

Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise.

Por: Melissa de Oliveira Pereira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Primeira Orientadora: Prof. Dra. Marilene de Castilho Sá

Segunda Orientadora: Prof. Dra. Lilian Miranda

Rio de Janeiro, março de 2013.

Melissa de Oliveira Pereira

UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A PARTIR DO ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES EM CRISE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, como requisito para obtenção do título de Mestre na
área de Saúde Pública.

Primeira Orientadora: Prof. Dra. Marilene de Castilho Sá

Segunda Orientadora: Prof. Dra. Lilian Miranda

Rio de Janeiro, março de 2013.

UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A PARTIR DO ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES EM CRISE

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Marlene de Castilho Sá
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dra. Lilian Miranda
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Paulo Amarante
Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Rossano Cabral
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, março de 2013

Dedico esta dissertação aos adolescentes do CAPSi Maninho, em São João de Meriti, que tanto me ensinaram durante os anos nos quais trabalhamos juntos e que são a principal inspiração para este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Tantas foram as pessoas que possibilitaram que esse trabalho chegasse hoje a uma pré-conclusão que a escrita dos agradecimentos dificulta-se. Sem dúvida há mais do que dois anos nesta dissertação e muito mais do que apenas uma autora nessas linhas. Não poderia, porém de deixar de agradecer:

Às minhas orientadoras Marilene e Lilian, imprescindíveis para esta pesquisa e para a potência do meu percurso. Sou muito grata pela escuta, pelo acolhimento, pelas sugestões e espero que esse seja o início de muitas outras trocas e encontros.

A Paulo Amarante pelas colaborações na qualificação, na disciplina e pela disponibilidade a conversas que reverberaram neste trabalho e continuam por refletir em outros espaços.

A Rossano Cabral pelas colaborações da qualificação e por topar mais uma vez participar da construção dessa pesquisa.

À Tatiana Wargas e Luciana Dias por proporcionar um espaço onde foi possível falar das intempéries de ser intentar pesquisadora.

À Pamela, por ser minha irmã e a maior companheira da vida.

Aos meus pais por me acompanharem em todos os momentos e, mais do que isso, por estarem dispostos a se reinventarem comigo, o que faz de vocês uma lindeza que não tem tamanho.

Aos adolescentes, familiares e profissionais que aceitaram participar das entrevistas e me receberam tão bem em todos os momentos, apesar da difícil tarefa que eu trazia. Espero que o trabalho possa ter contribuições diretas para o serviço.

À minha turma de mestrado com quem pude aprender tanto nesses dois anos e, em especial, à Mara, pela amizade que nos acompanha.

À equipe do CAPSi Maninho, com quem pude dividir a minha mais importante experiência profissional, e em especial à Kizzy Canavezes e Valéria Candido, exemplos de profissionais que fazem da Reforma Psiquiátrica uma bela realidade, apesar das dificuldades do cotidiano.

Aos companheiros do Núcleo da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro com quem tenho aprendido, entre idas e vindas, a força da militância.

Aos meus amigos de todas as horas Luciana [pelas quartas-feiras e todos os outros dias da semana], Leticia [por ser gelma], Mayra [pelos 11 anos], Thiago [coitados!], Sara [por ser você] e a tantos outros que sabem que estão do meu lado e me fazem lembrar cotidianamente da alegria da vida, mesmo quando ela está mais difícil.

A Abdala, Pajé e Guilherme, pelo compartilhamento da rotina, e de seus sabores e dissabores.

A Tiago Régis, pelo incentivo.

A Vinicius, mais do que pelas representações gráficas, pela disponibilidade e ajuda.

E por fim, mas não menos importante, aos brasileiros que através do pagamento de impostos possibilitaram o recebimento da bolsa de pesquisa que permitiu minha dedicação exclusiva a este trabalho. Espero devolver, de maneiras diversas, esse investimento.

(...) “adolescência”

é o pó solto no vento”

sem coágulo

perfumando a sala

o vermelho que pulsa e que se come cru.

/espelho ainda espontâneo

e extemporâneo ao tempo

em tempo lasso

das linhas costurando o sangue

ou o gosto novo do caqui que amarra.

é a má poesia escrita no bilhete

entre o olhar e o sêmen

(cereja no escuro,

não maçã)

!é o verbo livre

a borboleta em larva

: eu te amo menina eu te amo: beijou

só por dizer eu te amo

como se fosse fácil para alguém, dizer...

(...)

(Fragmentos do Poema Rapsódia da Nostalgia- M.R.Mello, 2010)

RESUMO

As situações de crise em saúde mental apresentam-se como um dos aspectos mais difíceis e estratégicos nessa assistência na medida em que muitas vezes é a partir delas que os sujeitos e seus familiares ou responsáveis procuram o serviço, podendo dar início a um processo de cuidado integral, mas também podendo dar início a um circuito de internações psiquiátricas ineficazes

Essa pesquisa buscou se aproximar dessas questões ao lançar luz sobre a assistência à saúde mental de adolescentes em crise tendo como foco o CAPSi e a partir de uma outra cena, que se deu com a construção dos itinerários terapêuticos desses sujeitos e de seus familiares na busca por cuidado na rede de serviços. Tivemos como fonte principal para a reconstituição desses percursos as narrativas de vida dos próprios adolescentes e de seus familiares, complementadas com algumas entrevistas de profissionais.

Nestas práticas pudemos acompanhar uma importante organização do trabalho no CAPSi atravessado por dificuldades de infra estrutura e baseado em certa rigidez institucional e fragmentação das estratégias, com pouco direcionamento para um trabalho intersetorial. Neste contexto, a atenção à crise parece se dar com um importante foco ora na medicação ora no Hospital Geral, que parece reduzir as possibilidades de criação de estratégias flexíveis. Apesar disso, pudemos perceber que o serviço se apresenta como importante espaço para os adolescentes e seus familiares no que diz respeito ao vínculo construído com os profissionais, o que foi marcante nas falas dos entrevistados.

Pudemos perceber que esses itinerários são construídos cotidianamente através de fluxos e conexões que envolvem acontecimentos diversos e atores múltiplos. O cuidado à crise envolve o encontro com um forte sofrimento psíquico não apenas por parte do adolescente, mas também de sua família, de seus vizinhos, de outras pessoas de seu convívio. E envolve também o sofrimento dos profissionais de saúde mental, de suas possibilidades e limites em inventar e reinventar práticas, o que nos apontou para a necessidade de investimento nos serviços em espaços onde se possa pensar essas questões.

ABSTRACT

The crisis in mental health are presented as one of the most difficult and strategic assistance in this as it is often from them that the subjects and their families or caregivers seeking service and may initiate a process of care Full, but may initiate a circuit of psychiatric ineffective.

This research sought to approach these issues to shed light on mental health care for adolescents in crisis focusing on the CAPSi and from another scene, which occurred with the construction of therapeutic itineraries of these individuals and their families in the search for care services in the network. We had as its primary source to replenish these pathways narratives of life of adolescents themselves and their families, supplemented with some interviews of professionals.

In these practices we could follow a major labor organization in CAPSi crossed by difficulties in infrastructure-based and institutional rigidities and fragmentation strategies, with little direction to an intersectoral work. In this context, attention to the crisis seems to be an important focus now on medication now on General Hospital, which seems to reduce the chances of creating flexible strategies. Nevertheless, we realize that the service presents itself as an important space for teens and their families with regard to the bond built with professionals, which was marked in the interviewees' statements.

We noticed that these itineraries are built daily through connections and flows that involve multiple actors and various events. The care crisis involves meeting with a strong psychological distress not only by adolescents, but also your family, your neighbors and other people close to them. And it also involves the suffering of mental health professionals, their possibilities and limitations in inventing and reinventing practices, we pointed to the need for investment in services in areas where one might think these questions.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1. BREVE HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL.....	16
1.1. A Psiquiatrização de crianças e adolescentes e seus desdobramentos para as políticas públicas.....	16
1.2. As Reformas Psiquiátricas, o SUS e a construção de serviços substitutivos em saúde mental.....	26
1.3. A saúde mental infanto-juvenil no contexto da nova Política de Saúde Mental do Brasil.....	38
CAPÍTULO 2. OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS E A ASSISTÊNCIA À CRISE NO BRASIL.....	46
2.1. Sobre a rede de serviços de atenção às urgências em saúde mental.....	46
CAPÍTULO 3. CONSIDERAÇÕES SOBRE A CRISE E O CUIDADO.....	57
3.1. Sobre o conceito de crise.....	57
3.2. Sobre a atenção à crise.....	63
3.3. Discutindo sobre condições intersubjetivas do trabalho nas instituições de saúde e o cuidado ao adolescente em crise.....	66
CAPÍTULO 4. TRAÇANDO PERCURSOS E CONSTRUINDO CAMINHOS DE PESQUISA.....	73
4.1. Sobre os objetivos da pesquisa.....	73
4.2. Itinerários Terapêuticos e Narrativas de Vida como recursos metodológicos.....	73
4.3. Estratégias de Pesquisa.....	79
4.4. A pesquisa clínica como lugar de encontro.....	85
CAPÍTULO 5. AS NARRATIVAS SOBRE A BUSCA DE CUIDADO TRILHADAS POR THIAGO, LETICIA E LUCIANA.....	89
5.1. Os caminhos de Thiago.....	89
5.2. Os caminhos de Leticia.....	95
5.3. Os caminhos de Luciana.....	100
CAPÍTULO 6 CONHECENDO O CAPSi, SUA HISTÓRIA E SUA ROTINA..	107
6.1. Como tudo começou.....	107
6.2. Conhecendo o espaço físico e a infraestrutura do CAPSi.....	108
6.3. Conhecendo os profissionais e seus vínculos de trabalho.....	111
6.4. Conhecendo a organização do trabalho dos profissionais.....	114
6.5. Conhecendo o perfil dos usuários e os fluxos de “entrada e saída”.....	117
6.6. Conhecendo o que é ofertado no CAPSi.....	126
6.7. Ações Intersetoriais.....	137
CAPÍTULO 7 SOBRE O CUIDADO À CRISE E OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA.....	144
7.1. Os Itinerários Terapêuticos de Thiago, Leticia e Luciana.....	144
7.2. O CAPSi, o Hospital Geral e o cuidado à crise.....	150
7.3. A experiência dos adolescentes e familiares no Hospital Geral.....	156

CAPÍTULO 8- REPRESENTAÇÕES E DESTINOS DA CRISE.....	164
8.1. A crise como susto e surpresa.....	164
8.2. A crise dos adolescentes como condensação de outras crises.....	165
8.3. A crise como violência e estranhamento.....	167
8.4. A crise como o que precisa ser esquecido.....	169
8.5. A negação da crise.....	169
8.6. As explicações da crise.....	170
8.7. Os destinos da crise.....	173
8.8. A crise como crise da instituição.....	183
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	186
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	190
ANEXOS.....	197

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACRD- Agente Comunitário Redutor de Danos

AM- Apoio Matricial

APAC- Autorização de Procedimentos de Auto Custo

APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAA- Centro de Atenção ao Adolescente

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS III- Centro de Atenção Psicossocial III

CAPSad- Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CF88- Constituição Federal de 1988.

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSM-Conferência Nacional de Saúde Mental

CSM- Coordenação de Saúde Mental

ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HG- Hospital Geral

IT Itinerário Terapêutico

MRS- Movimento da Reforma Sanitária

MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

OS- Organização Social

OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PNSM- Política Nacional de Saúde Mental

PTI -Projeto Terapêutico Individual

RPB-Reforma Psiquiátrica Brasileira

RT- Residência Terapêutica

SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SUS- Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é parte integrante do curso de Mestrado Acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. O ingresso nesse curso de mestrado se deu a partir de minha atuação em serviços de assistência em saúde mental a crianças e adolescentes, em especial a partir da experiência no CAPSi Maninho, em São João Meriti, durante três anos. Durante este período pude conhecer muitos adolescentes que traziam ao serviço uma grande riqueza e um grande potencial de reinvenção das vidas, apesar de muitas vezes terem suas histórias atravessadas por vivências de forte sofrimento. Muitas vezes, essas experiências convocavam de nós, equipe, uma recriação de nossas práticas. Era o caso dos momentos de crise. Inquietações diversas começaram a se apresentar a mim e foi nesse contexto que decidi me dedicar ao estudo das possibilidades, desafios e limites da realização de um cuidado integral e intersetorial voltado para adolescentes em situação de crise.

Para essa pesquisa foi escolhido como campo de estudo os serviços de um município na região Metropolitana do Rio de Janeiro, mais especificamente partindo das práticas de um Centro de Atenção Psicossocial Infante e Juvenil. A pesquisa se estruturou através da construção e análise do itinerário terapêutico de adolescentes em crise na busca por cuidado na rede de serviços, tendo como fonte principal para a reconstituição desses percursos as narrativas dos próprios adolescentes e de seus familiares, complementadas com algumas entrevistas de profissionais.

A escolha pelo estudo da atenção a adolescentes em situações de crise se deve à consideração de que as situações de crise apresentam-se como um dos aspectos mais difíceis e estratégicos, na medida em que muitas vezes é a partir delas que os adolescentes e seus familiares ou responsáveis procuram o serviço, podendo dar início a um processo de cuidado integral, mas também podendo dar início a um circuito de internações psiquiátricas ineficazes. Essa temática nos coloca uma série de questões, que tentaremos discutir nessa pesquisa. Entre elas destacamos: Como os serviços têm se organizado para atender adolescentes em crise? Existe uma articulação entre serviços nesta atenção? Como os adolescentes, familiares e os próprios profissionais têm representado a crise?

Autores que se dedicam ao tema, tendem a afirmar que a inclusão da saúde mental de crianças e adolescentes na agenda das políticas públicas se deu tardiamente em todos os países do mundo, independentemente de seu nível econômico (BECHERIE, 1992), (AMSTALDEN ET AL 2010), (COUTO ET AL; 2008), fato que denuncia a urgente

necessidade de uma agenda política específica ao público infante - juvenil, tendo em consideração as especificidades do momento de vida desses sujeitos, as particularidades das relações e dos lugares sociais ocupados pelas crianças e adolescente.

Neste contexto, verifica-se pouca discussão sobre a temática das situações de crise em saúde mental de adolescentes, seja em textos acadêmicos, documentos oficiais ou relatórios técnicos que possam orientar essas situações. Da mesma maneira, é importante destacar a defasagem entre as necessidades de atenção em saúde mental infantil e juvenil e a oferta de serviços capazes de responder às particularidades destas situações de urgência psíquica.

Entendemos que a institucionalização da reforma psiquiátrica não pode prescindir da permanente avaliação e qualificação dos serviços e suas práticas clínicas. Em relação especificamente à assistência em saúde podemos dizer que a importante vitória alcançada pelo SUS e pela Política Nacional de Saúde Mental, influenciada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, não necessariamente nos direciona a serviços eficientes e que funcionem com base nos ideais propostos, uma vez que a operacionalização de valores não é automática. Apesar de acompanharmos importantes avanços no campo da saúde mental nos últimos anos, a maneira como é realizado o cuidado a partir dessa nova estruturação de serviços ainda merece destaque nas pesquisas. Acreditamos que um possível caminho na direção de reais mudanças nas práticas de gestão e de atenção em saúde mental inclui a capacidade de problematizarmos as práticas e concepções vigentes nesse contexto. Dessa maneira, essa pesquisa pretende estar aberta ao “furo”, com o “que não dá certo” nos serviços, assim como com as alternativas encontradas nesse cotidiano. Acreditamos que esse diálogo entre academia e serviços pode ser um dos caminhos na direção da construção de estratégias que possam alimentar os programas e serviços de saúde oferecidos à população.

Visando uma aproximação com a realidade dos serviços e, –mais especificamente, com o modo como os usuários percebem e vivenciam esses serviços, utilizamos como estratégia o estudo do Itinerário Terapêutico (IT) (BELLATO et al, 2008); (TAVARES & BONET, 2008); (GERHARDT et al, 2008). Assim, entendemos o IT como uma ferramenta para a compreensão da dinâmica dos serviços de saúde mental e de sua articulação com outros serviços ou instâncias formais ou informais, ligados à atenção a adolescentes em situação de crise. Visando um estudo não apenas descritivo dessa trajetória, lançamos mão das Narrativas de Vida (LÉVY, 2001); (SCHRAIBER, 1995) como recurso complementar de pesquisa, no intuito de aprofundarmos nossas discussões em relação ao aspecto intersubjetivo e afetivo dos momento de crise e da busca por cuidado. A escolha por tais estratégias falam da nossa aposta

de que conhecer os caminhos trilhados pelos adolescentes e por suas famílias na busca por assistência, suas vivências e seu sofrimento neste percurso, pode nos possibilitar uma aproximação da rede de serviços através de um ângulo estratégico para a gestão, o planejamento e a construção de saberes e práticas no cuidado em saúde mental.

Iniciamos esse projeto com um breve passeio pela história da constituição da saúde mental da criança e do adolescente como um campo de pesquisa acadêmica e clínica, primeiramente da psiquiatria e, posteriormente, de outras disciplinas *psi*. No que diz respeito à estruturação da atenção, focaremos essa discussão no contexto brasileiro, com o intuito de acompanharmos mais de perto as primeiras atuações junto a esse público em nosso país e a mudança na lógica de cuidado trazida pela reforma psiquiátrica, os novos serviços e as atuais ações.

No segundo capítulo apresentaremos uma revisão bibliográfica de estudos acerca de alguns serviços substitutivos de saúde mental que se dedicam à atenção à crise, hoje existentes no Brasil. No terceiro capítulo nos dedicaremos às construções teóricas de René Kaës (1982, 2002, 2005) acerca do conceito de crise, construções essas que nos servirão de guia para a leitura do material encontrado na pesquisa de campo. O quarto capítulo apresenta, por sua vez, os objetivos gerais e específicos, assim como o caminho metodológico seguido nesta pesquisa.

O quinto capítulo destina-se à apresentação dos caminhos percorridos pelos adolescentes e seus familiares na busca por cuidado. A partir dessas histórias passaremos a uma maior discussão sobre o CAPSi estudado, sua história, rotina e organização do trabalho, no capítulo 6. O sétimo capítulo apresenta os itinerários terapêuticos dos adolescentes e uma discussão sobre a relação entre os serviços presentes na assistência à crise. Por fim, o oitavo capítulo pretende uma retomada de questões que se apresentaram a partir dessas histórias e, em especial, temos por intuito a aproximação de representações da crise por adolescentes, familiares e profissionais e os possíveis destinos para esse momento nas histórias acompanhadas.

Convidamos o leitor a nos acompanhar nos itinerários dessa pesquisa.

CAPÍTULO 1

UMA BREVE HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

1.1. A Psiquiatrização de crianças e adolescentes e seus desdobramentos para as políticas públicas

Na linha de partida de nosso breve passeio pela história da construção do campo da saúde mental infanto-juvenil fazem-se necessárias algumas considerações. A primeira delas visa alertar para que esse percurso se dará pelos desdobramentos da psiquiatrização da infância e da adolescência no Ocidente tomando como base os saberes “psi” que se dedicaram a esse público como objeto de conhecimento.

A escolha por iniciar este trabalho a partir desta história se dá ao considerarmos que o mais importante não é um questionamento sobre “o que é o adolescente”, e sim uma reflexão crítica sobre essa produção. Enunciados atravessados pelas normatizações do padrão adulto vigente, em relação ao qual podemos levantar uma série de questionamentos relativos à sua legitimidade e autoridade, se ressaltarmos tanto as condições objetivas como simbólicas resultantes deste padrão e desta normatização (NAKAMURA, 2009); (QUEIROZ, 2009).

Assim, iniciamos esse projeto alertando e nos alertando para tal fato, no intuito não de apresentar “verdades definitivas” sobre o adolescente, mas ao contrário, de questioná-las na tentativa de construir proposições que não aprisionem nosso olhar - e conseqüentemente não intente aprisionar o adolescente ao nosso olhar- mas que alargue nossos debates e permita espaço para contestações e contribuições.

Uma segunda consideração é um alerta para que apesar de não ser nosso intuito confundir crianças e adolescentes, incluindo-os no mesmo grupo, nosso percurso contará com uma passagem pelo campo da infância e, em alguns momentos, nos deteremos nesta para que seja possível continuar nosso trajeto. Isto, porque muitas vezes ao longo da história esse público foi considerado – e talvez possamos dizer, ainda o é muitas vezes- de maneira homogênea, de maneira que as políticas e práticas assistenciais se dirigiram ao infanto-juvenil como indivisível. Além do mais, como veremos, a adolescência só é tomada como hoje a entendemos a partir da Segunda Guerra Mundial.

Ariès (1981) conta-nos a história que denomina de “História Social da Criança e da Família”, que intitula o livro que tem servido de importante referência nesse campo. Um

das contribuições mais importantes desse livro é o esclarecimento de que a noção de infância parece ser uma “noção construída” e pode ter surgido no contexto sócio histórico das sociedades europeias na Idade Média.

Essa noção de infância teria se dado associada ao controle dos adultos, valor atribuído à família moderna como uma de suas características fundamentais. Ao surgir como conceito específico, a infância se tornou objeto não apenas de práticas familiares, mas também de instituições sociais, passando a estar referida às lógicas disciplinadoras que a lançam num complexo campo interinstitucional e de atravessamentos sócio-histórico-políticos, ligados fortemente a questões morais pautadas em uma lógica que toma a criança como um pequeno adulto em formação (ARIÈS, 1981); (NAKAMURA, 2009); (VINCENTIN, 2006).

Nas instituições psiquiátricas - compreendendo-as aqui para além de espaços e incluindo também os saberes que as fomentam--voltadas para infância e adolescência, essa lógica foi duramente reproduzida. Em nosso trabalho este ponto será considerado e nossas reflexões se darão também à luz de uma história da psiquiatria no Ocidente, ressaltando alguns períodos de maneira mais marcante, com base na afirmação de Birman (1978) sobre as três revoluções psiquiátricas, sendo a primeira a libertação dos loucos por Pinel, a segunda a ruptura freudiana a partir da conceituação do inconsciente e a terceira as reformas psiquiátricas iniciadas na década de 1960/1970 na qual daremos maior ênfase- apesar de não trabalhada pelo autor- na Reforma Italiana. Com isso, temos o intuito de pensar a psiquiatrização da adolescência desde o surgimento da medicina mental a fim de contextualizar os acontecimentos no campo da saúde mental e da infância e adolescência, em especial no Brasil.

A pretensão científica de se ocupar dos fenômenos mentais aconteceu a partir da Revolução Francesa com a emergência da psiquiatria moral como especialidade médica a partir da libertação de vários internos dos Hospitais Gerais – espaço social e político que exercia a prática sistemática de isolamento de segmentos sociais específicos. As novas instituições assistenciais criadas como substitutas pelo Estado se baseavam na proposta de Pinel e que se pautava na consideração do tratamento do louco como sua libertação.

Pautado nesta lógica, o hospital passou a ser uma instituição médica por excelência, na qual os loucos foram submetidos ao saber médico. Uma das premissas centrais era a consideração da loucura como fruto de influências morais e sociais a ser tratado pelo inaugural saber médico. O tratamento principal se dava com base no confinamento em ambiente asilar com intuito de substituição do meio familiar tido como patogênico e com base

em uma pedagogia da ordem e da vigilância, na qual a autoridade do médico ganha centralidade. O tratamento moral pretendia reeducar a mente para que a consciência pudesse, enfim, se encontrar com a realidade, sendo o hospital, ele próprio uma instituição terapêutica e o médico, figura central de uma política, e polícia, sanitárias. A Psiquiatria e as ciências humanas surgiram no século XIX como justificativas teóricas das práticas disciplinadoras, que a partir da proposta de um sujeito apto à submissão pelo trabalho, responderiam a certas exigências de uma Revolução Industrial em efervescência, uma classe burguesa emergente e uma organização das cidades (FOUCAULT, 2010), (COSTA, 1989).

Bercherie (1992) afirma que apesar da clínica psiquiátrica da criança e do adolescente ser quase tão antiga quanto a do adulto na formação de um saber médico, enquanto clínica específica seu estabelecimento data da década de 1930. É essa a matriz de ideias e práticas que servirão de ponto de partida para nosso percurso histórico, e, dessa maneira, começamos nosso caminho por uma nosologia que constituiu uma primeira clínica psiquiátrica da criança e do adolescente, pois este foi o caminho por onde a própria clínica se inicia.

Apesar disso, nos três primeiros quartos do século XIX encontramos uma discussão que nos permitirá o início desse mergulho no mundo da psiquiatria, a saber, discussão sobre a idiotia, tal qual descrita por Esquirol e Pinel. Isso, porque foi a primeira vez na história do saber psiquiátrico que surgiu o interesse pelos primeiros anos de vida, mesmo que ainda não houvesse nenhuma intenção de intervenção clínica, de tratamento voltado para a criança e adolescente. E não o há porque nesta época a existência da loucura propriamente dita na criança não era acreditada, já que era tomado como premissa que: “o eu nesta idade não está ainda formado de maneira estável para apresentar uma perversão durável e radical” (GRIESINGER, 1845 apud BERCHERIE, 1992)

Pinel descreveu o idiotismo em seu Tratado da Mania, como uma obliteração das faculdades intelectuais e afetivas da atividade mental, a qual ocasionaria devaneios, sons semi articulados, crises de agitação, entre outras possíveis manifestações. Esquirol, porém, sublinhou o grau de irreversibilidade da idiotia, a qual confiava um prognóstico negativo e uma aproximação com a monstruosidade (BERCHERIE, 1992), tanto em relação às características físicas quanto aos traços morais (LOBO, 2007). Foucault (2001) atenta para que é a partir do cruzamento de três figuras de anomalia, a saber, o monstro humano-representado pela figura do idiota-, o indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora, figuras não são assimiláveis ao sistema normativo de educação, que surge o conceito de anomalia, a marcante gradação entre normal e anormal que caracteriza o saber psiquiátrico.

Muitos foram os desdobramentos acerca da idiotia e entre eles ganharam destaque as obras dos educadores de idiotas, Séguin e Delasiauve, para os quais o déficit parecia ser parcial. Suas construções tomaram como base um caso considerado por muitos autores o evento que marcou o início das discussões nesta seara. O caso que ficou conhecido como o “Selvagem de Aveyron” é datado de 1799, quando um menino de cerca de 12 anos, desprovido de fala e que se movimentava como um quadrúpede, foi descoberto nas margens de uma floresta no interior da França. Ao ser encontrado foi levado a Paris onde foi avaliado por Pinel, por quem foi considerada como idiota incurável.

Foi, sob os cuidados de Itard, de quem o menino ganhou o nome de Victor, que foram possíveis outras apostas e a partir de quando esta história passou a trazer importantes desdobramentos entre os estudiosos da época. Itard, por considerar Vitor uma “criança normal”, apostou numa estratégia de educação que compensaria os anos de privação de conhecimentos sociais e de linguagem a que esta criança teria sido submetida na floresta. O objetivo inicial do médico não foi alcançado, porém, outra considerável conquista foi atingida já que suas investidas chamaram atenção da sociedade e da comunidade acadêmica para o comportamento de crianças e adolescentes “excepcionais” e para as possibilidades de sua terapia (BERCHERIE, 1992), (REIS et al.,2010).

Somada à chegada de Victor na cidade e suas repercussões, houve no final deste mesmo século o desenvolvimento da educação pública, laica e obrigatória na França, o que intensificou os interesses pela psicopatologia infantil. Neste contexto, Édouard Seguin, seguidor de Itard, fundou nos Estados Unidos a primeira escola de reeducação para crianças consideradas intelectualmente incapacitadas. É de sua autoria o primeiro trabalho sistemático neste tema intitulado “Tratamento moral, higiene e educação dos idiotas e outras crianças retardadas” (REIS et al.,2010). Para o autor, a base desse tratamento estaria no fato de que faltaria vontade ao idiota, de maneira que todo trabalho educativo deveria ser eminentemente moral. Tratamento moral no qual a presença do mestre é imperativa, já que seria o gesto autoritário do mestre que promoveria uma verdade para o aluno idiota (LOBO, 2007). As realizações de Itard e Seguin influenciaram diretamente outras iniciativas como a de Maria Montessori que fundou a Casa de Bambini na Itália e Ovide Décroly na Bélgica (REIS et al.,2010).

O desenvolvimento da escola suscitou novas problemáticas e as soluções apontadas dialogavam diretamente com os desenvolvimentos acadêmicos que estamos acompanhando. Lobo (2007), a partir de Foucault, afirma que esta reelaboração do conceito de idiotia no

início do século XIX teria permitido a introdução do projeto disciplinar da psiquiatria, para além do hospício, atravessando os muros da escola a partir das ações preventivas de lógica médico-pedagógicas, através de um modelo de intervenção que Foucault denominou de “binômio hospital-escola”. Podemos perceber que até este momento a criança e a idiotia representavam de maneira privilegiada as figuras de anormalidade de maneira que: “é sobretudo a criança o suporte da difusão do poder psiquiátrico; é muito mais a criança que o adulto.”(FOUCAULT, 2003, p.199 apud LOBO, 2007, p.70).

Dessa maneira (FOUCAULT, 2003 apud LOBO,2007) sublinha para que não foi a criança louca que deu origem à psiquiatrização da infância, mas que seria um movimento anterior e inicial, o de psiquiatrização da infância que apontou para a criança louca.

O Brasil traz suas particularidades em relação às medidas relacionadas à psiquiatrização da infância. É o caso da inauguração do primeiro pavilhão para crianças anormais do Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, denominado na época de Pavilhão-Escola Bourneville para Crianças Anormais, que tinha como base de sua terapêutica o aprendizado, o trabalho e a ginástica. Fizeram-se presentes, ainda, as campanhas de profilaxia dirigidas à proteção da infância que ajudaram a divulgar a necessidade de internação sob justificativa de periculosidade (LOBO, 2007).

Alguns saberes psicológicos e pedagógicos subverteram o lugar de tutelada que a criança ocupou nos séculos XVIII e XIX, como é o caso dos estudos de Piaget, consideradas como decisivos para o entendimento do modo de pensar e do processo de socialização infanto-juvenil. “Isto resultou num potente “misto” de saberes (...) que inscreveu o “desenvolvimento infantil” numa possível transdisciplinaridade” (VINCETIN, 2006, p.14) a partir da quebra de uma visão puramente constitucionalista pela psiquiatria em direção a uma compreensão dinâmica da vida psíquica e à consideração do papel do ambiente na gênese das doenças mentais (REIS et al.,2010).

Vale sublinharmos também a criação da Psicanálise por Freud trouxe uma importante superação de uma matriz de conhecimento e práticas centradas no saber médico psiquiátrico, através de propostas originais que provocaram rupturas muito importantes para nossa discussão. A Psicanálise, a partir da inauguração do conceito de inconsciente lançou um novo paradigma de compreensão do aparelho psíquico. De maneira breve podemos citar pontos-chaves como o foco em fatores da história individual, familiar, e cultural na psicogênese dos transtornos mentais; a relativização da fronteira entre normalidade e anormalidade; a emergência de um novo modelo interpretativo de conhecimento que considera não apenas o

inconsciente, mas a sua linguagem própria como os atos falhos, sonhos, sintomas e transferência; o desenvolvimento de uma terapêutica centrada na palavra e na qual o processo de individuação é sublinhado. (VASCONCELOS, 2009)

Não podemos deixar de lembrar que os achados de Freud em relação à psicose já apontavam para a valorização da escuta do sofrimento a partir da concepção de que o delírio, para além de uma errância, nos indicaria um sintoma revestido de sentido e fala, além de ser uma tentativa de restabelecimento. Freud através destas construções apresenta possíveis transformações no olhar sobre a loucura ao afirmar o delírio como sentido e, portanto, não devendo ser corrigido e sim escutado (VASCONCELOS, 2009); (REIS et al,2010).

Vale dizer que, neste momento, apesar de a Psicanálise se debruçar sobre o estudo dos primeiros anos de vida, o mesmo era feito como forma de lançar luz à vida adulta, sendo deixada de lado uma clínica da criança e do adolescente. Apenas muitos anos mais tarde os trabalhos de Freud foram desenvolvidos neste sentido, por autores como Hermine Van Hug-Hellmuth, Anna Freud, Melanie Klein e Shopie Morgenstern. A estreita relação da clínica com a psicologia do desenvolvimento e com a psicoterapia fica clara também a partir dos trabalhos de Margaret Mahler, Frances Tustin, Donald Winnicott e Françoise Dolto. Essa clínica rompeu com as concepções clássicas que se encontravam estritamente relacionadas com as doutrinas pedagógicas (REIS, et al., 2010).

A Psiquiatria, por sua vez, seguiu com a distinção, no campo do retardamento, das formas congênicas da concepção clássica de certas formas adquiridas nos primeiros anos de vida através dos trabalhos de Kraepelin, Strohmayer, Homburguer e Sante de Sanctis. Estes estudos abriram espaço para uma entidade particular que Sante de Sanctis denominou de “demência precocíssima” e que Bleuler conceituou de psicoses autísticas e dissociativas na criança, as quais diferiu do retardo mental. Seguiu-se a estas conexões a apresentação dos estudos de Leo Kanner sobre o autismo. A partir destes estudos, o autismo passou a ser descrito como um transtorno grave próprio da criança, inaugurando uma nova nosologia infantil, que pela primeira vez, não representava uma extensão do quadro adulto (REIS, et al.,2010). É como resultado destas construções que surgiu a noção moderna de psicose infantil e os problemas a ela relacionados na Psiquiatria (BERCHERIE, 1992).

Vale aqui marcar o desencadeamento da Primeira Guerra Mundial que apresentou altas taxas de mortalidade infantil, as quais levaram posteriormente ao desenvolvimento de uma rede de assistência social de um modelo marcante na assistência infantil. A questão da infância começou a tomar caráter jurídico com a Declaração sobre os Direitos da Criança, em

1924 em Genebra, o qual foi adotado pela ONU apenas em 1989 (VINCENTIN, 2006). Conseqüência destes investimentos, a gestação de uma clínica psiquiátrica da criança, propiciada pelas influências psicanalíticas e pela colaboração dos pediatras nesta construção, se iniciou na década de 1930, sob o nome de “pedo psiquiatria”. Um imenso campo se destacou a partir dessa união que não se restringia mais ao retardamento ou as psicoses e neuroses da criança, mas se expandiu para as doenças psicossomáticas, distúrbios do comportamento, manifestações afetivas patológicas e perturbações do desenvolvimento das funções elementares como motricidade, sono, fala, funções esfinterianas, entre outras. O contexto era propício e durante o Congresso Internacional de Pediatria foi proposto que se introduzisse o ensino da psiquiatria infantil na pediatria (BERCHERIE, 1992).

A década de 1930 foi também fortemente marcada pelos questionamentos de Adolf Meyer, representante do funcionalismo americano, em relação às concepções organicistas de Kraepelin. Meyer, um dos membros fundadores da Associação Americana de Psicanálise, entendia que a doença mental deveria ser tomada a partir da história do doente e não apenas como lesão cerebral, devendo abarcar aspectos psicológicos, estados somáticos e cerebrais. É sob sua égide que Kanner inaugura o primeiro serviço de psiquiatria infantil nos Estados Unidos (BERCHERIE, 1992).

São suas proposições sobre a denominada Psiquiatria Dinâmica, em conjunto com o Movimento de Higiene Mental, que se configuraram como os dois importantes pontos de inflexão e propulsão da psiquiatria infantil no início do século XX. Chamamos atenção para a fundação, no nosso país, da Liga Brasileira de Higiene Mental, por Gustavo Riedel em 1925, como importante estratégia oficial de cunho normalizador da população e que teve importante papel sobre a educação de crianças e adolescentes a partir de medidas educativas, visando a influência na evolução mental destes, que se tornaram mercedores de atenção particular (COSTA, 1989); (SCHECHTAMN, 2005). Neste momento vale a pena fazermos uma pausa para algumas considerações sobre o Higienismo

A Higiene Mental nasce de um pensamento modernizador de cunho científico do século XIX e trazia em sua ideologia e prática a ideia de uma educação e controle de massas com base no ideal de homem adaptado à sociedade, de maneira que a prevenção da insanidade e da delinquência eram centrais. Algumas de suas formulações, inspiradas na Eugenia e com fundamentação racional na Psiquiatria organicista- de maneira especial nas obras de Kraepelin-, tinham forte influência do nazismo alemão e do fascismo, dando espaço para fortes ideologias racistas, xenófobas e autoritárias que exprimiam aspirações políticos-

sociais e interesses corporativos específicos. (VASCONCELOS, 2009); (COSTA, 1989) Nesse sentido, Costa (1989) lembra que o biologismo da LBHM tinha um fundamento ideológico e não científico, de maneira que o sistema psiquiátrico aparecia, antes de mais nada, como um arranjo cultural. Neste contexto, elege-se a criança como ponto central na construção do Estado.

Neste contexto ganham lugar os serviços sociais e de “proteção” contra o “abandono físico, moral e intelectual”, assim como a fiscalização das diferentes esferas onde se processa a “higiene mental” desse grupo, como o lar e a escola (VASCONCELOS, 2008). De maneira importante aparecem as exortações aos pais sobre o processo de adaptação de seus filhos visando “uma mentalidade corretamente desenvolvida” que se traduziria em comportamentos adequados, num entrelaçamento de educação e prevenção, visando moldar o “futuro homem higienizado” (REIS, et al.,2010). A psiquiatria infantil e juvenil se caracterizou, assim, como uma disciplina moral e social, estando o trabalho do médico muito próximo ao de policiamento e educação de crianças.

A Psiquiatria baseada nesses princípios baseava-se no pressuposto da existência de uma essência humana que podia ser entendida pela decifração de leis da hereditariedade e degeneração, acreditando-se que a prevenção dos distúrbios mentais fosse possível, prevenção essa eugênica, sobre o que Costa (1989) considera um novo aprisionamento da loucura no discurso da ciência médica. Nesta lógica, a própria Saúde Pública aparecia como estratégia de controle e de construção desse homem higienizado e, entre outras medidas, podemos citar os pedidos dos psiquiatras de esterilização sexual dos doentes mentais, o combate à miscigenação racial entre brasileiros, a exigência de proibição de imigração de indivíduos não-brancos, a solicitação de tribunais de eugenia, entre outros. A LBHM parece ter contado com o apoio do governo da Revolução de 1930 e, após esta, contou com todo um aparato possibilitado pelo então Departamento de Saúde como a ampliação dos hospícios e asilos, a constituição de órgãos governamentais coordenadores das políticas de saúde mental e a criação de ambulatórios e clínicas de tratamento para a população em geral (COSTA, 1989).

Vale sublinhar que havia também um importante foco nos homens e mulheres “comuns”, assim como na família, no intuito de moralização da classe média (COSTA, 1989), visando a “difusão de hábitos sadios e revigorantes de ajustamento social” (VASCONCELOS, 2008), a partir de todo o espaço social tomado pela Psiquiatria, sejam rádios, televisão, escola, coloridos por um misto de princípios cristãos a serviço de um individualismo burguês mais descarado (COSTA, 1989).

Faz-se importante citar no rol destes acontecimentos o nome de Geraldo de Paula Sousa, representante da Fundação Rockefeller e diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, que defensor de uma medicina social, fundou o Instituto de Higiene de São Paulo, assim como outros dispositivos, através dos quais se inaugurou a formação de um grupo de estudos de psicologia aplicada. Vários psicanalistas da primeira geração de São Paulo e do Rio de Janeiro desenvolveram seus estudos e atuação, dirigidos à educação sanitária da criança e como foco na instrução sobre os vícios de uma vida sexual desregrada na infância (REIS et al.,2010).

Pontuamos que, neste contexto, o higienismo se apropriou das ideias psicanalíticas e as utilizou com um viés adaptativo e ajustador, integrando seus valores de forma mais pragmática aos demais elementos da prática psiquiátrica convencional. As referências à Psicanálise apresentavam um conhecimento superficial e deturpado da mesma com intuito de corroborar a perspectiva profilática e de caráter eugênica da Liga (VASCONCELOS, 2008).

O foco da psiquiatria infantil no tema da delinquência encontrava eco no plano jurídico, através do Código de Menores, de 1927. Melo Matos, redator deste documento, afirmava que:

“o menor é para o Estado um valor econômico e um valor social; contribui para o desenvolvimento do povoamento, do solo e para a manutenção da integridade e da independência da Pátria; por isso, além de outras razões, a vida dos menores é preciosa à Nação” (WADSWORTH, 1999 apud REIS, et al.,2010).

O Código de Menores afirmava que o Estado se responsabilizaria para que as crianças que necessitassem de cuidados em saúde mental recebessem atendimento apropriado. Pautadas nestas afirmações, surgiram diversas instituições voltadas para crianças e adolescentes como o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico Helena Antipoff e o Instituto de Psicologia de Pernambuco, criado por Ulisses Pernambuco (REIS, et al.,2010).

Em 1932 a Liga Brasileira de Higiene Mental inaugurou a Clínica da Eufrenia que se destinava a prevenir doenças nervosas na infância e corrigir o que era entendido como reações psíquicas anormais. Esta Clínica permitia a incorporação pela psiquiatria da explicação do psiquismo pela via da compreensão médico pedagógica do desenvolvimento mental, de maneira que já nos primeiros meses de vida era possível um trabalho de atuação da clínica

visando à boa formação da mente infantil. Importante ressaltar que neste contexto a clínica não se destinava a tratar dos grandes quadros, mas a rastrear anomalias incipientes de forma a prevenir alterações futuras. Em 1934 a Clínica se uniu ao serviço ambulatorial do Centro Psiquiátrico Nacional, passando a ser instituição de assistência pública e a desenvolver um trabalho cada vez mais calcado na consolidação de um espaço social ampliado de intervenção especializada que visasse a educação da criança por meios científicos (SCHECHTAMN, 2005).

A Constituição Brasileira de 1934, calcada nesta lógica, traz uma série de preceitos que garante cuidados e garantias especiais às crianças como responsabilidade do Estado. Faz-se importante ressaltar o caráter autoritário e intervencionista das políticas de saúde e educação dirigidas à criança e ao adolescente neste período. Ganham prioridade nestes investimentos os interesses da nação a longo prazo que estabeleceu as concepções de uma política assistencial paternalista e assistencialista, que trouxe seus efeitos em relação à criança e ao adolescente até os dias atuais, como veremos ao longo do texto. É importante destacar que a primeira legislação psiquiátrica do país, a Lei 1132, data de 1903.

Os anos 1940 foram marcados pelo surgimento do Serviço Social no Brasil. A inclusão dos assistentes sociais neste campo se deu com foco no diagnóstico e tratamento de “crianças problemas”, através da educação higiênica nas escolas e famílias. Para tanto, foram criados serviços como COI- Centro de Orientação Infantil- e COJ- Centro de Orientação Juvenil, no Rio de Janeiro, os quais através de conhecimentos oriundos da psiquiatria, psicanálise e do higienismo, tiveram papel de separar os “desajustados emocionais” dos “delinquentes”. Foram criados serviços de atenção à saúde mental de caráter público e estatal, como o trabalho de Stanislaw Kryncki junto às crianças do Hospital de Juquery, o Serviço de Higiene Mental vinculado ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP, acompanhado pelo professor Pedro de Alcântara, Di Loreto e Dulce Vieira Marcondes (REIS, et al.,2010).

Dessa maneira, ao encerrar este tópico, vale percebermos o quanto a Saúde Pública, em especial via saberes “psi”, se tornou veículo possível de discursos baseados em um modelo construído de homem e mulher física e moralmente saudáveis, o que justificou medidas de controle e modelação da infância e adolescências “anormais” a partir da vigilância médica e pedagógica.

1.2. As Reformas Psiquiátricas, o SUS e a construção de serviços substitutivos em Saúde Mental.

O nascimento das políticas públicas para a juventude

Este tópico inicia-se com um importante marco histórico: a Segunda Guerra Mundial, mais especificamente o período que a segue e as diversas repercussões em múltiplos campos. Este é um período marcado pelo que Kaës (2002) considera como crise multidimensional onde a cultura, a comunicação e a sociabilidade estão fortemente coloridas por questionamentos e mortes de saberes, paradigmas e valores.

Podemos lembrar o crescimento econômico que a humanidade presenciou acoplado ao aumento de consumo de produtos industrializados, os avanços tecnológicos e a influência da mídia nas modas, tendências e comportamentos. Queiroz (2009) recorda as mudanças de valores e regras, oficiais ou não, que governavam a conduta sexual e a procriação, como a oficialização dos divórcios e o surgimento de métodos anticoncepcionais, por exemplo. A autora recorda também a expansão da educação que se deu nesse período e que legitimou o lugar do adolescente no papel de estudante, importante para a construção da identidade deste que passa a ter papel na sociedade urbana e industrial, o que somado à massificação da televisão e das indústrias culturais culminou com fenômenos de divergência entre gerações. É neste momento que a noção de adolescência ganha a cena.

Símbolos desse momento são os movimentos de mobilização e contestação social de valores vigentes na cultura ocidental, caracterizados pelo seu forte caráter libertário como a revolução sexual, o Feminismo, o Movimento Negro e o surgimento do Hip-Hop, assim como os movimentos de contra cultura como o Beat Generation e o movimento hippie, entre outros nos quais os jovens passaram a ocupar um importante lugar de proposição de novos ideais. Não podemos esquecer dos movimentos estudantis, que tem como grande símbolo, os acontecimentos de maio de 1968 na França, mas que se espalharam pelo mundo através de outras manifestações. Assim, apesar destes movimentos terem início na Europa e Estados Unidos, influenciaram também os movimentos estudantis no Brasil os quais tiveram importante papel nas reivindicações contra a ditadura militar e para a instauração de um regime democrático.

A mudança da condição do jovem na sociedade e toda essa repercussão despertou a sociedade para uma série de políticas públicas destinadas à juventude, com fins de afastá-la das consideradas “condutas socialmente reprovadas” como o uso de drogas e o exercício da

sexualidade, assim como das contestações políticas. Foi o caso de muitas medidas brasileiras centradas no controle social dos setores juvenis mobilizados. Queiroz (2009) chama a atenção para o fato de que é nesse período, o período da ditadura militar, que surge no Brasil a Medicina do Adolescente, e nos convida à uma reflexão sobre possibilidades de uso dessa disciplina, entre outros fatores, como mais um mecanismo de controle da juventude.

Vale lembrar também que a partir da Segunda Guerra Mundial passaram-se a se desenvolver, no cenário internacional, experiências de intervenção do Estado na economia com o propósito de manter o crescimento econômico, assim como de ofertar programas sociais estatais em habitação, infra-estrutura, educação, saúde, etc (VASCONCELOS, 2008). Neste contexto se deu o desenvolvimento de sistemas massivos de bem estar social e de saúde, nas décadas de 1960 e 1970 com a ampliação de programas de seguros sociais para os grupos dependentes em geral da comunidade, como *community care*, *Medicaid* e *Medicare* nos Estados Unidos, assim como os serviços sociais pessoais para idosos e pessoas dependentes na Inglaterra e Suécia (VASCONCELOS, 2006).

Na área da saúde, de maneira especial, podemos citar a oferta de serviços de medicina por hospitais e ambulatórios públicos; oferta de atividades e serviços preventivos como obras de saneamento e controle de vetores; linhas de equipe de atenção primária em saúde; práticas de saúde alternativas; noção de participação comunitária; implantação de serviços de saúde mental comunitários, entre outros. Vale sublinhar que a partir da reconstrução dos países afetados, o período pós guerra convocou os olhares dos organismos internacionais para os problemas de saúde mental da criança, os quais passaram a fazer parte dos cuidados maternos infantis (REIS et al, 2010).

Vasconcelos (2008) lembra que nos países latino-americanos, como no Brasil, houve um atraso significativo nessa agenda, quando comparada aos países centrais. Isto porque a dependência econômica e o ciclo das ditaduras militares implicou em um atraso de décadas nas possibilidades de expandir a luta pela implementação de políticas sociais universais. As possibilidades históricas de luta por essas políticas universais só foram possíveis com o processo de democratização, sobre o qual falaremos mais adiante.

No Brasil, segundo REIS et al (2010) até o final da ditadura não podemos falar ainda, no Brasil de um campo da saúde mental infante e juvenil, uma vez que o cenário nos apontava para uma importante fragmentação de serviços que não conversavam entre si. Faz-se, porém, importante assinalar neste período o surgimento das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), no Rio de Janeiro, em 1954, que logo se transformou na instituição

filantrópica mais presente no país. Nesta mesma linha, na década de 1960 foram criadas a Associação Brasileira de Deficiência Mental e a Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil e, na área privada, a Comunidade Terapêutica “Enface” em São Paulo (REIS, et al., 2010). No plano internacional a criação a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, enfatizou a atuação contra as enfermidades no seu estado precoce de desenvolvimento.

Faz-se importante assinalar também que em 1961, o Estado brasileiro havia tomado para si o dever sob os direitos sociais dos “menores”, a partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional. Esta visava a democratização do ensino básico para crianças e adolescentes, garantindo a escola pública, gratuita e laica para toda a população de sete a quatorze anos (LEITE, 2008).

Esse processo também foi interrompido poucos anos depois com o golpe militar de 1964 que aboliu os direitos de cidadania para quase todos os brasileiros. Para os “menores”, marco dessa época é a criação da FUNABEM- Fundação de Bem-Estar do Menor- substituindo o SAM-Serviço de Assistência ao Menor e que aparece como berço das instituições de repressão voltadas para este público a serem criadas no Brasil e tendo como base uma política correcional, repressiva e assistencialista. Esse movimento fortificou-se com o Código de Menores de 1979 que introduziu a prisão cautelar para menores de idade, antes inexistente no Código Penal Brasileiro, mais um instrumento formal de penalização e aprisionamento da infância e juventude, mais especificamente da infância e juventude pobre como discute Leite (2008).

As reformas psiquiátricas e a construção de uma nova relação com a loucura

Concomitantemente ao alargamento das instituições de sistemas de bem-estar social, dava-se um importante fervilhamento crítico em relação às instituições sociais como um todo. No mundo acadêmico através das obras de Laing, Russel Barton, Cooper, Canguillem, Erving Goffman, Michel Foucault, Jean-Paul Sartre, Franco Basaglia, entre outros autores, que apresentaram uma crítica sistemática das instituições totais no final dos anos 1950 e 1960, acabaram por denunciar o anacronismo das instituições, particularmente as asilares, não só as psiquiátricas. Estas construções se deram em um processo maior, de crítica às próprias ciências naturais e que se dirigiram, no caso da psiquiatria, em direção à reformulação de

paradigmas convencionais e das relações de poder entre os profissionais (AMARANTE, 2007); (VASCONCELOS, 2009).

Amarante (2007) atenta para fato de que a Segunda Guerra Mundial fez com que a sociedade dirigisse seus olhares para o hospício e percebesse que ele não se diferenciava dos campos de concentração. O fato de muitos soldados terem demandando este tipo de atendimento devido aos comoventes danos psicológicos, sociais e físicos sofridos com a guerra fez nascer as enfermarias psiquiátricas em hospital geral, como constatação do hospital psiquiátrico como lugar de total ausência de dignidade humana.

Somado-se a isso, na década de 1950 uma importante mudança para o tratamento pessoas com transtornos mais graves foi a descoberta do lítio como estabilizador do humor, por John Cade. A revolução psicofarmacoterápica que se seguiu a partir desta descoberta permitiu pensar o tratamento da pessoa em seu ambiente de origem e em ambientes menos coercitivos e isolados o que possibilitou uma importante mudança no acolhimento e acompanhamento, tornando a exclusão do louco ainda mais injustificável (BASAGLIA, 2010); (VASCONCELOS, 2006).

O cenário apresentado e as contribuições acadêmicas que ressaltamos são mobilizadores essenciais para o foco em um novo tipo de psiquiatria para além das instituições que considerava as “tensões do meio ambiente” nos agravos mentais. É neste momento que o termo “Higiene Mental” foi substituído pelo de “Saúde Mental”. Sob esta rubrica, visavam-se relações harmoniosas do indivíduo com seu ambiente físico e social. Saúde mental passava a implicar, assim, “um estado de personalidade tal que permita o indivíduo examinar seus impulsos instintivos, estando, somente assim, apto a realizar plenamente suas potencialidades” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1952, apud REIS et al, 2010).

Muitos movimentos em prol de uma reforma psiquiátrica aconteceram em diversos países, dentre os quais sublinhamos a Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, experiências que focaram suas construções na gestão da instituição e na introdução de mudanças no hospital psiquiátrico. Além disso, destacam-se a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, que apostaram no esgotamento do hospital psiquiátrico e na necessidade de um processo gradual de desmonte do asilo e construção de serviços assistenciais que qualificariam e substituiriam este modelo (AMARANTE, 2007).

A Reforma Democrática prosseguiu a estas outras reformas psiquiátricas utilizando como base as discussões e avanços destas e se configurando com principal referência para a

Reforma Psiquiátrica Brasileira. Do modelo de Setor considerou a importância da territorialidade e da Comunidade Terapêutica a ênfase na horizontalidade e na democratização, assim como do modelo asilar desenhou o direito ao asilo como necessidade de proteção da própria pessoa e de outros. Esse movimento iniciou-se na década de 1960 a partir das experiências nas cidades de Gorizia e Trieste, a partir de iniciativas de Basaglia, Antonio Slavich e outros jovens psiquiatras. A ideia primeira de transformar o hospital psiquiátrico em verdadeiro lugar de tratamento e reabilitação através de medidas administrativas ou de humanização foi aos poucos sendo percebida como incompleta de maneira que as discussões e ações avançaram para uma negação da psiquiatria clássica enquanto ideologia (AMARANTE, 2007).

Este movimento passou a fomentar um pensamento e uma prática institucional originais que se voltavam não apenas para a substituição do hospital psiquiátrico como também para o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentavam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. Dessa maneira, o que era proposto não era uma simples reformulação dos serviços de saúde, mas um importante questionamento não só das práticas e instituições psiquiátricas como também os conceitos e saberes que dão legitimidade a tais práticas. Dessa maneira, as transformações deveriam transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais (AMARANTE, 2007).

Como caminho para superação da lógica manicomial, a partir da experiência italiana, Amarante (2007) aponta para o entendimento da saúde mental e atenção psicossocial não como modelo ou sistema fechado, mas como processo, o qual conceitua de “processo social complexo” por unir diversas dimensões: teórico conceitual, técnico assistencial, jurídico política e sociocultural.

A partir das contribuições de Basaglia (2010) ganha foco o questionamento dos conceitos psiquiátricos científicos de considerar a doença como objeto natural, externo ao homem, e a proposta do enfrentamento científico da problemática do doente mental através do ato de:

“pôr “entre parênteses” a doença e o modo pelo qual ela foi classificada para considerar o doente no desdobramento em modalidades humanas que- justamente enquanto tais- nos pareçam abordáveis” (BASAGLIA, 2010, pp6)

Como nos alerta Amarante (2007) ao colocar a doença “entre parênteses”, Basaglia (2010), antes de tudo, o faz a partir de uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento que conseqüentemente possibilita novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que no caso é a vivência dos sujeitos. A partir deste ato não se nega a doença, mas se promove uma ruptura com o modelo teórico conceitual da psiquiatria que coisificou e objetivou a experiência humana. Colocar a doença entre parênteses permite que nos deparemos com o sujeito, suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, família, parentes e vizinhos, projetos e anseios. Dessa maneira, a Reforma Democrática propõe questionar não apenas as instituições e práticas psiquiátricas, mas também os conceitos e saberes que as legitimam. Este não se reduz à mera reestruturação de serviços, mas antes disso, se volta para os princípios e estratégias que lhe antecedem.

Esse novo olhar proporciona conseqüentemente uma mudança no modo de cuidar as pessoas. Com base nesta lógica as atuações visando “a boa formação da mente infantil”, ou a “formação de uma mente infantil higienizada a partir de métodos científicos”, como proposto pela psiquiatria que ganhou espaço no Brasil no século XX são também questionadas em seu caráter de controle e institucionalização dos sujeitos.

A dimensão teórico conceitual desta concepção articula-se diretamente a dimensão técnico assistencial, mas também apresenta uma série de desafios nas dimensões jurídico e políticas que se dirigem à cidadania, assumindo aqui uma expressão singular a questão dos direitos humanos. Trata-se de garantir a “inclusão de novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2007, pp70). Faz-se estratégico, ainda, uma mobilização social através da difusão desses valores, contexto no qual a arte e a cultura são instrumentos privilegiados de alcance da sociedade.

As propostas da Reforma Psiquiátrica atravessam e são atravessadas por uma série de dimensões que apontam para um processo social complexo em prol de uma real mudança na relação com a loucura:

“Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (AMARANTE, 2007, pp63).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, o período da ditadura militar foi marcado pela forte repressão aos movimentos sociais e às mudanças políticas, sociais e institucionais. Neste período, as conjunturas políticas de lutas pela democratização, de processos revolucionários e pela conquista de espaços que possibilitaram processos políticos sociais de afirmação de direitos civis e políticos deram-se graças ao protagonismo de diversos movimentos sociais que propunham uma reforma social ampla de oposição ao regime militar como o movimento social rural, o movimento pela reforma agrária, pela reforma urbana, e podemos destacar, o movimento pela reforma sanitária e pela reforma psiquiátrica.

O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) foi organizado desde a universidade, sindicatos profissionais, movimento popular e com representação mesmo no Congresso Nacional. Dentro deste movimento mais geral da reforma sanitária advogava também o movimento pela reforma psiquiátrica, representado de maneira importante pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que iniciou um processo de denúncia da violação dos direitos humanos praticada em hospitais psiquiátricos e que culminou, finalmente, na adoção do lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, no ano de 1987, em Bauru, onde passou a ser conhecido como Movimento pela Luta Antimanicomial, como veremos adiante (VASCONCELOS, 2006).

O embasamento do MRS se dava a partir de uma discussão conceitual e de uma produção teórico-crítico apontando como proposições centrais o questionamento do paradigma biologizante e individualizante da saúde, assim como a relação entre as organizações dos serviços de saúde e a estrutura social, o que conversava diretamente com os ideais da reforma psiquiátrica.

Esta discussão propunha o alargamento do conceito de saúde até então entendida exclusivamente a partir de sua dimensão biológica e ecológica, na qual a saúde era entendida primordialmente como ausência de doenças. O conceito de saúde em sua dimensão mais ampla é tomado como um fenômeno determinado social e historicamente, enquanto componente dos processos de reprodução social, proposição que orientava diretamente o MRS:

“O conceito de saúde sustentado pela Reforma Sanitária se afina com o de qualidade de vida, entendida como a conquista histórica da

capacidade de fruir e criar uma vida que atenda, dentro dos padrões de dignidade humana, as demandas de moradia, trabalho, transporte, lazer e propicie o acesso às ações integrais de saúde, e uma educação de qualidade e a mecanismos de resolução equânime e pacífica dos conflitos” (BRASIL 2007, pp 10-11)

Esta construção de um novo paradigma de saúde e sua relação direta com as políticas públicas nos fala de um processo maior, em que as políticas sociais aparecem como processo de constituição da cidadania, a partir da construção de um Estado democrático e de políticas que garantam a responsabilidade deste na garantia dos direitos dos cidadãos. Tal ponto é crucial para entendermos a luta pela democratização da saúde no Brasil, assim como a inclusão da luta pela reforma psiquiátrica neste contexto, na qual desde sua gênese é inseparável da luta pelo direito de cidadania implicando profundas mudanças culturais, políticas e institucionais.

A primeira mudança do sistema global de saúde no país, conhecido como Prev-Saúde, subsidiou a expansão e formalização do modelo sanitarista das Ações Integradas de Saúde e Sistemas Unificados de Saúde, o Suds. Essa foi a estratégia mais importante para a universalização do direito à saúde a partir de uma proposta de integração dos serviços públicos de saúde e da articulação destes com a rede conveniada, a partir de um compromisso dos governos em oferecer assistência gratuita a toda população (VASCONCELOS, 2006).

Neste período ganharam destaque equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental e controle e humanização do setor hospitalar o que possibilitou uma maior abertura de espaço político para a implementação de processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos, assim como da expansão da rede ambulatorial substitutiva. As bandeiras do MTSM, neste momento, se davam em direção à interrupção da criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos, assim como a redução dos já existentes e controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados, pela substituição da regionalização das ações em saúde mental e ampliação da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais (AMARANTE, 2007)

Nesse cenário, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 aparece como marco da participação da sociedade civil organizada na construção de novo ideário para a saúde, contando com a presença de delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde e de movimentos populares. Orientada por temas como direito de cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor,

os debates fomentaram as principais resoluções sobre as políticas de saúde na Constituição Federal de 1988 (CF88). Essa conquista foi fruto de intensa mobilização popular, que resultou na Emenda Popular da Saúde, subscrita por mais de 500 mil cidadãos brasileiros. Símbolo desses avanços o artigo 196 da CF 88 oficializa:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Vale lembrar que a CF88, entre outras vitórias, alterou formalmente um tipo de proteção social consolidado nas décadas de 1930 e 1940 com a construção do Estado Moderno intervencionista e centralizador. Representou uma transformação no padrão de proteção social brasileiro, no qual a inclusão da previdência, da assistência e da saúde como partes da seguridade social introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, ficando conhecida como Constituição Cidadã (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007); (FLEURY, 2010).

Em relação à saúde a Constituição de 1988 o novo padrão constitucional passa a se caracterizar pela universalidade da cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado nesta garantia, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações em uma perspectiva publicista da cogestão governo/sociedade e um arranjo organizacional descentralizado. A reorganização de um sistema de saúde estabeleceu princípios e diretrizes que formalizassem o processo igualitário e de comprometimento público dessa garantia. Baseados nos princípios de universalização e igualdade os serviços públicos deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e se organizar de acordo com as diretrizes de atendimento integral, participação da comunidade e descentralização (FLEURY, 2010).

A materialização da política de saúde prevista na CF88 se deu com a implantação do Sistema único de Saúde (SUS) a partir da década de 90, com a promulgação da Lei Orgânica 8.080/ 90, legislação específica da saúde que compreende orientações gerais e que foi complementada no mesmo ano pela Lei 8.142/90.

O direito à saúde aparece, assim, como resultado das lutas pela democracia onde a noção de cidadania passa a garantir a todo brasileiro o estatuto de cidadão de direitos. Esta não se limita a uma conquista específica da saúde mas de uma vitória na qual o Estado passa

a ser responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os habitantes do território nacional. Obviamente essa conquista diz respeito também à atenção e ao cuidado em Saúde Mental. A vitória democrática traz um rompimento na legislação com a ideia do louco como sujeito ao qual deva se dirigir medidas disciplinares e de tutela, apesar de sabermos que estas possam ter continuado a existir como realidade. Apesar disso, o louco passa a ter sua condição de sujeito de direitos garantida na CF88 na qual fica afirmada que “todo cidadão é igual perante a lei” e da mesma maneira na questão da saúde a partir das conquistas do SUS.

Furtado e Campos (2005) chamam atenção para que neste período de lutas pela democracia no país, na década de 1980, o MTSM incluiu perspectivas de ordem social, econômica e política incorporando outros setores da população como usuários e familiares, para além dos profissionais de saúde. Esses autores ressaltam que a luta contra o manicômio como forma de cuidado centralizada numa lógica medicalizante e hospitalar, assim como a necessidade de construção de um sistema de saúde mental inserido no SUS aproximaram as reformas psiquiátricas e sanitárias no país.

Apesar dos dois movimentos terem nascido de corporações intelectuais e a partir das perspectivas das classes trabalhadoras, o MRS optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal enquanto o MTSM priorizou o estabelecimento de articulações intersetoriais e a inclusão de familiares, usuários e associações e manifestações de maneira que essa iniciativa extrapolasse o setor saúde. Esse distanciamento das instâncias oficiais e do poder público poderia ser entendidos devido ao compromisso do MTSM com a desinstitucionalização não apenas dos loucos enquanto pacientes, mas de ideias e práticas em torno da loucura.

A institucionalização das propostas antimanicomiais como política oficial se deu gradativamente a partir de transformações em leis federais, estaduais e municipais de propostas oriundas da luta antimanicomial que viabilizaram a organização e o financiamento dos serviços de saúde mental diretamente vinculados ao SUS. Esses serviços passaram a compor uma estrutura alinhada aos princípios que regem os demais serviços de saúde pertencentes ao SUS, ao ser uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, equidade, integralidade e resolutividade na atenção prestada (FURTADO E CAMPOS, 2005).

Ao ser personagem de uma reforma de Estado e de uma reforma setorial, a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode se beneficiada e beneficiar o campo da saúde pública. Como pudemos ver, construção de um novo paradigma em saúde, propôs a superação do modelo medicalizante centrado no hospital em direção à ampliação do conceito de saúde e ampliação

de uma rede de serviços, o que vinha de encontro direto com as propostas do movimento antimanicomial.

Alguns valores se apresentam como centrais nesse modelo de saúde que inspirou as forças políticas mais estruturais do SUS e da RPB. O alargamento do conceito de saúde pode apontar para valores como a integralidade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, as formas de gestão centradas em relações mais democráticas, que incluem a participação direta dos profissionais em diferentes instâncias decisórias e também o controle social. Não podemos esquecer da descentralização político administrativa que nos dirige ao conceito de territorialização, lógica sob a qual a atenção à saúde é provida no território, sendo este entendido como o local de vida da população alvo, sob a gestão mais direta do poder municipal e de suas agências locais, de forma integrada com a gestão estadual e federal (VASCONCELOS, 2008).

Estes valores foram afirmados na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, evento que fez parte de um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde e que se destacou por uma reversão da tendência “hospitalocêntrica e psiquiaticêntrica” (PEREIRA, 2008), apontando para a desospitalização a partir da redução progressiva de leitos e garantia de tratamentos que respeitem os direitos das pessoas que necessitem de cuidado em saúde mental, a partir de uma influência da Reforma Psiquiátrica Italiana. A partir dessa mesma influência, porém, sabemos que a desospitalização e a criação de suportes de saúde são apenas um dos pontos almeçados na questão técnico-assistencial.

E foi baseado nessas propostas que, em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657 propondo a regulamentação dos serviços de saúde calcados nos valores da RPB. Apesar de sua não aprovação são inauguradas as lutas do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e executivo. Além disso, vários municípios e estados introduziram leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que experiências inovadoras através dos NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial e- CAPS –Centro de Atenção Psicossocial. Processos de controle e supervisão da assistência dos hospitais psiquiátricos a partir de critérios de qualidade se fizeram presentes enquanto paralelamente acontecia uma redução significativa do número de leitos em hospitais privados, mas principalmente nos públicos, assim como abertura paralela de mais de 2000 leitos psiquiátricos em hospital geral e cerca de duzentos serviços de atenção psicossocial, o que se caracterizava num quadro de substituição gradativa da assistência psiquiátrica baseada na internação para serviços abertos (VASCONCELOS, 2006).

A IICNSM, realizada em 1992, contou com ampla mobilização em todo país, a partir das conferências municipais e estaduais. Representou a abertura de novo período de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira a partir da confirmação das diretrizes gerais nos planos assistencial e jurídico institucional na atenção à saúde mental. A questão da saúde mental infanto-juvenil ganhou espaço a partir da apresentação dos efeitos perversos da institucionalização de crianças e adolescentes (VASCONCELOS, 2006).

Na segunda metade da década de 1990 houve no plano federal uma desarticulação da liderança no Ministério da Saúde, assim como o bloqueio de novas portarias de serviços e programas. Apesar de alguns abalos em programas estaduais e municipais outros estados e municípios difundiram e aprofundaram programas de saúde mental comprometidos com a reforma psiquiátrica (VASCONCELOS, 2009).

A década de 2000, finalmente, foi palco da consolidação de uma rede de serviços e ampliação da agenda do campo da saúde mental. Depois de doze anos de debate do parlamento brasileiro foi aprovado um projeto substituto, porém fortemente inspirado no projeto original apresentado por Paulo Delgado em 1989. Este novo projeto foi consubstanciado como a Lei Psiquiátrica 10.216, em 06 de abril de 2001. Esta lei não abarcou algumas das proposições centrais do projeto primeiro, como, por exemplo, no que diz respeito à extinção dos hospitais psiquiátricos, mas revogou a antiga legislação de 1934 (AMARANTE, 2007).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, também em 2001, representou a hegemonia do campo da reforma dos planos federal, estadual e municipal com a realização massiva de conferências municipais, microrregionais e regionais. Essa Conferência foi precedida pelo Seminário sobre Infância e Adolescência e frisou a urgência de ações político assistências necessárias a este público (VASCONCELOS, 2006).

A IV CNSM, realizada no ano de 2010 ratificou a necessidade de assegurar a atenção em saúde mental para crianças e adolescentes em todo o território nacional, e reafirmando o CAPSi como serviço substitutivo principal. O desenvolvimento de ações intersetoriais, transdisciplinares, de assistência e de promoção em saúde mental nos três níveis de atenção assim como a comunicação transversal entre os serviços visando a construção de redes que respondam não apenas aos desafios dos centros urbanos como aos municípios de pequeno porte foi salientando de maneira importante durante o evento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nesse sentido, foram sublinhadas entre as deliberações para a saúde mental infantil e juvenil a importância da expansão e qualificação das estratégias de desinstitucionalização de crianças e adolescentes; o fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde mental e para a atenção integral; a efetivação de articulações intersetoriais, particularmente com a atenção básica e o hospital geral; a consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos. A importância da destinação financeira compatível com as exigências da atenção psicossocial da infância e adolescência também foi lembrada (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

1.3. A Saúde Mental Infanto-Juvenil no contexto da nova Política de Saúde Mental do Brasil

Como pudemos acompanhar, calcadas em uma lógica higienista, o modelo de assistência dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessou um grande período de institucionalização e ações segmentadas e não integradoras. Ao longo da história a criança e o adolescente ocuparam um lugar de objeto dos processos de disciplinarização/normatização da demanda dos adultos, através do qual só pôde estar no lugar de obediência e dependência.

Apontamos para três importantes movimentos ocorridos na década de 1970, e envolvidos diretamente no processo em prol da democracia, a saber, o Movimento Sanitário, o movimento de reforma psiquiátrica e o movimento em defesa do reconhecimento da criança como sujeito de direito, sobre qual ainda não tínhamos nos debruçado (REIS et al, 2010) Apesar de ainda não se dedicarem diretamente ao tema da saúde mental infantil e juvenil podemos dizer que suas reivindicações contribuíram, ao longo do tempo, para importantes conquistas nesse campo.

A nova legislação brasileira passa a considerar crianças e adolescentes como prioridade absoluta do Estado, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, rompem com a lógica de se considerar crianças e adolescentes como objeto de intervenção jurídico-social do Estado a partir de uma lógica correcional-repressiva, ponto no qual se diferencia de maneira importante, entre outros fatores, do Código de Menores. O ECA baseia-se no princípio de que todas crianças e adolescentes têm direitos fundamentais que devem ser assegurados pela família, pela comunidade e o poder público introduzindo a doutrina de Proteção Integral das Nações Unidas no direito infanto-juvenil brasileiro. Apesar disso,

mantém uma abordagem da criança e adolescente “menor e pobre”, assim como da criança “normal” (NASCIMENTO E SCHEINVAR, 2010).

O Estatuto ao tentar restringir a ação da máquina judiciária e abrir espaço para a participação da sociedade civil cria dois conselhos participativos nos quais os representantes da comunidade podem atuar nessas decisões. São eles o conselho de direitos na qual as instâncias municipal, estadual e federal constroem as políticas de atendimento e o conselho tutelar, no qual atuam conselheiros eleitos pela comunidade cuja função prevê aplicar as medidas de proteção previstas na lei (NASCIMENTO E SCHEINVAR, 2010).

Como resultado das lutas democráticas no país, a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, e os movimentos em prol de uma Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Reforma Sanitária, associadas, alcançaram grandes avanços em relação à posição do Estado na responsabilidade pela assistência de crianças e adolescentes que necessitavam de cuidados em saúde mental. A elaboração de políticas capazes de dar conta do atendimento infantil e juvenil dentro de uma perspectiva comunitária, psicossocial, equitativa e de base territorial, assim como a garantia da proteção de jovens e crianças de forma compartilhada com a família e a comunidade representam uma grande vitória para este campo. Apesar disso, vale já pontuar que estes textos legais, apesar do forte marco simbólico não representam sozinhos os avanços necessários, mas convocam à consolidação desse modelo de assistência, o que requer construções e discussões contínuas e que, como processo, têm nos apontado para uma série de avanços e retrocessos ao longo desses anos.

Como um dos passos pioneiros para a construção de debates e construções na área de saúde mental infantil e juvenil podemos falar da experiência do Rio de Janeiro na criação do Fórum Inter-Institucional para o atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, criado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, mais especificamente pela assessoria de Saúde Mental, no ano de 2000 e que serviu de modelo para o Fórum Nacional de Saúde Mental da Criança e Adolescente, instituído pela Portaria 1608/GM de 2004. Este último representou a primeira tentativa nacional no sentido de construção de balizamentos políticos, técnicos e clínicos baseados em discussões e pactuações coletivas entre diferentes atores dos campos assistenciais, judiciários, educacionais e do campo da saúde mental, visando a possível definição de linhas gerais de uma política nacional de saúde mental infanto-juvenil. Este espaço foi formado tanto a partir da experiência do estado do Rio de Janeiro como pelas recomendações oriundas do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, criado pela Portaria n. 1946/GM, em 2003.

A Portaria 1608/2004 apresenta o Fórum Nacional de Saúde Mental da Criança e Adolescente como espaço político marcadamente intersetorial, no qual ganha lugar a discussão permanente sobre as políticas voltadas para a saúde mental infanto-juvenil; a produção de conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nesta área, nos diversos níveis de gestão; a promoção da integração, a articulação e interlocução entre as diversas instituições, assim como o estabelecimento de diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam este campo. Este espaço inclui reuniões plenárias, grupos de trabalho, debates, seminários, encontros temáticos, etc, de maneira que estes possam se dar em diversas regiões brasileiras e contemplar a participação de todos os interessados.

O Fórum é coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental no Ministério da Saúde e é composto por representantes das seguintes instâncias: Área Técnica de Saúde Mental da Política de Álcool e outras drogas, Área Técnica de Saúde da Criança, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Básica, Programa Nacional de DST/AIDS, representantes dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil, sendo um representante por região brasileira; Fórum Nacional de coordenadores de saúde mental; representantes de Coordenadores de saúde mental, sendo um representante por região brasileira; Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Justiça; Ministério da Educação; Ministério da Cultura, Ministério dos Esportes; Conselho Nacional de Procuradores –Promotoria de defesa à saúde, do Ministério Público; Associação de magistrados e promotores de justiça da infância e juventude; Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, Secretaria Especial de Direitos Humanos; Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, Coordenadoria Nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, Federação Brasileira de entidades para excepcionais, Federação Nacional das APAES, Federação Nacional das Instituições Pestalozzi; Associação Brasileira de Autismo; Comissão de assuntos sociais do Senado Federal; Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos deputados; Associação Juízes para a Democracia – AJD; Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares; Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência – ABENEPI; e dois representantes de movimentos nacionais de crianças e jovens.

Os balizamentos destes espaços políticos e de experiências diversas foram importantes para a regulamentação da Portaria 336/02 na qual as linhas gerais da política de saúde mental

pra crianças e adolescentes foram afirmadas a partir do capítulo sobre os centros de atenção psicossociais infanto-juvenis (CAPSi), marco legal de implantação deste dispositivo no país. Vale pontuar que com base nas políticas destinadas à criança e ao adolescente em nosso país, e mais especificamente a política de saúde mental, o substituto, o novo modelo de atenção em saúde mental, é a rede de serviços articulados nesta atenção e não apenas o CAPSi. As estratégias de intersetorialidade ao lado dos CAPSis são consideradas por Couto et al (2008) como pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes, por avaliar que esta clínica, assim como todas as clínicas da saúde mental, impõe desafios extra clínicos que tornam imprescindível a noção de rede.

Dessa maneira, dediquemo-nos de maneira especial à discussão do trabalho desenvolvido em tais serviços.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis e a rede de serviços substitutivos

Para Couto (2003) a portaria 336/02 “tem estatuto de norma e valor simbólico de lei” (p191) por incluir de forma afirmativa na agenda de discussões do campo da saúde mental a questão da criança e do adolescente oficializado um “patamar de institucionalidade e legalidade nunca antes existentes em relação a esta questão” (p192). Esta Portaria convoca o poder público ao trabalho e à responsabilização na assistência a esse público, à produção de saberes e conhecimento que possam alimentar este campo; à construção de dados; às pactuações públicas que se afinem à atual direção dessa política pública; à formação de recursos humanos; à ampliação da base normativa e as condições de gestão, entre outros (COUTO, 2003).

Sustentados pelos mesmos princípios que regem os CAPS voltados à população adulta, os CAPSis são serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS e se responsabilizam pela organização da demanda em saúde mental infantil e juvenil no seu território de abrangência em cidades com 200.000 habitantes ou mais. São serviços que têm por finalidade promover a atenção baseada na integralidade do cuidado e, para tanto, a equipe prevista é multidisciplinar devendo ser composta no mínimo por um(a) profissional psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um(a) enfermeiro (a), quatro profissionais de nível superior (psicólogo (a), pedagogo(a),

terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo(a)) e cinco profissionais de ensino médio (COUTO, 2003).

O CAPSi deve se responsabilizar pelo atendimento regular das crianças e adolescentes, assim como suas famílias, em regime diferenciados de tratamento – intensivo, semi intensivo e não intensivo- segundo necessidades particulares e contando com um leque de atividades diversificadas.

Acompanhando, porém, as construções ainda dos autores que se dedicaram sobre uma prática ideal do CAPSi no encontramos com Couto et al (2008) que entendem que o CAPSi possui um duplo mandato. O primeiro seria o levantamento das reais necessidades em saúde mental daquele contexto específico e nos equipamentos públicos locais, da saúde e demais áreas e o segundo a pactuação de fluxos pelos diferentes serviços/setores, visando a melhor cobertura de demandas. Este duplo mandato caracterizaria, para os autores, o CAPSi como um serviço intersetorial que, ao se basear nas noções de rede e território, opera a partir da saúde, mas dialoga com outros setores.

Aproximando-nos, ainda, de autores que acompanharam a construção deste dispositivo chegamos a Elia (2005) que se refere ao CAPSi, para além de um serviço um espaço físico, mas antes como lógica, como um conceito que deve atravessar todas as modalidades ou unidades de serviços não apenas em saúde mental, mas em saúde geral e demais setores. Tomando sob essa perspectiva, o CAPSi falaria de um modo de cuidar, de ouvir, de intervir que se define por territorial e, portanto, tem como tarefa principal a articulação de instâncias, instituições e agências, formais ou informais, que atravessam a vida de cada um dos sujeitos.

Outra característica seria o fato do CAPSi ser um serviço de “porta-afora”, como chama Elia (2005), ou seja, um serviço que sempre está pronto para o acolhimento sem cadastramento prévio do fila de espera, estando sempre acessível àquele que o procura.

Ao falarmos de acolhimento, vale lembrar das contribuições de Araújo (2006) que esclarece que acolhimento não se traduz no atendimento de todo aquele que procura o serviço, mas em uma escuta e legitimização desta procura, o que caracterizaria o cuidado.

“Acolhimento, mais que um mecanismo de humanização das práticas ou recepção dos usuários está relacionado ao modo de organização de práticas integrais centradas no usuário”.

(ARAÚJO, 2006, p. 81).

Esse acolhimento se traduziria em ouvir e reconhecer a legitimidade dessas demandas. Mesmo que sejam feitos futuros encaminhamentos, estes devem se caracterizar como um encaminhamento implicado, o que vem a romper com as barreiras burocráticas dos modelos de referência e contra referência clássicos. Sob esta lógica, aquele que encaminha está implicado no encaminhamento e se torna responsável pelo acompanhamento do caso até seu novo destino (ARAÚJO, 2006).

Embora concordemos com as propostas de Elia (2005) e Araújo (2006), questionamos as reais possibilidades da realização do acolhimento preconizado pelos autores, quando levamos em consideração a precariedade sobre a qual se sustentam os serviços de saúde brasileiros. Com isso pretendemos não desconstruir as potencialidades desta proposta, mas ao contrário, possibilitar reflexões sobre seu planejamento e gestão em situações reais. Os CAPSis teriam uma infraestrutura e rotina que possibilitassem a realização desse acolhimento previsto, assim como a tarefa de articulação no território?

Apesar de ainda não contarmos com pesquisas que revelem o cotidiano dos CAPSis, podemos nos aproximar da realidade dos serviços de saúde mental no país a partir de alguns estudos que nos mostram que a prática ideal dos serviços de saúde é, muitas vezes, prejudicada por entraves estruturais desse tipo. Olschowsky et al (2009) em uma avaliação desenvolvida a partir de um estudo de caso de um CAPS perceberam a presença de uma equipe reduzida e ausência de profissionais contratados conforme previsto na lei, o que somado à grande demanda, acabava por ocasionar repercussões no processo de trabalho do serviço, como desgaste dos profissionais, “inchamento do serviço”, indisponibilidade de tempo e capacitação da equipe. Entraves como ausência adequada de estrutura física e ausência de clareza por parte da equipe de referência de certas modalidades de atenção do serviço também foram apontados.

Kantorsk et al (2009), por sua vez, realizaram uma pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil e evidenciaram a falta de material para o trabalho cotidiano nas oficinas, de automóvel para as visitas domiciliares, a falta de medicação e de recursos humanos, ao que se somam dificuldades relativas ao tipo de vínculo empregatício (precário) e ao valor dos salários, a falta de verbas para a saúde mental, assim como a falta de acesso claro sobre os recursos investidos.

Questionamo-nos sobre a centralidade organizativa desses fluxos pelo CAPSi e sobre a possibilidade desta traduzir-se em um encerramento em estratégias “psis” nesse cuidado. Será que o CAPSi não deveria ser mais um responsável por esse mandato e não o principal,

apesar de entendermos a necessidade de sua função organizativa? Isso exigiria, ainda em termos legais e normativos, um outro lugar a estes serviços o, que talvez, pudesse orientar ou ao menos fomentar a construção de outras práticas.

Concordamos com Vicentin (2006) que considera que a rede de danos que circunda o sofrimento da criança é ampla e, portanto, convoca compromissos coletivos. As redes sociais de proteção aparecem como uma aposta em assegurar laços sociais, numa tentativa de responder, pelo acolhimento, à vulnerabilidade e ao risco social que atravessam as crianças. Dessa maneira, o cuidado em relação à criança e ao adolescente não pode deixar de se operar implicando os diferentes atores e instituições do campo da infância e juventude. É neste sentido que não seria possível pensar atenção e cuidado que não seja interdisciplinar e intersetorial.

A rede de proteção social prevista na CF88 vai para além da noção de integralidade em saúde, prevendo também a proteção integral como prevê o ECA. Assim, a rede envolve múltiplos interesses e sentidos, como “um dispositivo coletivo de proteção, uma roda de reversão das dificuldades, uma convergência das ações e de encontros e interações entre diferentes atores com um sentido compartilhado” (VINCENTIN, 2006, p.15), de maneira que quanto mais diferenciado e heterogêneo os lugares na rede, maior sua potência, uma vez que é justamente a diversidade de diferentes saberes e campos que permite novos recursos de ação.

A intersetorialidade na atenção a crianças e adolescentes apresenta diferentes dimensões. A dimensão do tecido social que se forma entre profissionais, crianças e famílias, num sentido mais molecular; a que se forma entre as equipes e no interior destas a partir do projeto terapêutico, o que chama de dimensão micro e a do tecido social que compreende os esforços governamentais e da sociedade civil que se instalam em torno da criança, numa dimensão mais macro (VINCENTIN, 2006).

Apesar de entendermos as importantes conquistas da PNSM acompanhamos Amarante (2003) quando este nos chama atenção para que o modelo brasileiro aponta para alguns desvios graves como a descaracterização da reforma psiquiátrica como processo social e sua redução a uma reformulação administrativa e tecnocrática dos serviços. Esta tem ainda se limitado ao que chama de CAPSização do modelo assistencial, ao se referir à redução das estratégias da PNSM à implantação de CAPS, o que acaba por deixar de fora o importante lugar de outras estratégias e recursos assistenciais que seriam de enorme importância para a assistência em saúde como centros de convivência, cooperativas, etc.

Podemos questionar, ainda, o fato da portaria 336/02 definir o perfil dos usuários do CAPSi a partir de perfis diagnósticos fechados, definindo a clientela do serviço como sendo o de crianças e adolescentes com quadro de autismo, psicose e problemáticas que incidam diretamente em prejuízos psicossociais severos. É também a partir de diagnósticos fechados, baseados em categorias psiquiátricas normativas, no caso o CID-10, que se dá o “faturamento” desses serviços, ou seja, este é um dos critérios para a definição de seu financiamento. Amarante (2003) chama esse processo de inampliação do CAPS e afirma que esta forma de faturamento reduz a saúde à doença e o sistema de saúde a assistência médica curativa a partir de uma lógica de pagamento por procedimentos que pode direcionar a atuação dos serviços a um modelo engessado e de enquadramento.

Qual seriam as consequências dessa exigência na rotina dos serviços? Uma vez que a Reforma Psiquiátrica, principalmente a partir das construções de Basaglia (2010), nos convida a colocar a doença entre parênteses, quais seriam os efeitos da exigência de se organizar o perfil dos usuários e o faturamento dos serviços a partir da categorização de doenças? Apresenta-se o risco de que o processo de trabalho no CAPS centre-se em procedimentos técnicos, voltado para o modelo biológico de atenção e prejudicando ações mais integrais, assim como percebido por Olschowsky et al (2009) a partir de uma pesquisa sobre a rotina de um CAPS.

Sendo assim, acreditamos que estas sejam considerações válidas ao encerrarmos esse capítulo e mesmo ao iniciarmos, um pouco mais a frente, a leitura de nossos achados de campo. Pudemos perceber, ao longo do breve trajeto que fizemos, que diversas estratégias foram pensadas para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes ao longo da história e muitas capturadas por um saber psiquiátrico que tende, ainda hoje, ao aprisionamento dessas subjetividades a partir de saberes determinantes. É importante que assim como alerta Amarante (2003) possamos estar atentos para que também nos novos serviços possam se fazer presentes novas práticas asilares onde coincidem o movimento de desinstitucionalização e o de captura.

CAPÍTULO 2

OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS E A ATENÇÃO À CRISE

2.1. Sobre a rede de serviços de atenção às urgências em saúde mental no Brasil

A crise é considerada por muitos autores do campo da saúde mental como um momento ímpar, que por sua complexidade pode colocar em xeque a estrutura sanitária e social toda vez que deflagrar uma incapacidade de respostas por parte dos serviços (DELL'ACQUA E MEZZINA, 1991); (AMARANTE, 2007); (VASCONCELOS, 2010). Apesar de não podermos defini-las de maneira objetiva, como discutiremos mais adiante, é inegável que as situações de crise representam um momento de forte sofrimento psíquico para o sujeito e exigem uma oferta de atenção e cuidados particular (DELL'ACQUA E MEZZINA, 1991).

Há uma aposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira na atenção às pessoas em crise baseada sob uma lógica comunitária, que ganha um colorido intersetorial através da rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial, a qual compreende serviços de saúde em geral, assim como outros recursos da comunidade. Espera-se que a rede substitutiva tenha mais êxito na eliminação de filtros burocráticos e administrativos, de maneira a se favorecer as mais variadas e informais modalidades de acesso, excluindo-se a seletividade e encaminhamentos desnecessários. O contato entre serviços e território pode criar os pressupostos para uma relação de reciprocidade a partir de uma ótica global, com relação à vida do serviço em prol de condições para programas terapêuticos adequados e calcados no acolhimento.

Nesta lógica, o serviço de saúde mental torna-se central no interior de uma área definida, sendo capaz de desenvolver uma observação inter/ativa, conhecendo tudo aquilo que uma população produz em termos de patologia, mal estar, conflito e distúrbio social e possibilitando uma modificação destas respostas a partir de novos contextos. Considera-se como ponto central a busca pela precisão organizativa do serviço em busca de respostas adequadas à complexidade destas situações (DELL'ACQUA E MEZZINA, 1991).

Dessa maneira, lança-se o desafio de construção de uma rede de atenção integral em saúde mental infantil e juvenil também voltada para a atenção à crise. Em aula proferida no

curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca em 2012, Ernesto Venturini, importante ator da reforma psiquiátrica italiana, ajudou-nos a pensar sobre essa questão. Venturini (anotação de aula proferida em 2012) nos chamou atenção para que a atenção a crianças e adolescentes em crise nos convida a estarmos mais atentos para certas práticas, ainda mais do que em relação aos adultos. Considera que no caso de crianças e adolescentes a internação deve ser evitada e que, caso se faça necessária deve se dá a partir de uma estrutura mais flexível, até mesmo no domicílio. Lembra que essas estratégias não apontam para uma estrutura “soft”, muito pelo contrário, significam um empreendimento muito difícil onde é preciso uma amarração firme, um trabalho intenso com familiares, com a escola, com diversos dispositivos comunitários. O palestrante sublinhou que essas respostas não estão dadas a partir de um modelo pré-existente, mas exige se pensar a realidade local e a história de cada adolescente e de sua família, sua realidade social.

Venturini (anotação de aula proferida em 2012) contou-nos que na experiência de Trieste a atenção a crianças e adolescentes em crise tinha como referência os serviços de pediatria ou de atenção a esse público na saúde geral, o que apareceu como tentativa de não aprisionar essas pessoas a estruturas sanitárias rígidas. Esta, porém, foi a solução encontrada por aquela cidade naquele momento. Essa experiência, mais do que nos servir de modelo “pronto”, talvez nos faça pensar quais seriam as alternativas em nosso país, em nossas cidades. Quais seriam as modalidades de cuidado flexível que temos encontrado?

Neste contexto devemos lembrar que as situações de crise psicossocial demandam alguns aspectos básicos na infraestrutura institucional. Entre eles damos destaque com Ferigatto et al (2007) para a criação e manutenção de leitos para a retaguarda noturna, a presença de uma equipe interdisciplinar constituída o mínimo por psiquiatras, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistente social, além da equipe de suporte, condições arquitetônicas antimanicomiais, que caracterizem um ambiente humanizado e que ofereça condições de segurança aos usuários e trabalhadores, além de recursos financeiros e materiais que disponibilizem o funcionamento adequado de um serviço 24 horas (FERIGATTO et al, 2007).

Vale lembrarmos que os primeiros serviços calcados na lógica da reforma psiquiátrica criados no Brasil, como o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos nasceram com a organização de sua rotina voltada para a atenção à crise, funcionando, inclusive 24 horas e lançando mão de

diversas outras estratégias que o caracterizavam como realmente substitutivos. Como nos lembra Amarante (2003) foi a partir das Portarias Ministeriais 189/91 e 92 e 224/92 que estes perderam suas características inovadoras frente a uma exigência de nivelamento dos serviços que restringiu suas atuações.

Atualmente no Brasil, há serviços que oferecem leitos de suporte às vivências da crise e aparecem como referência para o atendimento às urgências em saúde mental, como os CAPSIII e os Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral.

O Hospital Geral, como possível dispositivo de cuidado em uma rede de serviços substitutivos ao manicômio é regulamentado pela Portaria n 224/1992 que oficializa o atendimento em leitos psiquiátricos em hospital geral, emergência psiquiátrica e unidades de internação. Estes serviços funcionam sob a forma de hospitalidade 24 horas do dia e sob a lógica do acolhimento de porta aberta, de maneira que qualquer pessoa que procure o serviço é prontamente atendida, podendo contar com a internação como recurso terapêutico (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Algumas vantagens em relação a este tipo de atendimento têm sido consideradas pelos autores que se dedicam ao tema, entre os quais o menor tempo de permanência em relação ao hospital psiquiátrico; menor estigmatização da pessoa atendida; maior facilidade de acesso ao atendimento de outros especialistas e a outros recursos, considerando-se a possibilidade de intercorrências de doenças orgânicas, assim como maior intercâmbio de profissionais de várias especialidades que podem se envolver neste atendimento; facilidade no contato com familiares e a comunidade de origem; favorecimento da formação de profissionais em um modelo de assistência psiquiátrica mais humano; redução dos custos hospitalares com medicação e procedimentos complementares (ARAÚJO, 2006)

A partir dessa lógica os leitos de atenção em hospital geral encontraria-se em consonância com os próprios princípios do SUS por se pretenderem como dispositivos institucionais integrais e se dirigirem à articulação da rede, ao acolhimento, à responsabilidade, ao vínculo, à acessibilidade e atenção territorial (ARAÚJO, 2006); (VASCONCELOS, 2010); (AMARANTE, 2007).

Algumas dificuldades na concretização dessa prática, porém, têm sido apontadas por alguns autores. Larrobla e Botega (2006) em um estudo sobre enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais filantrópicos notaram uma importante falta de intercâmbio entre os gestores de instâncias maiores e a direção dessas instituições o que teria como consequência precariedades para o planejamento e gestão desses serviços. Pontuaram ainda a ausência de

planejamento terapêutico para os pacientes internados, assim como importantes restrições financeiras e a conseqüente falta de recursos. Os autores apontam ainda para uma predominância de abordagem farmacológica na terapêutica direcionada aos pacientes; restrições relativas à realização de exames complementares e capacitação profissional deficitária. Dessa maneira, concluem que ainda não há uma consolidação das enfermarias de psiquiatria nestes serviços e sublinham a resistência da comunidade hospitalar frente a pacientes mais agitados.

Dalgallarrondo et al (2003) em um estudo realizado a partir de dados sociodemográficos e clínicos de pacientes internados em uma unidade psiquiátrica em hospital geral destacaram que 80% dos pacientes apresentaram significativa melhora dos sintomas, sendo que, destes, dois terços em prazo inferior a três semanas, o que, para os autores, comprova a efetividade do tratamento instituído na unidade estudada.

França (2005) propõe a superação de algumas barreiras na estratégia do hospital geral como serviço de atenção às urgências em saúde mental. O fato de ser um serviço de urgência aberta 24h pode caracterizá-lo como primeira escolha dos usuários antes da busca por outros serviços de saúde, o que pode gerar superlotação. Além disso, a falta de outros serviços na rede pode gerar uma série de encaminhamentos e uma peregrinação do paciente em busca de atendimento que se mostra agravante para seu quadro.

Souza et al (2010) apresentam um estudo realizado em um Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (SEPHG) em Sobral, no Ceará. Os autores narram entre seus achados muitos entraves para a acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental como um todo, com pouca resposta pela atenção básica e centralidade em modelo hospital geral a rede de cuidados em situações de crise. Segundo os dados encontrados, houve um número significativo de atendimento de emergência psiquiátrica determinado pelo uso/abuso do álcool em hospital geral.

As experiências relatadas por diversos autores que têm se dedicado ao Hospital Geral como serviço voltado à atenção à crise em saúde mental, dirigem-se fundamentalmente ao adulto, de maneira que não encontramos, até o momento de escrita deste projeto, trabalhos que se dedicassem ao tema com foco na atenção infanto-juvenil.

O CAPS III, por sua vez, é um serviço que funciona 24 horas e oferece leitos de atenção à crise. Ao contrário dos hospitais psiquiátricos, propõe-se a ter leitos em salas abertas, com possibilidade de acompanhamento das pessoas por todo o período em que estiverem internadas.

Vasconcelos (2006) afirma que o número de CAPS III é muito reduzido no país como um todo e as grandes cidades ainda centram a atenção à crise em internações curtas em hospitais especializados convencionais. O autor sublinha que mesmo onde há CAPSIII, os casos mais agudos e graves representam enorme desafio assistencial, de maneira que este requer um investimento urgente dos gestores. Apesar do movimento antimanicomial ter apostado na possibilidade dos CAPS, em especial o CAPS III, como porta de entrada desejável e como principal centro de atenção à crise, são poucas as cidades que contam com este dispositivo. Vale, porém, ressaltar que o CAPSIII como serviço de urgência voltado para o público infanto-juvenil é ainda ponto de discussão entre autores e técnicos, não havendo uma definição oficial sobre o tema.

No momento da pesquisa de Costa (2006), a cidade do Rio de Janeiro ainda não contava com leitos noturnos em CAPS, mas, apesar disso, a autora se dedicou a um estudo sobre a atenção à crise em Centros de Atenção Psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. A partir de um estudo de caso constatou que a existência desses serviços representa para usuários, familiares e profissionais a possibilidade de não internação em um momento de crise. A autora ressalta, porém a falta de recursos físicos e materiais- ausência da medicação, do carro, entre outros – diante disto, chama atenção para a necessidade de uma institucionalização de práticas e não criação de recursos outros. A autora verificou a ausência de investimento dos poderes públicos nos serviços substitutivos de saúde mental no momento da pesquisa, o que apareceu em forma de diversos impasses, sentidos como desvitalizantes e desanimadores tanto para profissionais, quanto para usuários.

Atividades como reuniões de equipe, supervisão, assim como momentos informais como almoço, lanche e intervalos apareceram desempenhando importantes funções de organização do serviço e facilitação das gestões cotidianas do trabalho, assim como de produção de conforto e alívio, apesar de serem também espaços marcados pelo conflito. A pesquisadora destacou o reconhecimento da equipe em não saber lidar com a crise e o pouco planejamento para lidar com essas situações. A autora notou a organização do trabalho muitas vezes se dá de maneira solitária dentro da equipe, o que se relacionaria com a burocratização do trabalho. Os manejos mais utilizados ao lidar com a crise nesses serviços seriam a utilização da medicação, o aumento da frequência de atendimentos e a maior presença da família (COSTA, 2006).

Diversas pesquisas sobre o funcionamento dos CAPS foram realizadas por pesquisadores preocupados com a rede de saúde mental do município de Campinas/SP e apresentaremos algumas a seguir.

Diaz (2009), a partir de um estudo sobre a porta de entrada dos CAPSIII de Campinas, encontrou uma importante desvinculação entre atividades consideradas do campo da clínica, da atenção à crise e da reabilitação psicossocial. Nos serviços pesquisados, muitos profissionais estabeleceram claras divisões entre os trabalhos desenvolvidos por esses campos. O atendimento à crise apareceu mais vinculado ao atendimento dentro do CAPS, de forma individual e feita por um profissional responsável por essa tarefa, enquanto a reabilitação teria mais a ver com o trabalho desenvolvido fora do CAPS, e com maior presença de técnicos de enfermagem nesta atividade. Os profissionais dos CAPS que participaram do estudo reconheceram optar por apenas uma das vertentes.

Para os sujeitos desse estudo, a clínica nas situações de crise seria uma clínica flexível, do caso a caso. A prioridade dos serviços se mostrou direcionada à porta aberta e à urgência. Muitos profissionais alertaram para a possibilidade de construção de um Projeto Terapêutico Individual sem muita reflexão e sem embasamento clínico no caso devido à grande demanda: “Que nem bombeiro, só fica apagando o fogo (p.96)”. Neste sentido, foi ressaltado o sofrimento dos profissionais de enfermagem que muitas vezes teriam que lidar sozinhos com os casos de crise (DIAZ, 2009).

Ganhou peso no estudo a difícil articulação com outros serviços da rede, em especial com o Centro de Saúde, sendo ressaltada por alguns profissionais a importância do apoio matricial nesta articulação (DIAZ, 2009).

Ainda sobre a rede de CAPS de Campinas, Favaro (2006), a partir da realização de grupos com usuários e de entrevistas com profissionais de um CAPS III descreve uma dificuldade de organização do serviço tanto em relação aos pacientes do leito noite, quanto para aqueles que apenas passam o dia. Neste sentido, muitos pacientes reclamaram da ausência de um espaço individual, como um armário, por exemplo. A autora narra a importância do profissional de referência na construção do projeto terapêutico individual dos pacientes em crise neste CAPS, mas ressalta a falta de comunicação entre os plantões de maneira que muitas vezes o plantão da noite e o do dia divergiam em relação às condutas. FAVARO (2006) sublinha ainda o CAPS III como importante dispositivo para a atenção a crises de diversos tipos e não apenas psicóticas, assim como a importância deste ser um espaço de tratamento longitudinal, que pode ter importante papel em prevenir internações

desnecessárias em Hospital Geral, assim como recaídas de usuários de drogas. A autora ressalta, ainda, a possibilidade do CAPS ser um serviço privilegiado de trabalho junto aos familiares.

Campos (2009) narra uma pesquisa qualitativa realizada junto a CAPS do mesmo município. Nesta foi consenso entre os profissionais que participaram da pesquisa a positividade da permanência do usuário em crise junto à mesma equipe que o acompanha fora destes momentos, sendo este o grande diferencial do CAPS em relação ao modelo hospitalar, segundo os profissionais entrevistados. Entretanto, profissionais e gestores apontaram dificuldade em receber e acompanhar, sobretudo à noite e nos finais de semana, pacientes ainda desconhecidos pela equipe.

Dentre os problemas e desafios identificados nos CAPS campineiros, diversos profissionais destacaram a necessidade de objetivação dos critérios de indicação de leitos-noite, os quais estavam sendo utilizados no limite de capacidade instalada dos CAPS ou acima dela. Além disso, observou-se a ausência ou o difícil acompanhamento sistemático dos usuários internados em leitos psiquiátricos fora do CAPS. Deve-se observar nessa pesquisa que, enquanto usuários e familiares avaliaram como continente a rede de saúde mental do município – na qual destacaram o CAPS e o SAMU, profissionais e gestores identificaram dificuldades de formar parcerias entre serviços (CAMPOS, 2009).

A elaboração de um plano de acompanhamento dos pacientes apareceu como um instrumento assimilado e consolidado nos serviços, porém, avaliou-se que o PTI não é avaliado periodicamente. Apesar de ser destacado pelos profissionais que a discussão e casos em equipes de referência favorece o melhor andamento do acompanhamento, essa prática costumam se concentrar, predominantemente, no “profissional de referência”. Outra questão ressaltada diz respeito ao número de usuários por profissional de referência, avaliado como excessivo por esses últimos, o que compromete a particularização do acompanhamento dos pacientes (CAMPOS, 2009).

Identificou-se na pesquisa a problemática da cisão entre o modo de funcionamento dos plantões diurnos e noturnos, sendo apontado pelos profissionais que estes últimos estruturam-se de maneira semelhante às rotinas dos hospitais psiquiátricos. Foi ressaltado pelos participantes a inexistência de um plano de cargos e salários, isonomia e avaliação dos trabalhadores e supervisões clínicas e institucionais. Foram ressaltadas também dificuldades de gerenciamento de médicos por profissionais não médicos e contradições ligadas ao fato de

os CAPS oferecerem assistência 24h de enfermagem, mas não de equipe multidisciplinar (CAMPOS, 2009).

Os trabalhadores dos CAPS detectaram que o contato com a loucura e com as carências sociais dos usuários, associado ao grande número de usuários, falta de recursos e dificuldades de diálogo com a rede de serviços, são geradores de sobrecarga e de sofrimento. Também reconhecem uma fonte de sofrimento no relacionamento entre a própria equipe, cujas principais dificuldades localizam-se na relação com a hierarquia institucional, principalmente para os profissionais de enfermagem de nível médio. (CAMPOS, 2009).

Silva (2009) dedicou-se ao estudo da atenção à crise em um centro de referência em saúde mental de Minas Gerais- CERSAM. Segundo a pesquisadora, os sujeitos entrevistados apontaram que o CERSAM estudado seria marcado pela inexperiência de seus profissionais, pela carência de psiquiatras e recursos materiais e pela inadequação dos espaços internos do imóvel. Além disso, foi ressaltada a necessidade de recursos terapêuticos para além do medicamentoso e dos atendimentos em consultório. Foi citado o número maior de psicólogos em relação a outras categorias profissionais, o que poderia se traduzir em “uma cara mais psicologizante ao serviço” (p.164). No CERSAM estudado toda a equipe assistencial é responsável pelo cuidado à pessoa em situação de crise, sejam os profissionais de nível superior ou os auxiliares de enfermagem. Porém, a autora nota que, no cotidiano do trabalho em equipe, a maioria das condutas terapêuticas é definida ou decidida pelos profissionais de nível superior.

Apesar disso, para os profissionais entrevistados, o CERSAM é concebido como um serviço antimanicomial baseado na proposta de tratar em liberdade. Consideram ainda que o serviço de saúde mental deve se configurar apenas como um lugar de passagem e que deve trabalhar no sentido de possibilitar ao paciente possibilidades exteriores a este serviço. Neste sentido, a autora informa que há certa organização do serviço em relação aos pacientes em crise, chamada pelos profissionais de “ambulatório de crise”, sendo este seguido do encaminhamento ao Centro de Saúde. Haveria um importante diálogo entre o CERSAM pesquisado e as equipes de saúde mental dos Centros de Saúde, no sentido de suporte ao atendimento aos pacientes que não estão mais em situação de crise, mas que são considerados casos graves em saúde mental.

Como podemos ver, apesar do potencial dos serviços substitutivos para atender a crise, quando comparados ao hospital psiquiátrico, a realidade atual desses serviços enfrenta problemas importantes, seja por ausência de infraestrutura adequada ou falta de clareza dos

profissionais em relações a papéis e tarefas, o que parece ter consequências diretas na atenção ao cuidado, assim como apontado por diversos entrevistados.

Não podemos deixar de citar o recurso pré-hospitalar, conhecido como Serviço de Atendimento Médico de Urgência- SAMU- priorizado junto aos casos de crise em saúde mental como preconizado no I Congresso Brasileiro de CAPS. O SAMU tem por intuito atender as situações de crise e realizar o encaminhamento do pacientes ao pronto socorro mais próximo.

Acreditamos que, em relação ao caso de crianças e adolescentes, tanto os Hospitais Gerais quanto os CAPSIII, assim como o atendimento realizado pelo SAMU, deverão trazer algumas particularidades. Pensamos que a atuação do CAPSi, aparece como primordial na atenção a situações de urgência, articulando uma rede de atenção que visa ser integral e intersetorial, em contato direto não apenas com os serviços clássicos de urgência como o Hospital Geral e o CAPSIII, mas principalmente, com a atenção básica, os dispositivos de pré-atendimento e com serviços que não estão diretamente voltados para a saúde.

Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) indica uma possível parceria na construção de redes e busca por recursos comunitários no momento de crise e talvez seja um caminho para a construção de estratégias “softs”, tal qual proposto por Venturini (2012). O cuidado ao usuário em saúde mental, por sua complexidade, convoca esforços conjuntos de profissionais na mobilização de recursos comunitários, individuais, materiais ou subjetivos que compreendam o projeto terapêutico de cada sujeito. Esta lógica é essencial ao pensarmos na atenção ao adolescente em crise por encontramos elementos comuns nas propostas de cuidado da ESF e pela saúde mental, a saber: a integralidade, o conceito de cobertura e responsabilidade territorial e o conceito de perenidade do cuidado, ou seja, do cuidado como atitude (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Neste sentido, o apoio matricial (AM) aparece como possibilidade de retaguarda dos profissionais de saúde mental às equipes de ESF. É uma estratégia que ao compartilhar responsabilidades pode aparecer como possível impedimento da psiquiatria e psicologização do usuário a partir do acolhimento da demanda em sua complexidade e a partir da contextualização e socialização dos saberes em conjunto com as equipes de referência local. A ampliação e diversificação das ações a partir da construção de novos dispositivos de atenção pode contribuir para a flexibilização e abertura institucional no que se refere a olhares, saberes, poderes, normas, ações e relações (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

“Um sistema com objetivos de acessibilidade, universalidade e equidade, integrado por dispositivos territoriais, abertos e comunitários, com atendimento humanizado, é o guarda chuva embaixo do qual a Saúde Coletiva e a Saúde Mental se abraçam e caminham juntas. Seus princípios reitores são os mesmos” (DIAZ, 2009, p.43).

O estudo de Figueiredo e Onocko Campos (2009), porém, aponta para alguns entraves no cotidiano deste trabalho. Trata-se de um relato de pesquisa sobre as ações de saúde mental na atenção básica após a implantação do apoio matricial em Campinas. A partir da realização de grupos focais com profissionais e gestores, tanto da rede de atenção básica quanto de saúde mental, avaliou-se a necessidade de criação de espaços permanentes de avaliação do apoio matricial. Notou-se a dificuldade de definição da responsabilidade pelo paciente entre serviço de saúde mental e de atenção básica, gerando uma série de encaminhamentos desnecessários. A tendência de transferir para a equipe de referência do serviço de saúde mental a responsabilidade pelo AM, assim como o fato deste muitas vezes ser visto como imposição da gestão de atenção básica apareceram nas narrativas.

Nesse estudo, as equipes de atenção básica que possuem equipe de saúde mental ressaltaram a angústia no encontro com o sofrimento do paciente. As equipes que não contavam com equipes de saúde mental trouxeram em sua fala uma dificuldade em assumir o caso e não encaminhá-lo para uma equipe ou serviço especializado. Os gestores, por sua vez, destacaram a função pedagógica do apoiador matricial, embora as equipes de referência não percebessem, segundo as narrativas de seus profissionais, o AM como espaço de aprendizado. Os gestores pontuaram ainda a ausência de apoiadores suficientes para a demanda da atenção básica. Porém, de modo geral, as autoras acreditam que o apoio matricial no município alcançou sucesso ao expandir a atenção em saúde mental para além da atenção especializada, tornando-a, assim, menos compartimentalizada. Notaram que a lógica da responsabilização tencionou uma atenção para além da “psicologização”, propondo que o sofrimento mental deixasse de ser responsabilidade única dos serviços de Saúde Mental (FIGUEIREDO E ONOCKO CAMPOS, 2009).

Ao apresentarmos os serviços estratégicos na atenção à crise no Brasil, pudemos perceber limites e potencialidades a partir das pesquisas realizadas. Nossa avaliação é de que há ainda muitos investimentos a serem realizados no que diz respeito à implantação e acompanhamento dos mesmos. Em relação à atenção à crise de adolescentes podemos afirmar

que este é um caminho ainda inicial tanto no que se refere às particularidades dessas estratégias, ainda pouco discutidas pela academia e em documentos oficiais, quanto na prática dos serviços, não havendo hoje um direcionamento do Ministério da Saúde em relação a esses casos.

Nossa aposta, numa tentativa de aproximação dos princípios da reforma psiquiátrica, é de que a intersectorialidade materializada na promoção e criação com os demais serviços, sejam estes sanitários, assistenciais, educacionais e de reabilitação, assim como pela efetivação de parcerias com outras iniciativas da sociedade civil organizada, possa ser o recurso de maior resolutividade e possibilidade de construção de autonomia dos adolescentes, centrada nos princípios de cidadania, participação, equidade, acolhimento incondicional e consideração das particularidades das diversas etapas do desenvolvimento permitindo o resgate dos vínculos sociais deste sujeito.

CAPÍTULO 3

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CRISE E O CUIDADO

“Eu não sou eu e nem sou o outro:
Sou qualquer coisa de intermédio
Pilar da ponte de tédio
Que vai de mim ao Outro”
(Mário de Sá Carneiro)

3.1. Sobre o conceito de crise

Ferigato et. al (2007) esclarecem que a introdução do termo crise pode ser atribuída a Erich Lindermann's que em 1944, através da “teoria da crise”, abordou as consequências psicológicas atreladas a causas externas ou sociais, como catástrofes e doenças, por exemplo. Inúmeras situações da vida cotidiana poderiam ser incluídas neste rol de situações de crise, segundo a lógica deste autor, como a entrada na escola, o nascimento de um irmão, puberdade, gravidez, etc.

A partir das influências de Gerald Caplan e seus colaboradores sobre a “teoria da crise”, esta se transforma em objeto privilegiado de intervenção, sendo entendida não como sinônimo de doença mental, mas deflagradora e deterioradora de um sistema aberto, como uma desestabilização passageira que prejudicaria o estado de equilíbrio do homem ou do sujeito em relação ao corpo e ao meio ambiente (FERIGATO et al, 2007).

Nesta perspectiva, a crise é tomada como reação do sujeito frente aos estímulos internos e externos ao organismo, representando um evento que conduz à doença. Em função desse entendimento durante a maior parte da história da psiquiatria clássica, cujas formas de atenção ao doente eram centradas num modelo asilar e hospitalocêntrico, houve uma redução da noção de crise à ideia de “agudização da sintomatologia psiquiátrica”. A Psiquiatria Clássica constrói sua nosologia a partir da procura por sinais e sintomas que indiquem um desvio da normalidade, seja através de uma alteração orgânica ou funcional, a partir de parâmetros padronizáveis e preestabelecidos pela cultura vigente a partir da catalogação de uma série de sintomas como delírios, alucinações, agressividade, agitação psicomotora, entre

outros. A supressão desta sintomatologia buscaria, então, a homeostase, ou cura (FERIGATO et. al, 2007).

Hoje, a palavra crise pode nos remeter a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais e, mesmo dentro do campo específico da saúde mental, encontramos diferentes caracterizações deste conceito, a partir de diferentes teorias, como é o caso, por exemplo, da própria Psiquiatria e da Psicanálise. Neste trabalho, a fim de um maior aprofundamento e reflexão sobre a crise, recorreremos a René Kaës (1982). Este autor nos possibilitará um alargamento do conceito de crise, assim como da relação entre crise e adolescência e, ainda, crise e cuidado.

Antes de mais nada, vale ressaltarmos o ponto principal de suas contribuições que consiste na não redução da crise a um fenômeno individual, mas sua ampliação, para além de uma questão que se reduz ao sujeito, mas que se dirige do singular para o grupal, o cultural, o intersubjetivo. Acreditamos que suas considerações nos possibilitam pensar o sujeito tanto no que há de mais particular, quanto em suas relações com o social, de maneira que suas contribuições vêm ao encontro desse projeto por estarem sublinhadas as possíveis mediações psicossociais frente às situações de crise.

A Reforma Psiquiátrica propõe o trabalho no momento de crise, assim como toda a organização dos serviços e ações, com base no aparato psicossocial. Isso será articulado, em nossas discussões, com a proposição de Kaës (1982) sobre a intersubjetividade e o intermediário. Esse ponto é central pra pensarmos o trabalho dos serviços de saúde mental baseados no laço social, entre sujeitos, entre grupos, entre equipe e família, entre serviços distintos, entre saberes. Acrescentamos, ainda, o fato de que a crise do adolescente pode suscitar nos serviços, na rede, uma crise na rotina, nas regras, na forma como são propostas as estratégias de trabalho.

Kaës (1982) explicita que para a Psicanálise a crise e suas elaborações permanentes constituem aquisições que se aproximam da especificidade do modo de existência da psique humana. Para o autor, apesar de tomarmos a crise como o que nos surpreende, ela não se caracteriza, de fato, pela novidade. A crise apareceria sim imprevistamente e seria marcada por um caráter único e singular, mas suas causas e origens, assim como sua solução estariam desenhadas na história passada e nas recordações. Histórias e recordações que têm no grupo sua base, sua gênese, de maneira que é no grupal que encontraremos também a solução para a crise.

Antes de mais nada vale ressaltarmos que o grupal é central na obra deste autor, que o considera não apenas em seu sentido concreto, como grupo objetivo, externo, relativo à cultura. O próprio aparato psíquico, em sua concepção, seria fundamentado em fenômenos grupais, o que traria consequências e novas possibilidades de entendimento da constituição psíquica, da alteridade e das próprias constituições grupais (KAËS, 1982).

Este autor se propõe a pensar um aparato psíquico baseado em formações multi-apoiadas que se organizam sob uma lógica grupal a partir da qual a falha de um desses apoios tem como consequência variações qualitativas para o aparato. Essa organização que se dá a partir do que o autor chama de solidariedade dos apoios do psiquismo se baseia em movimentos de construção-destruição, de abertura e fechamento, de crise e criação do psiquismo, movimentos que exigem estruturas relativamente estáveis e semiaberturas entre esses suportes que se inter-relacionam por uma lei de composição.

Nesta perspectiva, Kaës (1982) considera a crise como inevitável e enriquecedora do sistema psíquico. Baseado em E.Morin, o autor considera que a própria noção de sistema convocaria a ideia de antagonismo, de processos de desorganização e desintegração simultâneos ao de reorganização, de maneira que seria esse antagonismo que garantiria a constância do sistema, já que nesta perspectiva a estabilidade representaria a morte. Nesta lógica, as crises são simultaneamente fonte de desorganização - pela transformação das diferenças na oposição e nas complementariedades dos antagonismos - e fonte de reorganização evolutiva.

Assim, o que Kaës (1982) sublinha é que a ambiguidade da crise está no fato de que ela libera ao mesmo tempo forças de morte e regeneração. Ou seja, ao mesmo tempo que a destrutividade em ação aprofunda a crise (forças de desordem, deslocamento e desintegração), desperta-se uma ativa criatividade. O autor considera a partir de Morin que a crise é dialetização; sua incerteza e ambiguidade determinam seu caráter aleatório, regressivo e progressivo, mas revelam os antagonismos fundamentais, o avanço oculto de novas realidades. A crise põe em funcionamento tudo que pode proporcionar mudança, transformação e evolução.

Mais do que isso, Kaës (1982) considera que o sujeito é inaugurado pela crise, a partir de uma ruptura primeira na estabilidade do aparato psíquico. Explica que num momento inicial, momento mãe-bebê, o meio que circunda o ser, materno ou material, funda o sentimento de segurança, o que nomina de enquadre. Kaës (1982) resgata Bleger e suas contribuições sobre este conceito. Este autor considera o enquadre como a organização mais

primitiva e menos diferenciada da personalidade. É o “elemento fusional eu-corpo-mundo” de cuja mutabilidade dependem a formação, a existência, a diferenciação (do eu, do objeto, da imagem do corpo, do corpo, da mente, etc.) É um não-processo no interior dos limites dentro dos quais pode-se realizar este processo. A debilidade desse meio leva o ser humano à crise e seria necessária para o crescimento.

Kaës (1982) ressalta que o problema consiste tanto em reunir as condições necessárias para que a tolerância e o paradoxal sejam possíveis e para que o paradoxal, a continuidade da ruptura, possa ser elaborada. A solução dos dilemas descritos requer, em princípio, a existência e a manutenção de um enquadre, o qual põe em funcionamento a capacidade dos sujeitos de estabelecer (inventar-criar) na relação formativa um campo de ilusão, um espaço de transição. Graças a isto, se articulam e são explorados e fixados os novos e antigos limites, o fora e o dentro, o novo e o velho, o cheio e o vazio. É graças a este enquadre que se faz possível uma saída do sistema de crise, que o processo pode se desenrolar. Esse é o coração da transicionalidade, noção que KAËS (1982) desenvolve em sua obra a partir das construções de Donald Winnicott.

O espaço transicional é marcado pela presença e ausência, do jogo dentro de um enquadre de conteúdo em um recipiente, da tensão paradoxal tolerável. A função transicional é de restabelecimento da capacidade de articular símbolos de união em um espaço paradoxal do jogo, frente à compulsiva experiência de divisão-separação. O enquadre é indispensável para que se possa estabelecer um jogo interpretativo ou criativo (KAËS, 1982).

A partir dessas definições, Kaës (1982) ensina que a transicionalidade é a disposição de uma experiência de ruptura na continuidade. Também seria possível defini-la pela incerteza do restabelecimento da continuidade, da confiança, da integridade própria e do entorno. O conceito de transicionalidade permite fixar as condições da capacidade de restabelecer na experiência de ruptura os símbolos de união e, nesse sentido, dá destaque para as relações entre o enquadre, o recipiente, o espaço potencial e os sujeitos. A economia da transicionalidade, lembra Kaës (1982), é intrapsíquica, grupal e social. Sua hipótese central do psiquismo organizado simultaneamente como individual e grupal levou KAËS (1982) a outorgar um lugar determinante na transicionalidade aos jogos da grupalidade e da individualidade.

Dessa maneira, como podemos acompanhar, para Kaës (1982), o grupal, o psicossocial pode estabelecer a função de contenção e a matriz grupal da identidade. Kaës (1982) se dedica a pensar a continuidade sendo assegurada pela herança cultural entendida como espaço

potencial entre indivíduo e seu entorno. A cultura articulava o código psíquico pessoal com o código social, de maneira que a experiência cultural seria uma extensão da ideia de fenômenos transicionais e do jogo. A ruptura, por sua vez, revela que a herança cultural já não estaria em condições de assegurar a continuidade da existência.

Neste processo, os aspectos narcisistas e sociais seriam facilmente detectados e o jogo de apoio e desapoio apareceria em todas as situações de crise e de mudança, sendo essa uma dimensão da transicionalidade em si. Sai-se da crise pelo social. A história do homem se daria no “entre” crise e resolução, “entre” o social, o mental, o psíquico que juntos tecem o sujeito particular.

É a partir dessa formulação que o autor localiza a noção de intermediário, um dos conceitos centrais em sua obra. O intermediário seria uma instância de comunicação entre o intrapsíquico e o grupal e institucional, o lugar de articulação, de simbolização e conflito. O fracasso dessa articulação seria justamente o que se entende como crise. A crise é apresentada, assim, como crise do intermediário.

As crises do crescimento como a adolescência, a meia idade, a entrada na velhice só podem ser elaboradas e superadas pelas propriedades conjuntas da atividade intrapsíquica, do enquadre e do entorno psicossocial. A ruptura e a ilusão originárias, o paradoxal entre dois cortes, são constitutivos do espaço transicional e proporcional ao modelo das experiências de ruptura posteriores e o restabelecimento da união. Esta mudança se dá a partir das organizações da personalidade e dos laços grupais (KAËS, 1982).

Kaës (1982) nos dirige a pensar a adolescência como marcada por um momento de perda de um código social, de passagem desse código e de uma estrutura de relação a outros. O abandono do código anterior implica uma ruptura de laços e significações que asseguravam até então um modelo de condutas estáveis. A desagregação temporária é também desagregação social podendo ser vivida como ameaça e forma de perda de estabilidade psicológica e social, uma des-orientação. Esta elaboração é conflitiva e, inclusive, o deve ser para sua superação e requer a possibilidade de uma figuração conflitiva no nível do jogo, de tal maneira que os componentes da crise e os elementos da solução, com suas consequências possam ser explorados sem dano para o sujeito e o entorno transicional. Para Kaës (1982) a adolescência em si aparece como função intermediária, de perda de objetos internos e externos, mas de possibilidades, a partir da crise, de construção de novos códigos.

Para Kaës (1982) este momento pode ser marcado por profundas angústias não apenas para o adolescente. A adolescência aponta para uma crise que pode encontrar ou reativar a

crise da geração anterior, como a dos pais, tios, professores, que frequentemente encontra-se enfrentando as próprias rupturas como a meia idade, por exemplo. A adolescência do adolescente pode suscitar uma crise nas instituições como lares abrigados, escolas, clubes, associações, instituições de cumprimento de medidas socioeducativas, igreja. E, não podemos nos esquecer, essa adolescência se encontra, também, com uma crise da sociedade, dos valores e regras em constante transformação.

Dessa maneira, acompanhamos Kaës (1982) quando este nos convida a pensar a crise no momento da adolescência não apenas como uma questão focal ou individual, mas como algo dinâmico e relacional, no qual estão em jogo relações grupais, familiares, sociais e culturais. A crise do adolescente, as interpretações sobre esta pelos demais e o que ela repercutirá estará sempre atravessado por este jogo de relações. Esse é um convite para pensarmos como um momento já considerado como de crise, por esse autor, que seria a adolescência, poderia ser pensando quando paralelamente o sujeito se depara com um sofrimento psíquico da ordem do insuportável.

Na tentativa de superar a classificação nosográfica clássica, a partir das proposições de Kaës (1982) e com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como considerando as particularidades da adolescência, tomaremos como situações de crise aquelas que, podendo ser consideradas situações de urgência em saúde mental, tragam como central o “sofrimento psíquico grave”, um afeto insuportável que desestabiliza diversas dimensões da vida do adolescente como a dimensão subjetiva, familiar, institucional e social (KAËS, 1982); (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1992).

Para pensarmos essa questão, nos dirigimos mais uma vez a Kaës (1982) que sublinha que a crise, ao ser tomada em seu caráter dialético, apenas pode se apresentar como de enriquecimento do sistema caso haja uma sustentação –psíquica, grupal- caso contrário, representa apenas ruptura, já que as tensões do sistema se acentuam neste momento. A falta de sustentação da crise pode levar à perda da integridade de si, à perda da capacidade criadora. Isso, porque considerando o aspecto subjetivo da crise, Kaës (1982) a considera como ruptura de um transcurso, como:

“experiência de ruptura que questiona dolorosamente o sujeito na continuidade de si mesmo, a organização de suas identificações e ideais, o emprego dos mecanismos de defesa, a coerência de sua forma pessoal de sentir, de atuar, de pensar, a confiabilidade de seus laços e pertencimento a

grupos, a eficácia do código comum a todos aqueles que, como ele, pertencem a uma mesma forma de sociabilidade e cultura.”
(KAËS, 1982, p27)

Kaës (1982) a partir dessa análise nos mostra que a enfermidade “individual” não é só uma tela (entre si mesmo e o mundo hostil), um cofre (refúgio num lugar de cuidados e reparação) ou fechamento, mas é indissociável do social e, por isso mesmo, nos fala da possibilidade de uma estrutura social de recepção que serviria à elaboração da experiência de ruptura.

Assim, vale sublinhar que o papel do grupo da resolução de uma situação individual de crise aponta para ampliação de uma noção individualista da crise, para uma dupla problemática cruzada entre individualização e grupalização, de maneira que a elaboração da crise colocaria em questão o trabalho psicossocial.

Consideramos que as proposições de Kaës (1982) vêm ao encontro daquilo que é proposto pela Reforma Psiquiátrica ao levar em consideração uma nova ética de atendimento à crise, a partir da qual é considerada como um acontecimento de ordem multifatorial, que traz à cena a interdependência de aspectos biológicos, culturais, psicológicos e sociais. De alguma forma podemos, através dessas construções, reafirmar o lugar privilegiado de atenção à crise passa a ser a rede de serviços funcionando numa lógica integral, e logo, intersetorial (DELL’ACQUA E MEZINNA, 1992).

Essa é uma aposta feita nesta consideração da crise como demanda que chega aos serviços de saúde via adolescente, e que ao mesmo tempo nos dirige a uma crise dos pais, da escola ou poder público. E, por isso mesmo, devemos estar atentos para que não desconsideremos todos os envolvidos e, por isso, uma aposta na rede, no trabalho intersetorial, nos dispositivos grupais como foco do trabalho em saúde mental.

3.2. Sobre a atenção à crise

Freud, em 1913, no seu artigo “Sobre o início do tratamento”, diz que o processo analítico se dá como a partida de xadrez, na qual todo o seu desenrolar depende de como foi articulado o primeiro lance. Da mesma maneira, esse primeiro contato com o serviço de saúde parece ser decisivo no atendimento à crise. A forma como a crise será manejada pode direcionar todos os demais desdobramentos do projeto terapêutico e das possibilidades de intervenção junto a esses adolescentes.

Alguns autores que se dedicam ao tema da crise em saúde mental têm apresentado algumas hipóteses de caminho para a construção desse cuidado, em relação ao qual poderíamos dizer, segundo nossas reflexões, caminhos para a construção de um enquadre. Esse cuidado estaria baseado nas noções de acolhimento, vínculo e responsabilidade (DIAZ, 2009); (FERIGATTO et al, 2007); (FRANÇA, 2005) .

Para Ferigato et al. (2007) toda situação de crise exigirá uma urgência da ação. Ação que deve ser baseada fundamentalmente no suporte, o que significaria afirmar a realidade do acontecimento da crise, sustentando sua força destrutiva para que ela encontre destinos mais criativos. Este suporte implicaria, assim, a consideração da crise a partir do caráter afetivo da experiência, sendo concedido crédito ao sofrimento embutido neste acontecimento, testemunhando este fato e o inscrevendo em sua história.

Assim, percebemos que ao serviço ou à rede de serviços que se dedique a atenção às urgências em saúde mental, é lançado o desafio de uma consideração sobre a realidade das condições dos adolescentes, seus familiares e os ideais terapêuticos. Este desafio requer a disposição na aposta no contato e no diálogo com o sujeito em crise, mesmo quando a comunicação parece impossibilitada e reduzida e quando os discursos parecem não ter reciprocidade (CARVALHO, 2007). Este desafio se traduz no desafio do acolhimento sob a lógica da construção de autonomia.

As concepções que a Política de Saúde Mental adota sobre acolhimento estão oficializadas no documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”, de 2004.

“O objetivo nesse primeiro contato é empreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham” (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.15).

Em relação a este acolhimento no serviço, em seu estudo desenvolvido junto aos CAPS III campineiros Diaz (2009) nos chama atenção ao indicar que este pode se dar de duas formas em relação às situações de crise: ou a partir da lógica na qual algumas pessoas ficam responsáveis pela tarefa do vínculo de acolhida, na qual há o perigo de desresponsabilização do resto do serviço por aquilo que já tem responsável ou o entendimento do acolhimento como postura geral. Neste último caso, o acolhimento passa a ser entendido como “componente transversal a toda atividade assistencial” (p.41).

O vínculo se daria, assim, com a equipe do serviço e não com apenas um único profissional, o que permitira o estabelecimento de um contrato de cuidados, direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde (DIAZ, 2009). São as características deste vínculo que caracterizarão a forma compartilhada entre equipe, familiar e adolescente de lidar com esse momento de crise.

O acolhimento inclui, desta maneira, necessariamente as noções de responsabilidade e vínculo, visando uma lógica humanizada e resolutiva de ações em um trabalho em rede integral e intersetorial. Para a discussão dessas noções utilizaremos a noção de “clínica do acolhimento”, trazida por França (2005).

A autora esclarece que o acolhimento relaciona-se com a disponibilidade de escutar e dialogar com o outro que procura ajuda através de atendimento imediato e, dessa maneira, se contrapõe aos atendimentos tradicionais praticados nos setores de saúde, de referência e contratransferência imediatas que atravessam os atendimentos. O objetivo do acolhimento é ajudar o paciente a dar sentido à sua demanda, transformando “sua procura infinita num encontro imediato, onde o sintoma possa ser reelaborado como significante de uma realidade que se tornou inteligível num momento transitório de vida” (FRANÇA, 2005, p150).

É uma proposta de quebra com a cronificação pela quebra da rigidez institucional, através da qual o adoecer psíquico é tomado como um apelo deste sujeito que sofre, de maneira que a angústia possa encontrar atenção e conseqüente continência, não sendo visada somente a eliminação pura do sintoma. O acolhimento estabelece uma relação de confiança e aceitação e se estabelece como a tecnologia central num serviço de emergência, por ser possibilitador da construção de uma referência “onde a desorganização e a reorganização podem coexistir em sua relação dialética enquanto possibilidade de reestruturação” (FRANÇA, 2005, pp150).

A responsabilidade, por sua vez, fala de um compromisso ético com o sujeito que sofre, sendo a reciprocidade e o estabelecimento do contrato social entre serviço e usuário que garante uma participação mais ativa do sujeito na elaboração do projeto terapêutico e uma direção à autonomia.

“A contratualidade do usuário primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Só estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário. Depois, pela capacidade de elaborar projetos que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se e para que as abordagens terapêuticas possam contextualizar-se. (...)Somos mais

autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto ampliará as nossas possibilidades de estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA 1996, p56-57 apud FRANÇA 2005).

A tomada de responsabilidade pelos momentos de crise seria um grande diferencial trazido pela nova ética de cuidado da reforma psiquiátrica. Isso porque mesmo que com uma rede de serviços substitutivos presente nesta lógica assistencial, podendo contar com um modelo operativo complexo, as práticas podem continuar a propor espaços separados de intervenções fragmentadas. Por isso, a rigidez dos vários pontos do sistema ou do circuito, não apenas dificultariam uma resposta como poderiam determinar a emergência da crise por não reconhecerem a complexidade do sujeito e se dirigirem a reduções e simplificações progressivas. Assim como a crise se caracteriza como complexa situação existencial, assim devem ser os recursos e instrumentos para afrontá-la (DELL'ACQUA E MEZZINA, 1991)

Considerando de extrema importância essas considerações, pensamos nos entraves para um cuidado baseado no vínculo, no acolhimento e na responsabilidade no que tange às particularidades das relações intersubjetivas envolvidas. Para além da necessidade de afirmação desses princípios faz-se necessário que nos perguntemos quais são as reais possibilidades de realização de um trabalho como este, de maneira que não acabemos por limitá-lo ao prescrito.

3.3. Discutindo sobre condições intersubjetivas do trabalho nas instituições de saúde e o cuidado ao adolescente em crise.

Neste tópico faremos um breve passeio por questões teóricas a serem discutidas ao longo do trabalho. Iniciaremos com uma breve explanação sobre o fenômeno grupal, sobre a possibilidade dos sujeitos de estarem juntos, para que então possamos pensar como se daria o cuidado nesse contexto, como a equipe multiprofissional nos serviços ou a rede de serviços poderia representar para o adolescente em crise uma sustentação possível.

Para começarmos este percurso gostaríamos em primeiro lugar de dar destaque a uma noção fortemente destacada na obra de Freud, a saber, a de ambivalência de sentimentos, presente em todas as relações entre os sujeitos. O autor considera que as relações entre sujeitos é atravessada pelo conflito, pela oposição entre a vida social e o não reconhecimento do outro, conflitos denominados por ele de narcísicos. A “ambivalência de sentimentos” nos

fala de relações humanas marcadas por um conflito interminável entre amor e ódio intensos (FREUD, 1915).

Ao pensar sobre os acontecimentos de guerra de sua época, FREUD (1915;1921; 1927; 1930) se dedica a pensar as relações de construção e destruição da cultura. Ao deparar-se com atitudes de ódio e intolerância entre os indivíduos, em contraposição aos fortes preceitos morais de sua época, o autor se dedica a diversos textos sobre o tema da destruição e da violência como realidades do psiquismo. Reconhece, então, a produção do Mal na ordem dos fenômenos coletivos, a destruição e a desumanização dos laços sociais presentes nas culturas e civilizações (FUKS, 2003):

“Realmente, é estranho tanto à nossa inteligência quanto a nossos sentimentos aliar assim amor ao ódio; mas a Natureza, fazendo uso par de opostos, consegue manter o amor sempre vigilante e renovado, a fim desprotegê-lo contra o ódio que jaz, à espreita, por trás dele. Poder-se-ia dizer que devemos as mais belas florações de nosso amor à reação contra o impulso hostil que sentimos dentro de nós” (FREUD, 1915, p.338).

O ódio e o amor, para Freud (1921), marcam de maneira decisiva a relação entre os sujeitos, entre estes e as instituições, estes e as sociedades. Em analogia à história dos porcos espinhos de Schopenhauer, o autor fala da dificuldade dos seres humanos em se aproximarem, sem se depararem com algo que os machuca e incomoda. Comenta, então, o movimento necessário para que possamos estar em uma distância intermediária tolerável. Esse é um movimento sempre marcado pela ambiguidade.

O sentimento de ambiguidade que atravessa as relações humanas nos faz pensar sobre as relações de cuidado entre sujeitos, também igualmente marcadas tanto pelo ódio, quando pelo amor. Kaës (2002) nos pontua que o trabalho terapêutico ao ser realizado dentro de uma instituição a questiona em relação à sua capacidade de servir como continente. Isso nos exige que pensemos as possibilidades, condições, limites e obstáculos para que este trabalho seja realizado. Esse é um convite para pensarmos para além da racionalidade sistêmico-estratégica das teorias do planejamento e gestão, reconhecendo suas limitações ao considerarmos a dimensão intersubjetiva e inconsciente dos processos envolvidos no trabalho em saúde e suas consequências na qualidade do cuidado (SÁ, 2009). Para tanto, é preciso considerar, antes de mais nada, que os sujeitos veem no outro não apenas possibilidade de apoio, mas também

fontes de perigos e que estas relações são fortemente marcadas pela ambiguidade de sentimentos, como vimos acima.

Kaës (2002) propõe que assim como o postulado da Psicanálise se funda na hipótese de uma realidade psíquica baseada no inconsciente, a prática institucional ou de grupo não pode desconsiderar esta trama. Ao aceitar o desafio de pensar a instituição, a Psicanálise reconhece as formações intersubjetivas e transubjetivas na formação do psiquismo, discutindo as nuances das formações dos grupos e dos processos inconscientes envolvidos. Nesse sentido, Kaës (2002) salienta:

“O trabalho de conceitualização da realidade psíquica da (e na) instituição nos conduz a propor a seguinte definição a partir da consideração desta dimensão. A instituição não é só lugar da realização do real, simbólico e imaginário, ou de desejos recalçados. Ela é também o lugar e a ocasião de organização das defesas contra esses mesmos desejos. Ela produz diferentemente defesas específicas contra aquilo que colocaria em perigo sua existência ou a relação de seus membros com a tarefa primária que os reúne. Ela assegura, finalmente, defesas contra as angústias, cuja origem ou fonte não aparecem diretamente vinculadas ao fato institucional” (KAËS 2002, p. 27).

A instituição reúne e gerencia formações e processos heterogêneos como aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos, de maneira que lógicas diferentes se comunicam e interferem umas nas outras. E seria justamente por isso que podem prevalecer na lógica social da instituição questões pertinentes à lógica psíquica, sendo a instituição também lugar de defesa contra “aquilo que colocaria em perigo sua existência ou a relação de seus membros com a tarefa primária que os reúne” (p. 27).

“Deve considerar-se ainda que a instituição é o lugar de uma dupla relação: do sujeito singular com a instituição e do conjunto de sujeitos vinculados pela e na instituição. Por isso, toda emergência psíquica possui a priori um valor de sintoma significativo para o conjunto institucional. É possível que os problemas políticos na instituição se expressem no registro do sintoma psíquico” (KAËS, 2002, p.20).

Para Kaës (2002), uma parte considerável dos investimentos da instituição se direciona a tentar fazer coincidir numa unidade imaginária essas ordens lógicas diferentes e complementares, numa tentativa de resolver conflitos. Para o autor, as instituições estimulariam a sinergia destes investimentos, o que manteria a ilusão de coincidência e a relação isomórfica entre os indivíduos do grupo. A capacidade das instituições em tolerar o funcionamento de níveis heterogêneos é, porém, a base de sua função metafórica, a qual:

“torna possível a elaboração de um espaço psíquico diferenciado, o qual restitui a perspectiva e a densidade de uma história cujos atores pertencem, eles também, a uma ordem diferente como num texto palimpsesto se inscreve sem apagar totalmente os traços de escritas sucessivas.” (KAËS, 2002, p.21)

A multiplicidade de níveis lógicos, as economias e as dinâmicas envolvidas provocam efeitos diferentes. A relação isomorfa entre os indivíduos pode ser atravessada pelo surgimento violento do recalcado ou do negativo, de maneira que explodam pactos inconscientes que ratificam o consenso e que revelam lógicas que foram dissimuladas nas formações comuns necessárias para o sujeito e para o conjunto. (KAËS, 2002)

O autor explica que as articulações entre os espaços vinculados pela atividade institucional nos dirige a espaços psíquicos comuns que são produzidos e administrados pela instituição a partir das relações desenvolvidas através dos investimentos que esta exige. Neste contexto, faz-se necessário avaliar os interesses e benefícios dos quais se beneficiam os sujeitos, assim como o sofrimento que experimentam a partir desta lógica.

São esses investimentos cruzados que nos interessam em nossas considerações. É preciso ressaltar que essas formações intermediárias não pertencem nem ao sujeito singular, nem ao agrupamento, mas sim à relação entre estes, de maneira que um traço importante dessas formações é seu caráter biface. Dirijamo-nos aos elementos que essas formações ligam, aos pactos, contratos e consensos inconscientes.

As alianças inconscientes são apresentadas por Kaës (2002) como formações do aparelho psíquico grupal que determinam as modalidades dos vínculos entre os sujeitos, de maneira que o espaço psíquico do conjunto opera através deles. São as alianças inconscientes que selam a realidade psíquica compartilhada por serem formações psíquicas intersubjetivas construídas pelos sujeitos, com o intuito de reforçar certos processos e funções e das quais se extraem benefícios. Nesta lógica, o vínculo que os une adquire um valor decisivo para a vida

psíquica. As alianças estão a serviço do recalque e constituem medidas que o reforçam, sendo um instrumento que o mantém (KAËS, 2002).

Retomando Freud (1930) em seu texto “Mal-Estar na Civilização”, Kaës (2002) nos fala da dificuldade dos homens de regularem seus vínculos nas instituições que compõem. Ele pontua que esse sofrimento estaria relacionado com a renúncia pulsional e que surge dos pactos dos quais se beneficiam os membros de uma comunidade. As alianças inconscientes, neste sentido, trazem em seu âmago “uma obrigação e uma submissão”.

Kaës (2002) nos fala de um tipo de aliança inconsciente que denomina de pacto denegativo, o qual teria como função a organização do vínculo e a manutenção da complementaridade dos interesses de seus integrantes, de maneira a assegurar a continuidade de investimentos e benefícios, de satisfazer a dupla economia cruzada dos sujeitos singulares e do conjunto *pluris-subjetivo* ao qual pertencem. Falamos aqui de um acordo inconsciente destinado ao recalque.

O pacto denegativo, para Kaës (2002), apresentaria duas polaridades, sendo uma organizadora do vínculo e outra defensiva, de maneira que cada conjunto se organizaria segundo esta dupla valência do pacto. Ou seja, a organização se daria tanto com base em investimentos mútuos e identificações comuns, sobre o que o autor chama de modalidades toleráveis de realização de desejos, como negativamente com base em renúncias e sacrifícios, recalques e clivagens. O pacto denegativo cria assim, zonas de silêncio, “linhas de fuga que mantêm o sujeito estrangeiro à sua própria história” (p. 26).

A partir de uma leitura de Kaës e em especial de tais proposições, Sá (2009) analisa as consequências dos processos intersubjetivos e inconscientes nas instituições de saúde. A autora nos chama atenção à especificidade deste trabalho- e aqui destacamos sua dimensão assistencial- considerando a sua característica intersubjetiva, assim como os processos inconscientes que o condicionam. Pontua que este é um trabalho fortemente marcado pela intervenção de um sujeito sobre o outro, sobretudo, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte.

Dessa maneira, estamos falando de relações entre sujeitos marcadas fortemente por amor e ódio, conforto e ameaça, que podem gerar sentimentos contraditórios na relação de cuidado, assim como um espaço privilegiado para a solidariedade. Portanto, o trabalho em saúde pode o ser também um *locus de* manifestação de comportamentos perversos e de descuido (SÁ, 2009).

“Portanto, podemos entender que o trabalho em saúde se realiza sobre uma “totalidade singular” e, por sua vez, enquanto intervenção constitui-se como um ato sempre “único”, dependente do encontro de duas subjetividades, a do paciente e a do profissional, esta última manifesta na sua capacidade de julgamento- para aplicar o saber, a técnica, operar intervenções (...) na sua experiência, na sua criatividade, e valores morais” (SÁ, 2009, p.656).

Várias podem ser as defesas individuais e coletivas buscadas pelos trabalhadores numa tentativa de dar conta do sofrimento no trabalho em saúde, e entre elas “as brincadeiras, negação da situação adversa, da apatia ou da indiferença, de certos modos ou rotinas de organização do trabalho, geralmente sob as formas dos “jeitinhos/transgressões” ou “quebra-galhos”, do zelo, ou mesmo a idealização do trabalho” (SÁ , 2009, P. 658).

Koda e Fernandes (2007), também a partir do referencial de René Kaës, se debruçaram sobre o trabalho de profissionais em uma NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial. As autoras perceberam que os profissionais do serviço se organizavam positivamente sobre a identificação comum da Luta Antimanicomial, o que possibilitava uma importante unidade e segurança ao grupo. Ao mesmo tempo foi possível perceber que esses trabalhadores se organizavam negativamente sobre recalcamientos e renúncias, assim como descrito por Kaës (2002). Nesse caso, as defesas psíquicas inconscientes dos trabalhadores apresentaram-se sob a forma de um importante movimento de negação da herança manicomial e suas relações de violência, frente a qual o superinvestimento narcísico do grupo se colocava como uma saída para as antigas tradições, o que incluía, muitas vezes, a negação dos limites do serviço e as dificuldades incluídas no modelo antimanicomial. A percepção da existência de alguma falha no atendimento ou maior dificuldade gerava no grupo uma ruptura desse pacto inconsciente, o que desorganizava a equipe e gerava fantasias de destruição do grupo. A ruptura do pacto denegativo instaurava na equipe um processo de crise. Nesse sentido, perguntamo-nos sobre o que os profissionais dos serviços envolvidos com a atenção ao adolescente em crise pode nos dizer em relação às estratégias de defesa contra o sofrimento no trabalho? Quais seriam as defesas individuais e coletivas buscadas?

Kaës (2002) nos alerta sobre a necessidade de se encontrar no espaço-tempo da instituição um lugar psíquico onde os conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos possam ser atualizados e pensados. Neste sentido, vale lembrar que o autor apresenta a hipótese de que o que não consegue ser significado e simbolizado da desordem psíquica, seja na relação dos

sujeitos com a instituição, seja na relação do conjunto, retorna. E esse retorno se dá num cenário onde se intrincam a realidade psíquica e as outras ordens da realidade.

Kaës (2002) lança-nos a pergunta: como o dispositivo institucional trata o que fica como sofrimento na própria instituição? E em relação à nossa pesquisa, podemos ser mais específicos e nos perguntamos: Quais têm sido os espaços destinados a pensar e acolher o sofrimento dos profissionais no encontro com a crise do adolescente nos serviços que estudaremos? Será que esses espaços existem? As reuniões de equipe, colegiados, fóruns, têm feito parte da rotina desses profissionais? E se sim, estes espaços têm podido ser de fato um lugar privilegiado para tal propósito?

Uma vez que o cuidado não é fruto apenas de processos conscientes e voluntários, mas muito pelo contrário, trazem à tona sentimentos tão ambíguos como podemos acompanhar a partir dessas construções, como pensar seus limites e possibilidades em situações extremas como a de crise? Como pensar um trabalho em equipe e entre equipes? É a partir dessas questões que partimos para a construção das considerações sobre os itinerários terapêuticos dos adolescentes entrevistados.

CAPÍTULO 4

TRAÇANDO PERCURSOS E CONSTRUINDO CAMINHOS DE PESQUISA

4.1. Sobre os objetivos da pesquisa

Objetivo Geral

Analisar a assistência psicossocial a adolescentes em crise nos serviços de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, a partir de um CAPSi.

Objetivos Específicos

1. Reconstruir a trajetória de adolescentes e familiares na busca por cuidado em situações de crise psicossocial;
2. Aprender como os adolescentes, familiares/responsáveis e profissionais entrevistados vivenciam as situações de crise e a representam;
3. Analisar as estratégias utilizadas pelos adolescentes e familiares/responsáveis na busca por cuidado nas situações de crise;
4. Analisar as estratégias utilizadas pelos serviços e entre serviços para a atenção aos adolescentes em situação de crise.

4.2. Itinerários Terapêuticos e Narrativas de Vida como recursos metodológicos

Esse estudo se insere nos marcos da perspectiva da pesquisa clínico qualitativa em saúde, a qual tem como pressuposto a observação dos sujeitos em seu *setting* natural, de maneira que o pesquisador se localiza na rotina, no cotidiano a ser pesquisado e participa, ainda que indiretamente, das relações que o permeiam. O processo de pesquisa inclui, neste sentido, não apenas ouvir e observar o ambiente natural, mas também um trabalho importante de interpretação e compreensão. Vale ressaltar, que neste tipo de pesquisa, mais do que o resultado final da investigação, o processo de pesquisa ganha lugar privilegiado pois o

material final não se resume ao que foi apenas apreendido, mas principalmente se refere ao que foi construído a partir dessas relações (TURATO, 2003).

Utilizamos inicialmente como estratégia metodológica o Itinerário Terapêutico visando entender como o adolescente e seu familiar/responsável percebem os serviços de saúde envolvidos no momento da crise e da procura por cuidado. Uma vez que desejamos investigar os aspectos intersubjetivos e afetivos envolvidos nesse momento, utilizamos como recurso complementar de pesquisa o método de Narrativas de Vida, que será desenvolvido a partir de uma perspectiva psicanalítica com destaque para as contribuições de René Kaës (1982); (2002).

Bellato et al (2008) alertam para que a construção de itinerários tem possibilitado a apreensão de discursos e práticas de diferentes lógicas em estudos que se dedicam aos serviços de saúde do SUS. Os autores explicam que a discussão teórica sobre itinerário terapêutico (IT) tem sido realizada por diversas áreas do saber como antropologia, psicologia, sociologia e saúde. Esta última tem compreendido o IT a partir de uma perspectiva iminentemente cultural, através da antropologia médica americana, nas quais se destacariam os escritos de Kleinman e Geertz. No Brasil, os primeiros estudos ganharam força na década de 1980 e início da de 1990 e destacam-se autores como Paula Montero, Miriam Rabelo e Paulo Alves.

Os autores identificam duas vertentes que se destacam no que se refere aos estudos que utilizam ITs em saúde. A primeira seria o entendimento deste como demonstração do trajeto de busca por cuidado, trajeto este entendido como resultado de uma “escolha” feita pela pessoa dentre uma ampla gama de opções. A segunda vertente seria o entendimento da condição de adoecimento através de uma trajetória biográfica, através de estudos que se pautam na perspectiva cultural e entendem o meio cultural como determinante das escolhas do sujeito. Os autores esclarecem, porém, que atualmente os estudos vêm relativizando esses dois eixos, de modo que se baseiam na premissa de que o campo da atenção à saúde é atravessado tanto pela lógica dos serviços de saúde quanto a dos usuários, lógicas que se tencionam continuamente e redesenham a hierarquia desses serviços.

O IT pode ser considerado como um recurso avaliativo em saúde que toma como base o princípio da integralidade da assistência (BELLATO et al, 2008). Costa et al (2011) chamam atenção, porém, para que o mesmo pode ser considerado também como uma estratégia em pesquisa, quando utilizado na construção de recursos teórico-metodológicos para analisar as trajetórias compreendidas por esses usuários e familiares, assim como os sentidos dados ao

adoecimento e cuidado. Nosso estudo se caracterizará, assim, como uma pesquisa que utilizará o IT como método para análise da trajetória de adolescentes e familiares na busca por cuidado em um momento considerado como de crise psicossocial. (BELLATO et al, 2010).

Pontes et al (2008) esclarecem que a metodologia do IT se dirige ao “caráter complexo, interpretativo e dialógico do trabalho” (p.242) e que visa a compreensão das experiências de adoecimento/enfermidade pelos sujeitos, familiares e profissionais de saúde na busca de cuidados, assim como da resolutividade -ou não- resultante deste processo. Para tal estudo faz-se imprescindível contatos múltiplos que podem se desenvolver através de entrevistas com usuários, profissionais, gestores e familiares, dependendo da situação em questão. Tais entrevistas são complementadas com a análise de documentos ou prontuários, visando o desenho desse itinerário (BELLATO et al, 2008); (GERHARDT et al, 2008); (PONTES, et al, 2008)

Acompanha nossa intenção de realização de uma pesquisa deste tipo o questionamento que fazemos acerca das políticas e programas de saúde como modelos formais, de caráter propositivo e, de certa maneira, lineares e direcionadores, que ganham corpo através dos regulamentos, normas, técnicas, protocolos; um questionamento da complexidade da atenção tomada na perspectiva da densidade tecnológica organizada em níveis crescentes e hierarquizados do sistema que se baseia na hiper especialidade do saber, tal qual considerado por Bellato et al (2008). Consideramos que o usuário, ao contrário do previamente traçado ou imaginado por gestores e profissionais, segue outras lógicas no próprio ato de busca por cuidado e constrói intersecções e mediações entre estes serviços, podendo ser considerados mais integrativos na valorização das diversas práticas e saberes envolvidos. A “liberdade de escolha” dos usuários é relativizada, porém, por diversas dimensões dos serviços de saúde que trazem implicações diretas para a acessibilidade. E é neste sentido que podemos dizer que é nesta forma mediada, a partir das diversas implicações que o IT é produzido (BELLATO et al, 2008).

A utilização do IT como recurso de pesquisa parece-nos vir ao encontro das proposições de Kaës (1982) que nos tem auxiliado a pensar o momento de crise para além de questões objetivas. Ao considerá-la como multidimensional, o autor lança luz sobre uma série de fatores envolvidos na possibilidade de “solução” e significação da crise, dirigindo-nos a pensar sobre o papel dos grupos, da família, das equipes de saúde ou de outros serviços, assim como diversos recursos comunitários, para o desenvolvimento de um cuidado multi apoiado, na possibilidade deste se apresentar como um enquadre. Além das relações de cuidado, esse

momento de crise pode suscitar no serviço o encontro com sua própria crise na tentativa de resposta às próprias crises dos adolescentes.

Assim, a utilização do IT parece útil para nossa pesquisa, na medida em que pode lançar luz também sobre tensionamentos resultantes entre os momentos entendidos como de crise e a busca por cuidados de adolescentes e suas famílias (BELLATO et al, 2008), assim como o modo como os serviços têm se organizado para respondê-los e as possibilidades de resolutividade das práticas profissionais neles desenvolvidas. Portanto, através do IT, pretendemos lançar luz sobre as distintas lógicas assistenciais envolvidas neste trajeto e assim problematizar as práticas profissionais de atenção e de gestão voltadas para o adolescente, partindo da área da saúde (BELLATO et al, 2008).

Ao optarmos pelo IT como recurso de pesquisa pressupomos também que o usuário e sua família detém uma história própria e é quem melhor pode contá-la através de sua peregrinação, seu tecer, seu percurso. Ao centralizarmos nossa investigação na experiência do usuário e sua família/responsável e na peregrinação por diversas instituições, serviços e níveis de atenção, pretendemos compreender as dificuldades, limitações e possibilidades desta busca e suas respostas.

Ao escolhermos o IT para o encontro com familiares, recursos comunitários e serviços, tanto de saúde como outros, reconhecemos a diversidade e multiplicidade de fatores e dimensões em jogo no momento de crise e na busca de cuidado, o que não pode ser capturado por apenas um modelo explicativo. Pensar esse processo a partir de suas múltiplas dimensões nos leva a entender que este se apoia nas situações de vida de cada sujeito e, portanto, só podem ser apreendidos a partir de histórias construídas a partir de emaranhados e processos relacionais com sujeitos de diferentes universos, seja a família, a escola, o serviço de saúde, etc.

Acreditamos que este recurso permite analisar as respostas, a forma de organizar e regular os cuidados em saúde no SUS e suas implicações para essa trajetória e como cada serviço e profissional auxilia e produz vínculo – ou não (BELLATO et al, 2008)- com o adolescente e seu familiar. Em relação à perspectiva da organização formal em saúde, acreditamos que o IT possibilita analisar as práticas profissionais cotidianas em sua materialidade, bem como seus saberes operadores (BELLATO et al, 2008), ou seja, nos possibilita compreender como tem se dado o consumo e o modo de regular a referência e a contra-referência nos diversos níveis de atenção dentro do SUS e deste com outras instâncias (TAVARES & BONET,2008); (GERHARDT et al, 2008).

Temos por intuito, porém, nos aproximarmos de outros aspectos desse momento de crise e de busca por cuidado; não apenas aspectos objetivos e descritivos desse trajeto, mas também aspectos afetivos relativos a este momento. Assim, visando uma compreensão profunda dessas experiências de crise optamos pelo uso de narrativas ou histórias de vida como metodologia de uma abordagem autobiográfica. Acreditamos que essas narrativas podem nos ajudar a ter acesso a outras cenas e sentidos presentes nos serviços de saúde e não facilmente identificadas através das análises documentais, de dados ou indicadores ou mesmo da observação direta. .

A abordagem autobiográfica teria sido inicialmente praticada por etnólogos e sociólogos da Escola de Chicago desde a década de 1920 - os quais influenciaram o desenvolvimento das ciências sociais- e foi retomada por Ferrarroti e Bertaux, ocupando cada vez mais espaço nas pesquisas de diversas áreas (LÉVY, 2001). Em um contexto de rompimento com as análises estruturalistas, a história de vida se desenvolve próxima a abordagens qualitativas que focam a análise da construção do social com o sujeito, como a observação participante e a pesquisa-ação (AZEVEDO, 2005).

Lévy (2001) salienta que as pesquisas autobiográficas que trazem as narrativas em seu cerne surgem em meio a processos de alteração social, marcados por momentos de crise, de sociedade em transição. A pesquisa acompanha a sociedade num momento de construção de um caminho particular. Nesta lógica podemos sublinhar a urgência nos serviços de saúde mental de uma recriação incessante de práticas a partir de uma nova lógica de cuidado trazida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual aponta para a construção de uma nova relação com a loucura.

A natureza metodológica e operacional da técnica de narrativas de vida é uma modalidade orientada para produzir relatos orais a partir de lembranças de histórias pessoais e de reflexões mais gerais sobre o tema a ser pesquisado (SCHRAIBER, 1995). A história de vida tem como intuito a construção de sentido a partir da memória, a partir do refazer e do reviver como possibilidade de reconstrução. Como via de exploração de fenômenos e processos coletivos, a narrativa revela o atravessamento entre história e vida cotidiana, através do que emergem modos distintos de encaminhamento dos sujeitos, de forma que, para além de uma reflexão antropológica, desenvolveu-se como abordagem clínica e compreensiva (AZEVEDO, 2005).

Schraiber (1995) lembra que esta forma individual de relembrar tem a ver diretamente com aquele que narra a história, de maneira que o contado é afetado por este e é colorido por

uma carga subjetiva particular sobre o apresentado. Este conteúdo dependerá da forma como essas histórias foram vivenciados pelo sujeito e como este se posiciona socialmente.

Sobre o ato de relembrar, Schraiber (1995) nota que o que é lembrado apenas o pode ser a partir de um trabalho de reflexão próprio, sendo o relato um “pensamento especialmente produzido” (p.65). O que a autora quer dizer, porém, com produzido? Produzir, neste sentido, diz respeito ao que seria possível a partir do momento em que se recorta o cotidiano do sujeito a partir do objeto a ser estudado e em relação ao qual se propõe a fala. A entrevista, assim, ao fazer esse recorte pode produzir uma visão mais global da experiência do momento de crise, a qual pode ser resultado de uma nova interpretação que só é possível a partir de uma ordenação do que se lembra: fragmentos, sombras de cenas, pedacinhos de lembranças que se unem e ganham sentido a partir dessa contação de histórias.

Assim, tanto as ações quanto os discursos sobre essas ações apontariam para a compreensão dos sentidos em disputa, dos sentidos recriados e resgatados que constroem o IT como uma unidade.

Para explorar tal ponto, Schraiber (1995) se remete a H. Lefebvre e seu conceito de reprodução, o qual estaria diretamente relacionado com uma repetição que produz mudanças. O mais importante é que se faz presente, através desta, uma exploração do coletivo pela via da repetição e rememoração e, neste sentido, reconstrução, pessoal e coletiva, ou seja, trata-se de uma espécie de exploração do coletivo pela via da narrativa individual (SCHRAIBER, 1995).

Azevedo (2005) esclarece que Daniel Bertaux é um autor central na perspectiva das narrativas de vida como narrativas de práticas sociais, tendo como base uma visão etnossociológica. A narrativa propicia, segundo este autor, o estudo de fragmentos da realidade social-histórica e uma análise de determinado mundo social em prol de sua reprodução e transformação. Dessa maneira, uma de suas grandes contribuições é nos esclarecer que o material empírico deve favorecer tanto a descrição do mundo social quanto a construção de hipóteses, “narrativas de vida como narrativas de práticas em situação”. Segundo esta lógica, o que está em jogo na utilização das narrativas de vida são, para além de explicações, uma construção de interpretações dos fenômenos observados, a partir de um outro olhar sobre a oposição mundo objetivo e subjetivo.

Para Schraiber (1995), o relato individual, para além da produção de um pensamento sobre a experiência vivida, traz em seu âmago uma realidade coletiva. Ou seja, a partir dos relatos individuais não nos aproximaríamos apenas da percepção dos sujeitos entrevistados sobre o tema central, mas, além disso, nos aproximaríamos, também, do social e do coletivo.

Para Lévy (2001), a história narrada só tem consistência por ter sido contada por um indivíduo particular com suas particularidades e história singular em um percurso ao acaso. É justamente o que lhe é próprio que possibilita a apreensão do grupo, é através dos meandros das relações que se pode ter contato com as dimensões individuais e coletivas.

“A narrativa faz parte da história; o sentido que o sujeito dá aos acontecimentos de que se lembra, trabalhado pelo tempo e as provações, é dele uma dimensão essencial” (LÉVY, 2001, p.95)

Pretendemos assim, através de relatos orais, através de encontro com os sujeitos, sejam adolescentes, familiares/responsáveis ou profissionais que vivenciaram de perto, e cada qual a partir de um lugar, de um particular, situações de urgência subjetiva e seu acolhimento pelo serviço, ou serviços, diretamente vinculados a esse cuidado . Tivemos como intuito a partir deste encontro ouvir sobre a crise, sobre os modos dos técnicos e familiares de lidarem com este momento e suas repercussões para a vida dos adolescentes, para o acompanhamento destas pela rede de serviços de saúde geral e de saúde mental, para a estruturação e reestruturação do serviço de saúde a partir desta experiência.

Schraiber (1995) nos exorta em relação ao que pode parecer contraditório a partir de diversos depoimentos, já que estes podem se orientar em direções diferentes. Essas diferenças, sublinha a autora, apontariam para a autonomia do que é singular, o que não anula a inscrição simultânea no coletivo. Para que isto ocorra é preciso que se tome este coletivo, essa miscelânea de experiências e de falas, como tendo qualidade própria a partir de seus particulares.

A metodologia de narrativas de vida foi utilizada a partir de entrevista com adolescentes e seus familiares/responsáveis na construção de um itinerário terapêutico que pretende narrar um momento de crise. No próximo item passamos para uma descrição dos caminhos de pesquisa trilhados para a construção desses itinerários.

4.3. Estratégias de Pesquisa

Optamos pela não identificação do serviço e do município no qual foi realizado a pesquisa. Tal decisão foi tomada tendo por intuito que os achados da mesma não apontem para a realidade de um serviço específico, apesar de entendermos que é desta realidade que estamos falando, mas concordando com Schraiber (1995) que esta experiência pode apontar

para uma realidade coletiva. O que queremos dizer com isso? Que entendemos que os itinerários terapêuticos dos adolescentes apresentados aqui ao mesmo tempo falam de uma dinâmica de trabalho deste serviço, mas podem apontar também para a realidade de outros serviços.

Dessa maneira, entendemos que mais do que apresentarmos alternativas e dificuldades de um serviço específico frente aos momentos de crise, essa pesquisa pode contribuir com a apresentação de alternativas e dificuldades comuns a outros serviços de saúde mental, em municípios diferentes e são essas respostas que nos interessam. Visando preservar o anonimato dos entrevistados, todos os nomes citados nesta pesquisa foram alterados, assim como os nomes dos serviços de saúde,.

A escolha do município onde foi realizada a pesquisa foi dada a partir da qualificação deste projeto e da colaboração de um dos professores que incluíram a banca. Alguns levantamentos no sentido de aproximação com a implantação de serviços de saúde mental e geral nos serviços deste município foram realizados a partir de uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES. Uma vez que pretendíamos nos debruçar sobre histórias, entrelaçamentos da rede de serviços de saúde logo o fato deste município contar com uma oferta mínima de serviços em saúde mental foi por nós considerado.

A partir da escolha do município e da aceitação por parte dos gestores da realização da pesquisa, tomamos como ponto de partida de nossas investigações o CAPSi, por partirmos da hipótese, a partir do que prevê a atual PNSM, de que este seria o serviço central na organização da atenção em saúde mental de crianças e adolescentes de um município. Os profissionais do serviço se mostraram muito disponíveis para a realização da pesquisa, assim como muito interessados nas construções teóricas e nos objetivos da mesma. Dessa maneira, após minha apresentação à equipe foi marcado um novo encontro onde pude apresentar alguns pontos mais detalhados do Projeto de Pesquisa.

Além de muito interessada positivamente nas construções desta pesquisa e na possibilidade de contribuição à mesma, a equipe também se apresentou muito receptiva à minha presença nas reuniões e na rotina do serviço, de maneira que fui convidada para algumas festas de aniversariantes do mês, festas do serviço e almoços. Os profissionais que participaram direta ou indiretamente desta pesquisa apresentaram-se muito dispostos em contribuir para a realização da mesma e de fato foi possível perceber uma construção coletiva nas decisões dos caminhos trilhados para a mesma.

Foram realizados um total de cinco encontros com a equipe que aconteceram durante as reuniões de equipe. No primeiro encontro pude conhecer a equipe e apresentar de maneira breve o projeto; no segundo pude apresentar de maneira mais detalhada as construções teóricas, objetivos e metodologia da pesquisa. No terceiro encontro a equipe pode me falar sobre o histórico e a rotina do serviço, os serviços de referência, sejam os de saúde ou não, para crianças e adolescentes no município, assim como sobre o perfil dos usuários. Ainda neste dia a equipe falou-me de alguns adolescentes que teriam passado por alguma situação de crise nos últimos dois anos e apresentou-me a história sucinta destes.

A escolha pelos adolescentes, assim como os critérios para esta escolha, se deu em conjunto com a equipe uma vez que entendemos que apenas a equipe de saúde que mantém um vínculo com esses adolescentes e seus familiares e responsáveis podia estabelecer critérios e fazer escolhas. Tomamos, entretanto, dois critérios de exclusão a partir das discussões da qualificação desta pesquisa: (1) não escolheríamos adolescentes que, segundo avaliação da equipe, estivessem vivenciando episódios de sofrimento psíquico mais acentuado, mostrando-se com dificuldade para estabelecer novos contatos pessoais; (2) não entrevistariamos sujeitos cuja problemática psíquica estivesse relacionada com a dependência química.

A partir de entrevistas prévias com profissionais de referência pretendíamos pensar critérios como: torna-se mais interessante entrevistar adolescentes que já eram usuários do CAPSi no momento da crise ou que ingressaram no serviço a partir deste evento? Torna-se mais interessante a realização da pesquisa com adolescentes que passaram por momentos de crise no último ano, de modo que possamos utilizar informações mais recentes?

Dessa maneira, neste terceiro encontro foram listados um total de 10 adolescentes que poderiam participar da pesquisa. Sobre a seleção concordamos que poderiam participar adolescentes que já eram usuários do serviço antes ou a partir da crise ou não, e que a vivenciaram no último ano, o que talvez facilitasse o remontar dessa história. Combinamos a partir disso um novo encontro até o qual eu teria acesso a prontuários e os profissionais poderiam pensar sobre essas indicações e a disponibilidade e possibilidade de adolescentes e familiares/ responsáveis falarem sobre o momento de crise, para que então pudéssemos fazer a escolha dos adolescentes com quem entraríamos em contato para a apresentação da pesquisa.

No quarto encontro, apesar de nossa combinação de que os contatos seriam realizados posteriormente, um adolescente já havia sido contatado pela equipe e aceitado participar da pesquisa. Ao ouvirmos sobre a história deste rapaz e lermos seu prontuário, percebemos que

este era um caso considerado muito grave pela equipe e que mobilizou diversas estratégias distintas nos últimos meses. Entendemos que a equipe talvez esta fosse a oportunidade de falar sobre esse adolescente e sua família, contar sobre essas dificuldades e alternativas encontradas e separar um momento para pensar essas estratégias. Aceitei então o contato realizado e com a equipe decidimos iniciar a pesquisa a partir do IT de Mário e sua família.

Neste quarto encontro, então, decidimos conjuntamente pela pesquisa dos itinerários terapêuticos de 3 adolescentes que passaram por momento de crise em saúde mental, investigação que se daria assim a partir de entrevistas com os adolescentes, familiares ou responsáveis vinculados a cada um desses adolescentes (num total de 3 familiares/responsáveis). Além disso, algumas entrevistas a profissionais seriam utilizadas como recurso complementar, sendo então indicados 2 profissionais envolvidos em cada caso estudado (num total de 6 profissionais).

Interessante notar que a equipe se preocupou em indicar um adolescente de “cada dia da semana”, uma vez que esta é a maneira pela qual a equipe de profissionais divide-se na rotina do serviço, como veremos mais adiante. Além disso, houve uma preocupação de que, para cada adolescente, um (a) psiquiatra pudesse ser entrevistado (a).

Dessa maneira, a partir desse contato com a equipe fui apresentada aos adolescentes e seus familiares/responsáveis. Algumas mudanças, porém, ocorreram durante este percurso. Mário, adolescente indicado pela equipe, havia aceitado participar da pesquisa e desistiu no momento da primeira entrevista ao ter contato com o Termo de Consentimento. Apesar de considerarmos que sua desistência pode apontar para uma série de questões que não alcançaremos e nem temos por intuito fazê-lo, percebemos que a leitura deste termo, especificamente o aviso de que a pesquisa poderia representar riscos, apresentou-se de maneira negativa para o mesmo. Tal fato nos fez pensar sobre a rigidez deste documento e a não flexibilização de seus moldes para este público, pessoas com histórico de grave sofrimento psíquico e, além disso, adolescentes.

Além de Mário, outra adolescente indicada também não participou da pesquisa por não ter aceito antes mesmo de nosso contato. Um novo encontro foi combinado com a equipe no qual foi indicado outro adolescente que pudesse participar da pesquisa. Após o início das entrevistas com este adolescente e sua família, Thiago, um quinto encontro foi realizado com a equipe e foram indicadas Luciana e Mara para participarem da mesma. Mara desistiu de participar da pesquisa ainda quando apresentada a pesquisa pelas profissionais do serviço, sendo indicada então Leticia. Durante a realização das entrevistas duas profissionais que

seriam entrevistadas também não puderem participar da pesquisa por estarem uma de licença maternidade e a outra de licença médica, tendo sido apenas uma destas substituída nas entrevistas.

Entendemos que as metodologias por nós escolhidas implicavam aproximações sucessivas entre pesquisadora e sujeitos participantes da pesquisa, para que fosse possível a exploração desse momento de adoecimento e busca por cuidados. Foram, portanto, necessários, vários encontros com o mesmo adolescente e seus familiares ou responsáveis para tal aprofundamento, encontros esses facilitados pelos técnicos de referência. Com Thiago foram realizados dois encontros, e mais dois com sua mãe; com Leticia e sua mãe foram realizados dois encontros que se deram com a presença das duas e com Luciana foram realizados dois encontros e com seu irmão apenas um. Foram ainda realizadas cinco entrevistas com profissionais. Nesses encontros, que duraram em média de 40 min a 1 hora, utilizamos um roteiro (ver anexo A- Roteiro de questões indicativas para entrevista-), não no sentido de uma entrevista estruturada, mas no sentido de indicativos de questões que consideramos válidas de serem exploradas para essa pesquisa.

Para o levantamento da história do CAPSi e de sua atual rotina foi realizada uma entrevista com a coordenadora do serviço, informações oferecidas pelos profissionais em dois encontros sobre essa pesquisa, dados utilizados pela equipe administrativa para a elaboração de um Relatório a ser apresentado no Encontro Estadual de CAPSis do ano de 2012, com dados do serviço sobre o ano de 2011. Além disso, trechos das entrevistas com profissionais, usuários e familiares foram também utilizados para complementar as informações sobre os aspectos estruturais do serviço.

Schraiber (1995) salienta que por ser a história sempre refeita pelo entrevistado e pelo pesquisador, ao ser narrada, a forma como o pesquisador pode intervir não tem formato único e não se repete de uma a outra entrevista. “A entrevista conduz sempre a uma atualização do roteiro” (p.68) e este roteiro depende da avaliação subjetiva dos dois atores em cena. Lançar mão de um roteiro pré-estabelecido é possível nesta dinâmica, pois este assume papel de guia de narrativa, orientador, mas antes de tudo, subordinado a um processo flexível e disposto à mudança (LÉVY, 2001).

Durante esses encontros disponibilizamos ao adolescente também a possibilidade do uso de recursos gráficos e lúdicos visando a facilitação da expressão objetiva em relação aos temas sugeridos, mas também as dimensões inconscientes e afetivas. Apenas um adolescente

se interessou pela utilização desse recurso e, a partir dele, pôde nos falar muito sobre a experiência de participação da pesquisa, como veremos mais adiante.

Outro recurso complementar foi a consulta a documentos do município e a relatórios que se dirigiam à atenção em saúde mental deste público. Incluímos nesta pesquisa a consulta a prontuários e Livros de Ocorrência. A partir destes, pretendíamos nos aproximar da dinâmica de trabalho dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes e também dos serviços veiculados a atenção às situações de urgência neste município, a partir de fontes escritas.

Yin (1994) nos alerta para que os documentos podem trazer “pistas” sobre elementos importantes da pesquisa. Neste sentido, este autor nos chama atenção para a necessidade de atenção aos “gaps” entre as informações coletadas nos documentos e aquelas que surgirão nas entrevistas, já que esse “link” entre questões e fontes de evidência possibilita um caminho rico de pesquisa.

O material empírico da pesquisa se constituiu, assim, do diário de campo, das transcrições das gravações das entrevistas realizadas, de alguns elementos que surgiram a partir da utilização dos recursos gráficos e lúdicos, e dos dados obtidos a partir dos documentos consultado.

Ao considerarmos a necessidade da utilização de regras metodológicas como suporte para este trabalho, lembramos que a pesquisa foi realizada em conformidade com os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, após ter sido aprovada por banca de qualificação desta escola.

O uso do gravador durante as entrevistas se justificou no intuito de registrar as pausas, o tom de voz e entonações do entrevistado (MINAYO, 2008); (BELLATO et al, 2008). Dessa maneira, mediante a autorização dos entrevistados as entrevistas foram gravadas com o intuito de posterior análise das narrativas. Essas gravações, assim como o material transcrito, ficará sob os cuidados da pesquisadora por um período de cinco anos, sendo destruído em seguida.

O retorno dos resultados da pesquisa será feito junto aos adolescentes, familiares/responsáveis, equipe do serviço através da devolução a ser combinada com os mesmos.

4.4.A pesquisa clínica como lugar de encontro

Ao pretendermos realizar uma pesquisa a partir de narrativas de adolescentes e familiares/responsáveis, assim como de profissionais e gestores, levamos em consideração alguns aspectos éticos que mediaram essa aproximação.

Miranda (2012) recorre à Mitologia Grega, mais especificamente a Teseu, sua batalha contra o Minotauro e sua saída do temeroso labirinto graças ao fio de rolo dado por sua amada, Ariadne, para nos apresentar algumas reflexões sobre a questão do uso das narrativas em pesquisas. A autora afirma:

“Alguns projetos de pesquisa nos convidam a adentrar em labirintos que abrigam minotauros prontos para nos devorar com suas realidades de vida assustadoras e miseráveis, suas resistências aos nossos objetivos “científicos”, seus idiomas aparentemente indecifráveis, suas aproximações viscosas e seus afastamentos taciturnos. Não nos é delegado o destino de matá-los ou enfrentá-los. Explorar o labirinto é uma escolha do pesquisador.” (MIRANDA, 2012)

Acompanhando a afirmação da autora, deparamo-nos com o desafio de realização de uma pesquisa com adolescentes e famílias que vivenciaram um momento de crise, momento de forte sofrimento. Deparamo-nos com narrativas sofridas, lembradas com pesar, e que nos convocaram a busca pelo nosso fio de Ariadne a fim de percorrermos esse labirinto de vias misteriosas a fim de uma saída viável, como lembra Miranda (2012), tanto para a pesquisadora, para a pesquisa, para o adolescente, seu familiar ou responsável, assim como para o serviço e a rede de serviços com o qual se deu esse encontro. Isto porque também as entrevistas com familiares e gestores podem ser atravessadas pelo sofrimento de encontro com a crise, de lembrar estratégias tecidas arduamente, algumas com sucesso e outras não e que podem provocar no profissional e no serviço também uma crise, como veremos no decorrer deste trabalho (KAËS, 1982).

É sobre esse encontro que nos fala Thiago. Conhecemo-nos em um dia no qual, mais uma vez, em semanas, sua mãe se queixava junto às profissionais do serviço sobre a recusa do filho em tomar banho e mudar de roupa. Thiago sabia da queixa e sobre ela não queria falar nada, como me contou mais tarde uma das profissionais. Esta contou-me porque, na semana seguinte, dia para o qual tínhamos agendado nossa primeira entrevista, o rapaz apareceu de

banho tomado e perfumado, com a orelha furada, a mecha branca do cabelo da qual não gostava pintada e um boné novo. O novo “visual” foi rapidamente notado e elogiado por todos e tanto sua mãe quanto as profissionais associaram essa mudança a uma empolgação com o início da pesquisa. Pesquisa ou “seu dever de casa da escola”, como ele chamou posteriormente essa pesquisa ao me contar que não gosta de fazer deveres de casa e que me ajudaria com o meu.

Em nossa primeira conversa Thiago sorria bastante, contou-me, apesar de frases curtas e rápidas, sobre suas preferências. No nosso segundo encontro o rapaz interessou-se por fazer um desenho. Começou justamente desenhando um boné (seria o seu novo?), de onde surge o “boneco de boné”, como chama. Ao lado do sorridente boneco uma grande árvore que vai ganhando contorno e folhas de maneira bem lenta, entre uma pausa e outra. Em uma dessas pausas pergunta sobre o nome do meu dever de casa e digo o título presente no projeto de pesquisa, tentando adaptá-lo para uma conversa mais compreensível. Thiago me pergunta o que são itinerários e digo que são caminhos, percursos. Com muita calma, desenha uma estrada ao lado do boneco de boné e me pergunta: “Onde nos encontramos em nosso itinerário?”. “Nas nossas conversas sobre você, o que você gosta de fazer, sua chegada ao CAPSi e até sobre momentos difíceis”, é a resposta que consigo dar a essa pergunta. E será que não é justamente aí que realmente nos encontramos? Abaixo, encontra-se a cópia do desenho feito por Thiago:



A pergunta que nos faz Thiago talvez seja a grande questão que se apresenta quando pretendemos realizar uma pesquisa clínica. Ele mesmo nos dá a dica por onde devemos começar: pelo sentido do encontro! Porque esta não se pretende a uma neutralização do pesquisador e do que pode ser produzido subjetivamente a partir das entrevistas. Ao contrário de uma lógica positivista que busca verdades neutras, a pesquisa clínica traz à tona algo atravessado por singularidades e que inclui implicações diversas, inclusive do pesquisador.

A construção de narrativas autobiográficas se dá a partir do encontro entre pesquisador e entrevistado e, portanto, antecede o momento da escrita dos resultados. Miranda (2012) e Schraiber (1995) pontuam que a narrativa construída numa pesquisa clínica não seria reproduzida em outras circunstâncias ou mesmo a partir de outras relações, ela é única e comporta o singular deste encontro.

Encontro este entre pesquisadora e entrevistado, mas também entre pessoas que se encontram em determinado momento, com suas histórias e vivências. E foi isso que percebemos durante a realização das entrevistas, construídas uma a uma, nas quais o roteiro foi flexibilizado e, mais do que ele, se fez importante o desenrolar das falas, a possibilidade de se poder falar sobre algo em um dado momento, ou não, de ser necessário voltar a um ponto específico tempos depois, ou simplesmente “excluí-lo da pauta” por ser um tema mais difícil de ser abordado. Assim, as entrevistas realizadas durante esta pesquisa se apresentaram, antes de mais nada, como produto da interação da pesquisadora com os entrevistados.

A partir da escuta de um sofrimento o pesquisador, segundo Turato (2003) dedica não apenas seus conhecimentos teóricos em relação ao que foi dito, mas antes de tudo deve fazê-lo a partir de suas sensibilidades. É o que se fez necessário no encontro com Mário, que desistiu de participar da pesquisa em nossa primeira entrevista. Justificou a desistência falando do difícil momento de vida que estava passando, sobre a saída de alguns amigos do serviço devido à idade e o fato de “estar só” no mesmo, desagradando-se de continuar participando dos grupos e questionando sobre sua vida futura. A possibilidade da pesquisa poder contemplar um espaço de acolhimento para essa fala nos aponta para a ideia de que a pesquisa como clínica, e de clínica como ato de acolhimento, assim como nos alerta o autor.

E assim como é preciso pensar a singularidade de cada entrevistado é preciso não deixarmos de nos ater para as singularidades da pesquisadora, que traz consigo experiências próprias em relação à adolescência, ao trabalho em saúde mental, expectativas próprias em relação à pesquisa que realiza. Por exemplo, vale lembrar que a pesquisadora participou de diferentes espaços de cuidado em saúde mental voltados a adolescentes, experiência que

mobilizou a realização dessa pesquisa a partir de inquietações e questionamentos. Faz-se, assim, necessário que fique garantido o “*exercício da subjetividade teoricamente fundamentado*”, como pontua Schraiber (1995), para que a pesquisa não seja portadora apenas de impressões pessoais. Em relação a este ponto a autora nos aponta alguns princípios que devem presidir a intencionalidade da ação técnica na pesquisa, como validar a entrevista como “meio de conhecimento” e não um embate ou teste de objetivações neutras, ao se procurar, a partir desta, representações próprias do entrevistado via uma narrativa livre.

Outro fator importante foi o compromisso com a análise de nossa própria implicação, o que se tornou possível a partir de diversos recursos. Entre eles podemos citar em primeiro lugar o balizamento ético que os pressupostos metodológicos escolhidos impõem. Além disso, fizeram-se importante as trocas realizadas com as orientadoras deste trabalho, a partir de encontros de orientação que puderam comportar a narração de histórias, de descobertas que envolviam entusiasmo, mas muitas vezes também angústia em relação à pesquisa. Da mesma maneira as trocas em salas de aula, durante uma disciplina dedicada à construção da pesquisa, onde foi possível falar, ouvir e trocar com outros pesquisadores comprometidos com uma postura ética e clínica, alguns mais maduros e experientes, outros iniciando esse percurso. Autores, orientadoras, professoras, colegas de turma e outros pesquisadores puderam assim se tornar parceiros dessa pesquisa, verdadeiras *Ariadnes* que possibilitaram um espaço de análise da implicação desta pesquisadora com essa pesquisa, seus achados e suas construções.

CAPÍTULO 5

AS NARRATIVAS SOBRE AS BUSCAS POR CUIDADO TRILHADAS POR THIAGO, LETICIA E LUCIANA.

“Quando menino encompridava rios.
Andava devagar e escuro – meio formado em
silêncio.
Queria ser a voz em que uma pedra fale.
Paisagens vadiavam no seu olho.
Seus cantos eram cheios de nascentes.
Pregava-se nas coisas quanto aromas.
(Manoel de Barros)

Este capítulo destina-se a narração das histórias de Thiago, Leticia e Luciana, e de seus familiares/responsáveis, amigos e vizinhos na busca de cuidado às situações de crise que vivenciaram. Trata-se de histórias que se encontram com as histórias e rotinas dos serviços de saúde, das equipes, dos profissionais. Na mesma medida, as narrativas se fazem através de pessoas que aceitaram participar dessa pesquisa, contar sobre seus sofrimentos e angústias, reviver dificuldades, expor sentimentos, segredos, lembranças duras.

As narrativas foram construídas a partir de histórias contadas por eles e por muitos que fizeram e ainda fazem parte de suas vidas. Apresentam-se através delas recordações, por vezes pequenas lembranças, detalhes esquecidos e ora lembrados, documentos que ajudam a nos aproximar de algumas estratégias, falas, desenhos, às vezes perguntas...percursos diversos que juntos puderam falar dos itinerários desses adolescentes. É a partir dessas histórias que daremos prosseguimento a esse trabalho, conhecendo melhor os serviços que se apresentam na assistência à crise, assim como nos aproximando das representações e destinos da crise.

Conheçamos então os caminhos de Thiago, Leticia e Luciana.

5.1. Os caminhos de Thiago

Thiago, que gosta de jogar videogame e futebol na rua com amigos, tem 17 anos e é o

filho mais novo de uma família de oito irmãos, dos quais muitos já se casaram ou saíram de casa. Thiago descreve sua rotina com o futebol e o vídeo game. Além dos “moleques” (sic) com quem joga, cita ainda os irmãos, irmãs e os pais como pessoas de sua rotina. Seus pais se mudaram do nordeste do país para o Rio de Janeiro há muitos anos e residem no município atual devido à possibilidade de emprego e a proximidade de outros familiares. Sua mãe é dona de casa e seu pai faz alguns “bicos”. A família vive com dificuldades financeiras, mas “todos sempre foram à escola e sempre se dá um jeitinho” como faz questão de ressaltar Maria, sua mãe.

Quando nos conhecemos, por ocasião da apresentação da pesquisa, Thiago, que já era usuário do CAPSi há um ano, se mostrou muito animado em participar das entrevistas e no dia marcado compareceu ao nosso encontro de cabelo pintado. O ato de vaidade foi entendido por sua mãe e por uma das técnicas de referência como relacionado ao início da pesquisa, o que as surpreendeu, já que recentemente não queria tomar banho ou trocar de roupa. No nosso encontro Thiago estava arrumado, fez questão de pintar o cabelo e no segundo encontro “melhorou o visual”, como me disse, com um brinco e um boné novo. Fez-me algumas perguntas sobre o meu “trabalho da escola” (Thiago entendeu que a pesquisa era para um trabalho da minha escola) e contou-me sobre alguns amigos e sobre jogos de videogame.

As falas de Thiago, que poderíamos julgar rápidas e objetivas, não escondiam sorrisos e a animação em poder falar de si e de sua rotina e, encontro após encontro, o rapaz mostrava-se mais aberto a conversar e a me fazer perguntas. Não só jogos de vídeo games e futebol preencheram nossas conversas, mas também um assunto que pareceu representar certa complexidade. Thiago, que cursava a sétima série, fez questão de ressaltar que repetirá o ano na escola e com muita veemência afirmou que é “burro” e que as “coisas que a professora diz não entram na cabeça”. Dos amigos da escola falou pouco, disse que alguns “zoam” os outros, mas não relatou nenhuma “zoação” dirigida a ele, apesar da mãe relatar algumas situações desse tipo. Contou dos irmãos que às vezes se misturavam em seus relatos com os primos, e não sabia explicar o trabalho do pai. Sobre o momento considerado de crise por sua mãe e pelos profissionais do CAPSi, disse não lembrar de nada.

Em nossas conversas Maria tem alguma dificuldade em me falar sobre os primeiros anos de vida do filho, ficando muito marcado o tema da adolescência como um período difícil, no qual muito mudou:

“Quando o Thiago nasceu ele era bom, nasceu saudável. Era um

menino bom, esperto, estudioso. Sempre não teve problema nenhum. Só veio aparecer problema quando chegou aos dezesseis anos, começou a ficar nervoso e eu achando que era a adolescência”.

(Maria, mãe de Thiago)

Em novembro do último ano, porém, um dia foi marcado pelo que ela chamou de “uma surpresa dele, um susto”. Maria conta que o rapaz chegou da escola com os olhos fundos, muito nervoso e relatou que durante a aula se sentiu mal, sentiu que suas mãos e pernas ficavam pequenas e todo o resto crescia de tamanho; seus colegas o chamavam, mas ele não conseguia responder. Thiago saiu da escola sem aviso e foi para casa, não queria comer ou beber; após a conversa com a mãe dirigiu-se ao trabalho da irmã e “falava umas coisas tão estranhas”, segundo a mãe. Deu-se início uma série de cenas presenciadas por ela, nas quais o rapaz se mostrava fortemente angustiado por se sentir perseguido por um chinês que, segundo ele, o filmava pelas televisões da casa. Televisões foram escondidas no banheiro por Thiago que pedia para que todos falassem baixo porque “o chinês é muito sabido” e queria pegá-lo. Durante a madrugada o rapaz acordava a mãe, segurava sua mão e pedia ajuda, no dia seguinte dizia que a mesma não gostava dele. Após duas noites acordados, os pais e irmãos resolveram buscar ajuda no Hospital Geral, apesar da negação do rapaz que estava escondido em um beco da casa, há algumas horas.

Sua mãe lembra que a chegada ao hospital às três e meia da manhã não foi fácil. O rapaz teria sido levado a força após horas de procura pelo documento de identidade que teria escondido para não sair de casa. Sua mãe, segundo ela, foi “agarrada com ele” e da mesma maneira o teriam tirado do carro de seu irmão quando chegaram. No hospital foi atendido por um médico clínico acompanhado por um enfermeiro, que teria contactado a pediatra de plantão. Maria não conta muitos detalhes sobre esse atendimento, mas lembra que foram rapidamente recebidos por ela que também teria convocado para o atendimento uma psiquiatra. Após ter sido medicado, Thiago foi liberado com um encaminhamento escrito para o CAPSi.

Maria conheceu o CAPSi no dia seguinte. Com o encaminhamento escrito pela profissional do hospital, a primeira consulta de Thiago no novo serviço foi agendada para a próxima semana. Os dias de espera, segundo ela, não foram fáceis e a expectativa para que o filho fosse logo atendido era grande, todos os familiares estavam sofrendo. Thiago apenas dormia devido a medicação e estava muito agitado, se escondendo e “entrando dentro de casa nervoso”.

Sara, psicóloga que vem acompanhando o adolescente desde sua chegada ao CAPSi, lembra de Thiago nesse primeiro momento “muito aéreo, discurso desconexo, sem sentido, retraído, não queria ficar na entrevista” e da mãe muito angustiada. Acompanharam Thiago e Maria dois irmãos, e a psicóloga lembra que todos estavam muito “abalados” com o momento vivido.

A técnica conta que alguns encontros foram agendados com Thiago e sua família, e alguns encontros com a psiquiatra do serviço se deram em paralelo. Esta última sublinha, por diversas vezes, no prontuário o “desânimo”, o “negativismo” e a “recusa em se alimentar”. A medicação prescrita no Hospital foi modificada. O pai nunca teria comparecido ao CAPSi e, segundo a mãe, não tem muita paciência com o filho.

Em pouco tempo o rapaz começou a participar de um grupo de adolescentes, que segundo ela, tinha vaga na época, e do qual participa até hoje, ou seja, há aproximadamente um ano. Segundo informação da psicóloga este grupo, que se reúne uma hora por semana, é formado por “adolescentes psicóticos de quatorze a dezoito anos”, no qual “são oferecidos jogos e atividades manuais”.

A participação de Thiago no grupo teria sido marcada inicialmente por uma “resistência”, segundo a psicóloga. Uma importante mobilização familiar se deu para que o mesmo pudesse comparecer ao serviço. Seu irmão fez um acordo no trabalho para que pudesse se ausentar no horário do grupo do irmão e levá-lo e buscá-lo do CAPSi para casa, já que o mesmo não aceita ir de ônibus e ainda mais não demonstrava interesse em participar da atividade de grupo proposta.

A interação com os demais participantes ou profissionais também é ressaltada nas entrevistas e nas anotações nos prontuários, onde os técnicos pontuam que Thiago “é um menino de não muito papo”:

“ele não olha nos olhos, ele tem vergonha de ter alguma iniciativa e quando a gente pressiona pra falar ou mesmo ter iniciativa pra algum jogo ele fica nervoso”.

(Sara, psicóloga)

Sara lembra que Thiago teria chegado a comentar que no grupo havia “malucos” e ele não era “maluco”. A profissional conta que em alguns atendimentos com Thiago, que aconteceram devido a um “pedido de ajuda” da mãe, se deram em torno de uma ênfase na importância de sua participação nessa atividade, assim como a necessidade da medicação,

para “seu equilíbrio”, sua “constância”. Salienta que com o passar do tempo Thiago começou a participar dos jogos e a realizar as atividades manuais propostas no grupo e que “(...) às vezes não interage, mas às vezes ri com uma graça, já corresponde, já responde à uma pergunta que o colega faz”.

Durante alguns meses Maria participou de um grupo com pais e responsáveis que era realizado no mesmo horário do grupo do filho e que era acompanhado por Sara. Atualmente o grupo não existe mais por falta de participantes, segundo a psicóloga. A profissional lembra que durante esses encontros Maria emocionava-se muito ao falar sobre a “doença” do filho, o que é entendido pela mesma como uma “fase de luto, de perda” (sic) do filho saudável.

Os profissionais entrevistados e Maria mencionam um acontecimento considerado como de uma “crisezinha braba”, como chamou a mãe, e de uma “recaída”, como chamou a técnica de referência, em maio do ano passado, nessa época usuário do serviço há seis meses. Thiago não queria tomar a medicação, motivo que não foi apresentado pela mãe ou pela profissional, e algumas estratégias foram propostas pela psiquiatra do serviço. O remédio inicialmente era dissolvido em um suco, depois na comida, mas essas medidas com o tempo não eram mais aceitas por Thiago. Seu irmão passou a ser o responsável “por tomar conta dele”, como diz a mãe, e o “segurava”, como observa a técnica, mas ele jogava o remédio fora. A mãe de Thiago contava às profissionais que o rapaz jogava o remédio no lixo, ficava nervoso e socava a porta de casa e novos comprimidos eram disponibilizados. Algumas conversas do mesmo com a psicóloga e a psiquiatra tiveram como tema essa questão e a possibilidade da medicação ser injetável foi considerada. Após uma conversa entre as profissionais sobre uma “melhora” do rapaz, melhora essa que nenhum dos profissionais explicou de fato durante as entrevistas, ficou decidido, porém, que a medicação do mesmo seria suspensa.

Maria lembra que o filho passou a não dormir e nem comer bem, ficou “agoniado”, “malcriado e agressivo”, “mexendo com as crianças na rua”, “ficou dando soco na parede, fazendo arte, subindo escada, andando no beiral da casa”. A psicóloga lembra que a mãe relatava algumas mudanças de comportamento de Thiago após essa suspensão e demonstrava uma certa preocupação de que o filho ficasse sem a medicação. A “regressão”, como relatada pela mãe, não foi notada no grupo, lembra a profissional. Uma vez que a psiquiatra de Thiago teria entrado em um período de licença maternidade durante a semana de suspensão dos medicamentos, uma nova psiquiatra passou a acompanhá-lo.

A nova psiquiatra teria mudado a medicação e, além disso, esta seria “em gotas”, o que

é apontado pela mãe como um facilitador para que Thiago possa tomá-lo junto com o suco. Além disso, a mãe credita à medicação atual o fato do filho estar “mais ativo”, se interessar pela escola e pelos deveres, se interessar por mudar de roupa. A nova psiquiatra relata que, após essa mudança, Thiago diz que dorme melhor.

Thiago, que em 2011, após o momento de crise, esteve afastado da escola, retornou no início de 2012 e abandonou a mesma antes da finalização desta pesquisa,. Na primeira entrevista, Thiago havia dito que achava que o tempo demorava muito pra passar na escola, que “é ruinzão” e que “dá vontade de ir embora”, mas apesar disso gostava de Educação Física. No último encontro que tivemos ao me contar que abandonou a escola falou que agora tem mais tempo pra jogar videogame, mas também não tem encontrado os amigos para o futebol, ao contrário, enfatiza que não tem feito nada, “porque é melhor não”.

A mãe acredita que o filho não consegue aprender, conta do alto número de alunos na sala de aula e repete a fala dos professores de que os demais riem de Thiago, de sua falta de atenção, de seu cabelo, o chamam de feio: “(...) os professores dizem que é muito difícil porque os alunos não entendem que a pessoa tá doente”.

A técnica de referência questiona os benefícios de Thiago frequentar a escola e das condições que o mesmo tem de fazer vestibular. Diz que a escola nunca entrou em contato com o CAPSi, e conta que o contato realizado com a mesma teria sido o envio de um relatório escrito pelo CAPSi para a escola e o pedido de escrita de um relatório da escola para o CAPSi, pedido feito ainda no momento dessa pesquisa.

A psicóloga pensa que o encaminhamento do mesmo para atividades esportivas para “crianças e adolescentes especiais” pode ser mediada pelo CAPSi em breve. A ideia teria vindo o fato de Thiago jogar futebol na rua, mas sempre com crianças, o que seria relatado pela mãe. Acredita que este seria mais um estímulo para interação de Thiago com outros adolescentes, mas que “isso vai depender da família”:

“É mais um estímulo para essa interação. Acho importante porque esse rompimento tem muito haver com os laços e seria mais um espaço onde ele poderia trocar com outros pares, com outros da idade dele”.

(Sara, psicóloga)

Em nosso último encontro, Thiago pede para desenhar. Thiago desenha uma casa, me diz que é o CAPSi. Faz pausas, olha para o desenho, me olha, ri, volta a desenhar. Apaga e refaz as janelas. Conversamos sobre o serviço, e ele me conta que desenha, pinta e joga e

ressalta que gosta de jogar dominó com Antônio, técnico de enfermagem que participa de seu grupo. Diz que só vem ao serviço para encontrá-lo, “porque ele é muito legal”. Sobre os outros profissionais diz não saber. Sobre os outros adolescentes do grupo também não fala nada.

5.2. Os caminhos de Leticia

Leticia tem 17 anos e gosta de internet, onde posta muitas fotos, e de estar com as amigas com quem vai ao shopping, come pizza, passeia na praça próxima de casa e vai no Bar do Zeca às sextas-feiras, onde “tem música boa”. Ia também a *chopadas* com o irmão Vítor, mas hoje não vão mais, por pedido da mãe que acha que o filho anda bebendo demais e não seria boa companhia Domingo vai à igreja com amigas onde encontrava o namorado com quem terminou durante o período de realização das entrevistas. Também no início das entrevistas Leticia cursava o segundo ano do Ensino Médio, abandonando a escola durante esse período.

Fazem parte de sua família Graça, sua mãe, Raimundo, seu pai, Eduardo e Vítor, seus irmãos. Graça conta que adotou os três filhos nos primeiros meses de vida e que todas essas adoções se deram a partir de importantes períodos de tempo nos quais as mães das crianças, vizinhas ou conhecidas de Graça, solicitaram que a mesma cuidasse de seus bebês por tempo integral justificando não poderem fazê-lo por diversos motivos ligados ao momento de vida de cada uma destas.

Graça começou a “tomar conta” de Leticia em seus primeiros meses, quando Eduardo tinha dez anos e de Vitor seis. Teria sido a tia de Leticia, que cuidava dela até então, que teria recorrido à esta família para os cuidados da sobrinha. Os pais adotivos nunca conheceram a mãe biológica de Leticia, o que sabem sobre ela é que esta fazia uso abusivo de álcool e drogas e teria “problemas de nervos”, como disse Graça, e que teria engravidado de um enfermeiro durante um período de internação para tratamento. Sua tia foi vê-la “umas três ou quatro vezes”, mas não mantém contato. Leticia soube da adoção aos seis anos de idade.

Quando Leticia ainda era criança foram morar em um município da Região dos Lagos, devido a oportunidade de construírem uma casa no terreno de um sobrinho que a presenteou. Lá ficaram por dez anos, voltando para a atual cidade há quatro, para a mesma casa onde residiam anteriormente.

Aos quatorze anos de idade Leticia saiu com uma colega recém –chegada na cidade, levando a para conhecer a praia, bem perto de sua casa. Graça conta que ao voltar para casa a filha começou a “(...) ficar nervosa, e começou a bater pé, e falar coisas que ela nunca falou”, “tirar a roupa”. A colega, procurada pela mãe, não sabia dizer o que aconteceu, apenas que Leticia disse que precisava voltar para casa, pois alguém as seguia. Graça e Raimundo a levaram para igreja onde o pastor fez uma oração, mas voltando para casa “a crise começou”, como lembra a mãe, e a moça não comia, não dormia e empurrava quem tentava se aproximar. Ao retornarem para igreja, em busca de ajuda, o pastor, após conversa com uma vizinha da família que era enfermeira, alertou que precisavam procurar o hospital, reconhecendo que não se tratava de um problema espiritual.

Graça, Raimundo e Leticia foram com essa vizinha para o Hospital Geral de um município próximo, onde a adolescente foi medicada e voltou para casa. A busca por outro serviço de saúde veio a partir da proposta dessa vizinha, que alertou à família que a garota poderia se beneficiar de um acompanhamento médico. O atendimento se deu na própria cidade, oito dias após a ida ao hospital e consistiu no acompanhamento psiquiátrico em um serviço de saúde, o qual durou alguns meses, até o retorno da família para o município atual.

Esse retorno estaria diretamente ligado à outra mudança. Raimundo, seu pai, segundo Graça e Leticia, teria “Síndrome do Pânico”, se sentiria perseguido e em risco de morte e decidiu retornar ao seu estado de origem, no nordeste do país, por se sentir em risco no Rio de Janeiro. Lá poderia ficar “mais sossegado e fazer o tratamento em paz”, como lembra Graça que após a partida do marido também se mudou.

Leticia voltou antes de sua mãe e passou algumas semanas na casa de uma prima, quando aconteceu o que consideram como uma segunda crise. Esta é explicado pela mãe como tendo relação com o fato da filha estar sem medicação e ter iniciado as aulas em um colégio novo, no qual algumas colegas teriam “inveja” de seu esforço escolar e a perseguiam. Outro ponto ressaltado por ela é de que a prima preocupava-se muito com a violência do local o que teria impressionado a garota. Leticia concorda e dá ênfase no xingamento e à “zoação” das colegas.

Essa crise incluía, segundo Leticia e Graça, um comportamento parecido com o do episódio anterior, e a garota “ batia o pé, falava coisas de igreja, empurrava todo mundo”. Graça foi ao seu encontro no município atual e procuraram o Hospital Geral do município.

Leticia ficou internada por doze dias no setor de psiquiatria desse hospital. Lembram que a decisão foi tomada pela médica psiquiatra logo no primeiro contato. A

adolescente e a mãe lembram de dias difíceis no serviço, no qual passou parte do tempo amarrada, não queria comer e pontuam uma relação conturbada com a equipe de enfermagem. “A crise não deixava ela tomar remédio”, lembra Graça. Com a alta receberam um encaminhamento escrito para o CAPSi.

A primeira consulta no CAPSi, na semana seguinte, foi realizada pela psicóloga Mayra, hoje técnica de referência de Leticia, e na semana seguinte pelo psiquiatra Alan, que a acompanhou até sua saída do serviço, dois anos depois, quando, passou a ser atendida pela sua atual psiquiatra, Marisa. Durante esse período de três anos no qual é usuário do serviço Leticia participou de dois “Grupos de Adolescentes”. O primeiro era na parte da manhã, já que ela estudava de tarde e o segundo na parte da tarde, quando mudou o horário na escola. Sobre essa mudança lembra que não gostou de “ficar longe de Mayra”, mas logo a psicóloga mudou de horário de trabalho e começou a participar de seu grupo.

Após dois anos e meio no CAPSi, Leticia passou a questionar sua participação no grupo. As faltas são fortemente destacadas no prontuário de Leticia, que, segundo as anotações, ficava meses afastada do grupo, comparecendo ao serviço apenas para as consultas psiquiátricas. Marisa, a psiquiatra, lembra que ela pedia para apenas comparecer ao serviço para a consulta psiquiátrica e que notava que a adolescente “estava bem”, porém “deslocada do grupo, o que é explicado pela técnica pelo fato da garota ser “mais normal que os outros”. A equipe decidiu encaminhá-la para o ambulatório do Centro de Atenção ao Adolescente, onde poderia participar de um Grupo de Adolescentes e realizar atendimento psiquiátrico. Tal decisão se deu em paralelo à diminuição da medicação. No prontuário, Mayra relata a conversa com Graça e Leticia e narra que a garota parece não gostar do encaminhamento, mas apesar disso a profissional pontua que as técnicas assim o decidiram; Graça também teria “reclamado da condução para outro serviço”. O encaminhamento escrito para o Centro de Atenção ao Adolescente é entregue, porém, este não se consolida, pois Leticia passou por uma nova crise.

A moça e a mãe lembram que estavam em casa se preparando para dormir, Graça não havia deixado Leticia ir a um aniversário e a garota estava chateada e passou a noite na internet. Leticia lembra que começou a “passar mal”, ligou para o pai, que ainda morava em outro estado, e pediu para dormir com sua mãe, mas quando esta se aproximou, Leticia a agrediu. Seu irmão Eduardo que estava em casa a segurou e pediu ajuda a um amigo e então a levaram ao Hospital Geral, onde não havia profissional psiquiatra. Foi medicada pelo clínico geral e voltou para casa. A mãe lembra que ficou preocupada com o retorno para casa e que a

filha dormiu por algumas horas, sob efeito da medicação, e acordou “batendo o pé, agredindo a gente”. Graça entrou em contato com a psicóloga que por sua vez comunicou-se com a psiquiatra. A orientação, segundo o prontuário é de que Leticia deve ser levado ao HG “frente a qualquer intercorrência”.

Retornaram ao hospital durante o dia, Leticia foi atendida por uma psiquiatra e ficou internada por dez dias e o mesmo foi comunicado ao CAPSi por telefone.

Graça e Leticia contam que essa segunda internação foi menos difícil que a primeira devido a outros profissionais que compunham a equipe de enfermagem. Apesar disso, lembram que mais uma vez a garota passou oito dias amarrada, sem poder ir ao banheiro e fazendo uso de fraldas, já que não era permitido andar pelo quarto. Leticia também não queria comer e precisou ficar no soro; recusava-se a tomar medicação e foi necessário fazer uso de medicação injetável, o que é lembrado por elas como “a pior parte”.

Leticia diz não recordar muito desses dias no hospital, mas lembra das visitas das amigas e de “um amigo muito bonito” que não reconheceu porque “estava com medicação”. Diz que apesar de ter gostado das visitas, não gostaria que as amigas a tivessem visto “naquela situação”, “tinha vergonha de estar no hospital”. Graça lembra que a filha não queria que as amigas se aproximassem e estas ficavam de longe, mas queriam ter notícias.

Apesar de Graça e Leticia não citarem a visita de uma técnica do CAPSi, esta é relatada no prontuário. No mesmo é registrado ter havido um adiamento na realização da visita devido a ausência de carro, assim como é relatada a dificuldade para realização de contato telefônico com o hospital. Apesar dessa dificuldade alguns contatos telefônicos foram realizados até o dia da alta de Leticia e a psiquiatra do Hospital informa, segundo o prontuário do CAPSi, que se Leticia continuasse aceitando medicação e “se organizando” poderia ter alta em alguns dias. No final de dez dias, a adolescente voltou para casa.

Foi agendada consulta na mesma semana com a psiquiatra do CAPSi, Marisa. A psiquiatra não lembra bem desse período e se a adolescente teria ficado internada, mas considera que Leticia não é uma “paciente nevrálgica”, que tem um “quadro clínico fácil de manejar” e pontua que a mãe sempre seguiu as orientações dadas. Dois meses depois do ocorrido podemos encontrar no prontuário seu registro de: “Tudo voltando ao normal”.

Leticia diz que atualmente passa o dia dormindo ou fica na internet e conta que ganhou um computador novo. Sua mãe conta que após a última crise a rotina da filha teria mudado e que agora realmente a mesma passava os dias dormindo e não ajudaria mais em casa, deixando de realizar atividades que antes faziam parte de sua rotina.

Como atividades que se mantiveram, Leticia diz que vai à igreja toda semana, mas que com a mudança do pastor tem ido menos, já que não gosta muito do atual, que “critica muito” (sic). Na igreja frequenta a reunião de jovens, os cultos e passeios para sítios e cachoeiras nos quais são realizados os batismos.

Fala ainda sobre as fotos que posta na internet, as idas a bares, shopping e cinemas com amigas, e sua mãe cita viagens para uma cidade de praia e visitas à avó, em outro município.

Sobre o que teria mudado em sua vida após o momento de crise, Leticia aponta a entrada no CAPSi, mais especificamente a medicação, como algo novo e que de alguma maneira se apresenta como a solução para os momentos de crise:

“Mudou que eu vou ter que tomar essas medicações, até... Muda que eu só fico normal tomando remédio”.

(Leticia)

O fato de tomar medicação foi apontado por Leticia durante todas as entrevistas como algo que a inquieta, sendo constante em suas falas um questionamento sobre a necessidade do seu uso, o tempo que ainda necessitaria se medicar e a mudança de seu quadro clínico devido à medicação. Observa, em diversos momentos das entrevistas que gostaria de saber o porque é “assim”, se pergunta porque tem que “tomar remédio para ser normal”, se um dia poderá deixar de “fazer tratamento”.

No CAPSi continua frequentando o mesmo Grupo de Adolescentes, sobre o qual diz não ter “muita novidade para contar”, e ao qual se refere sempre fazendo menção a outros adolescentes participantes, pois acredita que estes “são mais graves” (sic) que ela. Diz que gostaria de continuar seu tratamento neste serviço, mas não gostaria de continuar a frequentar o grupo. Realiza, ainda, consultas com a psiquiatra, consultas que para Leticia e sua mãe aparecem como tendo um espaço muito importante por viabilizarem o uso da medicação e ser possível falar sobre o quadro clínico e o tratamento. A adolescente ressalta ainda sentir muito a ausência de Mayra, psicóloga, que estava de licença médica no período da realização desta pesquisa.

Após a última crise de Leticia, seu pai, Raimundo, retornou do Nordeste, a pedido de Graça e Leticia, para cuidar da filha. Mãe e filha, na última entrevista que tivemos, ressaltam a dificuldade de voltar a morar com ele, se queixam dos ciúmes de Raimundo e de

terem a rotina modificada e limitada por imposições deste. Leticia já não pode sair com as amigas como antes.

Também durante esse período Leticia parou de frequentar a escola, o que seria explicado por ela como dificuldades de atenção e aprendizado. Leticia relata uma dificuldade em acompanhar as aulas e, além disso, a dificuldade em copiar a matéria devido à sua mão “tremar” como decorrência da medicação:

Sua mãe, apesar de não concordar com a saída da filha da escola, deixou a cargo da mesma essa decisão:

“Eu não queria que ela parasse de estudar, mas quem tem que saber é ela”.

(Graça)

Segundo mãe e filha, não houve durante este período um contato entre a escola e o CAPSi. Marisa, sua psiquiatra, diz que após a crise Leticia teria ficado mais “blasé” (sic) com a escola.

Durante a última entrevista Leticia fala da vontade de voltar a estudar no próximo ano. Diz que tem planos de fazer um curso sobre “Rotinas Administrativas”, curso regular oferecido pelo SENAC, e estudar inglês, mas isso só depois que terminar os estudos do colégio.

5.3. Os caminhos de Luciana

Luciana tem 19 anos e gosta de ver televisão, fazer a unha, arrumar a casa, ir à igreja, brincar com a filha, conversar com as amigas no portão. Fala com muita animação de ir à escola, apesar de não mais frequentá-la há alguns anos. Mora atualmente com o pai, Edgard, e o irmão, Henrique, sendo este último quem a leva ao CAPSi e a acompanha nas consultas médicas. Luciana tem ainda mais um irmão, casado, e que mora em outra casa.

Durante a infância e início da adolescência Luciana realizou alguns atendimentos de especialidades como neurologia, psicologia, fonoaudiologia em Centros Sociais e serviços de saúde do município e de outros municípios próximos, segundo informação da psicóloga Sara, que hoje é sua técnica de referência.

O evento, considerado como primeira crise, se deu quando a adolescente tinha 15 anos. Luciana teria chegado em casa do colégio muito nervosa, dizendo que alguém tentou

violentá-la sexualmente, que teriam tentado “levá-la”. Henrique diz que a família nunca teve certeza desse fato. Após esse episódio, porém, Luciana, segundo o irmão, “gritava dentro de casa, quebrava tudo, jogou o computador novo no chão, que era o xodó dela, ai começou”. A família inicialmente procurou atendimento em um Hospital de outro município, no qual trabalhava um tio. Neste, após uma consulta médica, recebeu encaminhamento para o CAPSi aonde foram atendidos após uma semana. O irmão diz que antes desse momento de crise a irmã era “extrovertida pra caramba, não parava nem dentro de casa, andava de um lado pro outro”, mas “depois tudo mudou”.

Henrique frequenta o serviço e se tornou o familiar mais próximo do CAPSi após a morte da mãe, Fátima, há dois anos, período em que passou a se responsabilizar pela irmã. Antes disso Fátima era a pessoa que se responsabilizava inteiramente pelos cuidados da filha, segundo informação de Henrique e da psicóloga. As profissionais entrevistadas salientam a importante e assídua participação dessa familiar na rotina do serviço e, de maneira especial, a psicóloga sublinha suas colocações no Grupo de Família no qual “fazia intervenções legais com outras mães, levava a experiência dela”.

Nas entrevistas com as profissionais percebemos o importante vínculo entre estas e Fátima. O momento de seu falecimento é ressaltado por elas como muito difícil e marcado por choro e necessidade de apoio entre as mesmas. Sobre isto, a psicóloga diz que:

“Quando ela faleceu mexeu muito... mexeu muito comigo, mexeu com todo mundo, com o grupo em si, com outras mães do grupo, mexeu muito. Ela era muito participativa”.

(Sara, psicóloga)

A psicóloga lembra que após receber a notícia foi preciso se recompor após chorar muito e “pedir socorro” (sic) para a coordenadora do serviço que se refere que ao saber da notícia sua “casa caiu” (sic). A morte de Fátima é, ainda, recordada pelos profissionais e por Henrique como um momento no qual alguns cuidados com Luciana foram necessários. O irmão lembra que todos ficaram “preocupados de Luciana entrar em crise” e pediram ajuda às profissionais do CAPSi para darem a notícia. Esse evento é um ponto central nas entrevistas com as profissionais.

Sara, psicóloga, e Luiza, coordenadora do serviço, lembram que a morte de Fátima foi motivo de sofrimento também para as profissionais. Uma vez que no dia da morte de Fátima

Sara não estava no CAPSi, Luiza se responsabilizou por estar mais próxima da família nesse momento. Lembram que alguns familiares foram ao CAPSi acompanhando Luciana e foi no serviço que o pai pode contar para a filha sobre o falecimento da mãe. As profissionais acreditam que o serviço teve um papel de “suporte” nesse momento. Após esse acontecimento, a equipe decidiu pela mudança no projeto terapêutico de Luciana, que passou a frequentar o CAPSi mais um dia na semana, em um grupo de adolescentes coordenado por Luiza.

Após um mês de falecimento de Fátima, Luciana contou às profissionais do serviço que estava grávida, o que teria sido motivo para um “surto” do pai da adolescente, segundo Sara, que também sublinhou que a gravidez deixou o “serviço em crise” e fez a equipe “surtar”, segundo a coordenadora.

Luciana conta que seu ex-namorado trabalhava fazendo “bicos” e que a conheceu no caminho para igreja. Lembra que ao contar a notícia de sua gravidez, o mesmo disse que “assumiria sua filha” e que gostaria de casar com ela, o que teria sido proibido pela família da adolescente. Luciana diz ainda que seu pai teria dito que não poderia mais voltar a estudar, por ter engravidado, mas esta já não frequentava a escola desde sua primeira crise.

Atualmente Regina, sua filha, mora com a tia de Luciana, no mesmo quintal. Henrique relata que foi essa mesma tia quem desconfiou da gravidez da irmã e orientou que fizessem o exame. Ele salienta positivamente a ajuda das tias e das outras pessoas do quintal no cuidado com a criança.

Após a notícia da gravidez, a equipe do CAPSI decidiu pelo encaminhamento de Luciana ao Centro de Atenção ao Adolescente, onde realizou o pré-natal, diversas consultas médicas e pôde assistir “palestras informativas”. Sobre possíveis visitas dos profissionais do CAPSi a esse serviço ou acompanhamento de Luciana ao mesmo, a psicóloga informa que isto não se fez necessário e se resumiu ao contato telefônico para possível troca de material escrito (documentos).

Durante este período a adolescente voltou a frequentar o CAPSi apenas uma vez por semana. A psiquiatra decidiu pela suspensão da medicação, o que inicialmente preocupou a família, mas Luciana ficou “normal”, como disse o irmão.

O parto se deu no Hospital Geral do município e Luciana ficou “mais nervosa”, como lembra Henrique, com o nascimento da filha. A equipe do HG teria entrado em contato com o CAPSi, o que é questionado pela psicóloga deste serviço, que considera o contato desnecessário e que esse cuidado deveria ter sido dado pelos profissionais do próprio hospital.

A adolescente recebeu alta dois dias após o parto e já em casa Luciana não se interessaria mais por cuidar da filha, recusava-se a amamentá-la e mesmo a se alimentar. Após contato da família, a equipe do CAPSi decidiu pelo encaminhamento da adolescente para internação no Hospital Geral, devido ao seu quadro descrito pela psicóloga: “estava com diarreia, estava muito ruinzinha, não se alimentava, fraqueza, debilitada, debilitada mesmo”.

Segundo lembram profissionais e Henrique, a família, inicialmente, não concordou com a decisão. Com o passar dos dias, segundo o irmão, Luciana começou a ficar agressiva e não queria tomar banho, e enfim ele e seu pai decidiram levá-la ao Hospital Geral, aonde foi atendida por uma psiquiatra que a internou.

Henrique lembra que Luciana ficou uma semana internada e que, durante esse período, o contato com o CAPSi foi constante, via telefone, uma vez que os profissionais seriam muito “afeiçoados” à irmã. As profissionais contam de visitas realizadas à Luciana no HG e as anotações em seu prontuário relatam que Luciana dormia muito e conversava pouco. Uma das profissionais lembra:

“Aí a gente foi lá, uma das vezes ela estava chorando, andando, impregnada, muito automatizada e chorando, chorando, chorando e querendo ir embora: “Quero ir embora, quero ir embora”. Aí conversamos com o pai de deixar ela lá mais um pouquinho, pra tentar estabilizar esse quadro”.

O pai e o irmão de Luciana, porém, decidiram por pedir sua alta, por esta estar “mais agitada do que em casa”, aonde melhorou “tomando medicação”, ressalta o irmão. Após o retorno da internação, a equipe do CAPSi decidiu que seria importante que um carro pudesse buscar Luciana em casa para os atendimentos, garantindo sua presença que naquele momento poderia ser dificultada, já que a família se dividia entre os cuidados com a adolescente e sua filha, segundo a psicóloga.

Segundo Henrique, o pai da criança saiu da casa da mãe e sua família não tem notícias do mesmo que nunca conheceu a filha ou entrou em contato com Luciana. A mãe do rapaz, porém, também passou a se ocupar do cuidado com as duas, o que durou alguns meses. Após este período, segundo a psicóloga, uma briga entre esta senhora e o pai de Luciana teria se dado, devido a ausência deste nos cuidados com a adolescente em relação à alimentação e medicação e a mesma teria se retirado desta responsabilidade. Após isto uma vizinha também

teria se ocupado da alimentação e administração da medicação da adolescente, mas pelo mesmo motivo, não estaria hoje mais próxima da família. Atualmente seria Henrique quem acompanha a irmã ao CAPSi, a demais cuidados de saúde e se responsabiliza por sua alimentação.

As profissionais do CAPSi e Henrique acreditam que Luciana não é vinculada à filha. Todos são unânimes em afirmar, cada um a seu modo, que a adolescente não entende esta relação e que não se importa. A psicóloga acredita que é como se Regina “fosse uma boneca”, uma vez que Luciana seria “indiferente” a mesma e lembra da época da gravidez:

“Passou a gravidez como se não fosse com ela aquilo ali”, sabe?
Muito eventualmente falava que se mexia, mas sem aquela implicação do que tava acontecendo. Sem ter aquela coisa de ser um filho meu, sem uma preocupação com o pai do menino”.

(Sara, psicóloga)

Parece- que as profissionais esperavam de Luciana uma relação padronizada com sua filha. Mostrando-nos a possibilidade de um outro tipo de relação, durante a maior parte da entrevista, Luciana se refere à filha, às palavras que aprendeu, à forma de andar, às brincadeiras entre as duas. Promete-me trazer uma foto da menina, mais tarde promete-me que vou conhecê-la porque:

“Ela anda...bate palma, dá abraço, fala mamãe...anda comigo na rua...fica em casa...depois a gente sai pra rua (...) Ela fala meu nome, fala dedeca, sabe sentar...bonitinha ela! Era pequenininha, agora cresceu. Toma mamadeira...ela adora vir no colo, dorme muito. Agora ela vai lá na Carol, saio com ela de novo...sabe dar tchau...é pequenininha assim”.

(Luciana)

Atualmente Luciana frequenta o CAPSi uma vez por semana, no Grupo de Adolescentes e tem encontros quinzenais com a psiquiatra. No momento de finalização dessa pesquisa a equipe iniciava um processo de transferência da adolescente para o CAPS. Tal encaminhamento se deu devido ao fato da psiquiatra de Luciana ter entrado de licença maternidade e ser necessário o início de atendimento com outra profissional. Considerando que Luciana tem 19 anos, foi decidido que o novo atendimento psiquiátrico se daria no CAPS, como forma de início de uma transferência.

Quando pergunto a Luciana sobre o CAPSi a adolescente não fala muito, cita rapidamente jogos e desenhos. Apesar disso refere-se a Mário, um dos adolescentes de seu grupo e é dele quem fala em todas as situações nas quais se refere ao serviço, demonstrando um importante vínculo com este usuário. Uma das técnicas, inclusive, ressalta que acredita que Luciana só vá ao CAPSi por causa de Mário e que ela já lhe deu um “beijão”, que ela “só quer saber de namorar”. De fato Luciana pontua que o que mais deveria haver no serviço era namoro, talvez apontando para a possibilidade de que o serviço fosse também um espaço que possibilitasse trocas como estas. Além disso, Luciana ainda cita algo a mais que gostaria que tivesse no CAPSi: Regina, sua filha.

Apesar de já não frequentar a escola há alguns anos, Luciana diz que vai diariamente à mesma, e cita as disciplinas que gosta, dando ênfase para inglês e ensaiando comigo algumas palavras, lembrando, durante a conversa, que já não pode mais ir às aulas, por determinação de seu pai:

“Melissa: E dessas matérias qual você gostava mais?

Luciana: Inglês...teacher.

Melissa: Teacher, professora?

Luciana: É!School.

Melissa: School é escola, né?

Luciana: É (risos).

Melissa: Você acha que vai voltar pra escola, Luciana?

Luciana: Not, dad não deixa”.

Quando pergunto a Henrique sobre a possibilidade da irmã voltar a frequentar a escola, o mesmo a associa com o momento da primeira crise e o risco de uma recaída e observa ainda a necessidade de que alguém possa acompanhar Luciana na ida à escola, concluindo que não seria esse o momento ideal para o retorno dela aos estudos.

Luciana conta que no seu dia a dia arruma a casa e vê televisão, além de ficar com seu irmão no trabalho. Fala de amigas, muitas amigas, apesar de Henrique, seu irmão, afirmar que hoje a rotina da adolescente se resume às pessoas que moram em seu quintal, tias e tios, primos e primas. A ida à igreja também é lembrada pela adolescente, local que hoje parece ser o único que frequenta além do CAPSi e onde pode encontrar outras pessoas de sua idade e, segundo ela, dançar e namorar durante os encontros do Grupo Jovem.

O irmão fala da rotina de Luciana de uma maneira esvaziada, sem atividades, e atribui essa ausência de atividades ao fato da irmã “ora estar bem e ora não”, de maneira que na maioria das vezes não se ocupa dos cuidados de casa ou de si mesma. Essa variação aparece na fala a seguir:

“A Luciana tem dia que acorda boa, tem dia que tá bem...e sempre dentro de casa, não sai, não brinca, também não faz nada. Quando ela tá bem quer sair de casa, fica nervosa aí ela sai, fica no portão. Vai no portão, volta (...). Só eu faço as coisas só. A Luciana dificilmente faz. Não acorda disposta a fazer nada. Fica deitada vendo televisão. É isso, tem dia que tá boa, tem dia que não tá. Quando tá boa acorda arrumando tudo, quando não tá nem fala com ela, depende de como ela acorda”.

(Henrique, irmão de Luciana)

Henrique diz que Luciana sempre está acompanhada por algum familiar ou mesmo por ele, de maneira que passa o dia o acompanhando em seu serviço. O irmão fala também da ajuda dos familiares com Regina, filha de Luciana:

“Todo mundo ajuda, por causa desse problema dela, todo mundo ajuda numa boa. Foi bom, graças a deus, todo mundo ajuda”.

(Henrique)

É com Henrique, mais especificamente no seu trabalho, que Luciana passa o dia, o assistindo a fazer instrumentos musicais, “sentadinha esperando dar a hora de ir embora”, segundo ele.

Luciana, porém, imagina outra rotina que lhe seria mais interessante:

“Ir pra escola, namorar, beijar na boca todo dia, namorar de novo”.

(Luciana)

CAPÍTULO 6

CONHECENDO O CAPSi, SUA HISTÓRIA E SUA ROTINA.

“As mudanças são tão lentas. Mas aí eu penso: quando você entrou nessa vida da psiquiatria, a vida era outra, a prática era outra a filosofia era outra. Aí eu penso: que bom que eu vivi pra ver outras coisas se concretizando. O nascimento dos CAPSis, a ideia de que a criança e o adolescente têm de ser tratados em um espaço onde se pense suas particularidades, sem estar separado da sociedade, né? E isso é muito bom”.

(Profissional do serviço)

6.1. Como tudo começou.

A fim de conhecermos melhor o CAPSi do qual são usuários Thiago, Leticia e Luciana começamos acompanhando melhor sua história e sua rotina.

O serviço que se situa num município da região metropolitana do Rio de Janeiro, na zona central deste, sendo de fácil acesso. Sua sede, uma casa alugada pela prefeitura, apresenta algumas problemáticas de infra-estrutura, como veremos mais adiante.

A rede de serviços de saúde mental do município conta, além do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) onde foi realizada a pesquisa, com dois Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), um Centro de Saúde Mental, Residências Terapêuticas e ambulatórios de saúde mental. O município conta ainda com leitos de emergência psiquiátrica em um Hospital Geral.

A atual coordenadora do serviço, Luiza, acompanhou o processo de implantação do CAPSi e nos ajuda a contar um pouco essa história. Lembra que foi convidada pela Secretaria de Saúde do Município, juntamente com outra profissional para a elaboração do projeto de implantação do serviço. Conta que sua história de atuação na área de Saúde Mental Infantil e Juvenil caminhou junto com este processo e pontua o importante papel dos profissionais da assessoria de saúde mental do Estado para o mesmo.

A motivação para a implantação do serviço no município em 2003 seria fruto de uma exigência da área técnica do Estado, já que um importante número de crianças e adolescentes

moradores do município eram atendidos em outras unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro, não havendo no município quaisquer serviços que pudessem responder a essa demanda.

Inicialmente teriam sido direcionados ao serviço alguns profissionais de especialidades diversas como Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem, etc. que, logo em seguida, foram transferidos para as Residências Terapêuticas implantadas no mesmo período. Apesar da portaria municipal que habilita o serviço datar de dezembro de 2004, desde julho de 2003 outros profissionais substituíram os anteriores e começaram a compor a equipe oficial do CAPSI. Essa equipe teria sido dividida em duplas para a realização de estágios em outros CAPSIs do Estado, estratégia tomada pela coordenação de saúde municipal e estadual de saúde mental visando uma aproximação e discussão sobre a rotina de serviços que pudessem favorecer a construção de subsídios para a atuação dos profissionais.

Durante esse período algumas crianças e adolescentes foram recebidos por Luiza e por outros profissionais no espaço da própria secretaria de saúde do município, no CAPS e no espaço já reservado para as Residências Terapêuticas (RT), na época localizado no segundo andar do imóvel onde hoje funciona o CAPSi. Nesse momento foram realizadas as entrevistas dos primeiros casos do serviço, encaminhados de outros serviços do estado. Segundo ela, “os casos eram avaliados e era orientado que esperassem”. Segundo ela, por algum tempo “a orientação era essa: avaliação e espera”, sendo apenas no final de 2004 que os grupos terapêuticos de crianças e adolescentes começaram a ser formados.

Desde aquele momento a rotina do serviço foi se modificando até se tornar no que conhecemos no momento dessa pesquisa. Aproximemo-nos mais do CAPSi a partir de alguns pontos destacados por nós.

6.2. Conhecendo o espaço físico e a infraestrutura do CAPSi.

Ao entrarmos na sede do serviço encontramos a sala de espera, que contém cadeiras e um armário de vidro, tipo um antigo armário de farmácia, aonde se encontram roupas do “brechó” do serviço e uma placa avisando que é preciso entrar em contato com a secretaria para a compra das mesmas. Apesar de minha curiosidade sobre a organização do brechó, pareceu-me que o mesmo se restringia ao espaço do armário não havendo uma dinâmica de organização que incluísse as crianças e os adolescentes. Nessa sala podemos encontrar também um grande banner com fotos do serviço, da realização de algumas atividades e

informações sobre sua rotina.

Dividida por uma meia porta ou uma porta baixa, na altura na cintura, está a secretaria onde trabalham os profissionais da administração e a coordenadora. Necessariamente precisamos passar por essa sala, composta por diversas mesas e cadeiras, arquivos, armários e quadros de aviso, para chegarmos ao espaço onde são realizados os atendimentos e grupos ou reuniões. Muitos desses e de outros móveis foram doados pelos profissionais do serviço na época de sua implantação. A coordenadora considera prejudicial o fato da estrutura do espaço apenas permitir a entrada ao serviço pela sala da administração e não haver outro espaço para a realização deste trabalho como prejudicial:

“Estamos conversando na administração porque não há sala disponível e então é necessário que aconteçam reuniões com crianças passando, pais chamando. Ninguém aqui tem privacidade”.

(Coordenadora do serviço)

O primeiro espaço que encontramos após essa sala é um amplo terreno com alguns brinquedos e uma longa mesa onde são realizadas oficinas. A coordenadora lembra que no momento de inauguração do CAPSi esse terreno “era cheio de caramujos e mato” e que houve uma série de esforços por parte dos profissionais do serviço para que a secretaria de saúde pudesse tomar medidas.

Além desse terreno, o serviço conta ainda com duas salas, pequenas, para atendimentos e realização de reuniões, grupos e oficinas, o que prejudicaria a realização de atividades em grupo e de outras atividades:

“O dia que tem médico ficamos apenas com uma sala. Às vezes o pátio não tem condições porque tá chovendo, tá isso, tá aquilo. Ou então à tarde quando é verão fica um calor insuportável. Aí você não vai ficar embaixo daquelas telhas de amianto e nem no pátio com crianças de três e quatro anos. Aí tem que ir pra sala porque na sala tem ar condicionado minimamente, tem um conforto. Aí não dá pra formar muitos grupos”.

(Coordenadora do serviço)

A coordenadora informa que o fato de hoje existir uma fila de espera de muitas crianças, especialmente crianças menores, não se deve à falta de profissionais, mas à falta de

espaço físico adequado, que, segundo ela, impediria um bom atendimento para as mesmas.

O espaço apresenta ainda outros problemas. Com apenas dois banheiros bem pequenos e sem chuveiro, um fica destinado aos profissionais e o outro às crianças, adolescentes e responsáveis. Um espaço físico que possibilitasse o maior conforto foi lembrado por outro profissional:

“Talvez um espaço mais adequado, com brinquedos que visualize crianças de cada faixa etária. Um lugar mais seguro.”

(Técnico de Enfermagem)

A coordenadora lembra que até mesmo para o cadastramento do serviço houve dificuldades devido ao espaço físico. A responsabilidade pela estrutura física do serviço fica a cargo diretamente da prefeitura do município e, apesar de diversas solicitações o espaço não é reformado por ser alugado, como observa.

A verba gerida diretamente pelo serviço é o “Suprimento de Fundos” destinado à compra de materiais como papel, caneta, tinta, etc., e que se destinam também à compra de itens necessários para as festas realizadas no serviço e alguns itens de alimentação. Parte importante da alimentação oferecida a profissionais e alguns usuários fica a cargo de uma firma contratada pela prefeitura e há ainda o material para lanche recebido quinzenalmente pela Secretaria de Saúde.

Outro problema apontado por todos os profissionais do serviço nas reuniões e entrevistas é a falta de um automóvel próprio ao serviço que poderia ser utilizado para visitas domiciliares, visitas e contatos com outros serviços, transporte de usuários, etc. A situação em relação ao automóvel variou desde sua implantação. Inicialmente teria sido cedido pela Secretaria de Saúde um carro para uso exclusivo do CAPSi. Posteriormente, porém, este teria sido emprestado, pela própria Secretaria de Saúde, a outros serviços, de forma que o mesmo teria virado “sucata”, nas palavras da coordenadora. Atualmente o serviço conta com a possibilidade de utilizar pontualmente um carro pequeno cedido pela Secretaria, que deve ser solicitado com antecedência e tem se destinado principalmente a visitas domiciliares e transporte de alguns usuários ao serviço.

Percebemos assim que o serviço sofre com dificuldades em relação à infraestrutura que interferem diretamente em sua rotina e atividades. A fila de espera, a não possibilidade do transporte de usuários que necessitariam do mesmo, impedimentos às visitas domiciliares, a impossibilidade de visita a outros serviços, a dificuldade na compra de alguns materiais, a

ausência de melhora no imóvel totalmente inadequado para o funcionamento de um serviço como este são uma das consequências. Talvez, como aposta a coordenadora, a governabilidade do valor das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APACs), recebidas pelos serviços de saúde mental, diretamente pelo serviço ou pela gestão de saúde mental, poderia facilitar a “suprir muitas necessidades do CAPSi”.

6.3. Conhecendo os profissionais e seus vínculos de trabalho.

Podemos encontrar atualmente no serviço 26 profissionais, entre diversas especialidades, como podemos ver no Quadro 1. Este número foi considerado suficiente pelos profissionais.

Não existem no serviço estagiários de graduação, residentes de Saúde Mental ou Psiquiatria, estudantes de especialização ou voluntários. Não temos a informação se o serviço já contou com esses atores ao longo de sua história e o porquê não se fazem presentes. Perguntamo-nos, porém, se a presença destes não seria importante para, além do processo de formação dos mesmos, o incentivo a um movimento de circulação de ideias e debates que coloquem em questão um possível automatismo nas práticas institucionais.

Quadro 1. Profissionais do CAPSi, por categoria profissional..

Categoria Profissional	Número de Profissionais
Psicólogos	05
Psiquiatras	02
Enfermeiros	01
Assistentes Sociais	02
Terapeutas Ocupacionais	01
Fonoaudiólogos	02
Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem	08
Auxiliares Administrativos	02
Auxiliares de Cozinha	01
Auxiliares de Serviços Gerais	01
Porteiros	01
TOTAL	26

Fonte: Relatório Anual do CAPSi, 2011.

A forma de contratação de profissionais se dá por concurso público ou por contratos, realizados diretamente pela própria prefeitura ou através de empresas prestadoras de serviço e Organizações Sociais (OS). Abaixo apresentamos a distribuição de profissionais, segundo tipo de vínculo:

Tabela 1. Profissionais do CAPSi por nível educacional, segundo tipo de vínculo empregatício.

Profissionais	Funcionários Públicos	Demais formas de contrato	TOTAL
Nível Superior	11	02	13
Nível Fundamental ou Médio	08	05	13

Fonte: Relatório Anual do CAPSi, 2011.

O fato da maioria dos profissionais serem concursados e estarem no serviço há alguns anos, muitos desde a implantação do serviço, é visto como positivo pelos entrevistados, o que possibilitaria uma continuidade e maior planejamento do trabalho.

Apesar disso, a recente gestão de alguns serviços de saúde do município por Organizações Sociais (OS) aparece como obstáculo, como nos conta a coordenadora. Devido a esta nova gestão e a exigência que uma certa porcentagem dos profissionais dos serviços serem contratados por estas, alguns profissionais concursados foram “retirados” (sic) de seus originais serviços para que em seu lugar fossem contratados novos profissionais a partir dessa nova forma de gestão. Os profissionais concursados foram transferidos para outros serviços e

entre eles o CAPSi. Este foi o caso de uma psiquiatra e cinco técnicas de enfermagem, transferidos de serviço contra sua própria vontade. Da mesma maneira, o CAPSi perdeu alguns antigos funcionários que, devido ao fato de serem contratados, foram demitidos.

Esse momento é lembrado como de importante desestabilização e desgaste na equipe porque “de fato presenciavam um sucateamento do serviço público”, mas a partir do qual também foram possíveis passeatas e reivindicações de melhores condições de trabalho como o Plano de Cargos e Salário, por diversos profissionais do município, incluindo profissionais do CAPSi.

Tal fato parece apontar para uma importante instabilidade dos vínculos empregatícios, assim como dos vínculos com os serviços, o que gerou uma insegurança dos profissionais e, ao mesmo tempo, um importante movimento de articulação ainda presente nos dias atuais através de diversos tipos de mobilizações. Esse tema foi levantado por outras duas profissionais que apontaram para uma constante insegurança em relação à continuidade do trabalho realizado frente ao risco de transferências constantes. Uma profissional pontuou que esta seria a “verdadeira crise”, a “crise do serviço público”.

Chamamos atenção desde já para o alerta de Kaës (2002) em relação a possíveis “ataques institucionais” que podem sofrer algumas equipes de profissionais. Percebemos que estes “ataques” se configuram no CAPSi estudado no formato de precariedade no financiamento; espaço físico inadequado e a ausência de um automóvel próprio que impediria a realização do trabalho; não governabilidade sobre o recurso financeiro destinado ao serviço. Soma-se a esse cenário a instabilidade do vínculo profissional representada pela contratação, mesmo que na minoria dos casos, por outros vínculos que não o concurso público ou ainda a insegurança em relação à continuidade do trabalho realizado.

Gostaríamos de ressaltar ainda o que Sá (2008) considera sobre a possibilidade de exacerbação de exigência de trabalho psíquico quando, para além das relações intersubjetivas que se colocam no trabalho em saúde, o sujeito tem de se haver com precárias condições materiais. Esta reflexão nos faz pensar sobre os “ataques” vivenciados pelos profissionais desse serviço e suas possíveis consequências para a realização do trabalho e para o estabelecimento de suas rotinas e atividades.

6.4. Conhecendo a organização do trabalho dos profissionais.

Todos os profissionais do serviço trabalham três turnos semanais. Os profissionais se

encontram semanalmente em reuniões com toda a equipe e diariamente são realizadas reuniões de “miniequipe” (composta pelos profissionais que trabalham no mesmo turno). Na reunião que realizei com os profissionais estes explicam que suas atividades dividem-se entre realização de “porta de entrada”, realização de grupos e oficinas, atendimentos individuais e reunião de miniequipes e reunião de equipe.

Apesar de termos o intuito de trabalharmos este ponto mais a frente, vale destacar desde já que não estão previstos nessa organização ações com outros serviços ou instituições, como o apoio matricial ou encontros com escolas e etc. Ou seja, a atuação dos profissionais do CAPSi se organiza voltada exclusivamente para a rotina do mesmo, não havendo espaço para ações de intersetorialidade e de um trabalho no território dos usuários.

A equipe é “dividida por dias”, de maneira que cada profissional trabalha dois turnos mais a reunião de equipe. Por exemplo, temos a “miniequipe de segunda-feira” que fica responsável pelos “usuários de segunda-feira” que vão ao serviço, em sua maioria, apenas nesse dia. Ou seja, isso faz com que os profissionais encontrem os usuários apenas uma vez por semana, já que sua atuação se dá apenas em um dia, e conseqüentemente todos os usuários também passam a estar “separados” por dias, referenciados a apenas uma mini equipe semanal.

Pensamos se essa organização não estaria dificultando a possibilidade dos profissionais estarem num contato maior com a rotina do serviço, levando-os a realizar um trabalho “dividido em blocos”, o que resultaria também em um “CAPSi da segunda-feira, outro da terça-feira”, por exemplo, sem maior mobilidade de atuações entre as mini equipes e sem maior possibilidade de contato com outros usuários.

Além de referenciados às miniequipes, os usuários contam ainda com o técnico de referência. O técnico de referência é aquele que, graças a um vínculo com o usuário e seus familiares ou responsáveis, possibilita a construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI), assim como sua constante avaliação, baseado em diferentes aspectos individuais, familiares, sociais, etc., a partir da mediação de uma contínua conversa entre estes e a equipe. O PTI visa à construção singularizada de um trabalho voltado para o usuário e seu território de vida (MIRANDA E ONOCKO-CAMPOS, 2010).

No CAPSi estudado os técnicos de referência são definidos a partir de alguns critérios. Nas entrevistas apareceu a possibilidade de o técnico de referência ser aquele profissional que realizou a primeira entrevista do usuário. Em uma das reuniões, porém, apareceu a possibilidade do critério dessa escolha se dar a partir do número de casos que cada

profissional acompanha, de maneira que o profissional responsável por menos casos se torna o possível técnico de referência de um novo usuário. Essa escolha é feita pela coordenadora a partir de uma listagem de número de casos que cada profissional acompanha, de maneira que cada usuário que ingressa no serviço é referenciado ao técnico com menor número de “referenciados”.

Em relação à atuação no CAPSi, um dos profissionais falou sobre a dificuldade de um trabalho com pacientes “mais graves” e a necessidade da construção de estratégias que a levem em consideração:

“Talvez tivesse que pensar uma recompensa para os profissionais, não digo monetária. Se fosse até seria bom, todo mundo almeja um pouco. Mas talvez umas férias, uns 15 dias como tem o pessoal que trabalha com a radiologia que tem as férias, depois de seis meses mais 15 dias, né? Pra fazer uma lavagem cerebral, um descanso, até pra poder ter mais ânimo pra trabalhar com os pacientes, mais paciência”.

(Técnico de Enfermagem)

E chama atenção, também, para a construção de alguns espaços:

“Se tivesse cursos até não que fosse fora, mas que viesse alguém até do estado mesmo... alguém de cada CAPSi que viesse implantando cursos. Eu, por exemplo, sou técnico de enfermagem, mas sou novo na área. Seria uma educação continuada”.

(Técnico de Referência)

Ao ouvirmos as “sugestões” do profissional pensamos no importante trabalho psíquico que requer o trabalho em saúde mental e a importância da consideração da necessidade do que o técnico chamou de “descanso” ou mesmo da construção de espaços nos quais haja uma circulação da fala e um compartilhamento dessas angústias, como podem representar os espaços de formação e supervisão.,

Atualmente o CAPSi conta com alguns espaços que se dirigem a um tempo para “formação, qualificação e capacitação dos profissionais”, como cita o técnico, além do curso de Especialização em Saúde Mental no Núcleo de Políticas Públicas de Saúde Mental da UFRJ (NUPPSAM) que estava sendo cursado por três profissionais no momento de realização

da pesquisas. Além disso, os Fóruns Municipais e Estaduais de Saúde Mental, nos quais alguns profissionais participam ocasionalmente, são citados como espaços políticos de planejamento e coordenação da atenção em rede. Há quatro anos o serviço não conta com supervisão institucional, mas em outros momentos alguns supervisores compuseram a equipe.

A questão da supervisão institucional merece ser destacada. Amarante (2003) nos lembra que o trabalho da coordenação e da equipe técnica dos serviços de saúde mental deve ser apoiado por um trabalho de análise e questionamento das práticas cotidianas, sendo a supervisão clínico-institucional um espaço privilegiado para tal. Esse seria o espaço de preparo da equipe para o trabalho em dispositivos calcados nos valores da Reforma Psiquiátrica. O autor nos lembra que, nesse sentido, clínica e política são indissociáveis.

Considerando esses aspectos e as especificidades do trabalho em saúde atravessado pela sua dimensão intersubjetiva, Sá (2009) nos convida a pensar para além da dimensão objetiva da gestão dos espaços institucionais de cuidado em direção a alternativas e espaços onde possam vir à tona processos intersubjetivos e inconscientes. Para tanto, a autora chama atenção para a necessidade de que gestores e trabalhadores criem espaços onde a circulação da fala possa existir, visando um novo modo de produzir a gestão do cuidado em saúde.

É o que Kaës (2002) alerta sobre a necessidade de se encontrar no espaço-tempo da instituição um lugar psíquico onde os conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos possam ser atualizados e pensados. Espaços estes que funcionariam como espaços intermediários (KAËS, 2005) que nos falam da articulação entre o espaço intrapsíquico e o espaço intersubjetivo, pluri subjetivo, coletivamente atravessado pela realidade psíquica. Nesse caso, os espaços de formação e circulação da fala poderiam significar espaços onde houvesse lugar para a fala, para a apresentação das dificuldades, dos sofrimentos, espaço que se abraça para a possibilidade de elaboração de defesas coletivas contra as angústias referentes ao sofrimento do trabalho em saúde mental.

Onocko Campos (2012), porém, nos lembra que esses espaços, necessitam ser garantidos a partir de suportes que os permitam ser experimentados. Ou seja, não é fato da supervisão institucional existir que há garantias que a mesma possa se apresentar com uma função intermediária. Para que assim o seja é importante que esse espaço (ou outros) sejam espaços protegidos, onde “alguns paradoxos possam ser tolerados e a ilusão institucional recriada” (p.63).

Apesar da equipe não contar com a supervisão clínica institucional, um ponto nos chamou atenção. Desde 2004, acontece anualmente o Seminário Interno do CAPSi do qual

participam apenas os profissionais. O primeiro deles, lembra a coordenadora, teve como intuito uma reflexão sobre a implantação do serviço. Todos os demais seminários foram temáticos, de modo que temas como “intersetorialidade”, “projeto terapêutico”, “a saúde mental dos profissionais de saúde mental” já se fizeram presentes. Esse espaço comporta ainda a discussão de casos “complicados e que trouxessem questões”, como observa a coordenadora, e a apresentação de dados quantitativos sobre a rotina do serviço. A coordenadora conta que os temas são decididos nas reuniões de equipe e costumam apontar para “o momento em que a equipe está vivendo”.

A coordenadora pontua que: “o melhor do seminário é o café da manhã, cada um da equipe traz uma coisa, conversamos um pouco (...) o almoço é incrementado”. Tal fala nos faz pensar que o café da manhã e o almoço do seminário comporta um importante espaço para uma troca subjetiva entre os profissionais.

Kaës (2002) nos fala de uma topologia institucional na qual os espaços psíquicos e institucionais, delimitados por diversas figuras anamórficas, nem sempre são representados. As figuras anamórficas são consideradas como espécies de armários, lugares de depósito, lugares de interstício onde seriam dramatizadas as formações intermediárias e transicionais. Estes poderiam ser representados pelos corredores, cafés, lugares construídos para acolher e tratar as representações de conflitualidade psíquica e/ou institucional. E, talvez, no CAPSi o café da manhã do seminário seja um desses espaços que se apresentam como brechas para as questões relacionais e para o que não encontra representação, não é passível de ser representado, em outros espaços/atividades institucionais.

6.5. Conhecendo o perfil dos usuários e os fluxos de “entrada e saída”.

Atualmente são usuários do serviço 152 crianças e adolescentes. No ano de 2011, 36 crianças e adolescentes passaram a ser usuários do serviço enquanto 21 deixaram de ser atendidas. A tabela a seguir indica a distribuição dos usuários por faixa etária, o que nos mostra que existe um número importante de crianças e adolescentes entre dez e dezenove anos.

Quadro 2. Usuários do CAPSi por faixa etária.

Idade	Número de Usuários
De 0-4 anos	08
De 5 a 9 anos	32
De 10 a 19 anos	98
Maiores de 19 anos	14

Fonte: Relatório Anual do CAPSi, 2011.

Ao serem perguntados sobre o perfil dos usuários percebemos, entre os profissionais da equipe, uma ênfase no diagnóstico como modo de definir seu perfil, o que se confirma em muitas das entrevistas realizadas e podemos acompanhar na fala abaixo:

“Normalmente ficam pra gente autistas, psicóticos e aqueles casos que tem comorbidade como autistas com retardo e consideramos também algumas questões sociais e familiares a partir da qual avaliamos que o serviço de saúde não vai dar conta”.

(Profissional do serviço)

Crianças e adolescentes que apresentam uma problemática de uso e abuso de álcool e drogas não são atendidas pelo serviço, mas sim encaminhadas para o CAPSad e o Centro de Atenção ao Adolescente do município, como ressalta uma das profissionais entrevistadas:

“Então aqui no CAPSi não tem adolescentes usuários de álcool e drogas porque aqui em (no município) tem o CAPS ad e o Centro de Atenção aos Adolescentes que atendem essa demanda de ad, essas coisas. Então a gente fica mesmo com os mais graves, a maioria esquizofrênicos, psicoses não especificadas. Enfim, mais as psicoses”.

(Profissional do serviço)

Essa situação é fortemente destacada pelos profissionais. Numa das reuniões de equipe que pude observar, houve a participação de um agente comunitário redutor de danos (ACRD) e de uma enfermeira, ambos profissionais do consultório de rua, dispositivo em processo de implantação no município. Após a apresentação das propostas desse dispositivo, do trabalho ofertado e de sua organização, os profissionais do CAPSi fazem algumas perguntas e muitos deles pedem que não sejam encaminhados ao CAPSi crianças e adolescentes em situação de uso ou abuso de álcool e drogas. Uma profissional critica a gestão do município por iniciar tal

trabalho e diz que os serviços de saúde mental não podem dar conta da demanda que o consultório de rua vai “despertar” (sic). O ACRD e a enfermeira “comprometem-se” a ter apenas o CAPSad como referência.

Aonde devem ser cuidados crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas parece ser um tema sem consenso. Em alguns seminários e reuniões sobre a atenção em saúde mental a crianças e adolescentes ou sobre a temática do cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de drogas, organizadas por instituições de pesquisa ou pela própria Secretaria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, das quais participamos, percebemos a ausência de um direcionamento único a esses casos.

Para além de um direcionamento objetivo, porém, o que nos chama atenção é o fato de que a questão de álcool e drogas não é considerada uma “questão psíquica”, como explicou uma das profissionais nesse mesmo dia.

Acaba-se por se estabelecer um jogo de “dentro e fora” no qual “autistas e psicóticos” estão de acordo com o perfil do CAPSi, usuários de álcool e drogas, necessariamente não estão. Neste jogo, o lugar decisório dado ao diagnóstico deixa de fora as crianças e os adolescentes, afastando o serviço de suas histórias, singularidades e sofrimentos insuportáveis e constituídos por dimensões de vida bastante heterogêneas.

O Relatório solicitado pela Secretaria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro aos CAPSis também demanda informações baseadas nos critérios do CID-10 e como pudemos acompanhar no primeiro capítulo desta dissertação, é nestes que as APACs se baseiam para o faturamento, de maneira que necessariamente o serviço deve se voltar fundamentalmente a essa questão e poderíamos dizer que talvez se torne inevitável que a prática clínica também não seja atravessada pela centralidade em algumas características descritivas e sindrômicas. Como vimos anteriormente é este o processo de “inampsição do CAPS” do qual nos fala Amarante (2003), movimento de financiamento que se pauta em um paradigma biologizante e individualizante da saúde e que tem efeitos diretos sobre as estratégias dos serviços.

Na reunião de definição dos adolescentes a serem entrevistados chamou-me atenção o fato de que os profissionais apresentavam-me o(a) adolescente pelo nome, a idade e o diagnóstico, sendo necessária uma certa insistência para que me falassem sobre suas histórias de vida. Thiago e Luciana passaram a ser os “esquizofrênicos” e Leticia a “bipolar”. Este é um movimento que parece colocar o adolescente entre parênteses e não a doença, como nos propõe Basaglia (2010).

Talvez possamos falar aqui também de defesas coletivas contra as angústias do trabalho em saúde mental que se dá a partir de um afastamento de questões subjetivas e uma categorização criada a partir de rigidez e de múltiplas reduções da singularidade desses adolescentes a estereótipos. Ao trabalhar com “esquizofrênicos” e “bipolares” e não com Thiago, Leticia e Luciana, ou tantos outros adolescentes, talvez se faça um movimento de afastamento do sofrimento do encontro com a crise e com os limites e dificuldades desse trabalho.

Sobre a porta de entrada ou recepção de novos casos.

A recepção de novos casos é realizada diariamente no CAPSi e pode ser agendada pelo próprio usuário por telefone ou pela emergência psiquiátrica do Hospital Geral do município, segundo me informaram os profissionais. Apesar disso, em todos os casos acompanhados, a recepção demorou uma semana para ser realizada, seguindo uma agenda não flexível de marcação de horários, apesar de dois deles estarem vivendo, na procura pelo serviço, um importante momento de crise.

Após a primeira crise de Thiago este foi encaminhado do Hospital Geral para o CAPSi. Sua mãe lembra dos difíceis dias de espera para o primeiro atendimento no serviço:

“Ai deram o encaminhamento para aqui, mas para aqui ainda teve que esperar ainda uma semana, fiquei com ele uma semana com ele em casa e eu não vendo a hora de trazer ele aqui. E ele tomando o remédio se não ia pra rua e eu querendo vir para aqui (...) Porque tava cheio, aqui tava cheio porque não tinha vaga pra colocar. Surgiu uma vaga depois de uma semana esperando e ai ficava em casa, a gente com ele, ele se escondendo. Só dormia com a medicação, era andando dentro de casa nervoso, foi uma aflição da gente, sofremos com ele muito, ai depois que veio pra ca e foi atendido ate hoje ta tomando remédio”.

(Maria, mãe de Thiago)

Apesar de acompanharmos uma série de questões que envolvem a precarização desse serviço e, logo, influenciam diretamente em sua rotina, acreditamos que tal ponto deva ser destacado. Questionamos a rigidez dessa agenda mesmo nos momentos de crise. Como vimos com Kaës (1982) a crise exige uma ação de urgência e sua resolução depende de um enquadre

flexível, o que nos faz questionar sobre a necessidade de uma espera burocrática imposta aos adolescentes e suas famílias no momento em que a necessidade era urgente.

Retomando a organização mais objetiva do serviço, vale dizer que se responsabilizam pelas entrevistas de recepção todos os profissionais de nível superior, segundo uma escala organizada pelos profissionais. Na reunião com os profissionais estes me explicaram que sempre há uma profissional responsável pela “porta de entrada”. Uma primeira conversa é realizada com o(a) responsável e em alguns casos com a criança ou adolescente e posteriormente o caso é discutido em reunião de equipe. Os profissionais explicam que atualmente grande parte dos encaminhamentos têm sido feitos pelas escolas, e julgam que um número importante dessas crianças e adolescentes se beneficiariam de um atendimento ambulatorial, sendo então os ambulatórios de saúde mental o destino da maior parte dos encaminhamentos realizados pela equipe. Em entrevista, a coordenadora complementa que existiria uma “demanda espontânea entre aspas porque a mãe conhece outra mãe que indica” o serviço.

Apesar de infelizmente não haver nesse trabalho um espaço para uma discussão mais aprofundada sobre os encaminhamentos oriundos das escolas, sobre os quais não temos também maiores dados, vale estarmos atentos para a grande quantidade deles. A grande demanda da escola por atendimento em saúde mental pode nos apontar para um processo de medicalização da vida escolar, o qual envolve a transformação de questões não médicas, podendo ser políticas, sociais ou culturais, etc, em questões puramente médicas ou biológicas. Esse é cada vez mais crescente no Brasil e no mundo e tem sido destacado fortemente na relação entre Saúde-Educação, sendo importante quando falamos de crianças e adolescentes (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2010)

A coordenadora completa que ainda há usuários que buscam o serviço referenciados por instituições de saúde mental localizadas na cidade do Rio de Janeiro. Nesse caso ela cita que a maioria são adolescentes moradores do município que passaram por algum momento de dificuldades psicossociais mais graves buscaram inicialmente esses serviços. Existiriam ainda encaminhamentos vindos de postos de saúde do município.

A coordenadora informa a existência recente de uma lista de espera para alguns usuários. Ela diz:

“Quando são autistas mais funcionais fazemos uma lista de espera, coisa que não tínhamos antes. Isso acontece não por falta de profissionais, mas por falta de espaço porque com os pequenininhos fazemos um trabalho mais diferenciado, de estimulação um a um”.

(Coordenadora do serviço)

A expressão “funcionais” refere-se à capacidade funcional da criança ou adolescente, ou seja, a possibilidade de realização de atividades do dia a dia sem nenhuma ou pouca ajuda de outras pessoas.

Mais uma vez deparamo-nos com a problemática da infra-estrutura na rotina do serviço. A fila de espera dos “pequeninhos”, que não podem ser atendidos devido à falta de espaço, aponta para uma dificuldade desse serviço acolher mesmo aquelas crianças que se beneficiariam do serviço. Mesmo “mais funcionais” isso não quer dizer que estas crianças não necessitem de atenção urgente. Entendemos que devido à impossibilidade de dar conta deste problema algum critério se fez necessário para essa difícil escolha que é apresentada aos profissionais. Estas, culminam em manobras que se fazem necessárias frente aos “ataques institucionais” (KAËS, 2002) que sofre o serviço e que têm consequências diretas sobre a qualidade do cuidado.

Sobre a porta de saída ou altas, desligamentos e encaminhamentos.

No ano de 2011 vinte e uma crianças e adolescentes deixaram de ser usuários do CAPSi, sendo os motivos: “encaminhamento para outros serviços”, “alta por melhora” e “abandono” ou mudança de residência, segundo informado no relatório.

A coordenadora observa que dos casos encaminhados muitos poucos apresentariam um quadro de “estabilização” e, por este motivo, seriam encaminhados, por exemplo, para atendimentos psicológico ou psiquiátrico ambulatorial nos postos de saúde. Explica que muitos são encaminhados por idade limite que, segundo ela, pode variar de 18 a 20 anos. Nestes casos, diz que o que chama de “mais comprometidos” são encaminhado para o CAPS, e aqueles que chama de “mais funcionais” são encaminhados para as oficinas terapêuticas do Centro de Saúde. São citados, ainda, pelos profissionais o Centro de Atenção ao Adolescente, os ambulatórios de saúde mental ou mesmo serviços de outros municípios como possíveis referências para esse encaminhamento.

Existem ainda aqueles casos de desligamento por falta. Apesar de ser pontuado pela

coordenadora que no caso de faltas consecutivas são realizados contatos com a família, existe a possibilidade de que seja feito um desligamento do usuário. De fato cartazes espalhados pelo CAPSi alertam:

“Senhores Responsáveis,

Hoje, no CAPSi, existe uma fila de espera de crianças e adolescentes para inclusão neste Serviço e, em função do alto índice de faltas ao tratamento, a partir desta data estamos implantando as seguintes normas:

Ocorrendo três faltas no mês ou 5 faltas intercaladas no período de 3 meses, a criança/adolescente perderá a vaga na Unidade sendo incluída numa lista de espera, caso queiram dar continuidade ao tratamento neste CAPSi.

Gratos pela compreensão,

Equipe do CAPSi”.

Expressões como esse cartaz apontam para a dificuldade do serviço se apresentar como referência para o usuário nos momentos mais graves, momentos estes em que geralmente a ida ao serviço fica impossibilitada não apenas por motivos objetivos e que requerem a possibilidade de um cuidado flexível.

Sobre o processo de encaminhamento do CAPSi para outros serviços os profissionais informam que estes são realizados a partir de uma carta escrita, um telefonema ao serviço de destino e uma conversa com a família. Pergunto se já houve alguma situação que demandou algo a mais nesse processo, como uma visita do profissional de referência ao novo serviço acompanhando o usuário, por exemplo, mas a equipe afirma que existe um trabalho prévio para que o usuário possa “ir sozinho”. Sobre esse trabalho prévio foram apontadas as conversas com as crianças, adolescentes e responsáveis sobre o funcionamento do novo serviço.

No momento de finalização desta pesquisa estava se consolidando o encaminhamento de Luciana para o CAPS, considerando-se a idade da mesma. Além disso, o fato decisivo para tal encaminhamento se deu devido à licença maternidade da psiquiatra da adolescente e a necessidade de mudança de médica. A equipe concluiu que não seria interessante a mudança de médica para que em pouco tempo a adolescente necessitasse mudar de serviço e, logo, mais uma vez de médico. Uma profissional entrevistada ressalta as importantes perdas que Luciana teria passado:

“Perdeu a mãe, perdeu o convívio social da escola, a (psiquiatra) saiu, perdeu (técnica de referência que foi transferida do serviço)”

(Profissional do serviço)

Salientam, assim, a importância de que essas mudanças de profissionais não representassem novas e consecutivas perdas, já que as trocas aconteceriam em um curto espaço de tempo. O encaminhamento para o atendimento médico em outro serviço representaria o processo “gradativo”, como chamou uma das profissionais de referência da adolescente para o CAPS.

Sobre o processo de encaminhamento de Luciana, a psicóloga que a acompanha falou sobre telefonemas ao CAPS e conversas com a família. No momento da entrevista Luciana ainda não teria sido avisada da transferência. Outra profissional pontua essa mudança como difícil para a família devido ao vínculo que esta mantém com o CAPSi. Podemos perceber através de sua fala que há também uma preocupação da profissional com o encaminhamento, preocupação esta que traduz o vínculo com a adolescente e sua família:

“Eles insistem muito, eles queriam muito que ela continuasse aqui, sempre falam...porque a mãe deles sempre teve uma ligação muito forte com o CAPSI, né? E ela levava isso pra casa, a ligação, a confiança com os profissionais e eles também, sempre vem, sempre recorrem a gente como alguém pra quem eles podem pedir ajuda, ne? Ai eu venho trabalhando isso com eles, e sinto eles inseguros de encontrar outros profissionais com quem possam contar, um horário que seja adequado, um carro que possa buscar. Eles sabem que se acontecer alguma coisa na quinta eles podem ligar, que vai chegar até mim. E que eles podem vir em outro dia, ela já foi atendida na quarta-feira, em outro dia”.

(Profissional do serviço)

No encaminhamento de Luciana fica clara a preocupação com o vínculo que esta adolescente e sua família mantém com o serviço, assim como com o momento de vida da adolescente, marcado por diversas perdas e a consideração de que a saída do serviço possa representar outra perda importante. Decide-se pelo “encaminhamento gradativo” no qual, imaginamos que talvez seja evitada uma perda abrupta. Não pudemos acompanhar como tal

questão foi abordada com Luciana, já que este encaminhamento se dava no momento da finalização da pesquisa, e quais as nuances que se apresentaram nesse processo.

No caso de Leticia, porém, acompanhamos uma situação que nos parece distinta, ao menos pelo que pudemos acompanhar nas entrevistas e na consulta aos prontuários. Como vimos no capítulo anterior, a equipe decidiu pelo seu encaminhamento ao ambulatório do Centro de Atenção ao Adolescente em um momento que ela e sua mãe se mostraram insatisfeitas com tal decisão. No prontuário encontramos relatada uma conversa de sua técnica de referência com mãe e filha, na qual frente ao questionamento das duas em relação à medida tomada, a técnica pontua que apesar disso essa é a decisão tomada pelas profissionais. Entende-se que é necessário que Leticia mude de serviço graças à avaliação das técnicas em relação à sua estabilização (como narrado no prontuário), sendo este o critério definidor, mesmo que a paciente julgue que este não é o momento. A crise interrompe esse processo.

Parece-nos que uma “passagem gradativa” não foi possível para Leticia, nem mesmo a consideração de seu momento de vida ou vínculo com o serviço que, talvez naquele momento, demandasse sua permanência, apesar de seu “quadro estável”. Quem sabe esta “estabilidade” não estivesse sendo possível graças ao vínculo com o serviço? Será que só foi possível aos profissionais ouvir Leticia reclamando sua permanência através da crise?

Ao pensarmos o caso de Leticia e mesmo o de Luciana questionamos se, a partir desse encaminhamento, os adolescentes e sua família realmente podem “ir sozinhos”. Mesmo considerando a possibilidade de uma passagem ‘gradativa’ não está prevista uma passagem construída junto com os usuários e familiares/responsáveis. Não se considera a complexidade envolvida nessa passagem e a singularidade dos vínculos dos usuários com o serviço. Não há nesse protocolo de encaminhamento espaço, por exemplo, para idas e vindas do usuário, distanciamentos e reaproximações, ausências e presença no serviço, acompanhamento do técnico de referência ao novo lugar, construção conjunta de estratégias com o novo serviço e com os adolescentes e familiares, a não ser por breves telefonemas e cartas..Também nesse aspecto parece ser difícil para o CAPSi lidar com zonas intermediárias, com trânsito entre diferentes posições: ou se está no CAPSi ou se está fora dele. Voltaremos a essa discussão quando nos dedicarmos, mais a frente, ao contato entre CAPSi e outros serviços de saúde, em especial o Hospital Geral.

6.6. Conhecendo o que é ofertado no CAPSi.

O Projeto Terapêutico Individual dos usuários, como esclarecido acima, apresenta-se como o direcionamento clínico destinado a cada usuário. A Política Nacional de Saúde Mental prevê que, a partir dele, sejam definidas estratégias de cuidado que podem se dar tanto na rotina do serviço quanto fora do serviço, a partir de parcerias com outros serviços, por exemplo. É a partir dele que se definirá, por exemplo, as atividades das quais participam o usuário no serviço.

No CAPSi pesquisado o regime de cuidado dos usuários divide-se em intensivo, semi intensivo e não intensivo, como indica a Tabela 3, regimes que relacionam-se com a frequência de dias em que o usuário realiza algum tipo de atendimento ou atividade no serviço.

Usuários em atendimento intensivo frequentam o serviço diariamente, em atendimento semi-intensivo até doze vezes ao mês e não-intensivo podendo frequentar pelo menos 3 vezes ao mês (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Apesar das informações do quadro abaixo, no momento da pesquisa não foram apresentados nas entrevistas nenhum usuário que frequentasse o serviço diariamente, ou seja, que estivessem em regime intensivo de cuidado. Todos os três adolescentes acompanhados estavam em regime não-intensivo de cuidado.

Quadro 3. Distribuição de usuários segundo regime de cuidado.

Regime de Cuidado	Número de Usuários
Intensivo	30
Semi-Intensivo	72
Não-Intensivo	50

Fonte: Relatório Anual do CAPSi, 2011.

Começamos a apresentação das atividades ofertadas pelo serviço a partir do que é relatado no Relatório Anual do CAPSi, de 2011. Esta listagem nos ajudará a um panorama mais amplo a partir do qual poderemos discutir pontos mais específicos. São elas: acompanhamento terapêutico; assembleia de pais e responsáveis; atendimentos regulares de pais e responsáveis; atendimentos individualizados; oficinas; espaços de convivência/permanência; grupos terapêuticos; visitas domiciliares; acompanhamento de internações.

Os acompanhamentos terapêuticos, apesar de contarem no relatório, não aparecem nos

relatos dos profissionais, nem dos familiares e usuários, e também não acompanhamos nenhum caso onde esse tipo de estratégia tenha sido pensada. Da mesma maneira não presenciamos na rotina do serviço e nem acompanhamos nas entrevistas realizadas a realização de assembleias com usuários e familiares/ responsáveis, o que pode colocar em questão a existência de formas de gestão centradas na participação e no controle social.

São ainda apontados Grupos de Pais e Responsáveis, mas estes não eram mais realizados no momento da pesquisa, segundo informação dos profissionais e da coordenadora. O atendimento a pais e responsáveis seria atualmente realizado de maneira individual como conta uma das profissionais:

“Hoje não existe mais o grupo, né? Dou uma assistência individualizada de 20 minutos, divido o tempo, sento ali, né? E pergunto: “E ai mãe, tem alguma questão hoje? E vou conversando com um a um. Às vezes ali na recepção, às vezes em outro espaço”.

(Profissional do serviço)

Durante o encontro com a equipe e a realização da entrevista com uma das técnicas foi apontado o atendimento psicoterápico individual à mãe de um adolescente, considerado pela equipe um caso grave. Apesar disso, percebemos que não há uma atenção dirigida aos familiares na rotina do serviço, a não ser, como apontado pela fala anterior, de maneira mais rápida e pontual, não existindo uma estratégia elaborada nesse sentido.

Os atendimentos individuais podem ser realizados pontualmente por todos os profissionais, mas a maioria são atendimentos psicológicos e psiquiátricos. Sobre um atendimento mais individualizado, uma das profissionais cita as conversas que acontecem com os usuários durante os grupos de convivência, baseadas em assuntos trazidos pelos pais ou responsáveis ao técnico:

“ (...) eu fico mais perto dos pais e de acordo com que eles falam eu entro. Fico do lado do adolescente, falo algo, provoço uma conversa, jogo verde pra colher maduro. Chamo pra uma conversa individual, falo sobre uma questão mais pontual que a mãe trouxe”.

(Profissional do serviço)

Os atendimentos com as psiquiatras são realizados sempre com as crianças e adolescentes acompanhadas pelos seus responsáveis, no formato ambulatorial. As psiquiatras não participam dos grupos e oficinas, apenas pontualmente “visitam os grupos”, como lembra a coordenadora. Esta exemplifica com uma situação em que uma das psiquiatras reservou um horário para participar de um grupo no qual participa um usuário com quem tem bom vínculo. Sua participação: “evitaria que ele bata nas outras crianças e interaja melhor, participe de alguma atividade”. Ressalta que essa psiquiatra separou um horário na sua agenda: “Para esse grupinho não, para essa criança especificamente”.

A atuação das profissionais de psiquiatria dirigida especificamente à questão medicamentosa é destacada na entrevista com uma das profissionais:

“Aqui como eu trabalho com medicação, eu faço um trabalho principalmente nesse sentido: que medicação é essa, qual o efeito, o que eu to esperando dessa medicação...é, o que pra mim, como médica, é dar certo ou não”.

(Psiquiatra do serviço)

A atuação dos profissionais de psiquiatria parece repetir o formato ambulatorial, de maneira que sua atuação se dá em paralelo às outras atividades do serviço, sem integração com estas.

Na fala dos profissionais não foi possível diferenciar a estratégia de grupos terapêuticos e de oficinas, de maneira que havia referências à mesma atividade a partir das duas definições. Em relação à formação de grupos e oficinas, a equipe esclarece que o ponto principal a ser considerado é a idade. Com o intuito de me explicarem sobre esse ponto, os profissionais me contaram que as crianças e adolescentes são divididos em “P,M, G, GG”, sendo “P” crianças até 6 anos; “M” até 10 anos, “G” adolescentes até 18 anos e “GG” até 24 anos. Explicam que são raros os usuários até 24 anos no serviço, mas ocasionalmente se faz necessário que o adolescente fique mais tempo no CAPSi até que possa ser encaminhado ao CAPS.

Explicam que essa é uma divisão inicial e que ainda são levados em consideração, segundo os profissionais, “o cognitivo, os horários e a disponibilidade da família”. Em relação ao que seria um critério cognitivo uma das profissionais explica:

“Existem aqueles autistas tranquilos, aqueles mais ou menos e

aqueles autistas horrorosos. Também existem aqueles adolescentes mais legais e aqueles mais rebeldes”.

(Profissional do serviço)

Outro critério de escolha do grupo ou oficina do qual o adolescente participará após sua inclusão no serviço é a quantidade de vagas disponíveis, como podemos acompanhar na fala de uma profissional sobre a escolha do grupo que Thiago participaria:

“De cara já sabia que era pra cá, que se tratava de um primeiro surto agudo e transitório e de cara foi colocado no grupo. Nem levei pra ver se tinha vaga porque tinha vaga nesse grupo de adolescentes”.

(Profissional do serviço)

Alguns profissionais, falando ainda sobre essa divisão, explicam que não é possível “misturar” (sic) crianças com perfis diferentes sob o risco de que haja uma desestabilização de outras. E contam alguns casos nos quais alguns adolescentes trocaram de grupos por não se adaptarem ao horário ou a outros participantes.

Sobre a diferenciação na oferta das atividades de cada um dos grupos, os profissionais afirmam que estes geralmente se caracterizam por serem “livres”, de modo que os usuários podem escolher entre jogos, brincadeiras, desenhos. Não existem no serviço o que poderíamos chamar de oficinas ou grupos “temáticos”, ou que se formam a partir de uma atividade específica como música, artesanato, jardinagem, etc. Uma das profissionais diz que não dá certo: “é um público difícil”; outra alerta: “É punk!”. Tal posição é confirmada por uma profissional, na entrevista individual:

“As oficinas geralmente são realizadas no pátio. “Um elege o escorrega, outro elege a casinha, o outro um brinquedo qualquer e o profissional fica ali próximo tentando intervir. Vem muito mais deles. É até colocado alguns brinquedos na mesa, mas não são propostos porque isso é ruim pra cabecinha deles. Quanto mais estímulo pior, né?”.

(Profissional do serviço)

A partir do exposto até aqui, chamamos a atenção para a referência aos usuários a partir de categorizações que sugerem uma estigmatização dos mesmos, a definição das atividades a partir de “cronogramas pré-definidos”, a concepção de que “quanto mais estímulos pior”. Além da constante utilização do diagnóstico para a definição do perfil dos usuários e de algumas estratégias, podemos ver que algumas tomadas de decisão se dão baseadas em outras classificações que também não consideram o sujeito e sua história. Trata-se de uma forma de classificar imediatista, baseada na impressão subjetiva, sem análise de diferentes dimensões que contribuem para que os adolescentes sejam percebidos como os “tranquilos”, “mais ou menos”, “horrorosos”, “legais” e “rebeldes”.

Uma vez que o usuário é o “autista” e, ainda, o “autista legal ou horroroso” parece ser difícil a criação de espaços onde possa se fazer presente o Thiago que gosta de futebol, a Luciana que gosta de fazer unha ou que quer falar sobre namoro e escola, a Leticia que gosta de cinema e frequenta espaços como shoppings e bares.

A partir dessa escolha não há, ainda, espaço para a análise da história da criança ou do adolescente no serviço, o que possibilitaria uma reflexão sobre a conformação de relações que fazem esses sujeitos serem percebidos de uma ou de outra forma. Essas classificações parecem, ainda, remeter à dimensão contra transferencial na relação dos profissionais com os usuários, especialmente às angústias ou emoções desencadeadas nesta relação e as quais não encontram possibilidade de elaboração a partir dessa escolha. Tais processos, além de sugerirem uma representação empobrecida dos usuários, parecem nos apontar para uma rigidez na definição estratégias de desenvolvimento das atividades, que pouco espaço deixam para a criação e para a heterogeneidade tanto de singularidades, como de possibilidades de uso dos espaços do serviço.

Sobre as atividades ofertadas nos grupos vale dizer que os grupos de adolescentes são apontados como aqueles em que algumas atividades são realizadas de acordo com temas de datas comemorativas. Um profissional descreve a escolha pelas atividades:

“Então os temas do nosso folclore brasileiro, das datas comemorativas, como dia do índio, dia dos pais. Então vamos procurando fazer atividades relacionadas a esses dias. Fazemos pintura, colagem e eu acho legal. Claro que um se sai melhor do que o outro, acho que ajuda. (...) Assim, a gente criar durante uma semana uma linha de atividades, entendeu? Uma semana você faz com pintura, outra com colagem, outra com arte e música. Faz um cronograma pré-definido, a não ser que aconteça algum imprevisto, mas

seguir como uma escala de tratamento”.

(Profissional do serviço)

Ainda sobre os temas das atividades uma profissional conta:

“Tem, dia dos pais, inventaram uma coisa pra fazer. Tinha a arteterapeuta, sabe? Aquela coisa de educação artística no nível superior e ela se especializou em arteterapia e então ela sempre traz alguma coisa e já teve oficina de bijuteria, já fez caixinha de decoupage, aquelas coisas. Faz...ah, atividades manuais”.

(Profissional do serviço)

Sobre as atividades realizadas no CAPSi, Thiago cita os desenhos e jogos, Luciana cita as conversas com Mário, e Leticia cita algumas outras atividades, lembrando do que fazia com alguns usuários que saíram recentemente do serviço:

“A gente tirava foto, a gente desenhava (...) quando tem festa a gente faz lembrancinha, faz decoração. Final de ano a gente faz, a gente faz atividades, pinta, aí a gente conversa”.

(Leticia)

Entre as atividades, Leticia chama atenção para uma que parece incluir uma importante troca de experiência entre os participantes:

“Uma vez a gente fez um rodízio de conversa aqui e ficamos conversando, cada um dava um tema assim: família, lazer...tipo uma conversa mesmo, sabe?”.

(Leticia)

Sobre o “rodízio de conversa”, apontado por Leticia como sua atividade preferida no CAPSi, ela explica que seria um importante espaço de troca de experiências.

A crise e o Projeto Terapêutico Individual

Em um dos encontros com a equipe pergunto se há uma mudança na rotina do adolescente no serviço após o momento de crise. Os profissionais me explicaram que sim, que ficam mais atentos ao adolescente e que ficam mais disponíveis à família. Tal posicionamento é reforçado pelos profissionais entrevistados, como vimos em relatos apresentados acima.

Apesar disso, como pudemos ver no capítulo anterior, tanto Thiago quanto Leticia não tiveram mudanças em seu Projeto Terapêutico Individual após a crise, a não ser pela mudança ou aumento da medicação. Um panorama diferente se apresentou no caso de Luciana.

Diante da morte de Fátima, mãe de Luciana, que foi entendida pela família e pelos profissionais como momento de crise, mesmo não tendo a adolescente reagido como imaginavam, diversas medidas foram pensadas. Como vimos este foi um importante momento de revisão das estratégias do serviço, no qual novas propostas foram apresentadas e sendo a única situação, dentre as pesquisadas, em que houve alguma mudança na rotina nesse sentido. Vale lembrar que como pontuou a psicóloga a morte de Fátima foi um momento de muita tristeza para as profissionais e a gravidez de Luciana, noticiada um mês depois, representou um “surto” para a equipe. Talvez o importante vínculo da equipe com essa familiar e o “surto” que representou a gravidez tenham possibilitado a equipe uma abertura a outras estratégias e a revisão do PTI.

Luciana passou a frequentar o CAPSi duas vezes por semana, sendo uma delas em um grupo coordenado por profissionais com as quais mantinha um importante vínculo. Além disso, ficou decidido que um carro a buscava em casa uma vez que as profissionais entenderam que com a morte da mãe os familiares teriam dificuldade em acompanhá-la ao serviço. Tal fato foi visto positivamente pelo irmão, Henrique, como já vimos anteriormente.

Após o parto de sua filha, porém, apesar do contato da família, a estratégia optada pelo serviço foi de encaminhamento para internação no HG, não havendo nenhuma modificação no seu PTI após seu retorno.

Outro ponto merece ser destacado. Apesar de diferentes trajetórias, Thiago, Luciana e Leticia apresentam em seu histórico no CAPSi faltas constantes e uma clara falta de interesse em relação ao mesmo. Tal fato é apontado tanto na fala dos usuários, quanto de familiares e profissionais, como até mesmo nos prontuários de todos estes adolescentes. Acompanhemos um pouco do que contam os profissionais:

“É, acho que tem mais essa coisa assim, ela é. É difícil falar sobre isso. Eu vou falar...pronto falei! Ela é mais normal do que os outros meninos do grupo. Tem o N. que é um menino mais normal. Isso tudo entre aspas, pelo amor de deus. Mas é diferente, tem aquele paciente que fica muito mais prejudicada, tem muito mais sequelas, tem muito mais dificuldades de lidar com o mundo depois do surto. Ela não tem”.

(Profissional do serviço sobre Leticia)

“No início tinha muita dificuldade de participar dos grupos: “Ah, não quero!”. Luciana não tinha aquele interesse em participar das atividades e olha que era um grupo bom de adolescentes. Luciana sempre muito na dela, nunca conversava. Pra participar das oficinas, na época (enfermeira) trabalhava aqui, fazia várias atividades legais...ficava eu e (enfermeira) estimulando e tal, e ela participava”.

(Profissional do serviço sobre Luciana)

Importante notar que a insatisfação dos adolescentes com o grupo ou as atividades dos quais participam não direcionam os profissionais a reverem as mesmas, e sim os direcionam a conversas sobre a necessidade do adolescente frequentar o serviço “a qualquer custo”. Essas conversas foram mencionadas por todos os profissionais entrevistados que relataram dificuldade de convencimento dos adolescentes na sua participação. Frente à recusa dos mesmos, um “trabalho”, como chamou uma das profissionais, é realizado neste sentido, seja com os próprios ou com seus familiares, como podemos acompanhar nas falas abaixo:

“Todos quase que praticamente apresentam descontentamento, mas na deles, de não querer participar, não querer vir pro tratamento, essa coisa toda e você tem que falar claramente: “Você não tem opção, aconteceu isso e isso com você, você precisa se tratar, é o tratamento que vai te ajudar a voltar pra um equilíbrio e essa coisa toda”.

(Profissional do serviço)

“Sempre é essa dificuldade deles não quererem vir e você fazer com que a família não ceda às vontades deles. É você explicar pra família que

mesmo ele não querendo eles têm que vir. Eles dizem: “Ah, mas um menino desse tamanho, como vou obrigar? Tenho medo dele me agredir”. Dai até convencer eles pra trazer eles querendo ou não, que são eles os responsáveis e que são eles quem decidem isso e que tem que trazer mesmo a contragosto”.

(Profissional do serviço)

“Tem que vir, não pode deixar de vir, mesmo quando ela estiver enjoada, tem que vir”.

(Profissional do serviço)

Importante notar também o fato dos adolescentes terem que se adaptar aos grupos e não os grupos serem pensados a partir da necessidade de cada um deles e das mudanças ocorridas ao longo do tempo. A nosso ver, essa realidade fala sobre os limites do CAPSi de se apresentar como espaço flexível voltado para as particularidades e singularidades de cada usuário, de criação de pontes entre estes e novas possibilidades de vida. Uma das profissionais entrevistadas fala sobre isto em uma de suas falas:

“O CAPSi não tem muito mais oferecer do que um atendimento individual, em grupo, um suporte à família e um suporte médico medicamentoso”.

(Psicóloga)

Ao não ter “muito mais a oferecer”, o serviço acaba por não questionar sua prática diante das recusas que os pacientes apresentam às ofertas dos profissionais. Além disso, a gestão do que é ofertado não parece levar em consideração a clínica, a qual consideraria as peculiaridades dos sujeitos. Pensamos que tal questão se aproxima do que Campos (1997) chama de “clínica degradada”, na qual a clínica se afasta do seu pressuposto primeiro que é justamente o de se voltar ao paciente e estar aberto às suas singularidades e necessidades. Os procedimentos produzem pouco questionamento sobre sua eficácia e fecham-se numa relação de “queixa-conduta”. No caso do CAPSi percebemos que, nos casos acompanhados, pouco se levou em consideração as necessidades dos adolescentes após o momento de crise, suas necessidades, preferências e reclamações.

A rigidez institucional, a burocratização e a fragmentação que aparecem na organização das estratégias do serviço representam o oposto do que demanda a crise como considera Kaës (1982) ao falar a sobre a necessidade de um enquadre flexível frente ao que se apresenta como irrupção incontável. O autor aponta para o desafio de se reunir as condições necessárias para a tolerância e o paradoxal de maneira que a continuidade da ruptura possa ser elaborada, o que é possibilitado por estruturas relativamente estáveis. A organização do trabalho de maneira rígida vai de encontro ao desafio de estabelecimento de um enquadre que possibilite a criatividade dos sujeitos, a capacidade de constituir um campo de transição na crise.

Apesar de entendermos que esse enquadre não pode ser descrito objetivamente, os adolescentes entrevistados parecem acreditar que o serviço pode oferecer muito mais do que é ofertado atualmente. Sobre uma possível oferta, Thiago cita mais jogos e desenhos e aproveita para desenhar o que me diz ser o CAPSi, conforme apresentamos na figura abaixo



Luciana acha que deveria “ter namorado, beijar, levar em casa”, talvez apontado para a possibilidade do serviço seja um espaço em que diferentes questões e necessidades possam ser consideradas e, entre elas, está a vivência afetiva e sexual, muito própria da adolescência.. Leticia acredita que o serviço poderia organizar passeios e salienta que estar só no CAPSi “enjoa” (sic). Sobre essas saídas, cita a possibilidade de irem ao cinema e ao zoológico, por exemplo.

Leticia ainda sugere outras possibilidades:

“Acho que deveria ter mais espaço. Tem uma menina no grupo que gosta de jogar queimado, então acho que poderia ter espaço pra jogar queimado, jogar bola, podia ter...ah, também não dá pra sonhar muito alto.

Quando pontuo que na pesquisa podemos sim sonhar alto, complementa:

“Ah, que bom. Então podia ter piscina, podia ter uma quadra ou um lugar pra jogar vôlei, podia ter uma área de lazer pra gente, assim a gente podia ficar mais tempo aqui, vir pra fazer outras coisas que não o tratamento. Uma quadra de queimado, pra jogar vôlei também, essas coisas”.

Quando Leticia salienta espaços no quais fosse possível “fazer outras coisas que não o tratamento” nos aponta para além das quadras de vôlei ou da piscina. Como vimos anteriormente, não há dúvidas de que o espaço do serviço impossibilita a realização de uma série de atividades. Entendemos, porém, que Leticia fala também da possibilidade do CAPSi ser um espaço não apenas médico, mas de construção de novos laços, de realização de outras atividades, um espaço aberto à criação, espaço menos homogêneo e mais permeável aos desejos, dificuldades e necessidades singulares dos sujeitos.

O vínculo interpessoal como diferencial do serviço

Thiago cita o dominó, desenhar e o técnico de referência Antônio, com quem pode realizar estas atividades como o que mais gosta no serviço. Leticia cita como pontos positivos do serviço o contato com outros usuários e o vínculo com as profissionais como pontos principais:

“Ah, foi legal, foi normal. Ai eu fiz outros amigos, me senti até melhor. (...) Ah, como elas tratam, é bom. Ah, elas me tratam bem, elas ficam calmas”.

(Leticia)

Luciana também parece apontar para a relação com outros usuários como ponto positivo do CAPSi ao afirmar, quando pergunto o que mais gosta no serviço:

‘Eu venho ver o Mário’.

(Luciana)

Ao citarem outros usuários e outros profissionais como o que mais gostam no serviço, os adolescentes parecem nos apontar para o vínculo interpessoal como importante ponto. Este vínculo também é apontado pelos familiares. Henrique, irmão de Luciana, afirma:

“Sempre trataram a gente bem, sempre foram ótimos, não tenho nada a reclamar não (...) Sempre que precisa de alguma coisa...sempre eles têm um carro pra buscar a Luciana, toda sexta-feira vão buscar, segunda-feira vão buscar”.

(Henrique, irmão de Luciana)

Graça sublinha o “carinho” como o diferencial no serviço e ressalta a relação com uma das técnicas como um vínculo importante:

“O que tem aqui é o principal, não mudaria não. Tem carinho pra ela, tem carinho pros outros pacientes. A (psicóloga) então. A (psicóloga) é muito legal. Agora que a (psicóloga) tá de férias então, a Leticia não queria nem vir. As outras são legais também, mas a (psicóloga) é diferente”.

(Graça, mãe de Leticia)

6.7. Ações intersetoriais

Os outros serviços da rede de saúde ou da rede de cuidados de crianças e adolescentes do município e as relações estabelecidas entre estes e o CAPSi, são apresentados no quadro abaixo, que consta do Relatório preenchido pelo serviço. Nele são apontadas possíveis “reuniões” com outras entidades ou instituições. Mesmo considerando que as ações intersetoriais devam ser concebidas de forma mais ampla que a realização de reuniões entre os serviços, entendemos que o quadro abaixo pode nos ajudar a visualizar os serviços e instituições com os quais o CAPSi costuma realizar contatos formais mais frequentes.

Quadro 4. Instituições com que o CAPSi realiza reuniões.

Instituições	Sim ou Não	Frequência
Justiça	Não	*
Educação Regular	Sim	Bimestral
Educação Especial	Sim	Bimestral
Conselhos Tutelares	Sim	No caso a caso
CRAS	Não	*
CREAS	Não	*
Abrigos	Sim	No caso a caso
Promotorias	Não	*
Conselhos de Direito	Não	*
Programa de Saúde da Família	Não	*
Esporte e Lazer	Não	*
Outros dispositivos de saúde	Hospital Infantil	Trimestral
Outros equipamentos organizados no território		*

Fonte: Relatório Anual do CAPSi, 2011.

Os fluxos de trabalho compartilhado ou encaminhamentos entre o CAPSi e o Conselho Tutelar, o CRAS, o CREAS, abrigos, Promotoria ou Conselhos de Direito não apareceram nas entrevistas e nos casos acompanhados.

Um importante número de usuários do serviço participam de atividades esportivas em geral numa Fundação de esporte e cultura do município e alguns outros participam de atividades em ONGs, onde realizam natação, musicoterapia e equoterapia. Não foram descritas reuniões ou trocas de outros tipos que possibilitassem uma comunicação mais direta entre o CAPSi e estes serviços, apenas encaminhamentos escritos.

Outros serviços de saúde e a escola apareceram como principais espaços de interação do CAPSi, como acompanharemos de maneira mais detalhada nos itens a seguir.

A relação com os serviços de saúde no município: referências e contra-referências

Os serviços de saúde que aparecem como referência para o CAPSi, segundo os profissionais, são:

- a) Ambulatórios de saúde mental dos postos de saúde;
- b) Centro de Saúde do Município;
- c) Centro de Atenção ao Adolescente
- d) Dois CAPS II e um CAPSad
- e) Hospital Infantil;
- f) Hospital Geral onde existem leitos para emergência psiquiátrica.

A coordenadora esclarece que o encaminhamento para os ambulatórios de saúde mental do município é difícil. Como pontos que explicariam essa dificuldade cita o fato de alguns profissionais não aceitarem atender crianças e adolescentes, além da pouca disponibilidade de horário dos mesmos. Tal fato é atribuído pela profissional às novas formas de contratação por OS e OSCIPs e, destacando a questão das metas de trabalho e salienta que as mesmas: “valorizam muito mais a produtividade, quantidade ao invés de qualidade”. Nessa lógica entende que os psicólogos e psiquiatras de outros serviços da rede têm optado por cumprir seu horário em turnos corridos de muitas horas no qual atendem muitos pacientes. Segundo ela, esses profissionais denunciam que as metas impostas dificultariam o atendimento de crianças e adolescentes, que necessitariam de um tempo maior o que impossibilitaria o cumprimento das mesmas.

A equipe conta que o contato com a atenção básica se dá basicamente a partir de encaminhamentos escritos e trazidos ao CAPSi pelos usuários. Afirma ainda que não existe um trabalho de Apoio Matricial entre a Atenção Básica e a Saúde Mental.

Vale lembrar que a parceria entre Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental visa a construção de esforços conjuntos de profissionais na mobilização de recursos comunitários, individuais e materiais ou subjetivos. O apoio matricial, neste contexto, seria uma estratégia que poderia impedir uma lógica de psiquiatrização e psicologização do cuidado a partir do compartilhamento de responsabilidades e complexificações dos saberes e do conhecimento do território (DIAZ, 2009).

O Centro de Saúde do Município oferece alguns atendimentos especializados como Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, entre outros. Além disso, são ofertadas Oficinas Terapêuticas e uma Oficina de Convivência, da qual participam usuários a partir de 18 anos. A coordenadora informa que o encaminhamento deve ser feito necessariamente pelo (a) psiquiatra do CAPSi e sobre os casos já referenciados para este

serviço complementa:

“(...)psicóticos e geralmente aqueles autistas mais funcionais que conseguem minimamente ter uma socialização, que conseguem realizar as atividades da oficina”.

(Coordenadora do serviço)

A cidade conta com um Centro de Atenção ao Adolescente, que é um serviço de saúde que oferece alguns atendimentos em saúde geral, assim como palestras “informativas” como contou alguns profissionais em entrevista, cursos e oficinas, sobre os quais não temos maiores informações. Sobre as atividades oferecidas neste serviço uma das profissionais explica a coordenadora nos fala um pouco:

“Olha, tem o grupo de convivência que é o grupo de adolescentes mais graves e tem o grupo de adolescentes que é com adolescentes psicóticos. (...) Adolescentes melhorzinhos, menos graves. Eles sentam, conversam, falam de coisas típicas da adolescência. Esses adolescentes não frequentam o CAPSi”.

(Coordenadora do serviço)

Em relação ao encaminhamento ao CAPS II, de maneira especial, a coordenadora pontua que este geralmente é feito pelo técnico de referência por contato telefônico ou relatório, como acompanhamos em item anterior. Ressalta, porém, que é preciso a “interferência” do CAPSi ou há demora para o atendimento dos jovens encaminhados.

Sobre a “interferência” dos profissionais do CAPSi no encaminhamento para outros serviços de saúde, uma das profissionais entrevistadas chama atenção para a relação entre profissionais de serviços diferentes, sendo este dependente, também, desta relação:

“(...)Na verdade é um contato de pessoa pra pessoa. “Ah fulano, estou te encaminhando um paciente assim, assado”. “Ah, manda sim, a gente vai ver aqui o que faz”.

(Profissional do CAPSi)

O “contato de pessoa para pessoa” nos indica que não está previsto um protocolo para

esses encaminhamentos na rede de saúde mental, o que acaba por indicar uma solução individualizada para essas situações. A solução individualizada nesse caso não nos fala de uma atenção singularizada, mas antes de um ‘jeitinho’ que os serviços encontram e que depende da relação entre os profissionais.

O Hospital Geral do Município aparece como que serviço de referência para os momentos de crise e oferece leitos para emergência psiquiátrica, não havendo atendimento para as crises psicossociais no Hospital Infantil. Sobre as referências entre HG e CAPSI nos dedicaremos com maior aprofundamento no capítulo 6, ao discutirmos a experiência dos adolescentes entrevistados.

A escola

Como pudemos perceber, todos os adolescentes acompanhados nesta pesquisa não estavam frequentando a escola. Apesar de no início das entrevistas Thiago e Leticia estarem cursando a escola, os dois abandonaram a mesma antes do momento de finalização da pesquisa..

Segundo informam os profissionais, a maioria dos usuários do CAPSi que frequentam escolas estão matriculados em escolas municipais. A coordenadora lembra que havia nestas escolas “classes de autistas” que agora não recebem mais essa denominação e são chamadas “classes especiais”. Ressalta que outras crianças, que chama de “funcionais” foram incluídas na sala regular com a ajuda da “sala de recursos”, recurso complementar à educação formal.

Sobre a classe especial, a profissional observa que a escola aparece apenas como espaço de “sociabilização mínima possível”, uma vez que “muitos são muito comprometidos e além do autismo têm um retardo”, de maneira que “a nível de aprendizagem mesmo pedagógica não vão ter mesmo grandes evoluções significativas”. Para ela a frequência na escola seria mais uma atividade para a criança ou adolescente: “Até para não ficarem só em casa, CAPSi uma vez pro semana, casa e tal”.

Acompanhando essa mesma visão sobre o papel da escola a técnica de referência de Thiago questiona os ganhos do adolescente em frequentar a mesma:

“Eu não sei ate quando ele se beneficia em frequentar a escola dessa forma. Acho que ele deixa de ganhar muito assim, não sei ate quando ele terá condições de fazer um vestibular”.

(Profissional do CAPSi)

Percebemos uma visão empobrecida sobre o papel da escola e sobre as possibilidades que a mesma pode oferecer à criança e ao adolescente em termos de ganhos educacionais e trocas intersubjetivas, ficando seu papel reduzido à mais uma atividade na vida destes sujeitos. Na última fala podemos acompanhar a pouca expectativa em torno da escola como um local de ganhos para o adolescente, caso este não tenha condições de alcançar os méritos escolares esperados e mesmo pouca expectativa em relação ao adolescente poder frequentá-la.

Da mesma maneira, assim como com os serviços de saúde, o contato com a escola se resume a relatórios escritos de maneira curta e com informações objetivas, havendo poucas trocas presenciais ou em espaços de discussão, os quais passam a ter papel de resoluções burocráticas, como encaminhamentos do CAPSi para a escola e vice-versa, não parecendo, a partir das entrevistas realizadas, que esses contatos comportassem possibilidades de discussão de caso:

“Então a gente diz: “Olha, tem um paciente nosso que tá sem escola, já procurou ali e acolá”. Eles dizem: “Me dá o nome, que a gente vai encaixar. E vice-versa.né?”. “Aluno assim da escola tal que a gente queria que vocês avaliassem e a gente avalia”.

(Profissional do CAPSi)

O espaço de discussão ou troca com as escolas do município aparece no formato de algumas palestras realizadas nas mesmas pelos profissionais do CAPSi. O conteúdo dessas palestras se dirigiria a explicar o papel do CAPSi, as características de alguns quadros clínicos, etc. Segundo uma das profissionais entrevistadas, esse contato possibilitaria que a escola não faça “encaminhamentos desnecessários” ao serviço e, além disso, ajuda os professores a estarem “mais atentos aos alunos mais esquisitos, que podem ter algum problema psíquico” (sic). Outra profissional complementa dizendo que o contato com a escola também tem como intuito alertar os professores para que alguns alunos necessitam de uma “atenção diferenciada”. Quando pergunto sobre a constância dessas palestras a coordenadora esclarece que elas são bem pontuais e que há tempos não acontecem: “as escolas não têm interesse e nós não temos tempo”.

O contato com a escola envolvendo algum usuário do CAPSi geralmente é feito via relatório, e em casos graves, por contato telefônico do profissional de referência com a direção ou professor(a) de algum usuário do CAPSi que “esteja apresentando problemas”

(sic). Parece que esse (raro) contato com a escola se dá muito mais num sentido de oferecer a mesma um saber “psi” do que poder construir um saber interdisciplinar, poder ouvir o que essa escola tem a dizer. O CAPSi, assim, “ensina” à escola como agir, quem são “as crianças e adolescentes problemáticos (sic)” e como se caracterizam os quadro clínicos, ofertando uma linguagem diagnóstica. Esse contato me remete à questão da medicalização- psiquiatrização ou psicologização- da infância e juventude ao apontar para uma abordagem dessas questões unicamente pelo saber médico psiquiátrico ou psicológico.

O Fórum de Saúde Mental Infanto Juvenil do município

O Fórum Municipal de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes é citado como um possível espaço de contato com outros serviços de saúde, assistência, educação, esporte, entre outros, assim como diversos atores voltados para a assistência de crianças e adolescentes. Segundo a coordenadora, esse Fórum foi criado pelo CAPSi e atualmente é organizado pela Coordenação de Saúde Mental (CSM) do município. Atualmente, este Fórum não acontece mais e os serviços e entidades participantes é variável. A profissional nos conta que no ano em curso, devido a ser ano de eleição, teria sido entendido pela CSM que o momento não era propício e que esse encontro “poderia ser entendido como tendo outro intuito”, o qual não conseguimos identificar através das entrevistas, mas podemos supor que está relacionado às fortes questões políticas que envolvem um espaço como esse. O trabalho intersetorial considerado por Couto e Delgado (2010) como princípio fundamental para a montagem da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes parece se dar de maneira frágil no município. Percebemos além das estratégias dos serviços se darem de maneira fragmentada, também o fato do Fórum, espaço destinado às discussões e pactuações coletivas, ser interrompido devido ao ano de eleição pode significar um importante ataque institucional que nos fala da não garantia de um espaço para essas trocas entre serviços .

CAPÍTULO 7

SOBRE O CUIDADO À CRISE E OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

7.1. Os Itinerários Terapêuticos de Thiago, Leticia e Luciana

Artigos que descrevem pesquisas que utilizam IT como recurso metodológico evidenciam sua utilidade para identificar tensionamentos na busca por cuidado em saúde, esclarecer alternativas encontradas pelos usuários ou pela rede para o tratamento, assim como a maneira do usuário lidar com adoecimento e como este impacta a família e pessoas próximas. Entendemos que, assim como propõe Bellato et al (2010), a metodologia de ITs em saúde não nos aponta nem apenas para “escolhas” feitas pelas pessoas frente a diversas opções, nem apenas para uma trajetória biográfica que tem o meio cultural como determinante para essa escolha. Os caminhos traçados na busca de cuidado em saúde apontam para fluxos diversos que entrelaçam as histórias pessoais, as realidades do serviço, da rede de serviços, da realidade local, entre outros fatores.

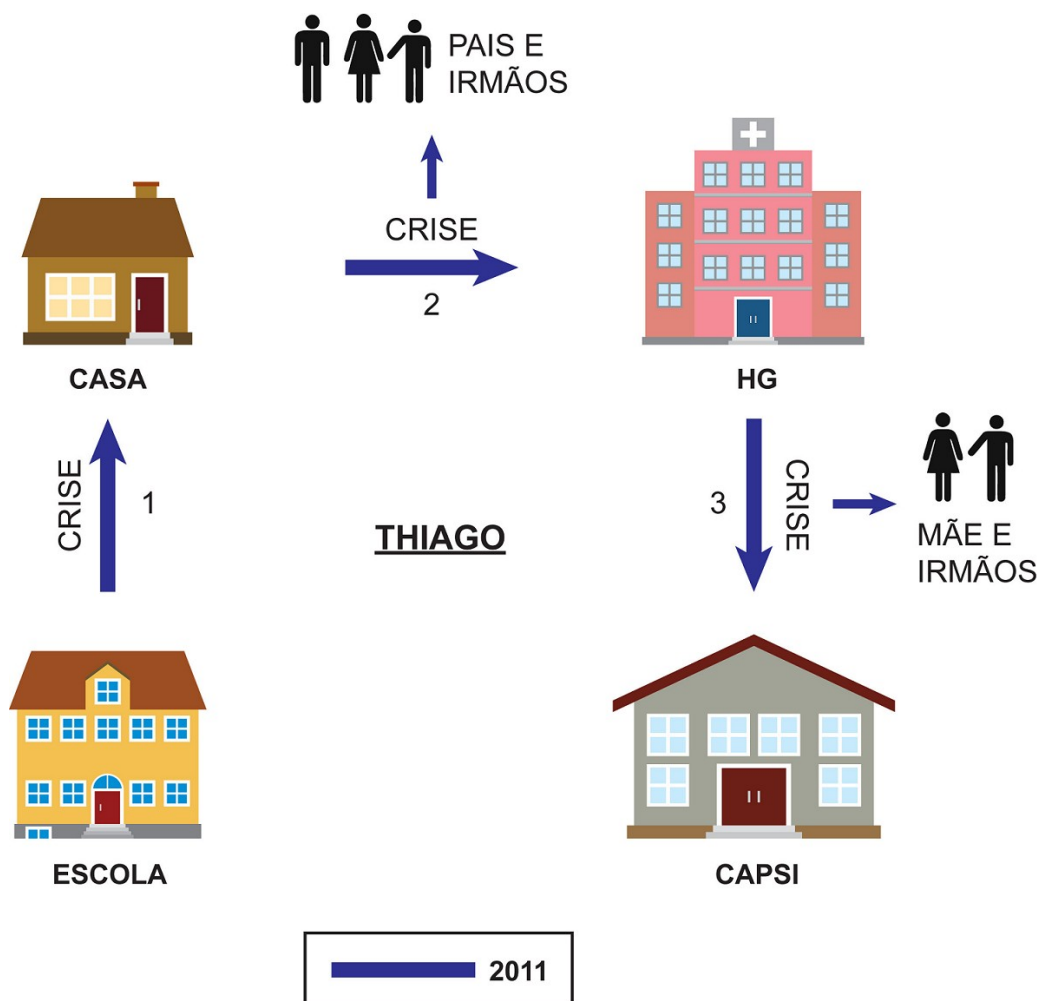
Tais achados conversam com as considerações de Tavares & Bonet (2008) em relação aos ITs no que diz respeito a processualidade da prática do cuidado, as indefinições, hesitações e mudanças de escolha no curso de uma experiência de sofrimento, que apontam para a dimensão de transitoriedade do(s) itinerário(s) terapêutico(s). Assim, partimos da premissa de que o campo da atenção à saúde é tensionado continuamente por diferentes lógicas, atores e acontecimentos que redesenham os possíveis caminhos trilhados na busca por cuidado, as redes e a hierarquia dos serviços (BELLATO et al, 2010). Os ITs de Thiago, Leticia e Luciana nos apontam para formas mediadas por intersecções de diversas práticas e saberes envolvidos e nos aproximam das estratégias de cuidado tanto de familiares, vizinhos e amigos, quanto do CAPSi e de demais serviços de saúde do município no momento da crise. Da mesma maneira, nos permitem pensar as situações de crise e suas repercussões na vida dos adolescentes, suas famílias, vizinhos e amigos assim como na rotina dos serviços.

Ao acompanharmos o IT de Thiago percebemos que o HG foi o primeiro serviço procurado por seus familiares, momento no qual o adolescente ainda não era usuário de nenhum serviço de saúde mental. No HG os profissionais teriam utilizado duas estratégias: a medicação e o encaminhamento para o CAPSi. No momento da segunda crise, da “crisezinha

braba”, como chamou Maria, o próprio CAPSi se apresentou como serviço de referência à crise. Este momento, fortemente marcado pela resistência de Thiago à medicação, como ressaltou sua mãe e profissionais, também foi respondido a partir da medicação e por algumas conversas pontuais de “orientação” da psicóloga ao adolescente e sua mãe.

O percurso de Thiago no CAPSi foi marcado por sua chegada via HG, inclusão no Grupo de Adolescentes e acompanhamento psiquiátrico individual voltado para a medicação. A única mudança em seu Projeto Terapêutico Individual foi a alteração da medicação e o encerramento do grupo de Família do qual sua mãe participava, este último, claro, não aparecendo como estratégia de cuidado. Em nenhum momento, apesar de suas queixas em relação ao grupo, outras estratégias foram pensadas neste sentido.

Figura 1. Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Thiago na linha de cuidado em Saúde Mental



Ao

tratarmos do itinerário de Leticia, pudemos perceber que para sua família a primeira

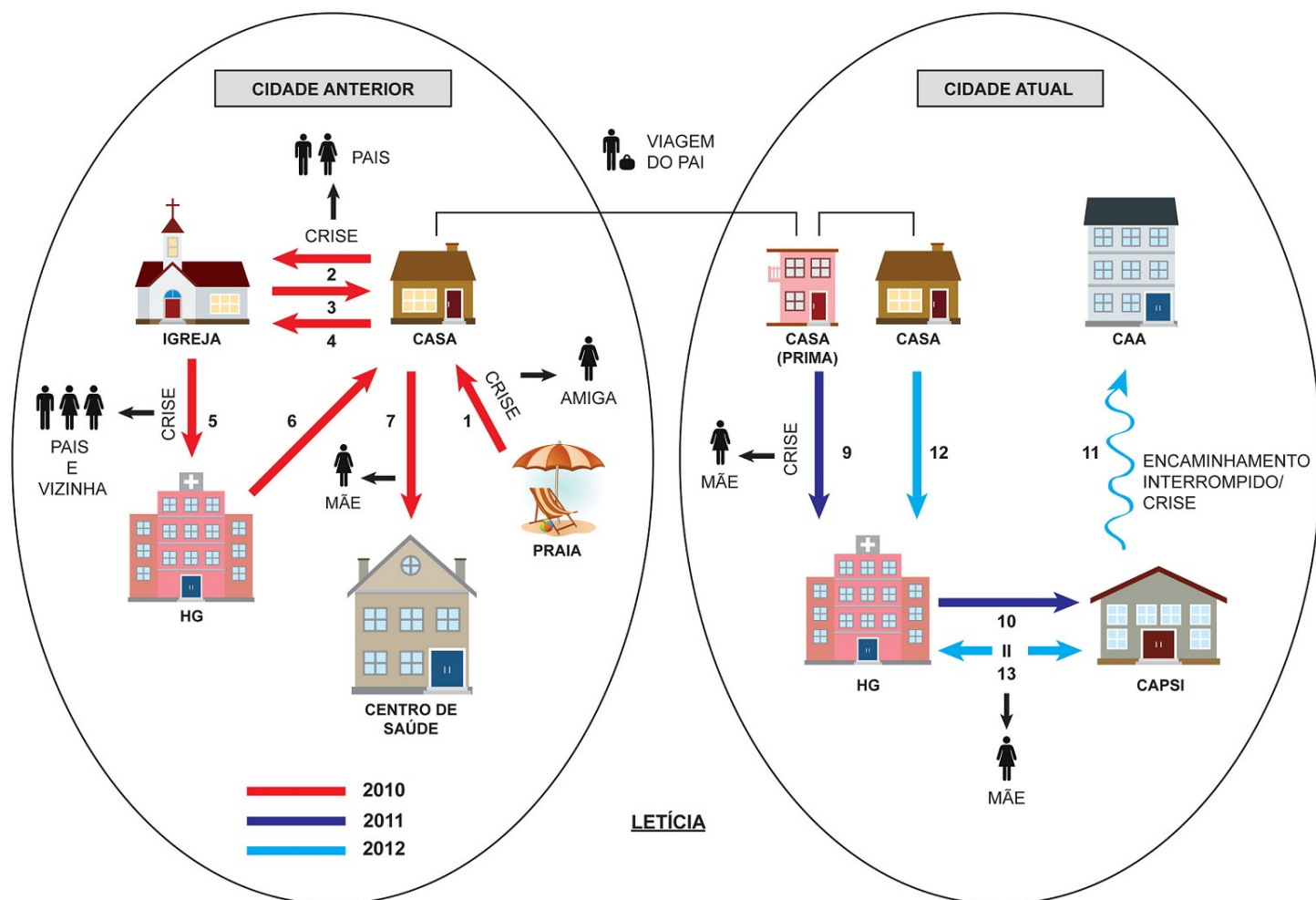
referência de cuidado em um momento de crise foi a igreja e, nesse caso, o pastor de sua igreja, mais especificamente. A escolha da família nos aponta para uma busca de cuidado que não necessariamente se dirige a área da saúde. Apesar disso, foi a partir de uma conversa entre o pastor e uma vizinha, enfermeira, que a busca por um serviço de saúde foi pensada. O HG, neste momento ainda em outra cidade, onde moravam, foi a possibilidade encontrada por estes. E, segundo o relato de Leticia e sua mãe, o atendimento no HG foi a única resposta dada pelos profissionais de saúde naquele momento, não sendo feito nenhum encaminhamento para outro serviço ou acompanhamento no mesmo. A busca pelo atendimento psiquiátrico ambulatorial em um Centro de Saúde se deu por sugestão da vizinha.

O HG foi o serviço novamente buscado, já no município onde moram atualmente, e , no que foi entendido como segunda crise da adolescente. É neste momento que o CAPSi passa a fazer parte deste itinerário, após o encaminhamento do HG.

Como pudemos acompanhar, o percurso da adolescente no serviço incluiu a participação em dois grupos de adolescentes distintos, sendo a mudança ocasionada por sua troca de turno na escola. Durante o terceiro momento de crise, mais uma vez o HG apareceu como principal serviço de referência, sendo buscado imediatamente pela família. Apesar de terem sido informados que o mesmo não tinha vaga, seu irmão e sua mãe retornaram com Leticia no dia seguinte, não havendo busca pelo CAPSi nesse momento. A terceira internação da adolescente nos chama atenção em alguns aspectos. Primeiramente a orientação da psiquiatra do CAPSi que atendeu a adolescente antes dessa crise, tendo registrado no prontuário que o HG deveria ser buscado frente à “QUALQUER intercorrência”, como grifou a profissional no prontuário, já que não haveriam encontros devido ao feriado e a uma atividade do serviço. Parece-nos que o CAPSi não foi pensando pelos profissionais como alternativa a essas intercorrências, a partir da possibilidade de acolhimento da crise ou a partir de outras estratégias que não a medicamentosa, seja pela possibilidade de maior participação nos grupos ou uma atenção individualizada. Ainda percebemos que não foi possível que mesmo o cuidado medicamentoso pudesse ser oferecido por outra profissional psiquiatra deste serviço, que trabalhasse em outro dia e que não atendesse a adolescente, o que nos leva mais uma vez a questionar a “divisão” dos usuários por “dias/mini-equipes”, não havendo possibilidade de que todo o serviço se responsabilizasse por seu cuidado. Outro ponto que nos chama atenção é o fato de que a psiquiatra que a acompanha no serviço não se lembrava de sua internação no momento desta pesquisa, dois meses após o ocorrido.

Leticia continua a frequentar o mesmo Grupo de Adolescentes do qual se queixava antes do momento da crise e o encaminhamento para o Centro de Atenção ao Adolescentes foi interrompido.

Figura 2. Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Leticia na linha de cuidado em Saúde Mental



O IT de Luciana, por sua vez, apresenta outras alternativas encontradas pela equipe. A família e o serviço apontam três momentos considerados de crise. Lembramos que diversos serviços especializados compuseram o IT de Luciana antes do momento considerado como primeira crise. Neste momento estes serviços não apareceram como possível referência e não sabemos se a adolescente ainda era usuária destes, informação que, como lembra seu irmão,

apenas sua mãe poderia fornecer. Um HG fora do município foi o serviço encontrado nessa busca de cuidado, uma vez que seu tio trabalhava no mesmo. Os profissionais deste local realizaram o encaminhamento para o CAPSi, no qual Luciana passou a contar com atendimento psiquiátrico individual, a frequentar o Grupo de Adolescentes e sua mãe passou a participar do Grupo de Família.

A morte de sua mãe e a notícia de sua gravidez, poucos dias depois, como vimos, marcou o momento considerado como segunda crise. E, também como pudemos acompanhar, este foi um momento que aponta para um “surto” do pai de Luciana, a “casa caindo” para os profissionais do serviço, como nos ressaltaram os entrevistados. Este momento nos mostra que apesar de não ter havido nenhuma “mudança” esperada no comportamento de Luciana, esses acontecimentos marcaram de maneira importante a família e o serviço.

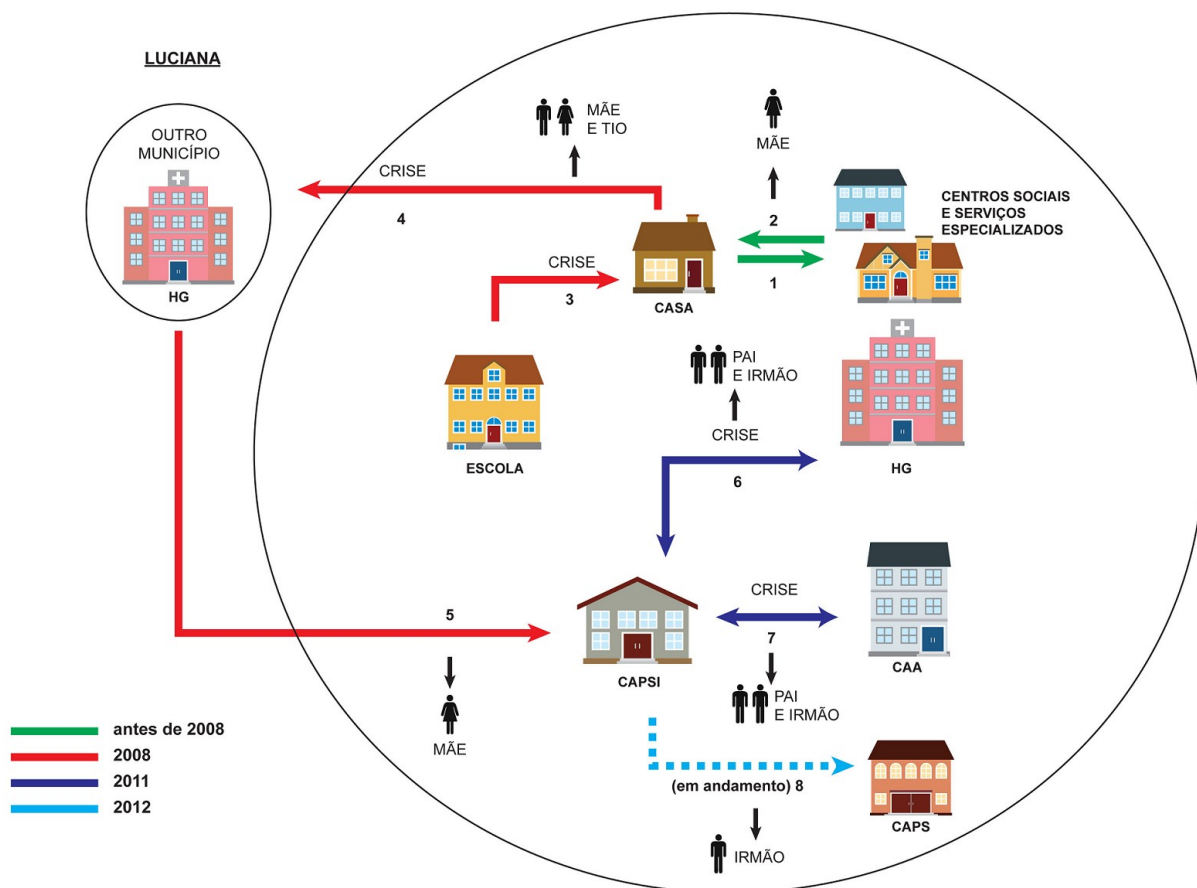
A morte de Fátima permite apreender a importância do vínculo entre a equipe e a família e ainda um suporte entre as profissionais do serviço. Isto fica claro no momento em que sua psicóloga lembra que chorou muito, ficou “muito abalada” e ligou para a coordenadora pedindo socorro. Ao lembrar-se desse fato, a psicóloga conta, na entrevista, o quanto esta outra profissional foi importante no momento de sua chegada ao CAPSi, ajudando-a e a orientando. A coordenadora, por sua vez, também lembra desta notícia com pesar e desta morte como uma importante perda. Parece-nos que este momento, que mobilizou as profissionais de maneira importante, apontou para alternativas distintas daquelas encontradas em outras circunstâncias pelo serviço. Percebemos uma mudança no PTI da adolescente que passou a frequentar o CAPSi duas vezes por semana, em um grupo coordenado por profissionais com quem já mantinha um vínculo anterior. Além disso, um carro foi disponibilizado para buscar a adolescente em casa, visando facilitar sua ida ao serviço. O cuidado à adolescente passou a ser de responsabilidade dos profissionais do serviço e não apenas de profissionais do “seu” dia, sendo possível uma maior mobilidade da adolescente e uma flexibilidade neste cuidado.

Um importante acolhimento à família também se fez presente, e são relatados alguns encontros com o pai e irmãos de Luciana. Com a notícia da gravidez da adolescente, a mãe de seu namorado, sua vizinha e algumas tias começaram a fazer parte da rotina de atendimentos oferecidos pelo CAPSi e as profissionais pontuam algumas das dificuldades das mesmas, o que mostra que o serviço esteve aberto para o acolhimento de pessoas próximas à paciente.

A terceira situação de crise, porém, nos chama atenção. Parece que o serviço não pôde estar presente no difícil momento que parece ter se iniciado já na maternidade. Uma

profissional, inclusive, questiona o porquê de o CAPSi ser contactado durante de Luciana na Maternidade, o que parece apontar para uma dificuldade de perceber a necessidade de um cuidado estendido a momentos em que o usuário está em outro serviço, vivendo dificuldades que não são diretamente relacionadas com questões estritamente psíquicas. A partir dos relatos nas entrevistas parece que não foi possível pensar novas estratégias para esse novo momento, como foi visto anteriormente. A internação em HG é apresentada como recurso primeiro, antes mesmo de poderem ser pensadas outras alternativas e mesmo diante da recusa dos familiares em levar Luciana ao HG novamente.

Figura 3. Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Luciana na linha de Cuidado em Saúde Mental.



Fazendo um balanço geral dos itinerários construídos, podemos perceber que o CAPSi por vezes encontrou possibilidades de resposta à crise a partir de seus próprios

recursos (aumento da frequência nos grupos, mudança da medicação, atendimentos individuais, mesmo que pontuais) e por vezes necessitou convocar outros serviços, mas em nenhuma circunstância conseguiu planejar ações conjuntas, em que o CAPSi compartilhasse com outros serviços ou instâncias a responsabilidade pelo cuidado dos adolescentes em crise.

Entre as instituições convocadas a assumir o cuidado dos adolescentes, estão o Centro de Atenção ao Adolescente e também do HG, serviço pelo qual todos os três adolescentes tiveram passagens importantes. Foi esse serviço procurado pela família de Thiago, que ainda não tinha o CAPSi como serviço de referência, mas também pela família de Leticia, tanto na primeira internação, a partir da qual se tornou usuária do CAPSi, quanto na segunda internação. E foi também a esse serviço que Luciana foi referenciada pelo CAPSi após um momento de maior dificuldade em seguida ao nascimento de sua filha.

Os itinerários terapêuticos e as entrevistas realizadas com os profissionais nos fizeram perceber que o CAPSi não necessariamente apresenta-se como possível serviço de referência para o cuidado à crise. O Hospital Geral aparece não apenas como uma das referências possíveis, mas, mais do que isso, como o serviço preferencial para esse cuidado. Essa função atribuída ao HG não nos pareceu ser estruturada a partir de alguma forma de articulação ou trabalho conjunto em que o CAPSi participasse de alguma forma. Pelo contrário, o que identificamos foi uma clara divisão de funções, na qual o CAPSi não seria indicado para a atenção à crise. Isso nos levou a conceder no trabalho de análise um importante espaço às experiências dos adolescentes e familiares no HG, seja através dos relatos que fizeram acerca das breves passagens ou internações; seja a partir das falas dos profissionais sobre o mesmo e sobre as dificuldades e possibilidades de trabalho entre CAPSi e HG.

7.2. O CAPSi, o Hospital Geral e o cuidado à crise.

A fala que transcrevemos abaixo nos permite vislumbrar a dificuldade do CAPSi se organizar para acompanhar os adolescentes de modo integral e para recebê-los mais vezes por semana, dispondo-se a oferecer-lhes suporte em diferentes circunstâncias, nas quais a crise poderia estar incluída:

“Acho que tem hora que a gente pensa, bom isso é uma opinião pessoal, mas a gente pensa que o paciente deveria vir mais vezes no CAPSi, mas será que é possível? Tá, tá escrito lá que o paciente tem que vir todo dia no CAPSi, mas poxa. Às vezes não tem como eu disponibilizar uma pessoa pra ficar só

com ele, será que isso vai ajudar? Às vezes até pode atrapalhar o atendimento de outro”.

(Profissional do serviço)

Quando pergunto sobre o que seria necessário no CAPSi para que o atendimentos aos momentos de crise pudessem ser realizados no serviço, a entrevistada responde:

“Acho que melhorar sempre pode melhorar. A medicação mais disponível, o carro mais disponível, uma equipe que tenha um tempo reservado pra discutir isso, o que a gente tem aqui. O carro, que é uma raridade, aqui temos um meio carro, mas que já é bom. Acho que o trabalho é esse Melissa, na boa”.

(Profissional do serviço)

Embora os adolescentes sejam encaminhados para o HG nos momentos de crise, os profissionais entendem que este não é o local ideal para as internações em saúde mental. Um deles justifica tal entendimento argumentando que profissionais, que não da Saúde Mental, não estão preparados para a atenção aos pacientes em crise e ressalta a necessidade do preparo da equipe clínica do HG:

“(…) teoricamente, eu acho muito interessante internar em HG. Ele é um paciente que tem uma doença médica e deve estar internado junto com outros, beleza. Mas se tem que se ter um olhar diferenciado porque são pacientes diferentes sim. Muitas vezes quando eu atendo um paciente psiquiátrico que tem problema cardíaco e eu não dou conta disso porque na minha sala eu não tenho aparelhagem pra isso, o pessoal de clínica médica ...a gente tem que chegar num ponto em comum. Eu entendo o lado deles, mas eles tem que entender meu lado também, e não dizer pro cara: “Cala a boca”. É necessário que a equipe clínica também esteja preparada para atender e receber o paciente psiquiátrico. Acho que filosoficamente, ideologicamente a ideia é boa, mas precisa ainda ser muito bem trabalhada. (...) Eu acho que o que mais precisava era antes de colocar o paciente psiquiátrico no Hospital Geral era ensinar, e ai era ensinar mesmo o que é um paciente psiquiátrico. As pessoas não sabem, não sabem mesmo”.

(Profissional do serviço)

A entrevistada aponta ainda para as dificuldades oriundas das diferenças entre a Psiquiatria e outras práticas médicas, o que teria como consequência uma diferenciação entre o paciente psiquiátrico e os demais na rotina hospitalar:

“A psiquiatria é uma submedicina. Muitas vezes a gente ouve: “Ela não é médica, é paramédica. É uma brincadeira, mas dá pra entender bem o que acontece. No hospital que eu trabalho ia ter um a obra. O hospital é um corredor, ai tem a sala da fisioterapia, a sala da psiquiatria, né? Ai eles queriam fechar a porta da psiquiatria e fazer nossa porta virada para o lado de fora do hospital. Uma expressão bem concreta do que é o pensamento vigente”.

(Profissional do serviço)

Sobre as possibilidades de mudança na formas de atendimento oferecidas pelo Hospital Geral, a entrevistada se dirige à questão da formação, detendo-se à questões da medicina:

“Talvez isso tenha que começar na Escola de Medicina, né? E talvez ensinar pras pessoas que no hospital que eles vão trabalhar terão também pessoas com transtorno mental. Que não vão mais existir hospitais separados, ou que se vai ter, mas assim como vai se ter hospitais pra nefrologia, pra cardiologia, né? E as pessoas precisam aprender a conhecer esse paciente que não conhecem”.

(Profissional do serviço)

Essa entrevista permite-nos ainda reconhecer a representação do Hospital como espaço eminentemente médico, o que é evidenciado na seguinte fala:

“Para também a gente não entrar numa ideia delirante de achar que dá pra ter psicólogo, alguém pra fazer um link. Isso ia ser perfeito, mas não é bem assim”.

(Profissional do serviço)

Apesar dessas críticas ao HG, os profissionais atribuem ao suporte medicamentoso e à possível contenção física a justificativa para reconhecê-lo como o serviço do município mais indicado para o cuidado ao momento de crise. justificado . A fala a seguir é de uma psiquiatra referindo-se à estratégia do CAPSi pensada para um outro adolescente, que não participou da pesquisa, porém apontado por todos os profissionais como um caso difícil. Nesta percebemos que a indicação ao HG pode ser realizada mesmo antes do atendimento pelos profissionais do CAPSi.

“De novo Mário. A mãe dele me ligou hoje, disse que ele não tá bem, queria que eu mexesse na medicação dele por telefone. Eu disse: “Não tem condições, ele vai se jogar de novo da laje. Eu quero que você leve ele agora pro Hospital Geral. Porque lá eles têm medicação injetável, porque lá eles têm um suporte se tiver que conter, se tiver que sedar que aqui a gente não tem”. E então a indicação é o Hospital Geral”.

(Profissional do serviço)

Outro motivo apresentado para a indicação da internação no HG seria a possibilidade de cuidados com a saúde dos adolescentes, o que é chamado por uma das entrevistas de cuidado intensivo, ao falar sobre o encaminhamento de Luciana:

“Porque ela precisava de um cuidado intensivo, né? Pensamos na internação aqui no HG mesmo, né? Eles não internam a longo prazo, mas enfim, por um período, né pelo menos? A gente estava duvidando que ela estava tomando a medicação direitinho, né? A gente achava que o melhor para ela naquele momento era internação. Ela estava com diarreia, estava muito ruinzinha, não se alimentava, estava com fraqueza...debilitada, debilitada mesmo”.

(Profissional do serviço)

Os profissionais do CAPSi podem acompanhar o adolescente durante a internação a partir de visitas e telefonemas. Uma das profissionais pontua que haveria uma troca direta de informação sobre os adolescentes internados no HG, sejam eles já acompanhados pelo CAPSi ou não. Sobre o papel dos profissionais deste serviço durante a internação afirma:

“Se tiver paciente nosso internado lá, a gente vai lá. Conversa com o adolescente, às vezes adolescente que não é nosso eles chamam a gente, né? E avisam: “Tem paciente aqui que é para vocês”. E nós começamos o atendimento lá mesmo. Não o atendimento médico, né? O atendimento médico cabe ao médico que está lá. Mas conversar com a família, com as pessoas que estão lá, fazer o encaminhamento”.

(Profissional do serviço)

A despeito dessas colocações, os itinerários terapêuticos construídos nos mostram que é bastante raro que os profissionais do CAPSi de fato acompanhem seus pacientes no HG. Mesmo no caso de Luciana, que contou com visitas durante sua internação decorrente de uma crise numa situação subsequente houve o questionamento de uma profissional acerca do pedido que o HG fez para a presença do CAPSi após o parto da filha da paciente. Para essa profissional, naquela circunstância seria do HG a responsabilidade pelo atendimento em saúde mental da adolescente:

“Eu falei: “Mas gente, com a psiquiatria ali do lado por quê? Por que vocês não procuraram a psiquiatria, né?” Sei lá, a própria maternidade, foi no HG que ela ganhou neném, sabendo que ela é psiquiátrica deveria ter procurado a psiquiatria, o psicólogo, quem tivesse próximo, né?”

(Profissional do serviço)

O contato com o HG não foi apontado pelos profissionais como algo cotidiano. Todos os profissionais entrevistados sublinharam as dificuldades encontradas para tal devido a problemas com os telefones ou mesmo dificuldades em falar com os plantonistas da emergência psiquiátrica, que não estariam disponíveis para essa conversa. Importante salientar que esta indisponibilidade foi justificada pelas próprias profissionais do CAPSi por uma falta de tempo dos plantonistas. Isso explicaria, por exemplo, o fato de a equipe do CAPSi ter demorado uma semana para saber da internação de Luciana, segundo uma das

entrevistadas. Além disso, a dificuldade de contato teria possibilitado, segundo a mesma, que o período de internação da adolescente não fosse positivo:

“Ficou uma semana lá e foi horrível porque não houve diálogo do HG conosco. (...) Mas a gente não conseguia falar com a família pra saber se eles tinham internado ou não. O hospital também não falava com a gente”.

(Henrique, irmão de Luciana)

A profissional explica que mesmo quando o encaminhamento é feito pelo CAPSi não há certeza que o adolescente será internado no HG, o que aconteceu no caso de Luciana, que teria tido sua internação negada por este serviço, situação na qual a dificuldade no contato teria se mantido. Sobre isto a profissional explica:

“Ah! Porque tava lotado, não tinha vaga, essa ladainha de sempre. Aí tá, a (psiquiatra) tentava ligar e eles se recusavam. Adiou-se mais uma semana. Aí na semana seguinte vieram e ela tava muito ruim de novo, a (psiquiatra) deu outro encaminhamento, só que dessa vez não ligou. Ai eles internaram ela. Não entraram em contato com a gente e não avisaram, a gente não conseguiu falar. Acho que foi perto do feriado, não sei. Não sei se tentaram também. Eu sei que não conseguimos falar com eles e eles não ligaram também.

(Profissional do serviço)

Apesar disso outra profissional pontua que, quando esta conversa é possível o contato seria positivo:

“Não tem mais esse ranço de não falo com psicólogo, não falo com enfermeiro. Não tem isso. As pessoas demoram mais pra se encontrar, mas por falta de tempo mesmo, não por uma questão filosófica. A filosofia é de troca mesmo, não é um bicho de sete cabeças isso acontecer”.

(Profissional do serviço)

Outra dificuldades apontada para a referência de adolescentes do CAPSi para o HG seria a ausência de um carro próprio, o que dificultaria o transporte no caso de uma situação de maior gravidade que pudesse acontecer no serviço. Isso explicaria, segundo alguns

profissionais, o fato dos pacientes serem referenciados diretamente ao HG e não ao CAPSi como primeira alternativa. Sobre isso um dos profissionais afirma:

“Talvez o de suporte, de ter que imobilizar e depois leva-lo ao hospital porque a gente não tem carro particular e tem que chamar o SAMU pra leva-lo. Deveria ter um suporte pra nos auxiliar, no caso, uma ambulância pra levar”.

(Profissional do serviço)

7.3. A experiência dos adolescentes e familiares no Hospital Geral

Os adolescentes e seus familiares tiveram experiências diferentes em relação às estratégias do Hospital Geral. Enquanto Thiago foi medicado e encaminhado para o CAPSi, Leticia passou por duas internações, sendo uma de dez dias e a outra de doze e Luciana também esteve internada por uma semana.

A mãe de Thiago lembra da passagem pelo HG como momento muito relacionado à primeira crise do rapaz, local onde a medicação e o encaminhamento para outro serviço se fizeram presentes. Leticia e a mãe contam com detalhes sobre os dias de internação, sobre a rotina do HG, os procedimentos e estratégias e incluem sugestões. Henrique diz que não tem muitas informações sobre o serviço, o que justifica pelo fato de não ter podido acompanhar a irmã diariamente, por esta já ter mais de 18 anos no momento da internação. Tentemos acompanhar um pouco dessas experiências:

O espaço destinado à emergência psiquiátrica no Hospital Geral do município é descrito por Leticia:

“Ah, tinha uma parede dividindo. De um lado ficavam as meninas, e os meninos do lado de cá. Aí tinha um lugar onde ficavam os enfermeiros que cuidavam da gente. Ai tinham duas portas. Uma do lado das meninas, onde ficavam as mulheres que faziam a comida e do lado de cá ficava o segurança, do lado dos meninos. Ai tinha um corredor pra saída. Ai tinham três camas de um lado e três camas do outro”.

(Leticia)

A mãe da adolescente critica o fato do espaço ser pequeno e sublinha o aumento de leitos como algo que dificultava a estadia no local:

“O espaço era muito pequeno. Começava com três camas e de repente colocavam dez. Era uma cama colada na outra assim, ó. Teve um dia que lotou lá, ela não tava bem. E os médicos davam um jeito lá, e botavam cama emendando. Não tinha nem por onde sair, pra sair tinha que pular o outro”.

(Graça, mãe de Leticia)

O número de pacientes internados no espaço também é ressaltado por Henrique, irmão de Luciana, que atribui a isto o fato da irmã estar “agitada” durante a internação:

“Ficou muito nervosa, chorando, mais agitada que em casa. Ai conversei com meu pai: “Po pai, ela tava melhor em casa do que lá. Lá também fica muita gente junta, entendeu? Eu acho que agitou ela ainda mais”.

(Henrique, irmão de Luciana)

A relação com os profissionais do hospital também apareceu como um dos pontos de suas entrevistas. Graça observa que os médicos de plantão variavam diariamente e por isso seu contato maior foi com os profissionais de enfermagem, em relação aos quais Graça reconhece dificuldades, em especial, durante a primeira internação de Leticia:

“Ah, era muito homem e eles debochavam de mim, falavam coisas (...) Ah, ria da minha religião, falava: “Ah, Jesus...você é crente”. E o outro lá, e eu ficava calada. Teve um dia que eu estava lá e me botaram pra fora na hora de dar comida pra ela. Me botaram pra fora, eu entrei escondida e estavam apertando ela, forçando ela a dar comida pra ela. E eles disseram: “Não mãe, ela não quer comer”. E eu disse que: “Ela não quer comer, mas não precisa machucar ela não”. Ai dessa vez eles já não fizeram, porque sabiam que eu não queria”.

(Graça, mãe de Leticia)

A mãe da adolescente lembra que durante a última internação havia enfermeiras mulheres e “cristãs” e que estas se preocupavam com a alimentação de Leticia, além de se oferecerem para passarem um tempo com a mesma para que Graça pudesse almoçar ou se retirar por um tempo do local. A mesma considera que existe uma grande dificuldade no trabalho a ser realizado por esses profissionais junto às situações de crise, assim como nas situações de trabalho específicas do serviço relativas ao número de pessoas a serem atendidas:

“Mas eu entendo eles. O problema ali é que eles atendem pessoa doida, ruim da cabeça. (...)Tem que ter paciência, mas quem trabalha em hospital...tem coisa que quer fazer e não consegue. Acho que tinha que ter mais gente. Tinha que ter o tanto de gente que tem aqui. Tinha que ser um lugar maior e com mais gente porque aquele tanto de gente pra cuidar e ter que cuidar de seis numa sala, não dá. (...)Elas não dão conta, elas tinham que descansar um pouco”.

(Graça, mãe de Leticia)

Henrique, irmão de Luciana, não pode acompanhar a adolescente durante a internação uma vez que a mesma já havia completado 18 anos, diz que não sabe como era o tratamento dos profissionais com a irmã, acredita que os profissionais a tratavam bem, mas ressalta que Luciana não tinha ajuda para o banho:

“O atendimento lá, as pessoas, tratam a gente bem. Não sei qual era o tratamento que eles tinham com a Luciana porque não podíamos ficar com ela lá, só na hora da visita. A gente chegava lá e a Luciana não tinha tomado banho ainda. Minhas tias que davam banho nela, lá mesmo, mas acompanhar ela assim...todo dia, não podia”.

(Henrique, irmão de Luciana)

Sobre o assunto, Leticia diz que existem “médicos que são bons e que são ruins, tem enfermeiros que são bons e outros que são ruins” e enfermeiros bons e ruins”, sendo a distinção entre eles que os bons profissionais não amarram os pacientes.

Esse último ponto tem um peso muito importante no discurso de Leticia, expressando seu sofrimento e o de sua mãe no momento da internação. Ela e a mãe narram que durante as

duas internações a adolescente passou a maior parte do tempo amarrada no leito porque não era permitido andar nem pelo hospital e nem mesmo pelo quarto, sendo necessário passar todo o tempo deitada. A partir de seus relatos, como Leticia não conseguia permanecer durante todo o tempo na cama e estava muito agitada, tirando a roupa, a decisão de amarrá-la foi tomada por oito dias na primeira internação e dez dias na segunda. Leticia, segundo narram, não podia ser desamarrada em nenhum momento, nem mesmo para ir ao banheiro, “para que não resolvesse ficar andando” diz a mãe, de maneira que foi necessário que esta permanecesse de fraldas e que a mãe lhe desse comida na boca durante todos estes dias:

“Ela começou a querer tomar banho, mas não podia, porque estava amarrada. É, tinha que ficar amarrada porque se tirasse ela não queria mais voltar pra cama, queria ficar andando, e eles não deixam. Ela querendo ir no banheiro e as enfermeiras falando que iam dar banho nela porque ela não podia ir sozinha porque se não ia querer ficar andando e não ia querer voltar pra cama. Ai ela querendo ir no banheiro e não podia. Ai tiveram que botar fralda nela. Eles só desamarravam ela pra tomar banho ai ela já começava a querer tirar a roupa. A gente colocava a roupa e ela tirava todinha, calcinha, ai amarravam de novo. Ai quando amarravam ela começava a bater o pé na cama e ai tinha que amarrar o pé. (...) Ai eu ia fazer o quê? Ai um dia eu desamarrei, porque ficava muito mal de ver ela assim. Ai quando a enfermeira viu que eu desamarrei ela disse: “Agora que desamarrou, se vira”. Elas ficavam com raiva porque desamarrou. Elas não querem não”.

(Graça, mãe de Leticia)

Como Leticia recusava-se a tomar a medicação, esta era injetável. O processo com as injeções é apontado pela mãe e pela adolescente como a parte mais difícil da internação. A mãe lembra que a filha tomou injeção nas pernas e na coxa, além dos braços, fato parece ter trazido sofrimento para as mesmas:

“Ver ela tomando muito remédio e muita injeção, muita injeção. Injeção na perna, na coxa (...) Até na coxa tinha injeção. Porque remédio ela cuspia, ai não tinha outro jeito, tinha que ser injeção direto”.

(Graça, mãe de Leticia)

A questão da medicação também trouxe outras consequências. Leticia lembra que devido às medicações passava a maior parte do tempo dormindo:

“Aí no banheiro, eu tava tão mole por causa da medicação, que me colocava na cadeira de roda, aquela de banho, e ai me dava banho. Eu nem lembro, eu tava dormindo, uma vez só que eu tava acordada. Eu tava tão mole que tomava banho dormindo”.

(Leticia)

Segundo relato das entrevistas, não são oferecidos pelo hospital atendimentos de outros profissionais e não se fazem presentes nas estratégias de cuidado grupos ou quaisquer atividades, não sendo possível também que o paciente possa andar pelo serviço, como já ressaltado anteriormente. Leticia descreve sua rotina durante a internação: “Não podia fazer nada, eu ficava só amarrada. Ficava só amarrada olhando a parede”.

A ausência de outros profissionais, para além de médicos e enfermeiros, é ressaltada por dois familiares que acreditam que seriam importantes profissionais que pudessem “conversar”. O HG como referência apenas para medicação aparece em todas as entrevistas com os familiares e é ressaltada, em especial, por Graça:

“Não, lá é um hospital de emergência, é só remédio, ficava só na cama. Quando ela queria levantar não podia não (...) Emergência não conversa não. Eles dão injeção e depois mandam pra casa”.

(Graça, mãe de Leticia)

Além disso, a possibilidade da realização de grupos ou outras atividades também são pontuadas por um familiar e Leticia que sugere também mudanças no espaço físico e na infraestrutura do serviço:

“Acho que deveria consertar o telefone, podia ter mais espaço porque é muito apertado, enfermeiros bons. Ai, eu não sei. Igual você tava perguntando, se podia andar no quarto, podia ser um espaço maior que pudesse andar, um espaço de lazer, mais enfermeiros, porque só tinham 3 enfermeiros, de repente ter uns grupos como aqui no CAPSi, porque isso ajuda quem tá em crise. Não sei mais o quê. Pra mim isso não ia adiantar

porque eu estava amarrada, pra me manter na cama. Não sei, de repente dentro do hospital tinham outros lugares, não sei, mas provavelmente não tinha não”.

(Leticia)

Como pudemos ver a partir dos itinerários terapêuticos, presentifica-se a ideia de que o CAPSi não seria o serviço indicado para o atendimento à crise. Estratégias como o aumento da constância do adolescente no serviço são apontadas por uma das profissionais como possível impasse na rotina do serviço. Alternativas nessa rotina não foram apresentadas pela mesma, que aponta para a possibilidade de um carro e de maior acesso à medicação como únicas possibilidades para melhora dessa atenção no serviço. A assistência medicamentosa e a contenção física, como vimos, são, aliás, as respostas apresentadas pelos profissionais como as necessárias para esse momento e que justificam, inclusive, a referência direta ao HG, que passa a ter suas funções reduzidas a estas possibilidades.

Vale lembrar que o Hospital Geral pode aparecer na rede de serviços substitutivos como mais um dispositivo desde que esteja, em consonância com os valores da Reforma Psiquiátrica, em direta interlocução com a rede, oferecendo-se não apenas como serviço médico, o que não parece ser a realidade do contexto estudado. Talvez possamos falar de uma aproximação das estratégias hoje utilizadas pelo campo pesquisado com uma lógica manicomial, já que identificamos práticas de atenção à crise predominantemente medicalizantes e hospitalocêntricas que utilizam, inclusive, contenções físicas, mantidas durante longo tempo, e altos níveis de medicação, o que nos faz questionar sobre possíveis violações de direitos.

Nesse contexto, ficam de fora as estratégias de atenção à crise baseadas numa lógica comunitária e vinculadas a serviços de saúde em geral. Parece que a organização do trabalho adotado distancia-se de uma resposta à crise a partir do território, o que teria como intuito “conectar, colocar em contato o paciente com um sistema de relações e de recursos humanos e materiais” (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1991, p75). A gestão baseada na “tomada de responsabilidade” que deveria se dar no sentido de garantir os vínculos do paciente com seu ambiente, conexões entre a crise a sua história pessoal a partir da construção de novas redes de relação (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1991) não se destaca nos itinerários terapêuticos estudados.

Parece que o CAPSi ocupa um lugar de centralização na assistência em saúde mental, não havendo um trabalho que abra espaço para uma interlocução com outros serviços. Essa

centralidade é alternada com o HG, a quem se destina os adolescentes no momento de crise, destinação essa que não comporta um trânsito entre serviços. O mandato social pela loucura parece ser assumido ora pelo CAPSi ora pelo HG, o que lembra o que acontecia até a década de 1970, quando a atenção em saúde mental no país era restrita aos ambulatórios e hospitais psiquiátricos. Apesar dos serviços em saúde mental estarem presentes no município estudado, estes não formam uma rede, não só porque não se comunicam, mas porque quando o usuário está sendo atendido em um serviço, as outras instituições não podem continuar se ocupando dele.

Essa característica nos lembra o que Rotelli (1990) fala sobre a desinstitucionalização falsa, aquela que se volta para a criação de novos dispositivos de atenção, mas apenas desloca as formas e os modos de gestão manicomiais. O *look*, as coisas, os lugares, parecem mudar, mas os valores nos quais se baseia o trabalho continuam o mesmo, ou não se alteram suficientemente, de modo que a força da lógica manicomial se mostra presente nas situações mais delicadas, que se condensam, como sabemos, na irrupção das crises.

O autor nos fala de serviços comunitários que criam uma complementariedade com as estruturas de internação, a partir do qual constituem um jogo de alimentação recíproca: convivem com a internação, mas não a substituem. Os locais de internação são organizados sob a lógica do “revolving door”, representando no circuito desse sistema um “ponto de descarga, necessário, temporário e recorrente”. Neste contexto: “a “estática” da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas” (ROTELLI, 1990)

Ao lermos as pontuações do autor logo identificamos características do serviço pesquisado, já apontadas anteriormente. Vale sublinhar que essa é uma escolha do serviço, mas também não podemos esquecer que apesar da existência de uma importante gama de serviços de saúde mental no município, nenhum deles oferece uma infra-estrutura que comporte uma atenção à crise em tempo integral e aqui falamos também a possibilidade de internação. Como podemos pensar um serviço que possa atender a crise e que funcione num horário restrito, sem automóvel, sem espaço adequado, sem medicamentos necessários e sem um apoio institucional que prepare os profissionais para tal atuação e possibilite espaços de elaboração das angústias frente a crise?

Tais questões devem ser consideradas para que não responsabilizemos apenas o CAPSi pelos problemas identificados. É necessário reconhecer a complexidade das dificuldades envolvidas no acompanhamento de adolescentes com graves problemas psicossociais e, como

ressaltamos em sessões anteriores, não podemos deixar de considerar os “ataques” sofridos pelas equipes que se dispõem a desempenhar tal cuidado (falta de recursos, precariedade de instalações do trabalho, dentre outros). Apesar disso, vale estarmos atentos para o fato de que os itinerários estudados nos mostraram que a gravidade ou intensidade do sofrimento vivido pelos adolescentes foi, por vezes, minimizada, negada, não lembrada ou mesmo remetida para outro espaço, não a partir de um trabalho em conjunto com este, mas de maneira a ser “expulsa” do CAPSi e do espaço de elaboração psíquica de seus profissionais.

Os itinerários nos levaram a supor que a crise não tem podido ser vivida pelo CAPSi. Tal questão aparece quando percebemos a falta de ocupação psíquica dos profissionais com a crise dos pacientes, a impossibilidade da equipe de ocupar um lugar intermediário: ou o usuário está no CAPSi ou está no HG. Para além de uma visita ou telefonema, parece-nos que não é possível se ocupar desse adolescente, criar espaços de discussão das estratégias para oferecer suporte ao adolescente e de revisão PTI, o qual, vale lembrar, não se modifica mesmo após a vivência dos momentos mais difíceis dos adolescentes. Assim, não observamos possibilidades de discussões sobre a crise e seus destinos.

CAPÍTULO 8

REPRESENTAÇÕES E DESTINOS DA CRISE

Este capítulo destina-se a discutir as representações e destinos da crise a partir dos itinerários terapêuticos dos adolescentes acompanhados nessa pesquisa. Para tanto, retomaremos algumas questões já trabalhadas e apresentaremos outros aspectos da pesquisa. . Embora apresentemos cada representação em um subtópico separado, por necessidade de nos fazermos claras, vale ressaltar que elas se interpõem constantemente nas experiências dos sujeitos.

8.1. A crise como susto e surpresa

Interessante notar que a primeira crise dos adolescentes acompanhados foram relacionadas apenas com essa “surpresa”, “susto”. É o que aparece, por exemplo, na fala de Leticia que nos conta que não sabe explicar como aconteceu o momento da primeira crise, ainda em outro município. Lembra desta como um momento “sem muita explicação”. Lembra apenas do não reconhecimento de pessoas próximas, o estranhamento das mesmas e o fato de uma proximidade com a igreja que considera exagerada.

“Ah, as pessoas falavam comigo e eu não reconhecia, só queria saber de igreja, igreja. Imaginava que as pessoas não eram reais, umas coisas meio estranhas. Mas não lembro de muita coisa não, já faz tanto tempo”

(Leticia)

Todos os familiares entrevistados também referiram-se à crise como um momento de surpresa, aquilo que não poderia ser previsto ou controlado:

“(...) aí chegou um dia que veio uma surpresa dele, um susto (...) mas parece que era uma coisa que começou a atingir ele sem eu perceber”.

(Maria, mãe de Thiago)

“Ela foi levar uma colega para conhecer a praia e quando chegou em casa, *de repente*, começou a crise dela”.

(Graça, mãe de Leticia)

“Olha, teve um dia que ela foi pra escola que eu não sei o que houve que ela chegou muito estranha em casa da escola”.

(Henrique, irmão de Luciana)

Uma das profissionais, ao falar sobre o trabalho com os familiares de adolescentes que passaram por uma crise faz referências também neste sentido:

“ (...) é uma certa perplexidade e é uma coisa de estar perdido. A sensação que eu tenho, sem querer cair num lugar comum, é de estar perdido mesmo. Como uma onda que vem e dá um caixote e eu não sei pra que lado eu vou. E eu acho que grande parte do trabalho é fazer essa orientação com os pais”.

(Profissional do serviço)

Ao falar sobre os familiares, sobre um trabalho de “orientação” aos mesmos, a profissional parece também falar de si e de sua atuação ao dizer que “eu não sei para que lado eu vou”.

Kaës (1986) nos chama atenção para a vivência da crise como desorientação, disrupção, algo que está aliado à vivência do descontrole. No momento da crise o sujeito nos fala de uma desconexão, como podemos lembrar Leticia que não reconhece as amigas, assim como tira a roupa, fala coisas “sem sentido”, tal como é relatado nas situações de crise dos outros adolescentes. Luciana quebra o computador que era o “xodó dela”, segundo o irmão, Thiago não reconhece a mãe, etc. Tal vivência, expressa na fala dos adolescentes e familiares também pode ser apreendida nos depoimentos de profissionais que, surpreendidos pela desorganização e caoticidade da crise, têm como primeira ação sua transferência para um espaço fortemente associado com a possibilidade de contenção e controle.

8.2. A crise dos adolescentes como condensação de outras crises

Os familiares entrevistados e os profissionais puderam narrar o quanto a crise se apresentou como forte sofrimento também para a família que, inclusive mostra importante mobilização em relação ao tratamento:

“Foi uma aflição da gente, sofremos com ele muito”.

(Maria, mãe de Thiago)

“A gente vendo ela sofrer, a gente vendo aquilo ali sem poder fazer nada. Ela sofria e a gente pior ainda”.

(Graça, mãe de Leticia)

“Horível, horrível, porque a gente não sabia o que fazer, onde levar. A gente ficava mais nervoso que ela”.

(Henrique, irmão de Luciana)

A técnica de referência de Thiago lembra que na primeira entrevista (momento após a crise) estavam presentes mãe e dois irmãos e que estava:

“todo mundo muito mexido, muito abalado, sem entender o que estava acontecendo com o garoto, sem rumo mesmo, sem direção”.

(Profissional do serviço)

Essa profissional lembra ainda da forte mobilização dos familiares para que Thiago pudesse comparecer ao serviço, seja a partir de um revezamento de quem o acompanhava até o local, seja a partir de mudanças de seu irmão na rotina de seu trabalho para poder levá-lo de carro ao CAPSi.

Com Kaës (1982) devemos lembrar que a crise não é apenas individual, ela se apresenta também como crise da família, dos grupos, dos serviços. Mais do que nos referirmos aqui ao sofrimento presente na crise que se estende também aos familiares, outras pessoas próximas e aos serviços, podemos nos dirigir a questão da crise como ruptura da função intermediária, como nos lembra o autor.

Podemos assim nos dirigir a certas questões como a saída do pai de Leticia de casa, após sua crise, o agravamento de sua “Síndrome do Pânico” e sua volta para a cidade natal; a mudança de cidade da adolescente e sua mãe para a cidade atual onde moravam outros familiares e, talvez, fosse possível encontrar vínculos importantes. Mudança esta, vale lembrar, que foi concomitante ao desencadeamento da segunda crise da adolescente. E ainda os “problemas em casa”, como lembra a adolescente e o fato de sua mãe ter passado mal. Podemos ainda nos remeter a morte da mãe de Luciana, com quem os profissionais do CAPSi

se mostravam fortemente vinculados, de modo que, em alguma medida, pudesse se vislumbrar a função intermediária exercida pela mãe, que desempenhava a ligação ou permitia o trânsito entre posições rígidas, representadas pela casa e o serviço, a “normalidade” e a “doença”, a condição de quem cuida e de quem é cuidado, dentre outras. Ainda a gravidez da adolescente que provocou uma “crise” no pai e um “surto” no serviço, como contou sua técnica de referência.

Através desses pontos podemos identificar, na dinâmica familiar, intersubjetiva, assim como na vida psíquica dos adolescentes, alguns processos que representam uma falência ou uma ruptura da função do intermediário marcando esse momento de crise. Se considerarmos com Kaës (1982) que a crise é justamente a falência dessa função intermediária, função essa de ligação e transporte, deslocamento e comunicação, e, portanto, de representação, podemos entender que a crise nunca é apenas individual, mas nos dirige a elementos da realidade intrapsíquica e interpssíquica, entre realidade psíquica e realidade material, entre o singular e o coletivo, o individual e o grupal/institucional, entre o individual e o cultural.

8.3. A crise como violência e estranhamento

As narrativas, seja de familiares ou usuários, sobre a crise trazem lembranças de difíceis momentos marcados por violência, como por exemplo, nos fala Maria, sobre a primeira crise Thiago, onde ele “começou a se sentir perseguido”, “se escondia”, “não queria comer e não dormia” e na segunda crise, durante a qual ficou “agoniado”, “malcriado e agressivo”, “mexendo com as crianças na rua”, “ficou dando soco na parede, fazendo arte, subindo escada, andando no beiral da casa”.

Ainda nesse sentido, Graça nos lembra que Leticia, na primeira crise, chegou em casa e começou a “(...) ficar nervosa, e começou a bater pé, e falar coisas que ela nunca falou”, “tirar a roupa”, fatos que se repetiram em crises posteriores.

Um ponto ressaltado por Leticia é o fato de ter ficado mais agressiva durante o momento das crises, além do fato de não reconhecer sua mãe:

“(…) eu não me lembro de muita coisa não, só que eu ficava meio agressiva, aí eu agredi minha mãe. Igual aqui, na última vez que me deu a crise. Eu tive 3 vezes essas crises. Na última vez eu entrei numa luta com meu irmão, aí ele me levou pro hospital, aí foi isso”.

(Leticia)

“Minha mãe vinha falar comigo e eu agredia ela. Ela falava: “Eu sou sua mãe”. E eu falava que não era”.

(Leticia)

Henrique lembra que Luciana “gritava dentro de casa, quebrava tudo, jogou o computador novo no chão, que era o xodó dela, ai começou”.

Alguns pontos em comum aparecem na fala dos familiares sobre a descrição do comportamento dos adolescentes no momento de crise. O fato de falar “coisas sem pé nem cabeça...assim, conversa sem fundamento”, “andar de um lado pro outro”, “não conseguir mais dormir e não querer mais se alimentar”, “não querer tomar banho” e “não querer que os familiares chegassem perto”, “muita agitação”, “agressividade” aparecem em todas as situações descritas pelos familiares.

Para além de intentarmos aqui encontrar “comportamentos em comum” interessa-nos apresentar como o momento de crise pelos quais passaram os adolescentes em questão coloca em jogo atividades do dia a dia e necessidades básicas, além de envolver diretamente a relação com os familiares, parecendo-se configurar em situações realmente graves que apontam para comportamentos extremos. Frente a isso também os familiares, como vimos, falam desse momento como o que lhes provoca sofrimento, impotência, desespero. As representações da crise como violência e estranhamento apontam para a crise como o que coloca em questão o elemento fusional eu-corpo-mundo (KAËS, 1982), rompimento da função intermediária, como vimos anteriormente.

Devemos levar em consideração que os sujeitos em crise muitas vezes chegam ao serviço de saúde podendo apresentar importante agressividade em relação ao outro e a ele mesmo, assim como uma difícil situação social devido ao um momento tão disruptivo. Questionamo-nos sobre como se daria esse trabalho psíquico dos profissionais frente às situações de crise subjetiva, na qual o sujeito se apresenta em alto grau de sofrimento, com poucos recursos de elaboração psíquica. E o fato desse sujeito ser adolescente poderia suscitar ainda mais sentimentos ambíguos?

Se considerarmos com Sá (2009) que o trabalho em saúde é marcado fortemente pela intervenção de um sujeito sobre o outro, podemos discutir aqui o fato de que essa característica relacional possibilitaria o espaço e o exercício do cuidado e a solidariedade, mas também é atravessado por relações de ambiguidade. Essa dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde demanda um árduo trabalho psíquico dos profissionais.

8.4. A crise como o que precisa ser esquecido

Nas entrevistas com os adolescentes apenas Leticia falou diretamente sobre a crise. Quando perguntados sobre algum momento mais difícil ou sobre o conhecimento ou não de outros serviços de saúde, como o Hospital Geral, por exemplo, Thiago e Luciana dizem não se lembrar dessa experiência.

Ainda assim, o fato dos outros adolescentes não lembrarem da crise parece nos permitir a suposição de que, de modo geral, esta não esteja sendo incorporada na narrativa de vida dos mesmos. Apesar de entendermos a dificuldade de falar sobre o momento de crise em uma pesquisa, com uma pesquisadora com quem o vínculo ainda é inicial, pensamos sobre a possibilidade desses adolescentes não terem podido encontrar espaços propícios para desenvolver algum tipo de elaboração, ou mesmo de rememoração da crise em suas histórias.

Mesmo Leticia, durante suas entrevistas, realizadas com a mãe, mostrava-se surpresa com os relatos sobre o período em que estivera internada e fazia perguntas sobre alguns detalhes. Em muitos momentos pareceu que era a primeira vez que ouvia aquela história, vivida por ela, mas não incorporada e pouco pensada.

Pensamos com Kaës (1982) que a crise desestabiliza o sujeito e necessita de um enquadre firme e flexível, capaz de fazê-lo sair da crise, capaz de fazer da crise um processo de construção e não apenas de destruição. Pensamos que talvez a rememoração, possibilitada por espaços de fala, pudesse dar um sentido a esse vivido e perguntamo-nos sobre os possíveis espaços destinados a essa elaboração no CAPSi pesquisado. Talvez a ausência desses espaços faça com que a crise apareça sempre como susto e surpresa, sem sentido.

8.5. A negação da crise

Graça nos aponta para uma questão interessante ao falar da crise da filha, ao diferenciá-la do momento que outras moças estavam vivenciando no HG durante sua internação. Para além do fato de que realmente os momentos de crise são diferentes, podemos perceber a partir de sua fala o quanto a crise de Leticia é considerada “fraca”, frente a das demais moças, mesmo quando o comportamento destas se aproxima ao que Graça descreve como o da filha. Assim, apesar de lembrar que a filha estava muito agitada, querendo tirar a

roupa e gritando na enfermaria do HG, o mesmo é visto com estranheza nas demais moças, e sugere que devessem existir alas diferentes no serviço:

“Então, o problema dali é mais esse. Mistura doido de mente com psicótico. Então o ruim ali é isso, eu acho que tinha que fazer uma sala separada, foi difícil por causa disso. Porque ela ficou num lugar que tinha muita gente doida, tinha que ser separado, porque o problema dela não é disso. Ela não é de agredir, o negócio com ela tem que ser falar e tratamento. Mas colocaram tudo junto. (...) Porque lá tem um povo com crise fraca e tem gente com mente doida, doido mesmo.

A psiquiatra que acompanha Leticia também pontua que ela não é uma “paciente nevrálgica”, como diz, e que não tem um quadro grave. A profissional esqueceu desse momento de internação, recente na época da entrevista, como já pontuado anteriormente. Isso nos fala de que o processo de negação da crise não é só dos adolescentes e familiares, mas também do serviço. Talvez possamos supor que essa negação esteja à serviço de uma defesa frente a instabilidade e sofrimento que este momento suscita.

8.6. As explicações da crise

Como vimos em tópico anterior, a primeira crise é geralmente marcada pela susto e pela surpresa. Algumas hipóteses, porém, começam a se apresentar para as crises seguintes.

Para Maria e para as profissionais do serviço, a segunda crise de Thiago se relacionou à falta de medicação. Graça, mãe de Leticia, por sua vez, não recorda de um momento difícil que teria precedido o dia em que a filha chegou da praia “nervosa” e após o qual teria se dado o que vivenciaram como crise. Como vimos a partir da história narrada, o sentido dado pela família, inicialmente, é que a crise se tratava de uma questão espiritual. O segundo momento de crise seria justificado por Graça e Leticia devido à implicância de amigas da escola que, por inveja do desempenho escolar da adolescente, a teriam perseguido com implicâncias e xingamentos, o que teria “descontrolado” Leticia. O último momento de crise, ocorrido já no período de acompanhamento da mesma no CAPSi é relacionado, por sua mãe, diretamente à medicação, seja pela diminuição da mesma pela médica, seja por um suposto erro da farmácia de manipulação que teria “errado na química”, como pontua. A última crise teria a ver, ainda,

com alguns problemas em casa e na escola, além da ausência do pai, neste momento já morando no Nordeste:

“Mas aí foi acontecendo problema lá em casa, problema na escola, problema pra eu passar. Eu comecei a me sentir mal, meu pai longe”.

(Leticia)

No que diz respeito à associação entre crise e problemas com a medicação, vale pontuar que podemos identificar nela também um elemento de negação, na medida em que quando o remédio (ou a falta/inadequação dele) é colocado no lugar de causa da crise, vários conflitos dos sujeitos podem ser desconsiderados, escamoteados.

O fato de sua mãe ter passado mal, teria sido, para Leticia, o momento de desencadeamento dessa crise. A adolescente nos narra algumas lembranças desta noite:

“Eu lembro que deu hora de dormir, minha mãe tava no quarto chorando, aí eu falei: “Vai dormir com o Eduardo”. Aí o Eduardo me perguntou: “Você brigou com ela?”. Aí eu disse: “Não”. Aí minha mãe foi dormir no quarto do meu irmão. Aí eu desliguei o computador e fui deitar. Aí eu comecei a chorar. Aí liguei pro meu pai, ai ele quis falar com minha mãe. Nisso que ele tava falando com ela e eu comecei a chorar de novo. Aí peguei o colchonete e fui dormir no quarto do Eduardo. Aí minha mãe pegou o telefone. Aí eu peguei, fui tentar dormir, aí eu não consegui. Aí eu falei: “Mãe, deita aqui comigo!”. Aí na hora que ela foi deitar eu comecei a empurrar ela, ela caiu. Aí meu irmão entrou e começou a me enforcar e mandou ela chamar o amigo dele pra poder me levar no hospital, entendeu?”

(Leticia)

“(…)Aí me colocaram no carro e eu não falando coisa com coisa. Ela (*referindo-se à sua mãe*) que me contou porque eu não lembro de nada. Aí chegando lá me deram injeção, falaram que não tinha vaga pra internar. Aí eu dormi, passei mal de novo e quando eu acordei me levaram de novo”.

(Leticia)

Para a profissional de referência o fato da medicação e da ausência do pai teriam desencadeado a crise de Leticia.

Henrique, que passou a se responsabilizar pelos cuidados da irmã apenas após a morte da mãe, diz não saber se algo de diferente teria acontecido, mas acompanhou de perto o dia em que Luciana chegou da escola correndo, dizendo que alguns homens tentaram levá-la. Como vimos, essa cena não se apresenta como justificativa para a crise, mas já é considerada um evento da mesma. O irmão acompanhou, porém, de perto, o momento da “segunda” crise que não se deu em decorrência da morte de sua mãe, como imaginou a família num primeiro momento, mas teria se dado após o nascimento de sua filha, apesar de Henrique pontuar não entender a relação entre os acontecimentos.

Sobre o momento de crise de Luciana uma das profissionais entrevistadas relembra os difíceis acontecimentos que teriam se dado após a morte de sua mãe, assim como as mudanças em sua rotina decorrentes desta, e gravidez:

“Varias coisas foram se somando. A perda da mãe, essa gravidez... porque ela não queria engravidar, não teve suporte do pai, né? No início ela ficou um pouquinho, mas depois aconteceram várias coisas, o cuidado que a mãe tinha ela passou a não ter mais. Ela era o bibelô da casa, associado a essas questões ...fez a Luciana pirar de vez, ne?”

(Profissional do serviço)

A crise como externalidade: movimentos de expulsão

A primeira crise como aquela para a qual não há explicação é também aquela que se caracteriza pela externalidade. É aquela que aconteceu “fora de casa”, longe. Para Thiago a primeira crise tudo começou na escola; para Leticia aconteceu na praia e para Luciana na volta da escola, na rua. Mais do que o local onde acontece a crise, porém, o externo aqui se refere a fatores “externos” ao sujeito e, dessa maneira, aparecem explicações como as questões espirituais, os problemas na escola, as medicações, etc.

Para o CAPSi nos parece que a crise, e não apenas a primeira, é aquela que também deve se dar “do lado de fora”, aquilo que deve ser “expulso”, não pode ser pensado ou questionado, não pode ser vivido pela equipe. É o que percebemos quando a crise é destinada única e exclusivamente ao Hospital Geral, mas também quando os profissionais a justificam por questões da família (os pais não perceberam, não souberam falar, etc) e não a relacionam com possíveis limites ou problemas do tratamento.

A adolescência como crise

Maria associa à adolescência o início de comportamentos que podem ter precedido a crise de Thiago. Ao pontuar que seu filho “nasceu saudável” e “era um menino bom, esperto e estudioso” e foi aos 16 anos que começou a apresentar dificuldades na escola e faltar à mesma, o que caracterizou como um “estressamento” refere-se à própria adolescência como um momento de crise:

“(…) mas quando chegou aos quinze pros dezesseis anos ficou mais diferente. Ficou mais estressado, mais nervoso e eu achando que fosse a adolescência, mas parece que era uma coisa que começou a atingir ele sem eu perceber. Porque a adolescência sempre é muito forte”.

(Maria, mãe de Thiago)

8.7. Os destinos da crise

Leticia nos aponta algumas possibilidades que a “acalmaram” ou a “ajudaram” durante a crise. Na primeira crise, os hinos da igreja são apresentados por ela como algo que a acalmava:

“(…) eu ia muito na igreja, era missionária, aí quando eu fiquei em crise cantava muito hino da igreja evangélica. Aí quando tava no hospital eu queria cantar esse hino, porque me acalmava”.

(Leticia)

Leticia lembra ainda do telefonema ao pai e da presença da mãe e de seu cuidado durante os dias de internação no HG e do fato de alguns outros pacientes não contarem com a presença de familiares ou amigos:

“Ela ficava sentada assim, do meu lado, cuidava de mim, ficava me olhando. Tinha uma menina assim, do meu lado, que queria me agredir e

minha mãe não deixava. Além da minha mãe tinham os enfermeiros. Tinha gente lá que nem tinha família, tinha o mesmo problema que o meu, mas não tinha ninguém, minha mãe ficou comigo, me dava comida, me dava banho”.

(Leticia)

Ao falar sobre a última crise de Luciana, uma profissional pontua o importante investimento dos profissionais do CAPSi, após o momento de crise, como decisivo para a “melhora” da adolescente:

“(…) nosso investimento, é claro. Do CAPSi como um todo, do médico, dos outros profissionais. Mas acho que a família, a conscientização que eles também teriam que cuidar dela, o cuidado necessário pro tratamento da Luciana. Acho que o cuidado foi muito importante. Tem a coisa do tratamento, mas isso, a dedicação da família, isso tudo foi muito importante (...) Acho que nós estávamos mais preocupados com a Luciana do que a família própria. Até que eles perceberam que se estávamos preocupados é porque a coisa era séria. E era mesmo (...). E o CAPSI sempre ali, mesmo com a família com essas questões todas, né? Sempre investindo”.

(Profissional do serviço)

Entendemos que os hinos da igreja, o telefonema para o pai, a presença da mãe, representaram para Leticia alguma função transicional (KAES, 2005), alguma possibilidade de ligação e articulação ao outro, à realidade externa. Da mesma maneira, é possível que o vínculo com profissionais do CAPSi, o investimento do serviço, tenha representado para Luciana também este papel.

Com Kaës (2005) somos remetidos a que o intermediário ou transicional não é o objeto (hino, ligação, etc). O que garante uma função simbolizante é o fato de que:

“(…) o espaço intermediário e o objeto intermediário sejam apresentados por um sujeito a outro sujeito, e que ele possa somente então ser inventado-criado por um e por outro, em acompanhamento mútuo”.

(KAËS, 2005, p 29)

A transicionalidade ao estar diretamente relacionada à intersubjetividade apresenta-se, para Kaës (2005) como uma característica da psique em sua relação com os limites internos e

externos. Ou seja, quando falamos da possibilidade de construção de um espaço transicional no momento de crise, de elaboração desta a partir de uma aposta no intermediário, estamos sublinhando a importância deste outro, do grupo, da cultura, na resolução da crise. E parece-nos que é disso que nos fala Leticia e Luciana, mas também Thiago que pode encontrar na crise a possibilidade de inserção em um serviço de saúde, em um grupo de adolescentes, que talvez possa ter representado esse espaço.

A medicação como causa e solução da crise

Percebemos que a medicação encontra centralidade nas representações feitas acerca das vivências de crises de Thiago e Leticia, tanto estando referida à sua causa como à solução. Lembramos que na primeira crise de Thiago a resposta do HG foi a medicação e o encaminhamento ao CAPSi, o que em si representa a abertura para outras possibilidades. Após isso houve sua inserção no CAPSi o que incluiu a participação no Grupo de Adolescentes e o atendimento psiquiátrico individual. O adolescente ressalta que sua participação no serviço se deu inicialmente devido à medicação: “Pelo remédio. Foi o remédio, mas ainda to vindo”.

A segunda crise, porém, aconteceu em um momento que mobilizou familiares e profissionais em torno da tarefa de fazer com que o adolescente fizesse uso da medicação. Sua mãe e a profissional de referência entendem que a “crisezinha braba”, como chamou Maria, ou “recaída” como chamou a psicóloga teria se dado devido à ausência de medicação e não há outro fator que a mesma considere como importante para seu desencadeamento:

“Mas a doutora, a primeira doutora dele disse que suspendeu o remédio. Aí ele ficou uma semana sem tomar o remédio. Ah! Não deu certo não! Ele começou a ficar agitado, hein? Sabia? Não da pra ficar sem remédio não, porque o Thiago é teimoso, quer fazer coisa que não deve.”

(Maria, mãe de Thiago)

Sobre o momento de crise de Thiago, sua técnica de referência também se refere a ausência de medicação como o que teria disparado esse momento mais difícil.

Após o momento de segunda crise do adolescente a única mudança apresentada foi a mudança da medicação, em seu componente e forma (de comprimido para líquido) que teriam

feito com que o rapaz saísse da crise, não havendo nenhuma outra estratégia associada e não havendo nenhuma outra mudança em seu cotidiano no serviço.

No caso de Leticia apenas a medicação foi apresentada pelo HG que a atendeu, não havendo encaminhamento para outro serviço. O último momento de crise teria se dado, para sua mãe, devido à diminuição da medicação e o fato do Laboratório de Manipulação poder ter errado a fórmula. Leticia, porém, inclui outros fatores, como problemas em casa e na escola, ausência do pai, mas dá ênfase à medicação como o que teria ajudado a sair da crise. Após alguns dias o “efeito” da medicação a ajudaria a reconhecer as pessoas e se acalmar:

“Aí depois de uns nove dias, no décimo dia aí eu voltava a mim, entendeu? Aí eu voltava a ser o que era antes. Aí como eu vou explicar? Normal, igual eu to, falando com você aqui. Eu sabia quem era minha mãe, meu pai. Aí eu conversava normal, não ficava agressiva, saia da crise”.

(Leticia)

A explicação da atual psiquiatra de Leticia, tal como Graça consegue reproduzi-la, parece ter o sentido de alerta para a “prevenção” de outros momentos como esse,

“A Doutora me explicou como começa a crise. Se eu soubesse como começava isso não tinha acontecido, porque eu ia prestar atenção. A Doutora explicou que quando ela começar a falar muito, querer botar uma roupa que eu não gosto, escandalosa, ela começar a se pintar muito, aí ela disse que tem que correr pro hospital, pra socorrer logo. Se ela começar a falar muito, falar alto, começar a se pintar. “Se você notar que ela tá vestindo umas roupas muito escandalosas, principalmente a responder você, pode correr pro hospital que a medicação ficou fraca”.

(Graça, mãe de Leticia)

Apesar de um processo de encaminhamento de Leticia para o Centro de Saúde estar em andamento pouco tempo antes da realização da pesquisa, o mesmo foi interrompido. A estratégia havia sido pensada devido às faltas constantes da adolescente ao grupo e suas queixas sobre o mesmo. A psiquiatra que acompanha a adolescente sublinha a última crise como motivo para o cancelamento da mudança de serviço:

“Eu falei com ela: "Olha, a gente tentou interromper a medicação, não deu certo, você surtou. Isso significa que você ainda está muito dependente do remédio, o que do meu ponto de vista te caracteriza como um paciente mais grave. Então você é nossa paciente sim, e então você vai continuar o processo até o momento de ser desligada por idade. Não é esse o momento”.

(Profissional do serviço)

Podemos lembrar também que Henrique, irmão de Luciana, acredita que após a última crise a adolescente melhorou em casa “tomando medicação”.

Interessante notar que os adolescentes, familiares e profissionais entrevistados apontam para a medicação como solução da crise, assim como a mesma pode ser o disparador de um momento de crise, caso seja suspensa ou apresente algum problema:

“Bom, sem tomar o remédio a gente achou que fosse entrar em crise, dela ter uma recaída, ter crise por ter cortado o remédio, mas não teve, ficou normal”. (Henrique, irmão de Luciana)

“Ela não fica mal, mal. Porque ela toma remédio”.
(Henrique, irmão de Luciana)

“A crise foi porque a doutora diminuiu o remédio e porque mandei fazer” (Graça, mãe de Leticia)

Outros dispositivos do CAPSi como grupos, momentos de convivência ou acompanhamento de outros profissionais não médicos, apesar de serem apontados como importantes para o tratamento dos adolescentes, não aparecem diretamente envolvidos com uma “solução para a crise” ou, sequer, como espaços que podem ser habitados nos momentos de crise. Assim, diante da crise não há outras estratégias diversas da medicação. Apesar de entendermos a importância da medicação no tratamento, pensamos sobre o lugar dado a estes outros dispositivos na rotina desse serviço, estratégia que parece não possibilitar outro(s) entendimento(s), outra(s) construção(ões) sobre a crise.

A ausência de medicação como causa da crise e sua administração como solução nos fala de uma representação desse momento sem a participação do sujeito, de sua subjetividade e de sua dinâmica intrapsíquica e interpssíquica. Do mesmo modo, do ponto de vista da

solução ou saída para a crise, a medicação também representa a saída via algo externo e que prescinde da capacidade de elaboração do sujeito e a possibilidade de criação de estratégias que levem em consideração suas singularidades, sua dinâmica, suas rotinas e possam se direcionar a construção de novos códigos, novas possibilidades para o sujeito.

A crise como perda

Notamos que a crise se apresentou com um trazendo importantes perdas na vida dos adolescentes entrevistados. Todos tiveram suas rotinas modificadas após esse momento e, até a finalização da pesquisa, percebemos dificuldades em retornar as mesmas. Thiago não quer mais ir pra escola e diz que é “porque é melhor não” e não acompanhamos um movimento do CAPSi ou da família para que isto aconteça. Novas estratégias, porém, estão sendo pensadas pela profissional de referência, como o encaminhamento do adolescente para a realização de um esporte para “adolescentes especiais”. Tal estratégia, porém, ainda não estava em curso e não foi pensado junto a Thiago.

Leticia também deixou de frequentar a escola após a última crise e seu pai retornou do Nordeste para ajudar no seu cuidado. A adolescente começou a passar o dia dormindo, não se interessa mais por atividades diárias que antes realizava, a mãe já não “confia” mais que esta possa ir ao centro de sua cidade sozinha porque agora pode se perder:

“Ela só gosta de dormir, você falou, Leticia? Só quer saber de dormir. Antes ela gostava de fazer as coisas, agora não gosta não. Não ajuda em casa, não faz nenhum trabalho, só dorme. Não sei se peço pra Doutora um remédio pra ajudar você (...) Mas antigamente ela limpava, tirava pó, varria, hoje em dia a Leticia não faz nada. Só quer comer, dormir e não fazer nada. Antes dela ter essa crise última ela vinha no centro pra mim, fazia as coisas. Mas agora ela anda tão desanimada que tenho medo de mandar ela fazer as coisas (...) Acho que ela pode pensar que vai pra um lugar e vai pra outro, pegar o ônibus errado, não sei. Ela não era assim não, desanimada. Leticia não era assim não”.

(Graça, mãe de Leticia)

Além da perda da escola, das rotinas e das relações, que aparece no caso de Thiago, a fala de Leticia nos aponta para a crise como perda de energia, perda de vitalidade.

Outra questão que se apresenta para Leticia após a crise é o fato de que esta a teria deixado diferente de outras pessoas, pois agora ela precisa de tratamento.

“Ah, porque eu não estava conseguindo acompanhar assim, aí eu peguei e parei de estudar, aí só volto ano que vem. (...) Ah, no começo me deu um pouco de preguiça e depois eu vi que não estava conseguindo copiar, porque a medicação que eu to tomando me faz tremer a mão e tinha muita matéria. Aí foi me desanimando, eu fui parando e aí parei”.

(Leticia)

A profissional de referência também chama atenção para mudanças em Leticia após esse último momento de crise:

“Ela é uma adolescente que deveria ser uma adolescente completamente normal. Vaidosíssima, né? Toda antenada com coisas da moda local... muito, muito vaidosa, às vezes acho que até além da conta do que deveria ser uma adolescente. E que num determinado momento surta...o que eu acho interessante desse último surto dela é que ela vem muito diferente daquilo evidentemente, mas aquela coisa exuberante que ela tinha antes do surto vem totalmente diferente, ela perde. Menos brinco, menos batom, menos maquiagem, enfim, completamente diferente. (...) Ela começou a acelerar, foi num momento em que eu diminuo a medicação, algo totalmente rotineiro, né? E a família não percebeu assim as nuances do começo do surto e deixou o surto chegar numa coisa mais grave, né?”.

(Profissional do serviço)

“Eu lembro que quando ela voltou ela tava essa coisa assim muito diferente, isso que é muito marcante pra mim. Ela tava sem pintura, sem brinco, sem nada. (...) Acho que ela voltou mais impactada dessa coisa. (...) Ela voltou mais gorda, mais estranha. E voltou assim: “Ah, perdeu o ano? Tranquilo”. Uma coisa meio blasé. Agora ela tá voltando ao normal já”.

(Profissional do serviço)

A psiquiatra parece estar se referindo a crise de Leticia como aquilo que pode representar a “perda de si”, quando se refere a perdas da adolescente no que a caracterizava.

Henrique lembra que a crise mudou também a vida de Luciana. O irmão diz que antes desse momento de crise a irmã era “extrovertida pra caramba, não parava nem dentro de casa, andava de um lado pro outro”, mas “depois tudo mudou”. Apesar de desejar muito voltar à escola, Luciana também não pode mais frequentar a mesma, como esclarece seu irmão:

“Eu acho que não, sei lá. Acho muito ruim se ela tiver uma recaída. A primeira vez foi vindo da escola, entendeu? A gente tem maior medo dela ter uma recaída”.

(Henrique, irmão de Luciana)

Luciana, na fala de seu irmão, tem uma rotina esvaziada, não tem mais amigos e apenas o acompanha em seu trabalho.

Percebemos nas entrevistas realizadas que os profissionais do serviço associam o momento de crise ao que consideram como um “surto psicótico” e o caracterizam a partir de uma sintomatologia psiquiátrica clássica, o que aparece de maneira especial nos prontuários. Ainda sobre isto os entrevistados foram unânimes em associar a crise a um momento de perda, apresentando uma visão pessimista sobre possibilidades de criação a partir desta:

“Talvez ela pense: “Vou perder o ano mesmo, então vou chutar o pé da barraca”. Isso me preocupa um pouco, mas se a gente pensar bem ela já ia perder o ano mesmo, entendeu? Não sei se nesse momento ela deveria estar investindo, a professora já disse que não tem mais possibilidade”.

(Profissional do serviço)

“ (...) não vai ser igual nunca. Pelo menos eu nunca vi um adulto ou adolescente que surtam voltarem a ser como eram antes, nunca vi e então é isso que trabalho com eles, que têm que aceitar esse novo filho que se apresenta: com limitações, que ele vai talvez precisar fazer uso de medicação pro resto da vida (...) mas isso não quer dizer que ele não vai poder ter outras habilidades, que ele não vai poder se inserir no mercado de trabalho, ter um relacionamento, ter um rendimento nos estudos. Porque eu acho que a psicose é isso, né? Você perde algo do que você tinha e também perde a habilidade de adquirir novos aprendizados, novos conhecimentos, ganhos afetivos, né?”.

(Profissional do serviço)

“Então eu acho que é da psicose essa dificuldade de manter um interesse, mesmo quando é adulto. Não mantém interesse muito tempo em alguma coisa, de repente já tá desinteressado daquilo. Eu vejo assim, não sei...vamos ver até onde ele vai”.

(Profissional do serviço)

Neste contexto, a crise na adolescência seria considerada pelos profissionais entrevistados como contendo maior gravidade do que aquela ocorrida na vida adulta, como podemos acompanhar nas falas a seguir:

“Eu considero o surto na adolescência com mais prejuízos do que na vida adulta porque na vida adulta a pessoa que surta aos 40 anos, 38 (...) a pessoa já adquire um repertório, uma bagagem de vida (...). Aos 16 anos eles adquiriram pouca bagagem e pouco repertório, tão começando a vida, ainda tão no meio do ciclo acadêmico (...) pelo menos pelo que eu tenho observado parece que a cada surto se perde um pouquinho. Vai se perdendo algo. É muito cedo, né? O prognóstico eu considero mais negativo na adolescência do que na fase adulta”.

(Profissional do serviço)

“Olha, sinceramente, eu não sou tão otimista não, com os surtos na adolescência, poucos casos que passaram por aqui eu vi possibilidades maiores, entendeu? De superar essa fase, de manter essa constância, esse equilíbrio, manter mesmo essa constância, esse equilíbrio”

(Profissional do serviço)

“Não sei, o adolescente sempre me impacta mais, assim, me demanda mais, me demanda mais energia assim, talvez pelo trabalho. (...) Com adolescente, é diferente, você acaba ficando mais próxima”.

(Profissional do serviço)

As particularidades do trabalho no momento de crise na adolescência em relação à vida adulta são tomadas pelos profissionais, de maneira especial, devido ao trabalho com a

família. Ainda sobre a diferença entre uma crise na vida adulta ou na adolescência, uma das profissionais diz:

“Talvez eu ache que o surto do adolescente é muito mais florido. Impactante é a palavra. Mas eu acho que ele mexe muito mais do que o surto do adulto. É mais impactante sim. Porque pega os pais numa situação de: “Poxa, o cara tava na escola, tava andando, as coisas tão indo”. E esse adolescente é ainda um pouco dependente e aí eu acho que a inserção da família é diferente da família do adulto. Porque o adulto já é dono de si, já tem um caminho andado, não sei, acho que é por aí”.

(Profissional do serviço)

Os profissionais percebem que não é apenas em relação à crise na vida adulta que a crise na adolescência apresentaria diferenças para a família. Para uma das profissionais:

“Porque quando é uma criança pequena esses pais já vão percebendo que: “Poxa vida, tem alguma coisa diferente com ele”. E mesmo que seja assim: “Ele foi normalzinho até dois anos é diferente dele ser normalzinho até dezesseis anos, até quinze anos. O que aconteceu com essa criatura que numa semana tá bem e na outra semana não? Que tira roupa na rua ou bate, ou que agride o pai, ou...”

(Profissional do serviço)

A técnica de referência de Thiago lembra que Maria emocionava-se muito ao falar da crise do filho entrando no que chama de uma “fase de luto, de perda” do filho esperado. Como podemos ver as expectativas da família sobre o adolescente e as novas possibilidades após este momento são os pontos que aparecem tendo uma centralidade no trabalho dos profissionais:

“Assim, um paciente que vem seguindo uma vida normal, que já tem um certo caminho andado, que já tem um certo caminho de normalidade e de repente o mundo deles fica totalmente atrapalhado. Não só deles, o mundo da família que não tem uma pessoa surtada em casa, não sabe o que é isso, que tem um milhão de fantasias a esse respeito (...) É muita fantasia

envolvida nesse momento: “Ah, minha filha vai casar? Minha filha vai voltar pra escola?”. Então eu acho que são muitas expectativas para serem trabalhadas”.

(Profissional do serviço)

Interessante notarmos que apesar da crise aparecer como perda na vida e na rotina dos adolescentes, ela não aparece como um marco para mudanças nas estratégias do CAPSi para esses usuários. Uma possibilidade de se pensar o desenrolar da crise como fonte de enriquecimento estaria na capacidade do sujeito criar, a partir dela, um projeto comum em um grupo, construção considerada por KAËS (1982) como um fenômeno transicional. O grupo, ao ser um dispositivo regido por regras precisas de funcionamento pode vir a se constituir como enquadre de emergência e de elaboração dos componentes de uma crise pessoal. O grupo cumpre também um papel de recipiente e, além disso, apresenta-se como resultado de uma construção comum de todos os indivíduos que o compõem. Estas características fazem da formação grupal uma situação propícia para o desenvolvimento e para a resolução de tensões paradoxais. Entretanto, o CAPSi não parece estar organizado para desempenhar esse papel e, conseqüentemente, não possui espaços grupais continentais e profícuos para elaborações coletivas. É importante chamar a atenção para o empobrecimento também do CAPSi, da equipe, que se manifesta no modo como se referem aos pacientes, que como vimos, ganha a forma de distanciamento, padronização, e impossibilidade de aproximação da singularidade. Esse movimento geral de esvaziamento nas estratégias de cuidado aponta para um esvaziamento na capacidade de desenvolvimento de estratégias criativas, capazes de ressignificar a crise, deslocando-a da representação exclusiva da perda, para a de possibilidade de criação, de trabalho.

Além disso, tal esvaziamento impossibilita o encontro da equipe com sua própria crise, com suas próprias perdas e com a possibilidade de criação de novas possibilidades também para o trabalho em equipe, para as estratégias de cuidado. Dessa forma, nos dirigimos para uma discussão sobre a crise da instituição.

8.8. A crise como crise da instituição

Ao encerrarmos esse tópico podemos pensar sobre uma série de questões que se apresentaram ao longo desse capítulo e, de alguma maneira, ao longo de todo este trabalho, quando nos dedicamos a falar sobre as implicações da crise para o serviço. Pudemos perceber

que a crise, muitas vezes, se apresentou como crise da própria instituição, o que nos fez pensar sobre a convocação de uma série de defesas necessárias para a manutenção da instituição, assim como nos indica Kaës (2002). Faz-se então importante nos dirigirmos aos pactos, contratos e consensos inconscientes que sustentam a instituição.

Com Kaës (2002) podemos nos aproximar de algumas formações psíquicas que parecem pertencer somente a um elemento do conjunto, mas nos dirigem a uma formação comum intermediária. O autor nos fala que em uma instituição assistencial, o que poderia, num primeiro momento, parecer estar relacionado apenas com a equipe terapêutica, envolve também diversos elementos que contribuem direta e indiretamente. O enquadre do grupo terapêutico está numa relação de encaixe com o do próprio terapeuta, que está em encaixe com o enquadre da própria instituição. Ou seja, cada elemento participaria da instauração dos enquadres, embora, salienta Kaës (2002), essas relações possam ser tanto antagônicas, quanto complementárias. Isso faz com que o ataque ao enquadre, em qualquer nível, desestabilize os demais, de maneira que certas funções psíquicas devem ser tratadas em suas relações recíprocas.

Nesse sentido, Kaës (2002) nos chama atenção para o fato de que a crise questiona a instituição como um todo e desagrega os contratos, pactos, consensos e acordos inconscientes, exigindo, conseqüentemente, uma análise multifocal. Para Kaës (2002) estas alianças estão apoiadas em mecanismos de defesa específicos de cada um, crenças e ideais comuns que fundam a identidade representacional da equipe, instituição, grupo.

Esta contribuição de Kaës (2002) é central para pensarmos a relação entre profissionais, equipes e serviços na atenção ao adolescente em crise. Devemos pensar o quanto a crise do adolescente pode desestabilizar os serviços e trazer para a rede uma nova crise e, por este motivo, é preciso construir armas institucionais contra ela, seja deixando a crise para o Hospital Geral, seja a considerando fraca, seja a esquecendo, seja não possibilitando espaços para que se possa falar sobre ela, ou ainda criando uma organização de trabalho rígida e fragmentada que afasta os profissionais do sofrimento dessa vivência

Como vimos com Sá (2009), o cuidado em saúde remete a relações entre sujeitos marcadas fortemente por amor e ódio, conforto e ameaça, que podem gerar sentimentos contraditórios na relação de cuidado, assim como um espaço privilegiado para a solidariedade. Portanto, o trabalho em saúde pode o ser também um *locus de* manifestação de comportamentos perversos e de descuido.

“Portanto, podemos entender que o trabalho em saúde se realiza sobre uma “totalidade singular” e, por sua vez, enquanto intervenção constitui-se como um ato sempre “único”, dependente do encontro de duas subjetividades, a do paciente e a do profissional, esta última manifesta na sua capacidade de julgamento- para aplicar o saber, a técnica, operar intervenções (...) na sua experiência, na sua criatividade, e valores morais” (SÁ, 2009, p.656).

Ao nos depararmos com isto que foge e que tem tantas consequências para o cuidado, relembramos a necessidade de espaços onde possam vir à tona esses processos intersubjetivos e inconscientes, “de se encontrar no espaço-tempo da instituição um lugar psíquico onde os conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos possam ser atualizados e pensados” (KAËS, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O inegável avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil nos aponta para a questão de como trabalhar os inevitáveis conflitos, ambivalências, desafios e problemas que são postos quando se tenta empreender transformações complexas que, tal como lembra Amarante (2007), envolvem a dimensão da clínica e da organização dos serviços, mas também questões epistemológicas, sobre as quais os saberes se constroem, assim como as questões sócio-culturais. Acompanhamos com Furtado e Campos (2005) que um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica brasileira é ainda o de decodificar seus princípios ideológicos, políticos e éticos pelos atores que a realizam na prática do cotidiano. Apesar da criação de novos serviços, a mesma não garante a transposição desses valores e a garantia da oferta e realização de práticas não segregadoras, não alienantes e inclusivas. Uma das possibilidades apresenta-se na problematização dessas práticas, aproximando-nos da realidade do serviço, de suas dificuldades estruturais, técnicas e também, à luz do contexto social e político-institucional no qual se inserem os serviços de saúde mental, as relações intersubjetivas e inconscientes nas quais estão imersas os sujeitos envolvidos.

A realidade da qual gostaríamos de nos aproximar nessa pesquisa dizia respeito aos momentos de crise de adolescentes. Como os adolescentes e seus familiares ou pessoas próximas representam e vivenciam a crise? Como os serviços têm se organizado para atender esse sujeito nesse momento? Como os profissionais têm representado a crise? E quais são as consequências da crise do adolescente para o serviço?

Tentamos nos aproximar dessas questões ao lançar luz sobre a assistência à saúde mental de adolescentes em crise a partir de uma outra cena, e nesse caso, a partir da construção dos itinerários terapêuticos de adolescentes que juntamente com seus familiares aceitaram construir esse trabalho. Participaram dessa construção não só eles, mas também os profissionais igualmente disponíveis para compartilhar suas práticas, deixar aparecer as potencialidades, mas também os limites. Todos aceitaram participar dessa empreitada e receberam muito bem essa pesquisa e a pesquisadora.

Apostamos, primeiramente, na possibilidade dessa pesquisa ter se apresentado como possibilidade de re-visita por parte desses sujeitos a esses momentos de crise, assim como a um repensar os desdobramentos destes. A interpretação permite a aproximação com cotidianos (SCHRAIBER, 1995) e é do cotidiano dos serviços de saúde, cotidiano das equipes, dos técnicos, cotidiano de conversas e protocolos que são invadidos pelas crises em

saúde mental - as quais rompem, invadem o cotidiano do adolescente- que tentamos nos aproximar.

Pudemos perceber que esses itinerários são construídos cotidianamente através de fluxos e conexões que envolvem acontecimentos diversos e atores múltiplos. O cuidado à crise, momento ímpar da assistência em saúde mental, envolve o encontro com um forte sofrimento psíquico não apenas por parte do adolescente, mas também de sua família, de seus vizinhos, de outras pessoas de seu convívio. E envolve também o sofrimento dos profissionais de saúde mental, das possibilidades e limites de cada serviço de servir como enquadre possível para esse momento, para destinos possíveis de construir e reconstruir estratégias, inventar e reinventar práticas, movimentos de construção-destruição, de abertura e fechamento, de crise e criação (KAËS, 1982).

Nestas práticas pudemos acompanhar uma importante organização do trabalho no CAPSi atravessado por dificuldades de infra estrutura e baseado em certa rigidez institucional e fragmentação das estratégias, com pouco direcionamento para um trabalho intersetorial. Neste contexto, a atenção à crise, ao menos a partir dos casos acompanhados, parece se dar com um importante foco ora na medicação ora no Hospital Geral, que parece reduzir as possibilidades de criação de estratégias flexíveis capazes de propiciar condições para trabalhos de reinvenção e criação de novas possibilidades a partir da crise. Apesar disso, pudemos perceber que o serviço se apresenta como importante espaço para os adolescentes e seus familiares no que diz respeito ao vínculo construído com os profissionais.

Acompanhando as proposições de Kaës (2002), pensamos que a rigidez identificada nessa organização possa representar um tipo de defesa coletiva frente às angústias do encontro com a crise e das dificuldades do trabalho em saúde mental. Tal questão, ao contrário de dar por fechada essa problemática, parece nos apontar para a necessidade de criação de um *espaço-tempo* (KAËS, 2002) na instituição onde a circulação da fala se dê em um espaço protegido e profícuo à criação de novas possibilidades de encontros e organização do trabalho. Isso aponta para a necessidade de promoção de espaços onde haja o reconhecimento e a elaboração das questões intersubjetivas e inconscientes, do “mal estar institucional”, como diz Onocko Campos (2012), do sofrimento do trabalho em saúde, tão marcado pelo encontro com o outro em sofrimento, como nos lembra Sá (2009). A supervisão clínico-institucional aparece como uma das possibilidades de representar esse espaço e, dessa maneira, acreditamos que seria importante um investimento, por parte da gestão municipal, nessa estratégia.

Por fim, vale dizer que essa realidade talvez nos fale do cotidiano de outros serviços de atenção em saúde mental a adolescentes no país, tão marcados por precariedades no trabalho e ausência de espaços de elaboração do sofrimento institucional. Dessa maneira, acreditamos que vale pontuarmos a necessidade de que o Ministério da Saúde e os governos estaduais e municipais propiciem condições para que os serviços de saúde mental possam contar com apoios (espaços de supervisão, de educação permanente, de discussão intersetorial, dentre tantos outros) para que se possa reconhecer, compartilhar, significar e elaborar os “restos” do trabalho, representados pelo mal estar, pela agressividade, pelo pavor, a impotência, dentre tantas outras questões e afetos que, quando não podem ser tratados, acabam por ser expulsos junto com aquilo que a eles se associa, como as situações de crise vividas pelos pacientes.

Para além da organização das práticas do CAPSi, vale nos dirigirmos ao questionamento de como tem se investido na rede de serviços de saúde mental em nosso país, de maneira que talvez o “revolving door”, destacado por Rotelli (1990) seja inevitável, uma vez que nos deparamos com uma oferta de serviços limitada e com uma baixa capacidade de interlocução entre as poucas organizações existentes, o que acaba por direcionar o cuidado às situações mais graves ao HG (predominantemente dissociado do CAPSi), ficando a cargo dos CAPSis o cuidado em horário e condições restritas, com pouca possibilidade de se apresentar realmente como serviço substitutivo.

A melhoria das condições de trabalho dos CAPSi, a criação e sustentação de espaços de compartilhamento e elaboração entre os profissionais, bem como a qualificação da ligação entre os serviços deve proporcionar formas de cuidado à crise mais acolhedoras e permeáveis à participação ativa dos pacientes e seus familiares. Entretanto, os itinerários que pudemos construir com os sujeitos de pesquisa, bem como o referencial teórico que adotamos, nos proibem de fazer qualquer idealização da crise: ela é marcada pela ruptura, pela caoticidade, pela violência e por várias outros aspectos ligados ao intenso sofrimento. O que nos cabe insistir é na potência de uma rede de serviços, na sua capacidade de propiciar condições para que os sujeitos construam significações sobre os momentos de crise vividos e possam construir novas possibilidades para suas vidas. O que não podemos admitir é que a crise seja vista como o “fim da linha” e o CAPSi como uma espécie de “estação terminal”. É preciso apostar nos sonhos dos adolescentes que participaram dessa pesquisa e disseram esperar que o CAPSi seja um lugar de mais encontros, de mais vida.

Finalizamos esse trabalho com a certeza de que o rico material empírico que a pesquisa de campo nos possibilitou merece ainda ser analisado e discutido para além dessa dissertação, sendo esta o primeiro momento de apresentação de algumas questões e a possibilidade de troca com outros pesquisadores, leitores e interessados no tema. Ela não representa um trabalho fechado, muito pelo contrário, se apresenta como ponto inicial e, tem por intuito, o convite ao debate.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

AMSTALDEN, A.L.F, Hoffmann, M.C. C. L, Monteiro, T.P.M.M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E., TANAKA, O.Y. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

ARAÚJO, F.C.A. Cartografia do atendimento ao louco na emergência de um hospital “quase geral”. Ateliê do Cuidado: 2006. Disponível em: http://www.lappis.org.br/download/viiseminario/livrosatelies/livro_atelies_cap06.pdf, acessado em 10 de maio de 2011.

ARIÈS, P. História Social da Criança e da família. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

AZEVEDO, C. Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005.

BASAGLIA, F. Um problema de psiquiatria institucional. A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: Escritos Selecionados. Amarante, P.(org). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: Da psiquiatria infantil à clínica da criança. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 1992.

BELLATO, R.; ARAÚJO, LFS.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro, R., Silva AGJ., Mattos RB (orgs). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

BIRMAN, J. A Psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BRASIL. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: 1988.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF. Portaria nº 224, de 19 de janeiro de 1992.

_____ Ministério da Saúde. Brasília, DF. Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996.

_____ Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Lei nº 10.216. Lei federal que regulamenta a mudança do modelo de atenção em saúde mental, de 09 de abril de 2001.

_____ Ministério da Saúde. Brasília, DF. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

_____ Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Equipes de Referências e Apoio Matricial. Brasília: DF: 2004.

_____ Ministério da Saúde. Brasília, DF. Portaria nº 1608/GM de 03 de agosto de 2004.

_____ Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: 2004.

_____ Ministério da Saúde. Caminhos do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde: 2007.

_____ Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, DF: 2005.

_____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.

CAMPOS, GW. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas, mimeo, 1997.

CARVALHO, I.S., COSTA, I.I., BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. In: Revista Mal Estar e Subjetividade. Fortaleza, vol (7), 2007.

COSTA, ALRC., FIGUEIREDO, DLB., MEDEIROS, LHL., MATTOS, M., MARUYAMA, SAT. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: Pinheiro, R., Martins, PH. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE, São Paulo: ABRASCO, 2011.

COSTA, J. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4.ed. Rio de Janeiro: Xenon Editora, 1989.

COSTA, MS. Reforma psiquiátrica, transformações e limites nos modos de lidar com as situações de crise: uma análise a partir das experiências de dois serviços de atenção psicossocial do

Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado].Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2006.

COUTO, M.C.V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, A.M.C.G., LIMA, N.L. (org). A clínica de crianças com transtorno do desenvolvimento. Belo Horizonte: Editora Autêntica: 2003

_____ Duarte, C..S, Delgado, P.G.G.A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. In: Rev. Bras. Psiquiatric 30(4), 2008, pp 390-398.

_____ Delgado, P.G.C. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E., TANAKA, O.Y. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, NJ; BANZATO, CEM . Pacientes que se beneficiam da internação psiquiátrica em hospital geral. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003.

DELL' ACQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta à crise. In: A loucura na sala de jantar. DELGADO, J. São Paulo: Resenha, 1991.

DIAZ, ARM G. Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2009.

ELIA, L. A rede na atenção da saúde mental-articulações entre CAPS e ambulatório. In: Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, 2005.

FAVARO, RI. Análise do Leito-Noite de um CAPS III: Intervenções possíveis[Monografia de Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Mental em Saúde Coletiva].São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

FERIGATTO, S.H, CAMPOS, R.T.O., BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. In: Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

FIGUEIREDO, M.D., ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.14,n.1. 2009, p.129-138.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: Revista de Saúde Coletiva, 14(3):743-752, 2009.

FORUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE. Manifesto de Lançamento do Fórum, 2010. In: http://medicalizacao.com.br/?page_id=12. Acessado em 02 de fevereiro de 2013.

FOUCAULT, M. História da Loucura. 9ed São Paulo: Editora Perspectiva: 2010.

_____. Os Anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRANÇA, I.G. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. In: Psicologia Ciência e Profissão, 25(1), 146-163.

FREUD, S. (1913). Sobre o Início do Tratamento. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol . XII. Rio de Janeiro: Imago: 1976

_____(1915). Reflexões para o tempo de guerra e morte. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol . XIV. Rio de Janeiro: Imago: 1976

_____(1921). Psicologia das Massas e Análise do Ego. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol . XVIII . Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____(1927) O Futuro de uma Ilusão. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol . XXI Rio de Janeiro: Imago, 1976

_____(1930) Mal Estar na civilização Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol . XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976

FUKS, B. Freud & a cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

FURTADO, J & CAMPOS, RO. 2005. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. In: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VIII, 1, 109-12.

GERHARDT, TE., ROTOLI, A., RIQUINHO DL. Itinerários Terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R., SILVA AGJ., MATTOS RB (orgs.) Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 197-214

KAËS R. Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal Publicación Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1982.

_____. O interesse da Psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: CORREA, OBR. Vínculos e Instituições: uma escuta psicanalítica. São Paulo: Escuta, 2002. pp11-32

_____. Os espaços psíquicos comuns e partilhados. Transmissão e Negatividade. Casa do Psicólogo, SP, 2005.

KANTORSKI, LP., JARDIM VMR., WETZEL C., OLSCHOWSKY A., SCHNEIDER JF., RESMINI F., HECK RM., BIELEMANN VLM., SCHWARTZ E., COIMBRA VCC., LANGE C., SOUSA AS. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros De Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, n1, jan-abr. 2009.

KODA, M.Y., FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007.

LARROBLA, C & BOTEGA, NJ. Novo espaço para internações: hospitais filantrópicos. Caderno de Saúde Pública, 2006.

LEITE, L. Memória e Esquecimento: menor idade, maior idade em 1968 e o abandono da assistência social no Brasil. In: SILVA FILHO, JF. (org). 1968 e a saúde mental. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

LÉVY, A. Ciências Clínicas e organizações sociais-sentido e crise de sentido. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC; 2001.

LOBO, L. Psiquiatrização da Infância no Brasil: Bourneville-Primeiro Pavilhão-Escola para Crianças Anormais do Hospício Nacional dos Alienados. In: ARANTES, E., NASCIMENTO, ML., FONSECA TM. Práticas Psi Inventando a Vida. Niterói: EdUFF, 2007.p65-82.

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MIRANDA, L. ONOCKO-CAMPOS, RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1153-1162, jun, 2010.

_____ Entre corredores e labirintos: a narrativa como fio de Ariadne. In: MIRANDA, L., NAKAMURA, E. (orgs) Inserção Social e habitação: moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. São Paulo: Ed. Unifesp, 2012.

NAKAMURA, E. A noção médico-científica da depressão infantil: uma visão histórica e sociocultural do discurso de adultos sobre a infância. In: Mota e Schraiber (orgs). Infância e saúde: perspectivas históricas. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009.p234-264

NASCIMENTO, ML., SCHEINVAR E., Interfaces: o conselho tutelar como campo de intervenção. In: NASCIMENTO, ML., SCHEINVAR, E.(org) Intervenção Sociocultural em conselhos tutelares. Rio de Janeiro: Lamparina, 2010.p9-18.

OLSCHOWSKY A., GLANZNER CH., MIELKE FB., KANTORSKI LP., WETZEL C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.4 São Paulo Dec. 2009

ONOCKO CAMPOS, RO. Clínica: a palavra negada (sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos em saúde mental). In: ONOCKO CAMPOS, RO. Psicanálise & Saúde Coletiva. Interfaces. Hucitec Editora: São Paulo: 2012.

PEREIRA, L.M.F., RIZZI, H.J., COSTA, A.C.F. Análise sócio histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: LANCEMAN, S. (org). Políticas Públicas e processos de trabalho em Saúde Mental. Brasília: Paralelo, 2008

PONTES, AL., FURTADO S., MARTINS, C., MATTA, GC., MOROSINI, MVCG. Itinerários Terapêuticos e Estratégia de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: PINHEIRO, QUEIROZ, LB. Da pediatria à saúde do adolescente: origens históricas de uma prática médica. In: Mota e Schraiber (orgs). Infância e saúde: perspectivas históricas. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009. P265-283

REIS, A.O.A., Delfini, P.S.S., Dombi-Barbosa, C., Bertolino Neto, M.M. Breve História da Saúde Mental Infanto-Juvenil. In: Lauridsen-Ribeiro, E., Tanaka, O.Y. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. Editora Hucitec, 2010

ROTELLI F. A instituição inventada, pp. 89-99. In: NICÁCIO MF. Desinstitucionalização. Ed Hucitec: São Paulo, 1990.

SÁ M. C.. A Fraternidade em Questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado em saúde. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 651-654, 2009.

_____, CARRETEIRO, TC, FERNANDES, MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (6):1334-1343, jun, 2008

SCHECHTMAN, A. Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre a saúde mental infantil no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, 2005.

SCHRAIBER, LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev.Saúde Pública, 29(1):63-74, 1995.1

- SILVA, F. Assistência aos pacientes em crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte, [Dissertação de Mestrado].Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública: FIOCRUZ, 2009.
- SOUZA, FSP., SILVA CAF., OLIVEIRA, EN. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):785-91
- TAVARES, FRG., BONET O. Itinerários Terapêuticos e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R., SILVA AGJ., MATTOS RB (orgs)Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.
- TURATO, E R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.
- VASCONCELOS, E. M. Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: 2006
- _____.Abordagens Psicossociais. Volume 1: História, Teoria e Trabalho no Campo. 2ed.São Paulo:Aderaldo & Rothschild, 2009.
- _____.Desafios Políticos da reforma psiquiátrica brasileira.São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- VENTURI, E. Notas de aula proferida no Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio em Arouca em 2012.
- VINCENTIN, C. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo, v. 17, n. 1, abr. 2006.
- YIN, R., Case Study Research: Design and Methods. 2 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.

ANEXOS

Roteiro indicativo de questões para entrevista com o adolescente

1. Conte-me o que você gosta de fazer. O que você faz no final de semana? O que faz para se divertir? O que faz durante a semana? Conte-me sobre seus amigos, familiares, vizinhos.
2. Houve algum momento em que você precisou de ajuda de profissionais? Como foi esse momento? Quais profissionais estiveram presentes nesse momento?
3. Houve outros momentos como esses? Como foram?
4. Conte-me como você chegou ao CAPSi. Como estava se sentindo quando chegou aqui? O que achou do CAPSi nesse momento?
5. Como e quando você vem ao CAPSi? Você vem sozinho? Conte-me sobre o que faz aqui, como se sente quando chega, quem são as pessoas que conhece.
6. Além de você, outras pessoas da sua família ou próximas a você fazem algum tipo de atividade ou atendimento aqui no CAPSi?
7. Você conhece outros serviços de saúde do seu município? Conte-me destes serviços, o que aconteceu lá, como se sentiu.
8. De todas as atividades que participa quais você acha mais importante? Se você pudesse ajudar a pensar um serviço de saúde faria como aqui ou faria diferente?
9. Você sente que alguma coisa está diferente desde que chegou ao CAPSi?

Roteiro indicativo de questões para entrevista com o familiar ou responsável pelo adolescente

1. Fale um pouco sobre o (a) (nome do adolescente).
2. O que você poderia dizer sobre a rotina do(a) (nome do adolescente)? E sobre as pessoas que fazem parte dessa rotina?
3. Haveria nessa história algum momento que você considerou particularmente difícil ou grave? Conte-me desse momento.
4. Como foi o ingresso do (a) (nome do adolescente).no CAPSi?
5. Conte-me como tem se dado o acompanhamento do (a) (nome do adolescente). no CAPSi.
6. Conte-me como se dá a sua participação nas decisões em relação ao acompanhamento do adolescente no CAPSi ou do encaminhamento a outros serviços.
7. Conte-me sobre a sua participação nas atividades do CAPSi.
8. Como você se sente aqui no CAPSi?
9. O (a) (nome do adolescente) frequenta ou já frequentou outro serviço do município? Como foi lá?
10. Como é quando você acompanha (a) (nome do adolescente) até outros serviços? Isso costuma ocorrer com que frequência?
11. Se você pudesse pensar um outro serviço de saúde seria como esse ou mudaria algo?

Roteiro indicativo de questões para entrevista com profissionais

1. Fale um pouco sobre (nome dos (as) adolescente(s))
2. Fale um pouco sobre o momento de crise dos (as) (nome dos (as) adolescente(s)). Você presenciou algum momento mais grave nessas situações? Como foi para você?
3. Conte-me sobre o atendimento nesse momento de crise, o que foi possível fazer.
4. Você diria que as situações de crise interferem na rotina do CAPSi? Fale-me sobre essas interferências.
5. Existem espaços de discussão dos casos em crise no CAPSi? Conte-me quais são esses espaços e como funcionam. Como você se sente ao participar deles?
6. Quais são os demais serviços presentes no trabalho junto ao adolescente? Como se dá a comunicação com estes?
7. Quais têm sido as estratégias em relação às situações de crise em saúde mental no município? Existe alguma particularidade em relação às situações de adolescentes?

