados de documentos que compõem processos judiciais de internação compulsória de adolescentes por uso de drogas” (REIS; GUARESCHI, 2016; p. 100).*

Segundo as autoras acima mencionadas, há uma falência das instituições que criamos e uma fragilidade dos discursos humanitários e preventivos, para elas, “talvez esteja na hora de apostarmos em práticas de liberdade – não no sentido romântico ou utópico do termo, mas sim na construção de práticas que promovam aberturas e linhas de fuga para outros modos de ser e viver a contemporaneidade” (REIS; GUARESCHI, 2016; p. 101).

Em estudo realizado por Beltrame e Boarini (2013), as autoras irão refletir mais especificamente sobre os trabalhos que envolvem a escola e o CAPSi, a partir dos quais também questionarão o “fazer coletivo” dos serviços ligados à infância e adolescência. Uma das dificuldades que as autoras atribuem à consolidação de práticas coletivas nos serviços públicos está relacionado ao paradoxo de que essas políticas que se sustentam em um ideal de fazer coletivo estão inseridas em uma sociedade que é voltada aos interesses individuais. Para elas, a prática dos atendimentos clínicos individuais pode gerar um trabalho fragmentado e uma demanda inadequada para um serviço como o CAPSi, descaracterizando a função para qual este se destinaria, devendo desempenhar práticas que, por exemplo, visem o fortalecimento das relações e vínculos.

Sobre o trabalho em grupos no âmbito do CAPSi, Costa et al. (2013), apresentam reflexões sobre uma oficina terapêutica de contos, realizada por elas em um CAPSi no estado do Rio Grande do Sul. Dentre os relatos dos casos apresentados pelas autoras, destacarei um trecho para exemplificar uma das reflexões possíveis:

*“Em um encontro, foi contada a história da “Cachinhos Dourados” e a atividade proposta foi a de que construíssem a cama, a cadeira e a tigela de um dos personagens. A menina construiu os objetos propostos e um menino do grupo fez um carro. A menina sugeriu que o carro fosse para transportar os três ursos da história. A partir disso, as duas crianças iniciaram uma brincadeira em que ele ia visita-la com seu carro na casa construída por ela. O menino começou a “atirar bombas” para destruir a casa: ele dizia à menina que ela deveria proteger sua casa. Após esta brincadeira de “destruir”, a partir da intervenção*

*de uma das terapeutas, as duas crianças organizaram novamente a casa que fora destruída”* (pp. 244-45).

Para esta reflexão, Costa et al. (2013), recorrem à Lacan, buscando nos ajudar a pensar sobre a importância do grupo como sendo um motor para laços sociais possíveis, pois está relacionado ao fato de que o fazer coletivo pode proporcionar encontros que permitam acolher o imprevisível como elemento produtivo do estar junto. Contudo, ressaltam que, diversas vezes, as atividades em grupo são realizadas com objetivo de evitar ou desafogar a lista de espera por atendimento.

A leitura dos textos nos permite pensar que, talvez, isso aconteça com mais intensidade devido ao número reduzido de serviços voltados à infância e juventude e ao grande número de encaminhamentos recebidos pelos serviços existentes. É possível encontrar na literatura diversos estudos que apontam que os CAPSi das cidades estudadas eram o único serviço a atender a clientela infantojuvenil, abarcando todos os tipos de demandas (ARRUÉ et al., 2013; BELTRAME; BOARINI, 2013; SCANDOLARA et al., 2009).

Já o estudo de Teixeira et al. (2015), foi realizado em meio à reformulação da rede de saúde mental infantojuvenil do município de Campinas, cidade de grande porte do interior de São Paulo que, segundo os autores, até pouco tempo atrás não se diferenciava do panorama nacional em relação à existência de uma lacuna entre as demandas e a oferta de serviços no campo das necessidades em saúde mental infantojuvenis. Apesar da referência ao panorama nacional, Scandolara et al. (2009) destaca a importância de levarmos em consideração a heterogeneidade dos municípios, inclusive para pensarmos estratégias que possibilitem o enfrentamento das dificuldades na implementação da Rede de Atenção Psicossocial.

Quanto ao número de encaminhamentos, Teixeira et al. (2015) apresentam em seu estudo que o principal encaminhador para o serviço de saúde mental infantojuvenil antes da reformulação da rede do município de Campinas foi o Conselho Tutelar, abarcando por volta de 30% dos encaminhamentos. Após a reformulação da rede, que visou a ampliação do acesso aos serviços, passando a contar, dentre outras coisas, com dois CAPSi, o maior encaminhador passou a ser a atenção básica, realizando 47% dos encaminhamentos.

No CAPSi estudado por Scandolara et al. (2009), localizado na cidade de Cascavel/PR, a maior parte dos encaminhamentos também derivava da atenção básica. No entanto, os profissionais consideravam grande o número de encaminhamentos recebidos, que muitas vezes não correspondiam a um perfil a ser atendido pelo CAPSi, mas diziam não ter, muitas vezes, para onde encaminhar, o que gerava uma lista de espera. Outro motivo que os profissionais deste CAPSi atribuíram à lista de espera foi uma deficiência de recursos humanos. Podemos destacar o trecho de uma entrevista apresentada no trabalho de Monteiro et al. (2012), acerca existência da lista de espera e a dificuldade do acesso:

*“Eu já tinha tentado, fiquei numa fila de espera e não conseguimos, começamos em particular, mas estava ficando muito pesado, aí, quando foi um dia que eu precisava ir na regional, resolver um problema, me indicaram aqui. Depois que eu vim pra cá...”* - Entrevista 25 (p. 526).

Retomando o trabalho de Teixeira et al. (2015), estes destacaram ainda uma baixa presença da rede de educação na origem dos encaminhamentos na cidade de Campinas. Em contraste, Beltrame e Boarini (2013) destacaram em um levantamento por elas realizado, que a demanda que envolvia problemas escolares representou por volta de 60% dos acolhimentos realizados no CAPSi estudado, que se localiza no interior do estado do Paraná. Segundo as autoras, a demanda recebida por este serviço não caracteriza o público ao qual se justificaria a implementação de um CAPSi.

Sobre a clientela que deve destinar-se ao CAPSi, Brandão Junior (2009) enfatiza que ele é um serviço de atenção diária, “destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico. Nessa categoria estão incluídos os sujeitos psicóticos, autistas, neuróticos graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (p. 347). Entretanto, nos trabalhos apresentados por Arrué et al. (2013), Beltrame e Boarini (2013) e Lopes et al. (2016) a maioria dos casos estudados não envolvia sujeitos psicóticos.

No trabalho apresentado por Arrué et al. (2013), que descreveu a população atendida por um CAPSi do interior do Rio Grande do Sul, demonstrou que, no período estudado, cerca de um ano, não foi atendido nenhum caso de autismo. Os principais sintomas e queixas apresentados pelos sujeitos que foram atendidos neste CAPSi, segundo os autores, foram “agressividade física e/ou verbal (74%), agitação (44%) e dificuldade de concentração e/ou aprendizagem (41%)” (p. 232).

Diante deste contexto, Beltrame e Boarini (2013), enfatizam a necessidade de questionamentos acerca dos serviços que envolvem o atendimento à crianças e adolescentes, como o CAPSi. Para as autoras é necessário um questionamento não só por parte dos profissionais, mas também dos usuários, que segundo elas, frequentemente buscam o serviço com a demanda por consulta médica, exames ou receita de alguma medicação, práticas que revelariam uma naturalização destas ações e que contribuem para que o modelo de atenção no campo da saúde mental infantojuvenil siga na via da medicalização da infância e a responsabilização da criança pelos problemas sociais, educacionais e familiares.

### 3.3 A Família no Contexto da Saúde Mental Infantojuvenil

Ao abordarem o tema da família, Monteiro et al. (2012), ressaltam que esta possui grande importância e influência para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Para as autoras:

ela é o foco central da construção, da transformação, da mudança e do dinamismo, constituindo uma importante instituição formadora e capacitadora dessas crianças e adolescentes. O contexto em que essa família se insere influencia nas relações, nas mudanças no seu ciclo de vida, sendo importante considerar o impacto provocado por condições socioeconômicas e culturais (p. 524).

Nesta mesma via, Araujo e Mandú (2016), em um estudo com adolescentes grávidas a respeito da produção de sentidos sobre o cuidado, destacam que a família foi mencionada pelas adolescentes participantes da pesquisa como a maior referência, maior inclusive do que os serviços de saúde que as acompanhava, como podemos observar nas seguintes falas:

*“O postinho não teve muito pra me ensinar, pra me explicar. Não, porque minha mãe sempre me aconselhou; sempre me explicou. Então, não teve muito do pessoal do postinho...” - Julia, 16 anos, primeira gestação (p. 367).*

*“Converso com a mãe. Pelo fato de ela ser mais experiente. Ela também já passou por isso. Então ela sabe. Qualquer coisa que a gente sente – uma dor –, eu falo pra ela: “Ó mãe...” E ela: “É normal”. “Ah mãe, to sentindo dor disso...” E ela: “É normal”. Ai toda vez que eu tenho dúvida, essas coisas, eu pergunto pra ela, eu converso com ela [...]” - Carla, 17 anos, segunda gestação, segundo filho (p. 368)*

*“Meu tio me ajuda também, em casa, meu tio também é experiente. Pergunto pra ele, pra minha mãe, minha vó”. - Ingrid, 16 anos, segunda gestação, primeiro filho (p. 368)*

Já Scandolara et al. (2009), ao discutirem a relação da família e o sujeito em sofrimento psíquico, destacam a importância de considerar as relações familiares, avaliando

as possibilidades de uma aproximação entre os membros da família, já que, por muito tempo, durante o modelo assistencial asilar, hospitalocentrico, a família apenas aguardava a “devolução” de seu familiar, recuperado e curado.

Seguindo raciocínio semelhante, Monteiro et al. (2012) destacam que foi com o advento da Reforma Psiquiátrica que a família passou a ser incluída no processo terapêutico, já que o modelo que até então prevalecia, o hospitalocentrico, desconsiderava os sujeitos e os laços sociais e familiares.

Pensando nestes laços, Brandão Junior (2009) nos lembra que no trabalho com crianças (e o mesmo vale para os adolescentes) recebemos primeiramente um outro que fala em nome delas, com uma demanda que pode ser, inclusive, divergente daquela trazida pela própria criança, sendo este outro, na maioria das vezes, um familiar que possui fortes laços com a criança, ocupando um lugar de identificação para ela.

Além de mencionarmos a necessidade de cautela por parte do profissional que receberá as demandas relacionadas à infância e adolescência nos serviços de saúde, se mantendo atento ao discurso do familiar, mas também da criança ou adolescente que atenderá. Devemos mencionar também, como nos adverte Scandolara et al. (2009), que os profissionais e familiares, em uma luta por melhorias na rede de atenção psicossocial, devem rever os conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico.

Falando mais especificamente das famílias, estas acabam se deparando com muitas dificuldades em lidar com uma criança ou adolescente em sofrimento psíquico, como destacam Monteiro et al. (2012):

a família não é concebida nem preparada para cuidar de um indivíduo em sofrimento psíquico. Este se mostra, muitas vezes, como um fardo para quem tem o papel de cuidador, levando-o a buscar ajuda em serviços de saúde. Essa procura pelo serviço de saúde especializado se dá por meio do encaminhamento de outros hospitais ou indicação de terceiros, sendo para essas crianças e adolescentes o início de uma reinserção social, a partir de um cuidado integral, universal e principalmente efetivo (p. 524).

Monteiro et al. (2012), irão destacar algumas falas para exemplificar as dificuldades e sobrecarga vividas pelos familiares:

*“Procurei o CAPSi pra dar um jeito de internar ou qualquer coisa, porque a gente não está mais suportando”*. - Entrevista 08

*“Aí eu pedi ajuda né? E encontrei porque não dava não...”* Entrevista 10 (p. 527).

Posto isso, reforça-se que para o início de uma reinserção social há necessidade de acolhimento das famílias em suas dificuldades. Pois, como nos lembram Scandolara et al. (2009), um dos objetivos do CAPSi é dar suporte às famílias, reservando também aos familiares espaços de apoio e troca como grupos e assembleias.

Neste mesmo sentido, Arrué et al. (2013) destacam que as crianças que precisam de cuidados especiais “necessitam de um conjunto de serviços que vão além daqueles médicos e de enfermagem, estendendo-se a atendimentos na área de reabilitação, apoio educacional, social e familiar” (p. 229). Para Monteiro et al. (2012) um dos grandes articuladores entre a rede de saúde mental e a população é o Programa Saúde da Família (PSF), mas, para as autoras, muitas vezes há uma falta de sensibilização por parte dos profissionais, dificultando o processo de articulação e efetivação de ações de saúde, que levam à um desconhecimento da rede de saúde mental por parte dos familiares, como pode ser exemplificado através da fala de alguns sujeitos:

*“Levei ela para o Gonzaguinha, aí a assistente social conversou comigo e disse que ela tinha que ser acompanhada no CAPS”* - Entrevista 12.



*“Eu fui, procurei um médico no Frotinha, e lá me indicaram aqui” - Entrevista 38.*

*“Minha mãe levou no médico pra saber se tinha alguma relação com as convulsões, aí encaminharam pra cá pro CAPSi” - Entrevista 41 (MONTEIRO et al. 2012; p. 526).*

Quanto a este desconhecimento, Beltrame e Boarini (2013) dizem chamar a atenção o fato de existir o que elas denominam de “desconhecimento popular”, em relação ao CAPSi, ao lembrarem que a reforma psiquiátrica foi impulsionada, no Brasil e também em outros lugares, por movimentos sociais, inclusive de familiares.

Em sua pesquisa, Arrué et al. (2013) fizeram uma caracterização do contexto familiar das crianças que são atendidas no CAPSi por eles estudado, que se localiza no interior do Rio Grande do Sul. Ao descrever o que foi chamado pelos autores de “dimensão familiar”, destacaram que, em relação ao núcleo familiar, 47,5% das crianças viviam com a mãe e outro membro, 32,4% com pai e mãe e 2,1% com pai e outro membro, contudo, não obtiveram essa informação acerca de 18% dos casos. Em relação à irmãos, 77,7% das crianças atendidas possuem irmãos, 12,2% são filhos únicos - não obtiveram este dado sobre 10% dos casos. No que diz respeito à renda, 28,8% das famílias possuem acima de um salário mínimo, 25,9 possuem abaixo de um salário mínimo, 21,6% possuem um salário mínimo e este dado não constava em 23,7% dos casos.

Neste sentido, Araujo e Mandú (2016) observam que a importância da família é expressiva, representando, inclusive, uma rede de proteção importante para a segurança dos seus membros. Scandolara et al. (2009), apostam, inclusive, que a família “constitui-se provavelmente num dos mais importantes contextos no qual as ações de saúde materializam-se, buscando equacionar o processo saúde/doença” (p. 339).

Entretanto, Arrué et al. (2013) destacam em seu estudo uma ausência de informações mais detalhadas nos prontuários e também uma escassez de detalhes quanto ao posicionamento das famílias em relação ao acompanhamento das crianças e/ou adolescentes no serviço de saúde mental. A partir disto, podemos pensar que, se por um lado a literatura reconhece a importância de ações que envolvam a família em toda a rede de saúde mental, desde sua articulação com a atenção básica, por outro, este tipo de ação não é mencionado nos prontuários. Fica então o questionamento: estas ações não são registradas por que não ocorrem? Ou, se ocorrem, porque não são registradas?

Frente à revisão bibliográfica ora apresentada, destaco que três dos artigos trabalhados não abordavam questões relacionadas à família. Deve-se ressaltar, ainda, que a maior parte dos artigos trabalhados obtiveram seus dados a partir de fontes secundárias, como consulta aos prontuários, sendo poucos os trabalhos que buscaram um acesso direto aos usuários.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o que responsáveis por crianças e adolescentes demandam do CAPSi e os processos que envolvem a procura pelo serviço

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as queixas, problemas, ou outras questões ou encaminhamentos que envolveram a busca pelo CAPSi
- Investigar os caminhos percorridos pelos responsáveis na busca por tratamento às crianças e adolescentes de que cuidam até a chegada ao CAPSi

- Conhecer os elementos que favorecem e/ou dificultam os vínculos dos responsáveis com o CAPSi

## 5 MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada tendo como base o método qualitativo, fundamentada no paradigma construtivista. Minayo (2010) define o método qualitativo como sendo aquele que “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus afetos e a si mesmos, sentem e pensam” (p. 57). Este método abarca indagações que se aplicam a todo o dinamismo da vida, individual e coletiva. Para tanto, como esclarece Minayo (2006), a pesquisa qualitativa requer algumas atitudes fundamentais como flexibilidade e a capacidade de interação com os atores sociais envolvidos.

Com relação ao paradigma construtivista, apresento a definição de Becker (1994), para quem ele consiste na ideia de que “nada está pronto, acabado, e de que o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado. Ele se constitui pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais”. Partindo deste pressuposto, estamos em constante construção de conhecimento.

Falando ainda sobre o construtivismo, Siqueira e Erdamman (2007), consideram que é possível identificar questões problemas e, por intermédio delas, conhecer a realidade, através de um processo em que os sujeitos participantes são o centro do percurso na busca e construção deste conhecimento, favorecendo um construir coletivo de estratégias resolutivas e sentidos.

Posto isso, entendemos que, nesta pesquisa, não possuímos *dados* passíveis de serem *coletados*, pois não tivemos *dados* prontos, prestes a serem extraídos, e sim *produções* que foram possíveis através das relações estabelecidas. Relações estas, determinadas por métodos e estratégias específicas, que serão apresentadas adiante.

Ressalta-se, ainda, que na abordagem qualitativa está-se mais interessado, como destaca Onocko-Campos (2011), no *como* e nos *porquês*. Turato (2010), vai além ao dizer que, no método por ele denominado como clínico-qualitativo, deve-se utilizar mais comumente, principalmente nas entrevistas, o *como* e menos o *porquê*. Isso se justificaria pelo interesse do pesquisador em que os sujeitos pensem no processo, em detrimento à um raciocínio mais linear, que poderia ser acarretado diante de uma indagação iniciada com o *porquê*.

Para tanto, no processo de investigação nos baseamos neste modo de trabalhar o método qualitativo, denominado por Turato (2003) de método clínico-qualitativo, que possui como enfoque pesquisas qualitativas no campo da saúde. Turato (2003), explicita que:

[no método clínico-qualitativo] não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (p. 509).

Busquei tais significados ouvindo e observando os fenômenos trazidos pelos sujeitos que aceitaram participar desta pesquisa. E aqui, fenômeno é entendido como o que se situa à luz do dia, ou que pode ser trazido à luz (MARTINS; BICUDO, 1989 apud TURATO, 2000). No estudo em questão, o fenômeno foi a forma como os sujeitos construíram as

demandas voltadas ao tratamento no CAPSi, enquanto que os significados foram aquilo que puderam construir a partir das associações, lembranças, reflexões, *insights* e afetos despertados pelo relato deste fenômeno.

Na pesquisa clínico-qualitativa, o pesquisador é visto como o próprio instrumento de pesquisa e, como ressalta Turato (2005), usará diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo. Onocko-Campos (2011), nos lembra que “o sentido nunca é dado, ele tem de ser achado, descoberto, compartilhado em uma cadeia de significação que nos junta a outros humanos” (p. 1276).

Neste método de pesquisa, clínico-qualitativo, há, em suas particularidades, a necessidade de uma atitude clínica por parte do pesquisador, que valoriza e acolhe a existência de angústias e ansiedades das pessoas que participaram da pesquisa. Vale ressaltar também que se considera a atividade científica condicionada pelas emoções e pela razão da pessoa do pesquisador (TURATO, 2005). Ademais, como clarifica Minayo (2010), a relação entre o sujeito investigador e o sujeito investigado é fundamental, na medida em que a visão de mundo de ambos está implicada no processo do trabalho, influenciando desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.

O pesquisador é visto também como um *bricoleur*, diante da diversidade de materiais empíricos que podem ser utilizados. Segundo Turato (2003), o *bricoleur* produz um objeto novo a partir de pedaços e fragmentos de outros objetos, vai reunindo, sem um plano muito rígido, tudo aquilo que encontra e que serve para o objeto que está compondo.

Para compor este objeto, lançamos mão de entrevistas que, segundo Minayo (2010), são conversas com finalidade. Para a autora, as entrevistas são uma fonte de informação que permite o contato com as reflexões dos sujeitos sobre a realidade que vivenciam, suas crenças, sentimentos, atitudes, maneiras de pensar, sentir e atuar, sempre à sombra da realidade.

Adotamos como **estratégia para a produção do material empírico** a realização de **entrevistas em grupo, com dezenove responsáveis** por crianças e adolescentes em tratamento no CAPSi. A entrevista se baseou num roteiro de questões semiestruturadas, que se encontra em anexo.

A escolha de conversar com os responsáveis antes de falar com as crianças foi inspirada em um processo comumente realizado na clínica com crianças e adolescentes nos atendimentos iniciais, em que se ouve os responsáveis e, posteriormente a criança ou o adolescente. A decisão da entrevista em grupo com os responsáveis, como técnica facilitadora da produção do material empírico, passou pela ideia de que os sujeitos desta pesquisa possuíam características em comum, como o fato de terem buscado o CAPSi e possuírem uma criança ou adolescente, sob sua responsabilidade, sendo atendida neste serviço. Características estas que foram facilitadoras para o processo grupal. Este, por sua vez, além de propiciar a circulação da fala de seus participantes, pôde gerar informações que foram fruto das experiências de cada um deles, assim como da reflexão que se produziu através do compartilhamento de opiniões, vivências e sentidos.

Assim, **os sujeitos desta pesquisa** foram usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Adriano de Oliveira Passos, que aceitaram participar voluntariamente. **Consideramos como usuários os responsáveis** que acompanham crianças e adolescentes em atendimento neste serviço. Trabalhamos com a ideia de amostra universal, sendo assim, puderam participar da entrevista em grupo todos os responsáveis por alguma criança ou adolescente em atendimento no CAPSi, independentemente do tempo em que era acompanhada pelo serviço, que estiveram presentes no CAPSi no período da pesquisa e dispostos a participar.

Durante cinco meses ocorreram investimentos para que o campo se realizasse, mas em meio a demissão de praticamente todos os profissionais e as constantes mudanças de coordenação apenas em março, com a contratação de uma nova equipe, foi possível o novo contato e o (re)reconhecimento do campo, para que a produção do material empírico pudesse enfim ocorrer

Foi-se ao CAPSi, nos períodos da manhã e tarde, durante uma semana. Excluímos apenas a quarta-feira, pois estava muito esvaziada, e a sexta-feira à tarde, por ser o período que ocorre a supervisão clínico-institucional, não havendo atendimento ao público. Durante este período, foram convidados para participar da pesquisa todos os responsáveis que estavam na recepção do serviço, enquanto as crianças ou adolescentes pelos quais são responsáveis estavam em atendimento. Foram realizados, portanto, **seis** encontros de entrevista em grupo, sendo que cada um deles foi composto pelos responsáveis das crianças atendidas em cada período de cada dia da semana. Minha experiência nesse serviço me permitiu presumir que cada período do dia e da semana envolvia responsáveis diferentes. Considerando que os atendimentos duram, no geral, em torno de cinquenta minutos, as entrevistas ocorram neste período, pensando em abarcar uma maior diversidade de sujeitos e, também, na disponibilidade destes, contudo algumas acabaram extrapolando o tempo dos atendimentos.

Por fim, depois das idas ao CAPSi se estenderam até maio, na insistência de que as entrevistas com as crianças e adolescentes fossem possíveis, o que de fato nos fez recuar e repensar todo o campo e, conseqüentemente, reconhecer que seria hora de encerra-lo, mesmo sem a conclusão do que seria a segunda parte, foi o limite do tempo.

Com a permissão dos sujeitos, todas as entrevistas foram audiogravadas.

Após a transcrição do material produzido, foi feita uma análise temática que, conforme define Minayo (2006), incidiu em desvendar os núcleos de sentido que compuseram a fala dos entrevistados, cuja presença ou frequência constituíram algo relevante para o que estava sendo investigado. Esta análise foi realizada através da leitura exaustiva da transcrição de todos os grupos e a identificação das questões/aspectos mais importantes, seja em função da alta frequência de aparecimento, seja da relevância e ênfase que foi dada pelos sujeitos. Em seguida, estas questões/aspectos foram agrupadas em categorias temáticas relacionadas às diferentes dimensões que estruturam a forma como os sujeitos percebem e organizam suas vidas. Estas categorias temáticas foram compreendidas a partir de um referencial pautado por autores que nos oferecem suporte para discutir sobre a saúde mental infantojuvenil, as demandas e necessidades em saúde, bem como a Reforma Psiquiátrica.

A presente pesquisa realizou todos os procedimentos éticos exigidos pelos comitês científicos. Se comprometeu também, como Onocko-Campos (2011) destaca, a manter um posicionamento ético-político de nunca transformar as vozes humanas em meros objetos.

## 6 A PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Foram realizadas seis entrevistas em grupo: a primeira com quatro responsáveis, a segunda com dois, a terceira com cinco, a quarta com dois, a quinta com três e a sexta e última entrevista com outros três responsáveis, totalizando dezenove sujeitos. Os encontros aconteceram entre os dias vinte e trinta e um de março de 2017, no CAPSi, nos horários em que os responsáveis (sujeitos da pesquisa) estavam aguardando seus filhos/dependentes que se encontravam em atendimento.

Como mencionado na apresentação deste trabalho, no momento da realização do trabalho de campo da pesquisa o CAPSi vivia um processo de grandes mudanças, em que foram demitidos um total de treze profissionais e outros dois pediram demissão. Relatarei a seguir alguns ocorridos com o intuito de contextualização.

O episódio das demissões ao qual nos referimos neste trabalho se iniciou em julho de 2016 e se estendeu até fevereiro de 2017.

Em julho de 2016 foram demitidos os primeiros quatro profissionais do serviço, dentre eles o supervisor, que trabalhava no CAPSi há quase cinco anos. Em outubro, dias após as eleições municipais, foram demitidos outros dez funcionários, dentre eles estava a psicóloga que ocupava o cargo de coordenadora desde que o serviço foi inaugurado, tendo participado ativamente de sua criação e implementação. Além da coordenadora, outros cinco funcionários demitidos também trabalhavam no CAPSi desde o início de seu funcionamento. É importante dizer que foi requerido aos demitidos que já não retornassem mais na semana seguinte, sendo que as demissões ocorreram em uma sexta, dia em que, costumeiramente, toda a equipe se reúne para supervisão clínico-institucional.

Ressalto essa informação de que os demitidos foram instruídos a não retornar na semana seguinte para pensarmos sobre duas questões que parecem envolver a lógica do trabalho para aqueles que estão governando: a primeira diz respeito a valorização (ou ausência dela) do profissional, que não conta sequer com um aviso prévio para se organizar pessoal e financeiramente, e isto expressa a fragilidade do contrato de trabalho que é estabelecido. A segunda, refere-se ao conhecimento ou a importância dada sobre o tipo de trabalho que é realizado nestes serviços, dos vínculos que são feitos e as consequências do rompimento abrupto deles, visto que estamos falando de um serviço que atende crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, além dos familiares que se vinculam ao serviço e, muitas vezes, encontram nele uma fonte de amparo para as dificuldades enfrentadas, ou, nas palavras de Canguilhem (1966 [2015]), diante do “sentimento de vida contrariada”.

O processo de mudança no quadro de profissionais do serviço, que em fevereiro contava apenas com oito profissionais: quatro técnicos de referência, sendo que uma delas estava de licença maternidade, a secretária e três auxiliares de serviços gerais, sendo que uma delas também estava de licença maternidade, conseqüentemente acarretou uma mudança no modo de funcionamento. Fez com que CAPSi estivesse um pouco esvaziado de usuários e, mesmo permanecendo o dia todo no serviço durante o período estipulado para o trabalho de campo, em alguns períodos não me foi possível realizar nenhuma entrevista. Tal impossibilidade deveu-se também a alguns outros fatores: alguns pacientes estavam chegando ao serviço pela primeira vez – e os atendimentos iniciais acontecem com os responsáveis; os técnicos precisaram conversar com o responsável; alguns responsáveis deixaram a criança ou o adolescente no serviço e saíram - aproveitando o tempo do atendimento para resolver outras coisas; algumas pessoas que levaram crianças não eram seus responsáveis e ainda, alguns adolescentes foram sozinhos. Ressalto que ocorreram tentativas de realizar as entrevistas com esses sujeitos em outros dias, mas isto foi possível apenas com alguns, em função da repetição de fatores que já foram citados.

O tempo de permanência no CAPSi das crianças e adolescentes cujos responsáveis foram entrevistados variou bastante: haviam responsáveis cujos filhos seriam atendidos pela primeira vez, outros que estavam no serviço há alguns anos e até um cujo filho se encontrava em acompanhamento desde que o serviço tinha inaugurado. Houve também boa adesão à proposta por parte dos responsáveis, considerando que nenhum se recusou a participar ou a responder algo, por exemplo.

Apresentaremos na sequência um quadro com informações mais objetivas, que dará um panorama geral sobre os entrevistados e também das crianças e os adolescentes que

compõe os dezenove casos com os quais tivemos contato através das entrevistas. Importante advertir que todos os nomes que contidos no quadro ou citados no decorrer da dissertação são fictícios.

Quadro 1. Apresentação das características gerais dos responsáveis e seus dependentes

| <b>Entrevistado</b> | <b>Por quem é responsável</b> | <b>Tempo no serviço</b> | <b>Idade e Sexo</b> | <b>Encaminhamento</b> |
|---------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|
| <b>Lucia</b>        | Mãe Denis                     | 1º vez da criança       | 9 (M)               | Escola                |
| <b>Edgar</b>        | Pai Alessandra                | 2 anos e pouco          | 12 (F)              | Escola                |
| <b>Brígida</b>      | Mãe Micaela                   | Pouco mais de 1 mês     | 2 (F)               | CRAS                  |
| <b>Fernanda</b>     | Mãe Ricardo                   | 1 ano                   | 12 (M)              | APAE                  |
| <b>Vera</b>         | Mãe Karen                     | Desde a inauguração     | 22 (F)              | Escola                |
| <b>Marta</b>        | Mãe Lucas                     | 4 anos                  | 14 (M)              | Sec. Saúde            |
| <b>Sueli</b>        | Mãe Tiago                     | 2 meses                 | 13 (M)              | Escola                |
| <b>Andreia</b>      | Mãe Cássio                    | 1º vez da criança       | 13 (M)              | D. Espontânea         |
| <b>José</b>         | Pai Claudio                   | 1 ano e 3 meses         | 10 (M)              | Secretaria de Saúde   |
| <b>Carla</b>        | Mãe Joana                     | 2 anos                  | 12(F)               | Escola                |
| <b>Nilton</b>       | Pai Gilson                    | Quase 2 anos            | 15(M)               | CRAS                  |
| <b>Elton</b>        | Pai Antônio                   | Seis meses              | 13(M)               | D. Espontânea         |
| <b>Angélica</b>     | Resp. Carlos                  | 1º vez da criança       | 11(M)               | Escola                |
| <b>Nelma</b>        | Mãe Henrique                  | 2 anos                  | 9(M)                | Neurologista          |
| <b>Helena</b>       | Mãe João                      | 1 mês                   | 10(M)               | Conselho Tutelar      |
| <b>Renata</b>       | Mãe Pedro                     | 10 meses                | 11(M)               | Escola                |
| <b>Luciana</b>      | Mãe Paulo                     | Mais de 4 anos          | 9(M)                | Escola                |
| <b>Vânia</b>        | Mãe Mônica                    | 1 ano e pouco           | 9 (F)               | Pediatra              |
| <b>Elaine</b>       | Mãe Sávio                     | 3 anos                  | 8 (M)               | APAE                  |

Fonte: Elaboração Própria

Como pode ser observado no quadro acima, dos dezenove casos, apenas uma pessoa entrevistada não fazia parte do par parental da criança ou do adolescente, sendo uma tia responsável. No entanto, ela cuidava do sobrinho desde que este era um bebê, em decorrência do falecimento da sua mãe. Além desta tia, participaram quatorze mães e quatro pais. Sendo assim, em muitos momentos me referirei aos sujeitos como pais.

Como também pode ser observado no quadro, a idade das crianças e adolescentes em acompanhamento variou de dois há vinte e dois anos. Embora os profissionais do CAPSi já estivessem pensando a transferência do caso da menina de vinte e dois anos para outro serviço, isso ainda não havia ocorrido porque mãe e filha eram atendidas no serviço desde que ele abriu, pelas trocas de profissionais, entre outros aspectos que envolvem as particularidades do caso. Em relação ao sexo das crianças e adolescentes em atendimento, cujos pais participaram das entrevistas, foram predominantemente do sexo masculino, sendo quatorze meninos e apenas cinco meninas.

Apenas dois casos chegaram ao CAPSi por demanda espontânea, sem o encaminhamento de nenhum outro serviço. Esse aspecto será retomado na apresentação e discussão dos resultados.

Outro aspecto importante a ser ressaltado, que também pode ser observado no quadro, é o de que o agente encaminhador que mais se repetiu foi a escola, aparecendo em oito dos casos.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 PROCESSOS QUE DESENCADARAM A BUSCA PELO CAPSI

Nesta seção trataremos de questões relacionadas ao que os sujeitos entrevistados vivenciavam até que o CAPSi surgisse para eles como uma possibilidade de tratamento. Apresentaremos os processos que os levaram até o serviço, o que torna possível algumas discussões sobre as demandas, principalmente sobre o modo como elas têm sido apresentadas.

Quando construíamos o roteiro das entrevistas em grupo, uma das preocupações era de que as pessoas respondessem às questões de modo muito atravessado pelas experiências institucionais, preocupadas em não falar algo que prejudicasse suas relações no CAPSi ou que enfatizassem apenas experiências mediadas por ele, já que as entrevistas seriam realizadas na própria instituição. Contudo, um dos aspectos que mais nos chamou a atenção ao nos debruçarmos sobre o material oriundo das entrevistas, foi que, de modo geral, os responsáveis direcionavam suas falas ao filho e não ao CAPSi, mesmo em questões a partir das quais se esperava que eles falassem mais da instituição.

Durante a realização das entrevistas ocorreu uma apresentação, em que os entrevistados disseram seus nomes e por quem eram responsáveis no CAPSi, além de dizerem há quanto tempo frequentavam o serviço. Logo em seguida foram perguntados sobre o que estava acontecendo quando foram até o CAPSi, como era a vida deles nessa época. Nesse momento, a maioria dos entrevistados falou sobre os problemas que vivenciavam, principalmente o que eles consideram como o problema dos filhos. Talvez por isso as demandas implícitas tenham aparecido na maioria das respostas, pois os responsáveis falavam do que acontecia em suas vidas e de seus filhos, os problemas que estavam enfrentando, os caminhos que percorreram e as dificuldades que enfrentaram até chegar o serviço, sem mencionar explicitamente o que esperavam do CAPSi.

Outro aspecto a ser ressaltado, e que pode influenciar na forma como as questões foram respondidas diz respeito ao tempo de permanência no serviço, de tal modo que aqueles

que estavam a mais tempo no CAPSi, tendiam a falar mais dos efeitos e direções no tratamento, como podemos ver no trecho a seguir.

*“Gilson ele tem 15 anos, ele ficou com problema desde que a mãe dele faleceu. [...] Então, ele não saia de casa não, o Igor [psicólogo do CAPSi] que conseguia tirar ele de casa, ele ia na minha casa todas as quintas-feiras. Então, depois... acho que depois [que a mãe faleceu] ele ficou meio estressado, ele era muito colado com ela. Ai começou a dar problema com ele, não saia de dentro de casa.... Ele ficou um ano sem ir à escola” (Nilton, pai de Gilson).*

### **7.1.1 Percepções e modos de lidar com os problemas das crianças e dos adolescentes**

Como já foi mencionado, os responsáveis tenderam a direcionar suas falas ao que vivenciavam e às dificuldades que tinham com seus filhos até chegar ao CAPSi. Neste tópico apresentaremos como perceberam os problemas das crianças e dos adolescentes, o que localizam como sendo as possíveis causas destes problemas, bem como o modo como lidaram com eles.

As questões tratadas neste subitem, relacionadas principalmente às percepções dos problemas, são componentes importantes da construção das demandas direcionadas ao CAPSi, por parte dos responsáveis. Podemos entender que eles procuraram o serviço em consequência daquilo que se apresentava como uma dificuldade e, sendo assim, ao falarem sobre o que consideravam como os problemas dos filhos, estão dizendo, mesmo que isso não esteja formulado, das demandas endereçadas ao CAPSi. Ao discorrer sobre os modos que os responsáveis perceberam tais problemas, enfatizo que estaremos priorizando momentos anteriores à procura pelo CAPSi.

Ressalto, no entanto, que assim como adverte Pinheiro et al. (2010), não temos a intenção de reduzir os sujeitos à objetivação da doença, aqui estaremos considerando as respostas que levam em conta os contextos em que os sujeitos estão inseridos e não apenas elaborações advindas da racionalidade biomédica, que só podem ser elaboradas a partir de conhecimentos especializados. Com embasamento na obra de Canguilhem (1978 [2015]), o que é considerado saúde pode ser pensado não como algo que segue um padrão, uma norma, mas sim que é capaz de criar novas normas, sempre que necessário. O autor entende que, diferente do que pensa o saber médico em relação à cura, um sujeito não passa por uma experiência de adoecer e retorna ao seu estado anterior, ele cria novas normas de vida, mais “toleráveis” para seu modo de viver.

Há diversas formas de se entender saúde e doença, pensadas na maioria das vezes como opostos, um bom exemplo disso é o conceito de saúde que por muito tempo foi utilizado pela Organização Mundial de Saúde, em que saúde era definida como a ausência de doenças. Canguilhem defende que a saúde é um conceito de difícil sistematização e que sua vivência se encontra ao alcance de qualquer ser humano, e ressalta, em 1982, que “a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida”. A saúde diz respeito à “margem de tolerância” que o indivíduo tem em relação às “infidelidades do meio” e que o reconhecimento da saúde ou da doença, deve ser feito pelo sujeito, através de um julgamento de valor.

Posto isto, essa linha de pensamento nos leva a admitir a inexistência de critérios objetivos e precisos que diferenciam o saudável do patológico, na medida em que ambos são definidos a partir de processos de valoração, pautados na relação do indivíduo com o meio.

Retomando as ideias de Pinheiro (2010), de acordo com a lógica biomédica os “problemas de saúde”, ao serem definidos a partir de critérios objetivos e quantificáveis, têm nas doenças a face concreta como reais “necessidades de saúde” da população –portanto os “reais” motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde” (PINHEIRO et al., 2010;



p. 16). Lembrando Cecilio (2006), apresentado em outro momento deste trabalho, os sujeitos quando procuram um serviço de saúde estão endereçando a ele uma *cesta* de necessidades em saúde, e não a doença em si, apesar de que estas podem estar “transvestidas” em demandas bem específicas.

Em alguns casos os pais contaram que seus filhos já nasceram com algum problema e a demanda por um atendimento que desse conta de questões psicológicas, ou psicossociais, apareceu depois. Em alguns desses casos, essa demanda surge por intermédio de médicos ou outros profissionais que faziam o acompanhamento de seus filhos.

Podemos ilustrar o exposto com o relato de Brígida, mãe de Micaela, que nasceu com hipotireoidismo congênito. No trecho que será apresentado também podemos ressaltar o modo como ela percebia o comportamento da filha, que ela chama de “um comportamento meio estranho”, em comparação ao comportamento de outras crianças.

*“A minha filha ela não falava nada, assim eu sei que ela ainda é nova, fez dois anos em janeiro, mas por ela ter nascido com hipotireoidismo congênito que isso causa... se a pessoa não tratar direitinho causa o retardo mental, atraso o desenvolvimento de tudo. E o comportamento bem estranho, assim um pouco diferente das outras crianças, meio agressivo e tal...”* (Brígida, mãe Micaela).

E também com o relato de Marta, mãe do Lucas, que nasceu prematuro.

*“O Lucas nasceu prematuro e ele custou pra andar, pra sentar, aí teve que fazer fisioterapia... ele fez fisioterapia primeiro aí ele andou e tudo. Aí com uns três anos mais ou menos quatro anos né, aí a doutora pegou falou comigo: se ele começasse a estudar e ficasse muito agitado que era pra poder levar ele [no psicólogo], aí eu levei”* (Marta, mãe Lucas).

Há ainda um outro caso em que a mãe relata que a filha já nasceu com problemas e assim como no relato anterior, ela também conta que sua filha demorou a andar, além de ter ido “até a terceira série sem saber nada”. A mãe, Vera, também localiza outras possíveis causas para o problema da filha, como a separação de seu marido e pai de Karen, e, posteriormente, a morte deste pai.

*“A Karen, ela nasceu e ela andou com um ano nove meses, ela era muito miudinha, aí o caso também de separação... ih, deve ter uns treze anos, que ele até já faleceu né. O problema dela que eu falo ela, estava no Nicola [colégio em que estudava], com esse problema... que eu falo que antes disso parece que ela sentiu a morte do pai, ela vomitou umas duas semanas no Nicola. [...] Ela não fazia nada, poucas professoras que passava o dever pra ela, mas escrever ela não escreve, ela levou quatro anos para aprender o nome dela. Eles num passavam dever pra ela que ela não sabia copiar do quadro, foi até a terceira série sem saber nada”* (Vera, mãe Karen).

Em outros casos a questão da separação dos pais também foi identificada como sendo a possível causa dos problemas das crianças e dos adolescentes. Num deles, é José, o pai, quem relata e identifica a separação como possível causa dos problemas do filho. Ele contou que a separação ocorreu quando Claudio tinha um ano e deu bastante ênfase ao dizer que Claudio “saiu do peito forçado” e não possui vínculos com a mãe.

*“Quando eu me separei o Claudio tinha um ano, quando eu me separei da minha esposa... ele era pequenininho, mas ele ficou sem a mãe... eu criando eu e a minha mãe criando, por que acontece o seguinte eu não podia dar tanto carinho pra ele, conforme ele merecia, por que tenho que trabalhar, eu tenho que dar o sustento. Agora você imagina na separação, eu desempregado com uma criança de um ano, aí o que que acontece o seguinte, depois disso aí, para chegar onde estar esse problema é que quando ele era novinho ele ainda estava mamando, aí ele saiu do peito forçado, realmente forçado... aí fiquei cuidando, na verdade cuido do meu filho até hoje só que o meu filho não tem vínculo com a mãe dele”* (José, pai Claudio).

No caso de Sueli, mãe de Tiago, ela conta que sua separação foi motivada por uma agressão física sofrida por ela e presenciada por Tiago. Sueli considera os efeitos destas duas coisas, a separação em si e o fato de ter presenciado a agressão sofrida por ela, as causas dos problemas do filho. Outro aspecto importante a ressaltar neste caso é o fato de Sueli questionar sua responsabilidade nos problemas do filho, ao mesmo tempo em que atribui isto ao pai de Tiago, dizendo inclusive que procurou a psicóloga do CAPSi para saber onde ela havia errado.

*“O meu problema com o Tiago foi assim, eu me separei do pai dele tem sete anos, e o pai dele nunca procurou depois que separou, tem aquela coisa que pai quando separa esquece que tem filho, né!? Nem todos são assim mas o meu caso o pai dele separou de mim arrumou outra pessoa, foi embora... só que aí na mente dele, ele me culpava da separação, já com uns cinco anos, quase seis anos, só que eu procurei [o CAPSi] agora que piorou. Eu quero uma ajuda pra saber da onde eu vou começar, por isso que eu procurei a psicologia, pra eu ter uma noção aonde eu errei. Que eu achava dentro de mim que o erro também era meu, porque eu separei do pai dele porque o pai dele me deu uma coça, o pai dele me bateu, então eu expliquei para ele que homem quando bate em mulher perde toda a razão dele todinha. E ele presenciou, na mente dele até hoje ele lembra disso, só que ele me culpou por ter separado, porque ele tinha aquele vínculo com o pai dele dentro de casa, na mente dele ele acha que eu tirei aquele vínculo totalmente e não é assim, né? Pai quando separa tem que ser pai e pronto, mas na mente dele...”* (Sueli, mãe Tiago).

Em dois casos as mães contaram que perceberam o problema quando os filhos estavam com mais ou menos dois anos de idade, tendo como parâmetro, principalmente, a comparação com o desenvolvimento dos filhos mais velhos.

*“Eu tava com uma criança de quase dois anos que eu não sabia o que estava acontecendo, a criança não olhava para mim, não fazia nada, só queria ficar se sacudindo... aí eu falei “gente, eu tenho duas filhas e minhas filhas não eram assim, tem alguma coisa anormal” então eu queria descobrir o que estava acontecendo, entendeu? A criança tem quase dois anos, não fala, não tem nenhuma reação. Eu estava desesperada, eu precisava de qualquer tipo de ajuda. Entendeu?”* (Luciana, mãe Paulo).

Em um outro momento, Luciana contou que mesmo relatando suas preocupações a pediatra de seu filho insistia que Paulo não tinha nada. Isso também apareceu em outros dois relatos, no de Fernanda e Renata. Esta última contou que havia levado o filho a um médico, neste caso um neurologista, que disse que seu filho não tinha nada, sendo que um dos aspectos que embasaram o diagnóstico do neurologista foi um eletroencefalograma, que não acusou nenhum problema. Renata contou também que, posteriormente, levou o filho a uma fonoaudióloga que disse que Pedro possuía uma “deficiência mental”. Ela fala de sua dificuldade em lidar com isso, e assim como em outro caso já apresentado, o de Sueli, Renata também se questionava acerca do que havia feito para que seu filho tivesse problemas.

*“A dificuldade minha do Pedro é ainda esse negócio dele, que quando a primeira vez que eu levei ele na fono, por causa que ela... ela chegou e ela deixou ele do lado de fora pra conversar. Ela falou assim: “Mãe, quando você levou ele no médico ninguém te falou disso dele não?” Quando ela falou que ele tinha esse, esse problema, essa deficiência dele mental, que eu não conhecia, eu já fiquei assim meio... e falei, que que eu fiz pra ele ter deficiência, por causa que no, na gravidez dele foi tudo normal, foi perfeito, eu fiquei na minha mãe a gravidez dele todinha, cuidada pela minha mãe, na hora dele nascer ele demorou um pouquinho pra nascer na casa de saúde, eu sofri pra ganhar ele.... Eu não sei se esse probleminha que ele tem foi devido a isso, por causa que eu já levei em neurologista, já fiz eletro, não deu nada. Então eu fico, se esse probleminha dele, fico meio... que ela falou assim: “Ó, você levou ele e ninguém especificou o problema dele”. Aí eu falei assim, não*

*doutora, por causa que, quando eu levei ele no medico, o médico fala que ele não tem nada. “Mas olha só ele tem essa deficiência mental, mas ele vai ter o convívio dele como uma criança qualquer, só que ele vai ter essa dificuldade” (Renata, mãe Pedro).*

Sobre o modo como os responsáveis percebiam os problemas dos filhos, a maioria dos relatos apareceu quando foi feita a última questão prevista no roteiro, que perguntava se os responsáveis consideravam que as crianças ou os adolescentes que eles acompanhavam no CAPSi possuíam alguma dificuldade ou problema.

Apareceram relatos em que os responsáveis consideravam que não havia nenhum problema.

*“Problema? Não!!” (Nilton, pai Gilson)*

Em uma das falas, uma mãe disse que o filho não possuía nenhum problema, porque problema, na sua concepção, seria algo “mental ou motor”, sendo que a questão do filho dela era o sentimento. Talvez seja esta mesma linha de pensamento que as outras pessoas que responderam negando a existência de um problema seguiram.

Sobre as dificuldades e modos de lidar com os problemas dos filhos, foi possível perceber que, de modo geral, os pais se culpabilizam. Apresentarei o relato de Luciana, mãe de Paulo, sobre o período em que ela e o marido descobriram o problema do filho. Como já foi discutido por alguns autores, como Campelo et al. (2014), costuma ser bastante difícil para os pais lidarem com a notícia de que os filhos terão dificuldades. E estas são vividas, de modo geral, com bastante sofrimento pelos pais, que precisam, dentre outras coisas, entender o que está se passando com seus filhos e também reorganizar o cotidiano de acordo com as necessidades apresentadas. Importante notar que o sofrimento vivido pelos pais também está associado a dificuldade de elaboração dos seus próprios sentimentos.

*“Eu cheguei na neuro e ela falou assim: “eu acho que sim. Ele aparentemente parece, mas ele tem menos de dois anos.... É muito novo para avaliar, mas vamos botar ele lá como autista”. E a doutora Mônica [pediatra] fez a avaliação dele e diagnosticou ele com autismo mais agravante, porque na época ele só engatinhava em volta do quadrado o tempo todo. Só isso que ele fazia... Ai assim, foram três avaliações: primeiro os pais, depois ele junto com a gente e depois ele sozinho. Quando ela chegou e falou para mim que ele era autista, na hora eu “ok. Não tem como. Como que trata? Como é que vai ser?”. Aí ela falou assim “quando eu sair a menina vai te explicar como é que é”. Só que meu marido falou assim “não, meu filho não é autista”, ele não aceitou de jeito nenhum. Eu aceitei de cara. Desde quando eu soube eu aceitei. Foi Deus que me deu, é meu. Aí eu disse “eu quero tratar, eu quero cuidar”. Mas meu marido não aceitava. Meu marido achava que ele não era, mas hoje em dia ele aceita mais... hoje em dia ele já aceitou, mas no começo foi muito difícil” (Luciana, mãe Paulo).*

No relato de Luciana é importante notar que ela conta sobre a reação do pai de Paulo ao ouvir o diagnóstico do filho. Segundo ela, o marido teve muita dificuldade em aceitar que o filho fosse autista. Contudo ela menciona que o marido “já aceitou”, e isto também pode ser considerado um possível efeito do tratamento realizado no CAPSi, pois o marido sempre acompanha a esposa e o filho, e inclusive, também era atendido no serviço. No dia da entrevista, Paulo parecia bastante incomodado em permanecer no CAPSi e, no curto período em que Luciana pôde permanecer comigo na entrevista, seu marido permaneceu junto ao filho e aos técnicos de referência.

Em estudo realizado por Pinheiro et al. (2010), ela considerou como sendo evidente que nos serviços de saúde a identificação das demandas as traduz como “problemas de saúde” dos usuários. Para autora, são necessários modelos diferentes dos que são utilizados, pois o atual modelo está ligado a prática médica, hegemonicamente exercida nos serviços de

saúde, que desloca a doença da pessoa enferma, colocando o “sujeito entre parênteses” e não o contrário, como nos ensinou Basaglia (1985).

Sobre a necessidade de novos modelos, Camargo Jr. (2010), propõe que o processo de definição e identificação dos problemas de saúde ocorra “como uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo”, prevendo a noção de *construção*, ao contrário de algo *dado* como é próprio dos modelos biomédicos. Na construção destes novos modelos é imprescindível que se leve em consideração os modos como os responsáveis formulam e expressam suas demandas.

Ao percebermos que as demandas apareceram de diferentes formas, as separamos em três tipos: as *explícitas*, em cujos enunciados localizamos com facilidade aquilo que é demandado; as *implícitas*, expressadas em comentários a partir dos quais conseguimos localizar o que é demandado, embora não dito diretamente; e as *não formuladas*, cujos indícios podem ser recolhidos a partir da descrição feita pelos responsáveis da criança/adolescente de suas necessidades e do processo de procura pelo serviço.

### 7.1.2 Demanda e Acesso

Alguns entrevistados têm em comum o fato de terem percorrido um caminho fora do município de Paracambi ou recorrido à profissionais da rede particular no próprio município antes de procurarem o CAPSi, seja por escolha ou por não saberem da existência do CAPSi. Considero importante dizer que ficou evidente um desconhecimento tanto por parte de algumas pessoas que procuravam o atendimento, quanto de alguns outros serviços públicos do próprio município, de que se poderia procurar o atendimento no CAPSi por demanda espontânea, sem necessidade da mediação ou encaminhamento por parte de outro serviço.

Há que se destacar ainda, que duas das mães que procuraram ajuda em outras cidades antes de chegar ao CAPSi apontam que, inicialmente, percebiam uma necessidade de tratamento para o filho, mas foram desencorajadas pelas pediatras que as acompanhavam a procurar tratamento. Em um dos casos a médica não só desencorajou a procurar tratamento naquele momento, mas desqualificou a demanda/preocupação da mãe.

*“Ele tinha uma pediatra que acompanhava ele de bebê, né? Do parto. Aí ela achava que eu era doida, ela falava “não, você é doida, porque ele não tem nada. Olha a cara dele, ele é normal”, eu insistia, e ela “não é nada”. Aí de tanta insistência de eu falando que ele não estava bem que ela me indicou uma neuro em Nilópolis – “Então você leva ele numa neuro lá em Nilópolis” (Luciana, mãe Paulo).*

No outro caso, a mãe conta que, preocupada com o desenvolvimento cognitivo da filha que nasceu com hipotireoidismo, havia um desejo de procurar outro tipo de ajuda para além do acompanhamento que já fazia com o pediatra, mas que ao demonstrar isto, o pediatra a desencorajou, por ter considerado cedo demais. Posteriormente ela acabou procurando o CAPSi, mas somente quando o pediatra deu o encaminhamento. Podemos pensar que isso pode expressar tanto vínculos que os dois possuíam (da relação médico-paciente), quanto o desconhecimento de que se podia procurar o CAPSi mesmo sem o encaminhamento do médico.

Há também dois casos, dentre as mães que levavam seus filhos para tratamento em outras cidades, em que a escolha inicial pela mudança do atendimento para a cidade de Paracambi e, conseqüentemente para o CAPSi, se dá pela facilidade deste estar mais próximo geograficamente da casa dos usuários.

Para uma dessas mães, que foi acometida por uma doença, aquela seria a possibilidade de tratamento naquele momento para que o filho não ficasse sem nenhum, já que não poderia mais leva-lo para a cidade em que seu filho fazia o tratamento anteriormente.

*“Quando eu comecei aqui, antes eu fazia terapia no Rio, então tava bem mas eu não podia muito ir mais para lá, aí foi quando eu soube que aqui também tinha terapia. Trouxe ele para cá, né? Para repor o que ele precisaria fazer lá embaixo... Ele é uma criança que precisa de terapia. [...] Eu tava com um problema sério de saúde, aí ela não podia descer com ele de jeito nenhum, aí perto de casa fica mais fácil. Foi quando eu soube que aqui tinha a terapia, aí eu comecei a trazer ele aqui para ele não ficar sem fazer nada. Mas antes disso eu levei ele em um neuro em Nilópolis” (Luciana, mãe Paulo).*

Em outro destes casos, em que os pais levavam seus filhos para tratamento em outras cidades e que ocorreu a decisão por mudar o atendimento para Paracambi, uma mãe relata que ela sabia que na cidade em que moravam “havia o amparo” necessário, mas que seu esposo argumentou que era para levar a filha para tratamento na cidade do Rio de Janeiro, já que eles possuíam plano de saúde. Podemos pensar se isso não se caracteriza um conflito em que figura, de um lado, a valorização do convênio e dos serviços supostamente mais especializados (ou desvalorização do serviço público), e de outro lado a facilidade de acesso, o que inclui a possibilidade de amparo mais rápido dada a proximidade da residência com o serviço.

*“Eu vim para cá, porque eu sabia que aqui tinha o amparo para isso, porque eu moro aqui em Paracambi desde que nasci né? Então, antes de levar ela pro Rio eu tentei trazer ela aqui, mas meu esposo não quis, ele disse “vamos levar ela, pois temos plano de saúde, então leva pro Rio”. Aí resolvemos levar, mas aí eu falei “não está adiantando. Não adianta nada a gente pagar e não ver resultado, porque não está resolvendo, então vamos tentar aqui para ver como é que vai ser, porque ali tem a psicóloga, a hora que a gente precisar a gente pode chamar ela, ligar para ela, levar a Mônica lá”. Ia ser mais fácil pra mim e fica cansativo para ela... Aí eu não tratava ela aqui, eu tratava lá.” (Vânia, mãe de Mônica).*

Em um outro caso a procura por atendimento em Paracambi foi marcada pelo momento em que se passou a buscar tratamento especificamente com profissionais de psicologia e fonoaudiologia, porque o plano de saúde da criança não cobria o atendimento destes profissionais. Podemos entender, então, que sua procura pelo CAPSi pode ser traduzida por uma procura por atendimento de categorias profissionais específicas: psicólogo e fonoaudiólogo. Situação semelhante foi observada em outros casos, em que a procura pelo CAPSi também é demarcada pela busca por profissionais específicos, principalmente de psicologia, mas essas questões serão melhor apresentados no tópico seguinte.

É importante ressaltar que em um dos casos foi uma pessoa na rua, com quem o pai não possuía vínculos, quem apresentou o CAPSi como possibilidade de tratamento e, sendo assim, ele chegou ao CAPSi por demanda espontânea.

*“Foi por iniciativa Própria! Própria! Própria! Própria! Porque eu já não tava aguentando mais... Os conhecidos da rua fala! Ai vai vendo ele daquele jeito e agressivo e tal! E as pessoas indicam, uma pessoa boa do coração vai e indica vendo situação sua. Era as pessoas da rua quem indicou!!” (Elton, pai Antônio).*

Em contraste podemos destacar dois casos, o primeiro trata-se de uma mãe que percebia a necessidade de procurar ajuda, recebeu um encaminhamento dos profissionais de medicina com os quais fazia atendimento em outra cidade, levou este encaminhamento para a secretaria de saúde de Paracambi, e através da secretaria de saúde foi realizado o encaminhamento para o CAPSi. Processo semelhante ocorreu com outra criança, cujo encaminhamento partiu da escola e também passou pela secretaria de saúde.

Em ambos os casos os pais desconheciam o CAPSi como possibilidade de tratamento e não foram instruídos, em nenhum momento deste percurso, que poderiam procurar o

serviço por iniciativa própria. Este é um dos fatos que configuram a ausência de diálogo entre os serviços, bem como do trabalho que prevê a intersetorialidade, princípio fundamental para se pensar uma rede de cuidados, principalmente em contextos que envolvem crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2010; AMSTALDEN; HOFFMAN; MONTEIRO, 2010; PINHEIRO et al., 2010).

Outra mãe procurou na escola apoio e mediação para o encaminhamento do filho para atendimento. Isto pode dizer tanto dos vínculos que esta mãe possuía com os profissionais da escola, de uma certa insegurança em procurar atendimento por conta própria e/ou de um desconhecimento de que poderia procurar pelo CAPSi sozinha. Chama atenção o fato de que o seu filho mais velho já havia feito tratamento no CAPSi, mas mesmo assim ela parecia desconhecer que poderia procurar o serviço por iniciativa própria. Ela chegou a dizer que iria procurar o atendimento mesmo se a escola não realizasse o encaminhamento, mas me parece que tal afirmação relaciona-se mais à situação de que ela aproveitaria o fato de já conhecer os profissionais para tentar acesso, e menos por saber que poderia ir sem encaminhamento.

Em dois casos as mães procuraram ajuda no serviço que sabiam que não precisariam de encaminhamento para serem atendidas, o CRAS e o Conselho Tutelar. Em um dos casos a mãe alegou que procurou o Conselho Tutelar porque a escola não reconhecia, ou “não via o caso de seu filho como um problema”. Helena diz que se viu obrigada a “procurar encaminhar”, pois, sem saber que poderia buscar atendimento por conta própria, é exatamente isso que faz: “procura encaminhar” seu filho. Sem poder contar com a escola para isso, ela percorre outras instituições para conseguir este encaminhamento.

*“Ele [o João] não copiava, ele rasgava as folhas do caderno todinhas, sumia com o lápis pra não ter que copiar, e no primeiro dia de aula eu tive um problema com ele, e que, ele não quis copiar o dever, aí no final falou que estava com dor de cabeça, e a inspetora e a coordenadora até assim, não foi legal assim com ele e nem comigo quando terminou, termino é... a aula, aí me obrigaram a procurar, o Conselho Tutelar... a secretaria de educação”.*

É importante dizer que ao relatar que a “obrigaram a procurar” ela está se referindo à forma como ela se sentiu diante da situação. Perguntei porque ela pensou em procurar, além da secretaria de educação, o Conselho Tutelar, e ela respondeu que é porque sabia que lá poderia ir sem encaminhamento. Me chama a atenção também a ênfase que ela dá ao fato de ser uma ajuda para ela (e não para o filho).

*“Querida uma ajuda pra mim, pra mim, porque... Assim, é, no caso eu não saberia se eu ia poder, porque diz que tinha que ter o encaminhamento, entendeu? [...] No Conselho Tutelar eu sabia que podia ir sem encaminhamento”.*

Como sinalizado acima, houve também uma mãe que procurou o CRAS, pois sabia que poderiam acessá-lo por demanda espontânea para pedir encaminhamento para o CAPSi. Considero importante ressaltar, neste relato, outros três aspectos. O primeiro é que a mãe também procura o posto de saúde, mas os profissionais deste serviço apenas a informam que não havia atendimento. O segundo é que este é mais uma situação em que a procura da mãe pelo CAPSi é direcionada para uma categoria profissional específica: fonoaudiólogo. E o terceiro aspecto diz respeito ao fato de que este é o segundo caso em que uma amiga apresenta o CAPSi como possibilidade de tratamento.

Acerca dos encaminhamentos e dos caminhos percorridos pelos responsáveis na busca pelo CAPSi, podemos destacar que muitos encaminhamentos são realizados de forma burocrática e não parece haver diálogo entre os profissionais/serviços que encaminham e o CAPSi. Essa ausência de diálogo parece marcar tanto o momento do encaminhamento, por parte do profissional/serviço que encaminhou, quanto após o recebimento dos sujeitos para

atendimento, por parte do CAPSi. Isso pode expressar a ausência do trabalho colaborativo, tal como preconizam Teixeira, Couto e Delgado (2017), e revelar uma transferência de responsabilidades de um serviço ao outro (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAVALCANTE et al., 2012; RANNA, 2010).

Além da ausência do trabalho colaborativo, em rede, o fato da maioria das pessoas procurarem o serviço com um encaminhamento, e, como apareceu em alguns relatos, recorrerem até mesmo a outros serviços apenas para pedir um encaminhamento para o CAPSi, nos leva a pensar na ausência do trabalho territorializado, bem como do acesso ao tratamento. Talvez, o desconhecimento das pessoas, e também de alguns serviços, de que se pode acessar o CAPSi sem um encaminhamento - que faz apenas função burocrática, seja a principal pista de que o CAPSi não tem podido realizar um trabalho colaborativo o suficiente, que leve em consideração os sujeitos e os territórios. Portanto, não se trata apenas da informação sobre as formas de acesso ao serviço, mas da ausência de comunicação, trabalho conjunto inter-serviço.

Em alguns estudos já apresentados nesta dissertação, como de Pinheiro (2001), Schmidt e Figueiredo (2009) e Couto (2004, 2008), é destacado que os sujeitos procuram os serviços, como o CAPSi, visando a obtenção de acesso às ofertas e os benefícios que podem ser proporcionados pelos atendimentos, e aqui o acesso pode ser entendido como sendo aquilo que é ofertado pelo serviço em relação ao que é demandado a ele. Nesse sentido, devemos entender também que os recursos oferecidos podem facilitar ou limitar o acesso de potenciais usuários. Esses estudos destacam ainda que a implementação de um serviço como o CAPSi responde à uma necessidade de ampliação do acesso ao tratamento, contudo, no cenário que nos foi apresentado com a realização das entrevistas, o CAPSi em questão parece não possuir um trabalho territorializado, o que vem impedindo que as pessoas conheçam o serviço.

### **7.1.3 Modos de nomeação/apreensão dos problemas**

Considero muito importante enfatizar que para treze dos dezenove entrevistados, a busca pelo CAPSi motivara-se pela procura por psicólogo/atendimento de psicologia, o que nos permite vislumbrar certa tendência a uma identificação perigosa de serviços de Atenção Psicossocial, como o CAPSi, a serviços de psicologia. Tal tendência denota o risco de uma substituição da predominância do saber psiquiátrico, característica do modelo asilar – pela centralização do saber psicológico, em detrimento do trabalho interprofissional, pautado pelo campo das necessidades psicossociais dos usuários, tal como preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Sobre o endereçamento da demanda a profissionais de psicologia, há que se ponderar que ao responde-las corre-se o risco de reforça-las, desconsiderando que elas podem conter, dentre outros aspectos, um anseio pela normalização, pela “restauração” do que seria “normal”, ainda que isto apareça de modo velado. Podemos nos embasar no que Dias (2009) apresentou como um questionamento: será que, ao responderem a demandas como essas, os psicólogos não estarão contribuindo para uma desassistência às crianças e os adolescentes, na medida em que poderiam estar respondendo à uma normalização, retirando das crianças a possibilidade de criar saídas singulares para lidar com o mal-estar? Neste sentido, Guerra (2005) destaca a importância de um processo de acolhimento que permita a “ampliação do campo da queixa”, visando a implicação do sujeito.

É necessário ressaltar que o problema não é responder ou não às demandas, mas o modo *como* se responde. Estas respostas também poderiam ser pautadas, por exemplo, no modelo psicossocial ou manicomial. No que diz respeito ao modelo psicossocial, podemos retomar o que Schmidt e Figueiredo (2009) observam para pensar que uma das principais

vantagens de serviços como o CAPSi, por contarem com equipe multiprofissional, seria a possibilidade de articulação de diversos saberes, o que, para as autoras, poderia ser um facilitador na construção de respostas às demandas. Contudo, é necessário estarmos advertidos de que no trabalho multiprofissional também corre-se o risco de que ocorra uma desresponsabilização do caso, pois, por ser “estruturado em rede, o tratamento é realizado em equipe no serviço público e seria fácil constituir uma “clínica do encaminhamento” em lugar de uma “clínica do acolhimento” (GUERRA, 2005; p. 147).

Dentre outros aspectos que podem ser destacados em relação aos modos de nomeação e apreensão dos problemas das crianças e adolescentes, um deles diz respeito à duas mães que relataram que os médicos de seus filhos começaram a trabalhar com a hipótese de que fossem autistas, mas que elas não faziam ideia do que isso significava, apesar de ambas relatarem saber que havia algo de diferente nas crianças. Em ambos os casos, quando elas procuraram o CAPSi, já chegaram com o diagnóstico dos filhos.

Uma delas conta que se utilizou da internet como ferramenta de pesquisa para conhecer melhor o que seria autismo.

*“O início do Sávio foi lá na APAE. Aí eles falaram comigo: “parece que ele é autista, nós vamos fazer os exames, mas parece”. Eu vou ser sincera pra você, para mim, eu não sabia o que que era autismo. Até então eu não sabia o que era o autismo. Aí então eles me encaminharam para outra cidade e foi ali onde eu fiz vários exames com o doutor Ricardo acerca dele. Ele falou “ele não tem nada. O que me parece é ele ser autista, e foi onde ele me explicou as coisas. Eu continuei fazendo tratamento na APAE com ele e fui procurar na internet acerca do autismo, o que era e me aprofundando sobre isso” (Elaine, mãe Sávio).*

A outra mãe conta que ao ouvir esse diagnóstico, de autismo, pensou que pudesse se tratar até mesmo de uma virose.

*“[...] o que era autismo, eu não sabia o que que era - ”o que é autismo? É uma virose” (Luciana, mãe Paulo).*

Campelo et al. (2014) em pesquisa sobre as dificuldades enfrentadas pelas famílias no cuidado à crianças e adolescentes diagnosticadas com transtorno mental, ressaltam “a dificuldade dos pais em compreender os termos médicos utilizados para informar o diagnóstico de seu filho” (p.200) e destacam a pressão que a família sofre para aprender rapidamente sobre o diagnóstico “tendo que buscar por conta própria informações sobre as necessidades de seus filhos e os recursos de tratamento” (CAMPELO et al., 2014; p. 200). Parece ser o caso de Luciana e Elaine, cujas descobertas acerca do diagnóstico envolveram grande empenho para compreender, por conta própria, o que estava acontecendo com seus filhos.

Outro diagnóstico baste mencionado foi de hiperatividade, sendo que duas mães contaram que já procuraram o CAPSi com essa hipótese diagnóstica. Em um destes relatos é possível entender que a demanda direcionada ao CAPSi traduzia-se pela necessidade de tratamento da hiperatividade, que ela relacionada à agitação.

*“O Henrique sempre foi agitado, ele é hiperativo. [...] ele já fazia tratamento com o neuro, já fazia, aí eu peguei e conversei com o neuro e o neuro mandou que eu procurasse o CAPSi” (Nelma, mãe Henrique).*

No discurso de Helena, mãe de João de 10 anos, que é atendido há um mês no CAPSi, é possível localizar que o problema de seu filho, assim como nos casos anteriormente citados, também é nomeado como sendo hiperatividade - quando ela diz que ele é hiperativo e tem déficit de atenção.

*“ele é hiperativo, ele é hiperativo e tem déficit de atenção... porque ele é muito agitado, ele não para, ele não presta atenção, entendeu? [...] Quando ele era pequenininho ele foi indicado lá pra Lages também, pra doutora, e ela falou, ela, ele passou por ela*



*também... ela é psicóloga. Aí primeiro começou atendendo lá na escola, depois saiu de lá, mandaram ela pra Lages, aí ela foi e o pai dele levava ele, aí ela falou que ele era hiperativo e tinha déficit de atenção. E aonde tiver é... aí devido à hiperatividade é porque ele não consegue parar”* (Helena, mãe João).

Lúcia, que no dia da entrevista levava o filho, Denis, para o primeiro atendimento, explicou que havia um desejo em procurar ajuda, mas ajuda de um psicólogo, especificamente. Ela então foi conversar com a escola e, diferente do caso de Helena, os professores apoiaram e sugeriram um atendimento psicossocial. Nesta perspectiva, a escola não realizou um encaminhamento para avaliação médica, como costumeiramente ocorre em consequência da lógica biomédica vigente, e sim, considerou o aspecto psicossocial, que pressupõe um trabalho em equipe, colaborativo. Contudo, apesar de não negar o trabalho em equipe, o significado de “psicossocial” aparece como sendo “uma junta médica”.

*“O Denis na verdade, além da minha vontade de procurar ajuda, atendimento pra ele, na verdade eu pensei num psicólogo em si, só que chegando aqui eles acabaram fazendo... a escola também pediu pra ele vir também, ao mesmo tempo que eu pensei em pedir uma ajuda do psicólogo eu fui conversar com a escola e a escola também já estava pensando e a escola pediu psicossocial que é uma junta médica, que são vários especialistas pra estar fazendo o tratamento pra chegar num comum acordo!!”* (Lúcia, mãe Denis).

Destaca-se ainda que quatro mães falaram sobre a ansiedade como sendo um dos problemas de seus filhos. Avalio como relevante apresentar o relato de Vânia, mãe de Mônica, de 9 anos, que está no CAPSi há um ano e pouco, pois ela menciona o diagnóstico dado pelo psiquiatra do CAPSi, afirmando que Mônica “faz o TOC para aliviar a carga de ansiedade”. Outro termo utilizado por Vânia, que chama a atenção, é o *bullying*, que ela coloca como uma das causas do problema da filha. Destaco ainda, que ao contar sobre o tratamento que a filha fazia em outra cidade, antes de ingressar no CAPSi, ela relata com estranhamento que, em sua avaliação, mesmo fazendo o tratamento e inclusive tomando remédio, a filha estava piorando.

*“Então, o meu problema é... a Mônica... o médico, o doutor Lucas diagnosticou ela com TOC. É... ela tem uma ansiedade muito grande. Ela tem uma ansiedade muito grande. Aí ela faz o TOC para aliviar a carga de ansiedade dela. O que eu acho... a Mônica desenvolveu isso depois dela não ter passado na escola. Porque ela ficou reprovada no primeiro ano e ela não aceita isso até hoje e as crianças da escola fizeram bullying com ela chamando ela de burra e depois disso... ela chegava da escola muito estressada, ela jogava a mochila, gritava, falava que ia morrer na escola... aí eu achei assim e até o Lucas também concorda com isso, que foi uma coisa muito forte na vida dela isso, né? [...]Aí eu estava tratando a Mônica lá [com a psiquiatra] e fazendo terapia na Barra. Aí eu não via resultado. A menina só piorava com esse tratamento e na época eles passavam medicamento e até o Lucas discordou, achou o medicamento forte”* (Vânia, mãe Mônica).

Pânico apareceu em dois relatos, um que já foi apresentado, quando a mãe diz que o filho tem “pânico de bola”, mas como uma característica, colocado, aparentemente, como sinônimo de medo, e o outro de uma mãe que traz *pânico* aparentemente relacionado ao transtorno do pânico.

*“Aí o problema dela é esse, aí a perda do pai que ela já estava aprendendo, foi tudo por água a baixo né, e ela tem assim, ela tem problema de pânico, ela não pode sentir nada que ela pergunta se vai morrer, ela tem isso né. Aí quando dá isso aumenta o remédio dela, igual ela acordou essa semana, sabe que horas? Quase duas horas da tarde...”* (Vera, mãe Karen).

As referências à agressividade, feitas pelos responsáveis, nos chamaram a atenção pois, em alguns casos os pais pareceram falar em agressividade como este sendo um

diagnóstico, como o problema em si. Um dos elementos que nos levou a pensar nisto foi o fato de que nestes relatos não aparece, por exemplo, nenhuma nomenclatura de transtornos ou outras denominações comuns à psiquiatria. Nomenclaturas estas que são, inclusive, frequentemente utilizadas na mídia e no senso comum de modo geral, em reprodução a um discurso médico. Em alguns relatos, além de nomear o problema do filho como agressividade, os responsáveis também apresentaram a medicação como resposta possível.

*“Teve umas fases que eu pensei que poderia recorrer [à medicação], por ela ser agressiva, agora que ela melhorou um pouquinho”* (Brígida, mãe Micaela).

*“O [problema do] meu é essa agressividade... Tá agressivo, tá crescendo, tá com 13 anos já com corpo de adulto, com 80 quilos já. Eu tenho que vê com o médico direitinho, vai passando a medicação até o controle mesmo da capacidade de agressão. Porque pra mim, o mais chateado que a gente fica é a agressão. É a agressão. Ele fica agressivo. E ele não tá nem aí se ele vai quebrar espelho, porta, se ele vai quebrar o vidro pra ele tanto faz”.* (Elton, pai Antônio).

Para pensar sobre esta demanda por medicação, podemos recorrer ao que Schmidt e Figueiredo (2009) ponderaram sobre a importância de se realizar uma decantação das demandas, na medida em que os sujeitos não devem ser entendidos e tomados como um “depósito de sintomas” a serem extirpados pelos profissionais, que podem fazer isto, principalmente, por intermédio da medicação. As autoras recomendam relativizar a demanda por medicamento, convocando os sujeitos a pensarem sobre outras possibilidades, fazendo com que, caso seja necessário o uso de algum medicamento, esta decisão seja pensada e tomada a partir da inclusão dos sujeitos como agentes deste processo.

Ainda sobre a relação dos responsáveis com a medicação, um outro aspecto pode ser ressaltado diz respeito aos modos como eles lidam com os remédios indicados aos seus filhos. De modo geral, trata-se de uma relação permeada por desconfortos e questionamentos, como podemos identificar no discurso de Vera, na relação que ela faz do fato de Karen ter acordado tarde com os episódios em que há o aumento de sua medicação. Uma outra entrevistada, Fernanda, também falou sobre a questão do medicamento fazer com que seu filho dormisse muito. Ela disse que inicialmente não queria levar o filho ao CAPSi, pois não queria que ele se consultasse com o psiquiatra, supondo que este receitaria psicotrópicos para seu filho, assim como uma neurologista havia feito anteriormente. E, apesar de ter levado o filho para se consultar com o psiquiatra do CAPSi e este ter receitado remédios – os quais são disponibilizados no próprio serviço –, ela conta que avaliou a situação e chegou à conclusão que não daria os remédios.

*“O encaminhamento foi da APAE, quando chegou aqui [em Paracambi], mas eu não queria passar pelo doutor Lucas... porque eu sabia que ele ia passar os remédios, que a primeira doutora [neuro] lá passou. E eu não queria porque ele dorme muito, e ele fica muito agitado, aí eu fiquei assim “vou passar por ele vai acontecer tudo de novo”. Já tinha essa coisa do medicamento ou ele dorme demais ou ele fica agitado, aí quando foi no dia dele vir consultar com o doutor Lucas, eu fiquei meio... mas mesmo assim cheguei em casa e não dei remédio, falei assim não vou dar esse remédio vai que acontece tudo de novo e eu vou ter que ir pro hospital que eu tenho mais um menino, vou ter que ir pro hospital de novo, já tinha ido pro hospital com ele por causa desse problema dele”* (Fernanda, mãe Ricardo).

Neste quadro descritivo das formas como os responsáveis nomeiam e significam os problemas de seus filhos, pôde-se perceber que há aqueles que chegam com o diagnóstico dado por outros profissionais, mas há também alguns que associam o problema do filho com uma característica, como no caso da agressividade. Sobre os diagnósticos e modos de nomeação, em que aparecem “hiperatividade”, “autismo”, “pânico”, “TOC”, podemos recorrer ao que diz Bernardino (2013), que considera que um modo de nomear que emprega

uma classificação universalizante, próprio dos manuais diagnósticos e estatísticos, anula as singularidades. Para ela, “ a criança deixa de ser quem é, com sua história, suas origens, seus traços [...] para se tornar um “asperger” um “autista”, um “portador” de uma determinada síndrome. Responde à ideologia do ter, em detrimento do ser” (p. 145). Anula-se a história, o *quem se é*, para falar-se do *que se tem*.

Frente a questões como essas, para Pinheiro (2010), é preciso:

adotar uma postura crítica quanto às normas rígidas, os modelos fixos e fluxos centralizados que caracterizam os modos tradicionais de organização das políticas de saúde, vigentes há décadas no sistema nacional de saúde brasileiro. São modos que têm nos “modelos ideais” seu *modos operandi*, que buscam diagnosticar “demandas”, traduzindo-as em “reais necessidades”, as quais devem ser respondidas por critérios técnicos, objetivos, cujos resultados sejam quantificáveis, muitas vezes negando as “práticas eficazes” decorrentes da interação dos sujeitos envolvidos no cotidiano das instituições de saúde (p. 21)

Ressaltamos que nesta pesquisa quem utiliza uma classificação universalizante, como apontou Bernardino (2013), são os próprios pais, o que nos permite pensar em uma influência e predominância da cultura biomédica. Diante disto, nos cabe refletir como os profissionais podem receber e desconstruir demandas que se estruturam em torno de nomeações como “hiperatividade”, recorrendo a um exemplo que apareceu nas entrevistas. Para os pais, os filhos não são naturalmente um “hiperativo”, são crianças que trazem dificuldades, enigmas, sofrimentos. A redução a um diagnóstico só ocorre a partir de uma construção social, que começa no modo como nossa cultura lida com as diferenças e culmina no tratamento que a saúde lhes oferece.

Podemos recorrer às ideias de Pinheiro (2010) para pensar que a demanda é socialmente construída porque depende das relações cotidianas e do contexto que compõe as necessidades, já que, por esta perspectiva, os elementos que a compõem dizem respeito às percepções e representações sobre saúde por parte dos sujeitos.

Considerando que os usuários buscam nos serviços de saúde uma atitude por parte dos trabalhadores que vá na direção de resolver o problema que o fez acessar tal serviço, existe uma circularidade entre necessidades em saúde e processo de trabalho, em que a resposta à necessidade que levou o usuário ao serviço é o trabalho ofertado, assim, quando passar por uma situação semelhante estará implícito o que ele precisará consumir e onde buscar. Ou seja, não seria possível estranhar se os sujeitos que tiveram atendidas suas solicitações de “tratar do filho hiperativo”, sem problematização e crítica, retornassem ao CAPSi com esta mesma demanda, ou uma demanda por medicamentos que dessem conta da “hiperatividade” de seus filhos (CAMPOS; BATAIERO, 2007; JUNGES et al., 2012; PINHEIRO, 2001, 2010).

É necessário relembrar o que argumenta Cecilio (2006) ao advertir que a demanda é, em boa parte, uma necessidade modelada de acordo com a oferta feita pelos serviços e, ademais, um pedido explícito, uma tradução de necessidades mais complexas. Podemos complementar esse raciocínio com o exposto por Guerra (2005), ao apontar a importância de que se escute o que os sujeitos estão dizendo *através* da queixa que se apresenta, o que romperia com uma prática desimplicada.

Apesar de fundamental a discussão e reconhecimento da massividade dos diagnósticos, ou nas palavras de Allen Frances (2017) uma “epidemia diagnóstica” que marca a atual sociedade, é importante dizer que estas nomenclaturas não apareceram em algumas entrevistas.

Sobre os medicamentos, que costumeiramente vêm acoplados aos diagnósticos, em alguns relatos eles aparecem como uma possível necessidade das crianças, principalmente quando os responsáveis mencionam o que ainda precisam no tratamento. Mas em outros, apesar de menos numerosos, o tema surge em meio a ressalvas e críticas, muito associado ao medo dos efeitos colaterais que podem produzir em seus filhos.

## 7.2 VIVÊNCIAS RELACIONADAS AO CAPSi

Discutimos na seção anterior sobre o que os responsáveis vivenciaram até que as demandas, que posteriormente seriam direcionadas para o CAPSi, aparecessem. Apresentamos também os caminhos percorridos por tais responsáveis até que o CAPSi surgisse como possibilidade de tratamento. Agora apresentaremos as experiências que envolveram a chegada e a permanência no serviço.

### 7.2.1 A chegada ao CAPSi

A pergunta feita foi bem direta, “e após chegarem ao CAPSi, o que acharam?”. Os responsáveis responderam de diferentes modos, mas, como apresentaremos a seguir, dois deles se destacaram. Em comum nos relatos tem-se o fato de muitos deles mencionarem a então secretária do CAPSi. Acredito que isso aconteceu por ela ser quem, geralmente, recebe as pessoas, tanto no primeiro contato quanto durante o tratamento. Acrescente-se a isso o fato de que os responsáveis costumeiramente aguardam na própria sala de recepção enquanto as crianças e os adolescentes são atendidos, sendo a secretária, para muitos responsáveis, a pessoa com quem estes mais têm contato. Isso indica a importância de todos os membros da equipe, permitindo-nos ponderar que, apesar de em alguns momentos os discursos valorizarem os especialistas, em outros, indicam a importância das relações construídas com outros profissionais, que não têm formação específica em saúde mental.

O acolhimento, segundo preconiza o Ministério da Saúde, é uma postura transversal e, sendo assim, deve ser exercida por toda a equipe. Acolhimento, segundo o Ministério da Saúde (2013):

o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado (BRASIL, 2013; p.19).

*“Fui recebido pela Aparecida lá na frente que ela faz a sua fichinha aí você senta ali e espera que eu já conhecia ela desde lá do hospital da Cascata. Conhecia de vista né, nem sabia que ela era secretária aqui aí ela faz a ficha da gente, como o Nilton [outro entrevistado] falou muito educada com todo mundo, muita paciência” (Elton, pai Antônio).*

*“O bom daqui que eu já vi também, é que a Aparecida, a Aparecida é secretária, as crianças já chegam e ela já fala: oi, Lucas, oi Cássio. Então desde a secretária as crianças já pegam confiança” (Sueli, mãe Tiago).*

Em alguns relatos os responsáveis contaram, às vezes de modo mais detalhado, como chegaram e foram recebidos, o que foram direcionados a fazer etc. e também suas expectativas de como acharam que seria esse primeiro atendimento ou do que sentiram durante essa vivência. Um destes relatos será apresentado a seguir.

*“Cheguei aqui quem me recebeu foi a Aparecida. A Aparecida me apresentou ao psicólogo. Aí cheguei aqui, subi com o psicólogo, conversei com ele, expliquei a situação*

*do meu filho, aí o psicólogo foi lá em casa nesse dia mesmo, aí falou vou passar a tratar dele. Aí marcou de toda quinta feira ele ir lá em casa”* (Nilton, pai Gilson).

Uma das afirmações dos pais diz respeito à avaliação que fizeram da experiência de chegar ao CAPSi, marcando se gostaram ou não. Apresentaremos o excerto abaixo com intuito de ilustrar estes relatos que possuíram um viés avaliativo,

*“Gostei muito. Eu quando cheguei aqui eu fui muito bem recebida, e logo de imediato eu fui vendo resultado”* (Nelma, mãe Henrique).

Em seus discursos, vários pais se mostraram surpresos e acharam interessante a variedade de profissionais que compunham a equipe do CAPSi, fator que Brígida, por exemplo, desconhecia quando foi encaminhada para tratamento com um profissional fonoaudiologia.

*“Ah eu gostei porque vi que tem outras coisas sem ser fono, tem psicólogo, tem psiquiatra, tem técnico de enfermagem, achei interessante porque eu pensei, sei lá mais tarde precisar de uma ajuda psicológica né, não sei como vai ser na escola, porque ela ainda não tá e aí aqui eu sei que tem”* (Brígida, mãe Micaela).

Outros responsáveis explicaram de forma mais detalhada os porquês de terem gostado das primeiras experiências no CAPSi, como será possível observar no trecho a seguir.

*“Eu gostei muito por causa do, como é que fala? É... abraçaram a nossa causa junto com a gente, com os nossos filhos, com a gente mesmo, que quando a gente chega aqui que eu vim, conversei com você [a entrevistadora], depois conversei com a Elisângela e com a moreninha que saiu, me senti que eu fui bastante acolhida, e ele também foi bem acolhido. E eu gostei muito do tratamento aqui, tanto é que eu venho e trago ele, ele vem feliz, ele levanta cedo, tem a expectativa de ele levantar e ele tá sentindo, que ele tá evoluindo, e eu to sentindo também, eu to gostando bem do tratamento dele aqui”* (Fernanda, mãe Ricardo).

Situação diferente foi narrada por Lucia, mãe de Denis, que direcionou suas reclamações a uma profissional em específico, o que reafirma a importância do processo de acolhimento, já que, o fato dela não sentir sua queixa legitimada fez com que se sentisse menos acolhida, ainda que isso se refira a apenas uma das profissionais.

*“Só que a única coisa que me aborreceu foi que tipo assim, acho como que todo esta aqui passando por alguma dificuldade pode ser diferente, mas todo mundo tá aqui por alguma dificuldade e eu acho que todo mundo tem o mesmo pensamento que o meu, eu acho que se a gente pudesse a gente não estaria procurando qualquer tipo de tratamento pro nosso filho, porque acho que toda mãe quer ter o filho 100% saudável e eu vim porque eu vi que tá acontecendo com meu filho e a escola também viu, não foi só eu e quando eu cheguei aqui fui passar pelas duas, uma me atendeu muito bem a outra entrou também e falou se eu não estava vendo muito problema no meu filho, se eu não estava colocando muito problema em cima do meu filho. Aí eu peguei e só falei o seguinte, olha eu vim porque além de eu ver na minha casa, porque eu conheço o meu filho eu também vim também, porque a escola me indicou, agora se for o caso de não precisar atender ele não tem problema eu fico dentro de casa. Aí ela foi e desconversou o assunto e tudo, eu até falei que eu ia conversar aqui, porque se fosse pra ela ficar com meu filho eu não ia querer, eu queria outra, mas assim foi a única coisa que teve. Mas, tipo assim, do CAPSi em si eu não tenho nada a reclamar nem da primeira vez e nem de agora, porque eu sempre sou muito bem atendida, meu filho também da primeira vez foi muito bem atendido e eu creio que com esse agora não vai ser diferente”* (Lucia, mãe Denis).

Outros responsáveis também relataram que não gostaram de suas primeiras experiências no CAPSi. Luciana, mãe de Paulo, contou que chegou até mesmo a sair do CAPSi por um tempo. Também é interessante observar no discurso de Luciana a ênfase dada

às categorias profissionais e a duração dos atendimentos, em comparação ao tratamento que o filho já fazia e o que lhe foi oferecido no CAPSi. Ela inclusive avaliou, à época, que o filho precisava de Terapia Ocupacional.

*“Não, eu não gostava muito. Na primeira vez eu não gostava, porque eu achava que ele... porque como ele estava acostumado com a terapia que ele tinha no Rio, a terapia de lá era muito complexa, era muito... tinha tudo. Tinha fono, tinha é... psicomotora, né? Tinha... educação física, tinha a terapia ocupacional, tinha todas elas incluídas num pacote só. Então quando eu cheguei aqui, eu só vi psicólogo, para mim na época ele pequenininho não entendia muita coisa, e musicoterapia. Tinha. Que era o... esqueci o nome dele, não me recordo agora. E... eu achava que o Paulo não reagia com ele. Ele ficava correndo atrás do Paulo o tempo todo e tocando aquele violão e o Paulo correndo dele... então achava que aquilo... não tinha muita coisa para ele aqui, porque o Paulo precisava mesmo era de uma T. O., terapia ocupacional, porque ele precisava muito, noventa por cento terapia ocupacional mais a terapia... e aqui quase não tinha isso e aí isso começou a me fraquejar um pouco. Na APAE tinha, só que na APAE é meia hora por semana e ele fazia três horas por dia e era três vezes na semana, quer dizer nove horas semanais. Então... ele fazia nove horas semanais para chegar aqui e pegar meia hora por semana? Era muito ruim, então é uma decadência... Eu saí, mas não sei por qual motivo que eu cismeí de voltar. Não sei. Eu acho que foi por causa da escola... aí comecei a ver que quando ele entrou para escola, né? A ir lá, aí isso me chamou a atenção de voltar aqui, de ver como é que estava o desenvolvimento. E desses anos para cá, ele melhorou cem por cento. O crescimento ajuda muito, né? Ele está bem melhor hoje em dia, ele interage com tudo, faz tudo” (Luciana, mãe Paulo).*

Podemos destacar, bem como pôde ser observado nos relatos apresentados neste subitem, a importância que os responsáveis dão à forma como são recebidos, acolhidos. Como por exemplo quando uma das mães enfatizou que os profissionais do CAPSi “abraçaram a nossa causa junto com a gente”. A postura do acolhimento deve permear toda a equipe, incluindo a pessoa que está na recepção do serviço.

Ao falarem sobre acolhimento, Schmidt e Figueiredo (2009) destacam que desde o primeiro contato são postos à prova todos os recursos do serviço, e isto envolve o que o serviço pode oferecer e como pode avaliar e discriminar a demanda, para as autoras a forma como se dará o primeiro contato definirá toda a sequência de atendimentos.

### **7.2.2 O porque continuam indo ao CAPSi**

Após responderem sobre o que haviam achado do serviço quando chegaram, os responsáveis comentaram sobre os motivos que os levam a permanecerem no CAPSi e falaram, de modo geral, sobre a percepção dos resultados do tratamento.

A resposta que mais apareceu foi em relação a percepção de resultados. De modo geral, os pais continuam levando seus filhos por perceberem uma melhora ou por acreditarem que ela seria possível.

*“Eu continuo vindo porque eu tenho visto a cada sessão uma melhora. Ele realmente tem melhorado muito” (Nelma, mãe Henrique).*

Uma coisa que chamou a atenção, ainda relacionada à expectativa de melhora dos filhos, foi o fato dos pais se referirem ao fim do tratamento, dizendo que levariam os filhos até que o tratamento se encerrasse ou os filhos “estivessem 100%”. Como pode ser observado nas falas a seguir.

*“Assim, mais por causa das melhoras que ela teve né. Quando você faz, começa um tratamento que você tá vendo melhor, você quer levar o tratamento até o final. Então assim*

*se tá dando uma resposta positiva pra gente né, no meu caso, eu vou levar o quanto eu puder esse tratamento aqui até terminar o tratamento” (Edgar, pai Alessandra).*

*“Ele precisa vim mais aqui. Primeiro ele não melhorou 100%, nem 90%, nem 80%, Falta muita coisa” (Nilton, pai Gilson).*

Sobre os motivos relacionados à permanência no serviço, alguns responsáveis mencionaram o fato de se sentirem acolhidos ou de terem confiança na equipe. Confiança e acolhimento são dois aspectos que parecem fundamentais para a manutenção do tratamento.

*“Pelo o que eu já conheço do CAPSi e ter confiado de trazer o meu outro filho aqui é porque eu sei, que já vim antes aqui, que tem um ótimo resultado entendeu. Aqui, tem ótimos profissionais. Tenho certeza que vai me ajudar muito com relação ao meu filho, que vai ter uma melhora muito grande” (Lúcia, mãe Denis).*

Alguns responsáveis falaram também que continuavam levando seus filhos ao CAPSi para que eles possam ter com quem conversar, ou, nas palavras de uma das mães, “desabafar”, reconhecendo também que existe uma dificuldade de diálogo entre pais e filhos.

*“Na minha condição acho melhor [continuar vindo] porque aqui é uma forma com ele desabafa, comigo não. Eu pergunto e ele chora, chora, chora e não quer falar. Então pra mim é bom que é uma forma dele falar, conversar com ele. Por isso que eu acho melhor trazer. Pra mim eu acho que é uma forma dele desabafar com a psicóloga, porque ela falou ali que ele conversa muito com ela, então eu vou trazer mais... Ele não gosta de desabafar comigo porque ele acha que eu vou brigar ‘se eu te falar a verdade, a senhora vai brigar’. Ele acha que se for falar do pai dele eu vou brigar” (Sueli, mãe Tiago).*

Diante de alguns relatos, o que parece é que alguns responsáveis esperam que outra pessoa saiba sobre seus filhos aquilo que eles mesmo não sabem ou não suportam reconhecer. Para Kamers (2013) isso resulta em uma atitude de “ficar paralisado frente à criança, na medida em que se encontra desamparado de um saber sobre o que fazer” (p. 89). Como destacado por esta autora, o que fica evidente é um desamparo do adulto diante do desamparo das crianças. A nosso ver, tal realidade reforça a necessidade de que serviços como CAPSi ofereçam espaços de acolhimento e elaboração aos responsáveis pelos usuários.

### **7.2.3 O CAPSi na visão dos usuários: contribuições e dificuldades da instituição**

Neste subitem abordaremos as contribuições do CAPSi diante das mudanças vividas pelos usuários e também daquilo que os responsáveis sinalizam como o que ainda falta, precisa mudar, o que envolve questionamentos acerca do tratamento e também do CAPSi enquanto instituição.

Uma das questões tratadas nas entrevistas dizia respeito ao modo como os pais sentiam-se ajudados pelo CAPSi. Ao falarem sobre isto, embora tenham reafirmado que consideram que o serviço lhes ajuda porque percebem melhora nos filhos, também puderam explicar os efeitos do tratamento. Neste sentido, destacam-se as contribuições relacionadas aos processos de socialização e a segurança em ter um lugar para recorrer, bem como de poder contar com profissionais especializados.

*“Assim, sobre as mudanças, a forma. Assim, ela era meio...ela era muito um pouco assim... não muito nem pouco, mas era individual. Tá acabando. Entendeu? Então assim, ela tá sabendo compartilhar um pouco mais, ela tá sabendo agora escutar um pouco mais que antes só ficava falando. Então isso assim tá sendo muito bom que essa melhora que ela tá tendo, ela tá conseguindo se socializar melhor tanto na escola quanto dentro de casa perante a família entendeu? E esses resultados, é um resultado bom assim um resultado bem positivo porque a gente tá vendo que tá dando resultado positivo” (Edgar, pai Alexandra).*

Quando as respostas eram muito voltadas aos filhos, foi-lhes solicitado para que também falassem um pouco deles, explicando se o serviço lhes ajudava em alguma coisa e, se sim, em que. Para ilustrar apresentarei o excerto a seguir.

*“No meu caso também eu sinto uma sensação de alívio né... assim pra mim ele tá aqui, vai ser uma ajuda imensa porque o tempo que vão tá ajudando ele eu vou estar automaticamente sendo ajudada porque a mudança dele vai gerar uma mudança, vai me deixar mais tranquila. Eu sinto assim um alívio e uma sensação de tranquilidade, de paz”* (Lucia, mãe Denis).

Outros relatos, assim como o apresentado anteriormente, tiveram em comum o fato dos responsáveis terem nomeado o que sentiam como um alívio. Considerando estes relatos, que mencionaram “alívio”, “refúgio”, “confiança”, “tranquilidade”, “paz”, além de outros em que se falou sobre “dar sentido”, “amparo”, “ter uma ajuda”, “poder contar”, podemos pensar que em alguns casos as demandas podem ser traduzidas em *ter um lugar*. Um lugar em que os responsáveis possam se referenciar, que acolha tanto a eles quanto a seus dependentes, em que possam se sentir amparados e dividir suas dificuldades, um lugar que possam procurar quando sentirem que ficou difícil de lidar sozinhos com os problemas dos filhos. Mesmo que em alguns momentos não saibam nomear seus problemas, o que sentem ou o que precisam, saber que existe um lugar ao qual podem recorrer parece ser apaziguador. Para Lucia, do relato apresentado acima, o CAPSi parece ser um lugar de amparo, frente aos momentos de desamparo vividos por ela junto ao filho.

No relato de Edgar, que será apresentado em seguida, chamou a atenção que, ao referir-se à filha, destacava que o CAPSi contribuía para que ela se socializar melhor. Mas diante do pedido de que falasse também dele, fez uma associação dos resultados positivos do tratamento com os comportamentos da filha em casa, associados, principalmente à organização da casa, salientando que isso, conseqüentemente, gerava menos estresse para ele, o pai.

*“O resultado tá sendo positivo porque tá tendo menos estresse pra mim. [...] A gente tá vendo uma melhora muito grande porque antigamente ela chegava em casa, deixava as coisas jogadas ou às vezes largava tudo pelo meio do caminho e dava aquele bafafá, hoje em dia não, já tá tomando aquela parte de responsabilidade dela. O que é seu você tem que guardar, você tem que zelar entendeu? E tá acontecendo dessa forma. Eu fico mais tranquilo”* (Edgar, pai Alexandra).

Utilizei o caso de Edgar e Alexandra para exemplificar, mas em outros relatos também se repetiu o fato dos responsáveis voltarem suas falas aos filhos, mesmo quando foi pedido que falassem um pouco mais sobre em que o CAPSi os ajudava. Isto nos permite questionar se os responsáveis não falaram deles mesmos por não reconhecerem o CAPSi como um espaço de tratamento em que eles também estão inseridos: será que o serviço oferece espaços de acolhimento para os pais? O que me parece é que isto ocorre apenas em alguns casos, sendo, em parte, relacionado às particularidades do modo de agir de cada técnico de referência. Um dos motivos que suscitou este pensamento foi o relato de um pai, que contou que passou cerca de um ano levando seu filho semanalmente para os atendimentos sem que a pessoa responsável por seu filho tenha o chamado para conversar, dar uma devolutiva sobre o tratamento. Ao fazer essa observação ele disse ainda que não se sentia à vontade para solicitar uma conversa.

Os responsáveis que eram atendidos no CAPSi, em grupo ou individualmente, coincidentemente foram aqueles que relataram que chegaram ao serviço muito abalados com as situações vividas junto aos seus filhos. Quatro deles consideram ter chegado ao serviço em “depressão”. Uma delas conta, inclusive, que chegou a falar que compraria “chumbinho” para si mesma e também para o filho. Em todos os quatro casos os responsáveis tiveram



espaços individuais de atendimento. Há o reconhecimento do acolhimento às crianças e adolescentes, mas o mesmo não é unânime em relação aos pais.

De acordo com a perspectiva dos responsáveis, é possível perceber que há acolhimento de modo efetivo apenas à alguns deles, mas esta não parece ser uma prática transversal da instituição, tal como preconiza o Ministério da Saúde (2013), como nos referimos em outro momento. O que nos parece, é que o empenho em acolher se dá apenas por alguns profissionais em específico.

Em outros relatos, que apareceram em diferentes momentos da entrevista, os responsáveis falaram sobre experiências de socialização – inserção social de seus filhos, mas se referindo à momentos anteriores à chegada ao serviço. Para alguns responsáveis, a preocupação quanto às dificuldades dos filhos em se inserirem socialmente giravam em torno do ambiente escolar, que costumeiramente, possui a característica de ser o primeiro espaço de socialização das crianças para além do círculo familiar. Apresentarei um destes relatos, por considerar importante ressaltar as experiências que os responsáveis, e também as crianças e os adolescentes, enfrentaram em suas tentativas de inserção social, em especial as que envolvem ambientes escolares.

*“As meninas abrindo a minha mente na APAE me ajudaram muito. Foi onde cismaram para eu colocar ele na escola. Eu disse “não vou colocar ele no colégio” tanto que o Sávio foi para a creche ele já tinha quatro para cinco anos de idade porque eu disse “não vou colocar” e meu esposo e eles ficaram insistindo. Hoje eu vejo que quanto mais cedo colocar, é bem melhor. Então, eu tentei de várias formas também colocar ele num colégio particular. Na época eu e meu esposo ficava ligando... lógico que num colégio mais próximo da nossa casa, pois eu sempre prezei por isso aí... só que quando a gente falava que ele era autista parecia que nas pessoas dava aquele baque, a direção... aí falavam “a gente pode até tentar, mas a gente não tem preparação com profundidade para isso”. Aí o que foi que eu fiz? Eu coloquei ele na crechezinha que tem lá, na época lá na APAE eles falaram “poxa, tem uma creche próximo à casa da senhora aí a senhora pode sempre ficar perto e observando. Já que é perto da senhora, coloca ele lá”. Aí eu coloquei ele na creche e eu agradeço a Deus pela aquela creche lá, porque me ajudou muito. O Sávio ficou ali até uns seis anos de idade. A [diretora] tentou segurar ele lá o máximo que podia para ele poder desenvolver. Aí eles me ajudaram a tirar ele da fralda, porque as vezes eu ficava “meu Deus ele usa fralda ainda. Como é que eu vou fazer? Será que eu sempre vou ter que ficar indo lá?”. Eles me ajudaram muito, aquela creche ali me ajudou muito. Posso dizer assim” (Elaine, mãe Sávio).*

Em meio a seu relato, Elaine fez uma avaliação de que, atualmente, considerava que quanto mais cedo se colocasse os filhos nestes espaços de socialização, melhor seria. Podemos pensar, no entanto, que esta avaliação positiva da experiência de inserção do filho na creche só foi possível porque tanto os profissionais da APAE quanto da própria creche, acolheram Elaine e Sávio, diferentemente dos colégios particulares com os quais Elaine e seu marido tentaram contato. Ressalto que esta não parece ser uma dificuldade exclusiva dos colégios particulares, pois em outros relatos e mesmo considerando-se alguns encaminhamentos realizados por profissionais das escolas da rede pública de ensino, também aparece certa dificuldade em lidar com as limitações das crianças.

Sobre as dificuldades dos profissionais da escola, estas podem estar relacionadas à uma ausência de subsídios necessários para lidar com os casos, como indica a menção que Elaine faz ao possível pensamento dos profissionais da escola: *“a gente pode até tentar, mas a gente não tem preparação com profundidade para isso”*. Para ela, os funcionários da escola podem não ser preparados suficientemente para lidar com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave. Pode tratar-se, também, de uma dificuldade de reconhecer

esses casos, como pôde-se perceber no relato de uma mãe que contou, com bastante ênfase, que a escola em que seu filho estudava não reconhecia ou, nas palavras dela “não enxergava” o problema do filho. Quanto à uma possível dificuldade de diálogo entre saúde e educação, talvez isso também expresse ausência do trabalho colaborativo, em rede.

Nesta pesquisa a escola apareceu como maior agente encaminhador para o CAPSi. Isto dialoga com o que Beltrame e Boarini (2013) encontraram em um estudo sobre a demanda escolar de um CAPSi do interior do Paraná, onde sessenta por cento da demanda era ligada a problemas escolares. Tal achado pode reforçar a preocupação com uma possível *psicopatologização* de fenômenos inerentes ao desenvolvimento, ou ainda relacionados a problemas sociais vivenciados pelas crianças e adolescentes, especialmente aqueles ligados ao contexto escolar. Por outro lado, isto também pode estar ligado ao fato das crianças, de modo geral, permanecerem diariamente no ambiente escolar, sendo este o ambiente mais propício à percepção de alguma dificuldade, algum sofrimento psíquico mais grave.

O que parece se reafirmar é que faltam recursos e também diálogo para que os profissionais possam discernir os diferentes problemas que envolvem as crianças e os adolescentes e identificar aqueles que precisariam de uma avaliação do CAPSi. Destacamos a responsabilidade do CAPSi neste diálogo na medida em que, como enfatizaram Couto, Duarte e Delgado (2008) e Teixeira (2015) uma das funções deste serviço é realizar um trabalho de identificação das possíveis demandas de saúde mental conjuntamente com outros setores.

Além do exposto, destaco que, ao discorrerem sobre as contribuições do CAPSi, os responsáveis fizeram bastantes menções diretas a categorias profissionais específicas, principalmente a psicologia. De modo geral, falaram sobre como o recurso profissional especializado “dava conta” de algo que não seriam capazes de lidar em casa e os efeitos que percebiam disso.

*“Ah, o Denis, o que eu espero que vai acontecer aqui assim é porque aqui, além de tudo, antes de qualquer coisa são profissionais né. São treinados para aquilo que a gente não sabe fazer. Então acho que aqui tem várias técnicas. As vezes coisas que pra gente em casa é bobeira, as vezes que muitos pais acham que é bobeira, é que é uma forma de descobrir alguma coisa num desenho, numa conversa e já pra quem sabe isso aí já é uma grande coisa então a paz, a mudança que a necessidade, a ajuda que eu vejo é nisso aí. É eles fazerem aqui pela capacidade deles aquilo que eu não vou saber fazer em casa entendeu. Saber discernir certas coisas através de um pequeno gesto, que é uma coisa que eu não vou conseguir, eu tenho certeza que aqui eu vou [ser ajudada], meu filho vai achar isso e eu também”* (Lucia, mãe Denis).

É importante ressaltar, porém, que diferentemente de Lucia, muitas mães mencionaram estranhamentos e questionamentos acerca do modo como os profissionais trabalham, o que demonstra pouco conhecimento das dinâmicas que envolvem o serviço. Uma delas, por exemplo, mostrou-se incomodada com o fato de “levar o filho para brincar”. Outra mãe contou que chegou a questionar uma profissional, que explicou que as brincadeiras serviam para ganhar a confiança da criança. Entre outros elementos, esse quadro pode sinalizar que os pais se ressentem do fato de não receberem muitas informações sobre o modo como o tratamento funciona, sobre os objetivos das estratégias terapêuticas, suas funções e potência. Ainda que questionamentos, incômodos e também resistências sempre façam parte da relação dos pais com os profissionais que acompanham seus filhos, podemos supor que a ampliação de oportunidades de diálogo sobre o tratamento possa ser proveitosa.

Sobre as estratégias terapêuticas com crianças, Guerra (2005) destacou que por muito tempo tais estratégias eram vinculadas à clínica com adultos, sem levar em consideração as particularidades que envolvem a clientela infantojuvenil. Dentre estas particularidades a

autora ressalta o modo diferenciado de linguagem que deve permear esta clínica: a linguagem lúdica. Apesar de Guerra (2005) estar se referindo aos profissionais, podemos pensar também que, talvez, os responsáveis que se incomodaram com o fato de “levar o filho para brincar” estavam fazendo uma associação do *fazer clínico* ao modelo de clínica tradicionalmente realizada com adultos.

Ressalto ainda que alguns pais falaram que o CAPSi também representava uma ajuda do ponto de vista financeiro, já que é um serviço público. Um deles advertiu que o CAPSi faz parte da rede que compõe o SUS e que eles já pagam imposto por isso e, sendo assim, é um serviço financiado por eles mesmos.

Daqui em diante apresentaremos alguns questionamentos produzidos pelos responsáveis acerca do CAPSi e o tratamento, bem como a expressão de dificuldades enfrentadas, incluindo o que os responsáveis avaliam que ainda estão precisando, o que ainda falta no tratamento. Trataremos também das percepções dos usuários diante dos processos de mudanças de profissionais.

Embora mais acima tenha mostrado que, para alguns pais, a socialização indica que o tratamento está tendo bons resultados, ressalto aqui que, para outros, trata-se ainda de um processo a ser desenvolvido junto às crianças. Para cinco responsáveis a socialização das crianças e dos adolescentes apareceu como um aspecto que ainda precisa melhorar. Podemos entender esta como sendo uma das principais demandas direcionadas ao CAPSi por estes pais naquele momento. O ambiente escolar apareceu em quatro dos cinco relatos, e como já foi dito em outro momento, isso pode estar relacionado ao fato de tratar-se de um dos primeiros espaços de inserção social experimentado pelas crianças. Serão apresentados a seguir quatro destes relatos.

*“O meu, eu acho que ele tem que aprender a conviver com os outros. Ele não gosta de brincar com os outros coleguinhas. Ele só tem um amigo. Quarenta e cinco alunos na turma, ele só tem um amigo”* (Fernanda, mãe Tiago).

*“Bom, assim o que mais pode melhorar nisso daí acho que são os vínculos”* (Edgar, pai Alexandra).

*“Eu acho que o Denis, pra ele no momento, o que ele tá precisando é aprender a desabafar, a se abrir, ele é uma criança muito fechada. O pouco que ele conversa é comigo, o pouco. Mesmo assim é muito pouco mesmo e a maior ajuda dele no momento que ele tá precisando é isso: trabalhar essa parte pra ele falar as coisas. Que ele sente, que ele pensa entendeu? Isso aí”* (Lúcia, mãe Denis).

*“Eu acho que ele precisava conviver com alguém... Falo “Gilson, procura um coleguinha no colégio”, mas...”* (Nilton, pai Gilson).

Apesar ser um dos alicerces do trabalho na atenção psicossocial, destaco o que Guerra (2005) adverte: não devemos criar um ideal socializante. Para a autora se criarmos expectativas de reinserção psicossocial que tenham esse ideal (ou que tenham um ideal), estaríamos caindo na mesma ortopedia que é criticada pela reforma psiquiátrica.

Diferentemente dos responsáveis cujos relatos são citados acima, Nelma mostra-se ambivalente quando avalia a evolução do filho, na medida em que reconhece avanços mas parece ainda bastante incomodada e preocupada com sua característica, por ela denominada de “antissocial”, como pode ser observado no excerto abaixo.

*“O meu melhorou bastante, o meu era antissocial, brigava na escola, ia pra festinha e brigava na festinha, brigava com os primos, era antissocial. Chamavam ele de Pitbull. Hoje em dia, ele já sabe conversar, já sabe se expressar. Ele vai pra escola, tem algumas reclamações? Tem, continua algumas reclamações. Mas o que tinha, que eu ia na escola às vezes a semana inteira, todos os dias eu ia na escola. Meu filho não coloquei na escola pública, por quê? Porque meu filho ia apanhar muito, do jeito que ele é abusado, assim o*

*jeito dele, meu filho é muito antissocial, tudo ele se estressa. Tudo. É não pode isso aqui, ele já me jogou a mochila. Contrariou ele, ele já fica estressado. Eu acho que o Henrique tá precisando... eu não sei o que dizer o que o Henrique tá precisando, ele tem que melhorar, continuar desse jeito ele não pode. Ele não pode chegar na adolescência, chegar adulto desse jeito. Eu acho que ele não pode chegar e isso me preocupa todos os dias”* (Nelma, mãe Henrique).

Assim como aparece no discurso de Nelma, Elton também falou que o filho precisava melhorar, apesar de não saber o que o filho estava precisando: *“Eu não sei o que ele tá precisando... Igual eu falei, primeiro, acredito que Deus ainda diz sobre a medicina do homem, só o tempo pra ver se ele vai melhorar”* (Elton, pai Antônio). Entretanto, a despeito das incertezas, em outro momento da entrevista Elton destacou a necessidade de que o filho tomasse algum remédio, citando especialmente “um calmante pare ele dar uma relaxada”.

Sobre o fato dos pais “não saberem” o que os filhos estão precisando, Kamers (2013) afirma que, “na medida em que os pais não “sabem” o que se passa na cabeça de seus filhos, não se autorizam a intervir. E já que não sabem, deve haver alguém que sabe: nesse caso o especialista, que não apenas lhes dará este saber, como lhes dirá o que e como fazer” (p. 89). A autora enfatiza ainda que, comumente, nestes casos a medicação (e a medicalização) surge como recurso, oferecido pelos profissionais, em resposta àquilo que não é reconhecido pelos pais.

Em alguns discursos a demanda por medicamento associada ao que o filho estava precisando já apareceu formulada, como ocorre com Helena, que sente ter clareza da necessidade do filho, João: um acompanhamento com duas categorias profissionais em específico, psicopedagogia e neurologia, além do uso de algum remédio – assim como apareceu no relato de Elton.

*“No caso o meu [filho] precisa, ele precisa de psicopedagoga, e eu queria ver também se eu conseguia pra ele um neuro, porque ele é tipo assim, duplo comportamento, aqui ele é calmo, ele é tranquilo, ai chega em casa ele é muito agitado, muito nervoso, entendeu. E num dorme direito, é, é muito agitado mesmo, então eu não sei se precisaria de dar um remédio, um calmante.... Então eu não sei se algum remédio, ele é muito agitado, eu acho tipo assim, a mente dele não para, entendeu?”* (Helena, mãe João).

Três pais falaram que os filhos estavam precisando praticar algum esporte, demanda esta que acredito relacionar-se ao fato que, no período da realização das entrevistas, estava acontecendo uma articulação entre o CAPSi e a secretaria de esporte do município para que os usuários do serviço pudessem ter acesso a alguns esportes, como natação e futebol. A esse respeito, vale lembrar que Amstalden, Hoffman e Monteiro (2010) em um trabalho sobre percursos e desafios das políticas de saúde mental infantojuvenil, defendem a imprescindibilidade de estratégias intersetoriais, destacando, dentre outras coisas, o esporte como recurso importante.

Outra questão a ser destacada acerca da avaliação que os responsáveis fazem do CAPSi diz respeito à alta frequência e à ênfase com que se referiram às trocas de profissionais que aconteceram no CAPSi durante o período de realização das entrevistas. Qualquer serviço está sujeito a mudanças de profissionais, e, certamente, os usuários que estão no CAPSi desde que ele abriu ou há quatro anos, por exemplo, já vivenciaram isso. A diferença, na ocasião, foi que em um período recente à realização das entrevistas praticamente todos os profissionais foram trocados, como já foi dito no tópico de apresentação do campo. Esse cenário, que não é exclusivo da cidade onde o estudo foi desenvolvido, inevitavelmente nos leva a refletir sobre o desmantelamento dos serviços públicos de saúde, em especial os de saúde mental e atenção psicossocial.

Pareceu que para os usuários estava sendo difícil lidar com processo de reorganização o CAPSi vivia, já que os vínculos com os técnicos de referência foram abruptamente rompidos. Importante notar, que além de abrupta a interrupção não foi explicada aos usuários, dificultando a elaboração e fragilizando os vínculos com o serviço. Alguns pontos importantes podem ser destacados nos discursos dos responsáveis. O primeiro deles se refere ao que alguns consideraram como sendo um sentimento de abandono e ao fato de terem que recomençar todo o processo de tratamento, o que envolvia um incomodo em ter que refazer as entrevistas iniciais a cada troca de profissionais

*“Toda vez a gente que é a primeira [entrevista], é com os pais, aí troca de psicólogos, a outra depois que vier chama a gente lá pra cima e pergunta sobre tudo aquela ficha morre, aquela ficha que fica os dados dele data de nascimento aquela coisa tudinho, mas a ficha daqui com a outra psicóloga morre, aí já é outra igual a outra, eu vinha aqui em cima e o cara perguntou tudo novamente só que igual falei com ele, isso que acontece aqui, não sei se é certo ou errado não estou julgando ninguém... agora trocou tudo, agora a mulher ficou aqui quase um ano com ele, isso daí deu um baque. A maioria saiu tudo, que eu vejo aqui... o psicólogo ele chega junto na profissão dele, só que a prefeitura não chega junto. Aí eu te pergunto, a prefeitura chega junto? Chega junto da profissão deles? Dá o apoio que eles precisam? Eu creio que não, porque se chegasse nenhum deles tinha saído daqui não” (José, pai Claudio).*

No relato de José, podemos destacar também sua observação acerca da responsabilidade do governo sobre as mudanças, o que foi consensual para outros quatro pais. Luzio e L'Abbate (2009) em um trabalho sobre as ressonâncias da reforma psiquiátrica em municípios de pequeno e médio porte, ressaltam que a inclusão de ações ligadas às políticas públicas de saúde mental na agenda destes não garante que, de fato, assumam um projeto de Saúde Mental que leve em conta os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica. As autoras acrescentam que “a alternância de poder na esfera do executivo municipal foi apontada como um outro obstáculo no processo de construção da atenção psicossocial, pois os serviços se organizavam de maneira precária e frágil, o que os tornava vulneráveis no início de cada nova gestão administrativa” (pp. 112-13). O que estes autores constataram em seu trabalho, e que também pode ser constatado no nosso, é o fato de que os gestores municipais nem sempre estão comprometidos suficientemente com a política nacional de saúde.

Retomando a queixa dos pais frente à necessidade de refazer as entrevistas iniciais junto aos novos profissionais, destacamos o relato de Sueli, segundo a qual a mudança da equipe ocorreu entre a primeira e a segunda vez em que fora ao CAPSi, sendo que nesta segunda vez seria o primeiro atendimento de seu filho, Tiago.

*“Eu vim, fiz a porta [entrevista inicial] com uma psicóloga, eu vim numa terça, aí na outra semana já não era a mesma psicóloga que ia tratar com ele. Aí eu fiz a porta de novo, aí como eu fiz com a outra, ela falou assim: você me fala, como você já trouxe ele hoje, pra não embolar a mente dele, você me passa em 15 minutos tudo que você falou pra outra desde o começo que aí eu pego 30 minutos com ele pelo menos. Que ele já veio pensando que ia começar hoje. Aí ela falou assim pra não confundir ele, essa de agora. De uma terça pra outra já trocou tudo” (Sueli, mãe Tiago).*

No relato de Sueli, quando ela menciona que a psicóloga dividiu o tempo de atendimento entre ela e seu filho, é importante notar que esta foi a forma que a psicóloga que assumiu o caso encontrou para lidar com a situação de ter ocorrido a mudança de profissional de uma semana para a outra, principalmente neste momento delicado entre a entrevista inicial com a mãe e o primeiro atendimento da criança.

Em relação à confiança na instituição de modo geral, destaco o relato de Marta, mãe de Lucas, que falou sobre o fato das trocas repentinas de profissionais abalarem a confiança, principalmente na perspectiva das crianças e adolescentes.

*“[...] Aí que vê né, a criança senti o carinho aí chegou em janeiro aqui e já não tinha mais ninguém! Eles sentem, porque perdeu a confiança... quando eu cheguei em janeiro aqui, quando eu cheguei pra trazer meu filho na primeira consulta de janeiro, a mulher já não tava mais... Aí olha só, a troca de psicólogo aqui é igual empregado na tua casa, o teu filho confia naquela pessoa que trabalha contigo, você sai e ele confia, fica à vontade, Aí você sai e bota ela.... Até ela pegar confiança... ele conquistar confiança dela e ela a confiança dele, quer dizer a criança toma um baque”* (Marta, mãe Lucas).

Assim como na fala de Marta, também apareceram outros relatos em que os responsáveis mencionaram uma dificuldade das crianças em aceitarem a mudança e, conseqüentemente, o novo profissional. Uma das mães atribui isto ao vínculo que ela e o filho haviam criado com o antigo profissional responsável pelo caso, ressaltando que seu filho relutou muito para aceitar o novo técnico, pois não queria se expor novamente. Apesar de tudo, a mãe diz que mesmo com a equipe defasada eles se “espremeram de todo jeito” para não deixar que as crianças e os adolescentes ficassem sem atendimento. Ao reconhecer isto ela acrescenta que, para ela, só esse esforço da equipe já foi muito importante. Outra mãe também ressaltou que apesar de tudo, mesmo trocando todos os profissionais, ela continuaria frequentando o CAPSi enquanto fosse necessário.

Essas ponderações nos levam a perceber que os vínculos dos responsáveis e das crianças/adolescentes se dão também com o serviço como um todo, o que pode ajudar os usuários a suportarem as rupturas das relações com profissionais em específico.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu reafirmar a imprescindibilidade de um trabalho colaborativo (TEIXEIRA, COUTO E DELGADO, 2017) entre saúde e educação, pois é notória a dificuldade de operacionalização do trabalho no campo da saúde mental infantojuvenil sem que estes setores trabalhem em consonância. Ademais, todos poderiam se beneficiar de uma troca de experiências e saberes. Os principais aspectos que permitiram esta afirmação se referem ao fato da escola aparecer como maior agente encaminhador, muitas vezes tendo os encaminhamentos burocráticos como *modus operandi*, além do frequente aparecimento das preocupações dos responsáveis com a socialização de seus filhos, em sua maioria se referindo ao ambiente escolar.

Sobre o modo como as demandas se apresentam, destacou-se a necessidade de que sejam utilizados modelos que abarquem uma escuta mais atenta e acolhedora, que favoreçam uma ampliação do campo da queixa.

Reiteramos a importância de espaços diversificados, plurais, como assembleias ou associações de pais e responsáveis, em que estes possam participar das decisões sobre o funcionamento do serviço. Espaços que sirvam para os profissionais ouvirem a perspectiva dos responsáveis sobre as necessidades de seus filhos, o que permitiria aos profissionais considerar tais perspectivas no momento de elaborar estratégias que podem ser facilitadoras de um processo terapêutico.

Os resultados desta pesquisa aprontaram também para uma aparente “psicologização” de serviços como o CAPSi, indo na contramão do que versa a proposta dos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, fundamentados nos preceitos da reforma psiquiátrica. Não parece ser proveitoso que em serviços como este exista a predominância de um determinado saber, pois, ao que tudo indica, a colaboração e as trocas propiciadas

pelos diferentes saberes que podem compor tanto a equipe do CAPSi, quanto de outros serviços aos quais este pode dialogar, pode ser muito mais enriquecedor.

Evidenciou-se ainda que mesmo que em alguns momentos os responsáveis não saibam nomear os problemas, o que sentem ou o que precisam, o fato de saber que existe um lugar ao qual podem recorrer parece ser apaziguador. Conquanto, em alguns momentos eles se ressentem do fato de não receberem muitas informações sobre o modo como o tratamento funciona, sobre os objetivos das estratégias terapêuticas, suas funções e potência, o que nos permite supor que seria muito proveitoso se houvesse uma ampliação de oportunidades de diálogos entre os pais e os profissionais que acompanham seus filhos.

Corroborando com Karmers (2013), os pais parecem sentir-se desamparados quando entram em contato com desamparo de seus filhos. Somando-se a isso o fato de que muitas vezes os pais se culpabilizam pelos problemas dos filhos, estes elementos reafirmam a importância de espaços de acolhimento e elaboração para que os responsáveis possam lidar com seu próprio desamparo, com aquilo que não sabem ou não suportam reconhecer. Dentre outras coisas, confiança e acolhimento se mostraram como fundamentos essenciais para a manutenção de um processo terapêutico.

A pesquisa desenvolvida também serviu como espaço para que os pais se encontrassem, se conhecessem, compartilhassem experiências, desabafassem, descobrissem dificuldades em comum e até mesmo propusessem que um “grupo terapêutico” fosse formado, o que lhe concedeu certo efeito de intervenção.

Espera-se que a dissertação tenha colaborado com a identificação dos problemas (complexos, como propõe Camargo Jr, 2010) a partir da perspectiva dos usuários. E ainda, que inspire outros pesquisadores a conhecerem o que dizem os usuários, principalmente em pesquisas que incluam as crianças e os adolescentes.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCON, S; LANCETTI, A; RAMÔA, M; PETUCO, D; PEKELMAN, R. **Território, Território existencial e Cartografia.**, s/d.

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. **A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios.** In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.* São Paulo: HUCITEC, p. 33-45, 2010.

ARAUJO, N. B.; MANDU, E. N. T. **Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez.** *Interface, Comunicação Saúde Educação*; 20(57) p. 363-75, 2016.

ARRUÉ, A. M.; NEVES, E. T.; TERRA, M. G.; MAGNAGO, T. S. B. S.; JANTSCH, L. B.; PIESZAK, G. M.; SILVEIRA, A.; BUBOLTZ, F. L. **Crianças/Adolescentes com Necessidades Especiais de Saúde em Centro de Atenção Psicossocial.** *Rev Enferm UFSM*; 3(1) p. 227-237, jan/abril 2013.

ASSIS, S. G; AVANCI, J. Q.; PIRES, T. O; OLIVEIRA, R. V. C. **Necessidade e utilização de serviços de saúde mental infantil.** In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.* São Paulo: HUCITEC, p. 93-108, 2010.

BARLETA, C. M. B. **A supervisão clínico-institucional.** In: Org. ROSSI, A. *Tecendo Redes, psicanálise e políticas públicas.* Associação Psicanalítica de Curitiba, n. 26, Curitiba, 221p. 2013.

BASAGLIA, F. **A instituição negada.** Graal, Rio de Janeiro, 1985.

BELTRAME, M. M.; BOARINI, M. L. **Saúde Mental e Infância: Reflexões sobre a Demanda Escolar de um CAPSi.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (2), p. 336-349, 2013.

BORGES; S. A. C. **Territórios existenciais éticos-estéticos em saúde coletiva.** *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, p. 107–113, 2015.

BRANDÃO JUNIOR, P. M. C. **Um bebê no CAPSi: uma clínica possível.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, ano 9 n.2, p. 345-355, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. **Constituição.** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.** Diário Oficial da União, 2002b.



\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 76 p. Série B. Textos Básicos em Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento à demanda espontânea.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n 28, Volume I. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 64p., 2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados – 12.** Ano 10, nº 12, setembro de 2015. Informativo eletrônico. Brasília, 2015.

CAMPELO, L. L. C. R.; COSTA, S. M. E.; COLVERO, L. D. **Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, p. 192–198, 2014.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Forense Universitária, RJ, 7ed., 277p., 2015.

CAMPOS C. M. S., MISHIMA S. M. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do estado.** Cad Saúde Pública, 21(4):1260-8, 2005.

\_\_\_\_\_.; BATAIERO, M. O. **Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, set./dez 2007.

CAMPOS G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):393-403, 1999.

\_\_\_\_\_.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública [online], vol.23, n.2, pp.399-407, 2007.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. **Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 161-178, 2012.

CECILIO L. C. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.

COSTA, A. M.; CADORE, C.; LEWIS, M. S. R.; PERRONE, C. M. **Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.235-249, jan./jun. 2013.

COUTO, M. C. V. **Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes**. IN: FERREIRA, T. (org). *A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 61-72, 2004.

\_\_\_\_\_; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios**. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*, 30(4), 384-389, 2008.

\_\_\_\_\_; DELGADO, P. G. G. **Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial**. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Eds.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp.271-279). São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira** (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

\_\_\_\_\_.; DELGADO, P. G. G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais**. *Psicologia Clínica*, v. 27, n. 1, 2015.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. **O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica**. Universidade Estadual de Maringá. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 3, n. 1, p. 68-76, jan./jun 2011.

DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. **Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil**. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 19(2):226-236, 2009.

DIAS, F. W. S. *A criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar?* *Revista CliniCAPS*, vol. 7, artigo 05, Minas Gerais, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 129-138, fev. 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo. Perspectiva, 1972.

FURTADO, J. P.; ODA, W. Y.; BORYSOW, I. C; KAPP, S. . **A concepção de território na Saúde Mental**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016.

GUERRA, A. M. C. **A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil**. *Psychê [online]*, vol.9, n.15, pp. 139-154 2005.

HOFFOMAN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N. **Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de atenção psicossocial infantojuvenil**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3): 633,642, 2008.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; BRONDISIA, R.; FERNANDES, P.; PRUDENTE, J.; SCHAEFER, R.; KOLLING, V. **O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.3, p.686-697, 2012.

KAMERS, M. **O que se espera de uma criança hoje? Crise da autoridade, renúncia educativa e medicalização na infância**. In: Org. ROSSI, A. *Tecendo Redes, psicanálise e políticas públicas*. Associação Psicanalítica de Curitiba, n. 26, Curitiba, 221p. 2013.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. **Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial**. *saude em debate*, v. 38, p. 593–606, 2014.

LOPES, C. S.; ABREU, G. A.; SANTOS, D. F.; MENEZES, P. R.; CARVALHO, K. M. B.; CUNHA, C. F.; VASCONCELLOS, M. T. L.; BLOCH K. V.; SZKLO, M. **ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros**. *Rev Saúde Pública*; 50:14s, 2016.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 105–116, 2009.

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

MONTEIRO, A. R. M.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. S. M.; RABELO, K. P. S.; TAVARES, S. F. V.; TÁVORA, R. C. O. **Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes - a busca pelo tratamento**. *Esc Anna Nery Rev Enferm*; 16(3):523-29, 2012.

OLIVEIRA, T. R. M.; PARAÍSO, M. A. **Mapas, dança, desenhos: a cartografia como método de pesquisa em educação**. *Pro-Posições*, Campinas, v. 23, n.3(69), p. 159-178, set/dez, 2012.

PEREIRA, Z. U. **Notas sobre o Psicólogo e o centro de atenção infanto-juvenil**. In: FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (Org.) *Crianças e Adolescentes: o cuidado em saúde mental o trabalho feito por muitos*. Curitiba. CRV, p. 230, 2012.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, p. 65-112, 2001.

\_\_\_\_\_. GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. **Demanda em saúde e direito à saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, p. 13-33, 2010.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS. L. B. D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM. D.; ALVES, E. D. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1009–1019, 2010.

RANNA, W. **A saúde mental da criança na atenção básica. Detecção e intervenção a partir do Programa de Saúde da Família e o apoio matricial**. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, p. 170-185, 2010.

REBOLI, K. G.; KRÜGER, T. R. **Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental**. In: *Anais. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais*. Florianópolis, 2013.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F. **Nas teias da “rede de proteção”: internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida**. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 28, n. 1, p. 94-101, jan.-abr. 2016.

RINALDI, D. L.; LIMA, M. C. N. **Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental**. *Mental*, v. 4, n. 6, p. 53–68, 2006.

RIZZINI I.; RIZZINI I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2004.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SCANDOLARA, A. S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. **Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel - PR**. *Psicologia & Sociedade*; 21 (3) p. 334-342, 2009.

SCHMIDT M. B; FIGUEIREDO N. A. **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica e saúde mental**. *Rev Latinoam Psicopatol Fundamental*.;12(1):130-40, 2009.

SILVA, J. C.; GARCIA, E. L. **Formação em psicologia: entre a psicanálise e a promoção de saúde**. *Psicologia: Ensino & Formação*. 2(1): 95-102, 2012.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. **Construção social da demanda em saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013.

SOUZA, M. J. L. **O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento**. In: Org. CASTRO, I. E; GOMES, P. C. C; CORRÊA, R. L. *Geografia: conceitos e temas*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; p. 77-116, 2000.

TEIXEIRA, M. R. **Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes e a Atenção Básica de Saúde no marco do território: estudo exploratório qualitativo**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2015.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011)**. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 32, n. 4, p. 695-703, dez 2015.

TURATO E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 685p, 2003.

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

## 10 ANEXOS

### QUESTÕES

Apresentação dos nomes

Há quanto tempo vocês vêm ao CAPSi?

O que estava acontecendo quando vocês vieram ao CAPSi? Como era a vida de vocês nessa época?

Vocês vieram por iniciativa própria, ou por orientação de outra pessoa?

O que vocês acharam desse encaminhamento? Fez sentido para vocês? Vocês também percebiam essa necessidade?

E após chegarem ao CAPSi, o que acharam?

E agora, porque vocês continuam vindo?

O CAPSi tem ajudado em alguma coisa? Em que? (se responder voltada pra criança/ou adolescente perguntar também sobre ela/ou ela)

Hoje em dia, pensando um pouco sobre o comportamento, o sentimento, o jeito que ele se relaciona com você, na escola, com os amigos... acha que ele está precisando de alguma coisa?

Vocês acham que a criança ou o adolescente que vocês acompanham tem alguma dificuldade ou problema?

## **OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - COMO É EU CAPSi PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPSi)?**

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil.

As psicoses da infância e o autismo infantil são condições clínicas para as quais não se conhece uma causa isolada que possa ser responsabilizada por sua ocorrência. Apesar disso, a experiência permite indicar algumas situações que favorecem as possibilidades de melhora, principalmente quando o atendimento tem início o mais cedo possível, observando-se as seguintes condições:

- O tratamento tem mais probabilidade de sucesso quando a criança ou adolescente é mantida em seu ambiente doméstico e familiar.

- As famílias devem fazer parte integrante do tratamento, quando possível, pois observa-se maior dificuldade de melhora quando se trata a criança ou adolescente isoladamente.

- O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhora das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos.

- As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe.

- Deve-se ter em mente que no tratamento dessas crianças e adolescentes, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias.

- Atividades de inclusão social em geral e escolar em particular devem ser parte integrante dos projetos terapêuticos.

Em geral, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 86p, 2004.