

A DIMENSÃO CLÍNICA DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Ricardo Prado de Souza Coe

Brasília

2021

Ricardo Prado de Souza Coe

**A DIMENSÃO CLÍNICA DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL**

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB como requisito
básico à obtenção do grau de psicólogo.
Professora-orientadora: Dra Tania
Inessa Martins de Resende

Brasília

2021

Folha de Avaliação

Autor: Ricardo Prado de Souza Coe

Título: A dimensão clínica do Projeto Terapêutico Singular no contexto da Saúde Mental
Infantojuvenil

Banca Examinadora:

Professora Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Professora Dra. Ciomara Schneider

Me. Marília Sobral Benjamin

Brasília

Julho 2021

Agradecimentos

Gostaria de agradecer e dedicar este trabalho às seguintes pessoas:

À Tania Inessa, que com tanta dedicação e cuidado me guiou para muito além desse trabalho.

Às participantes da pesquisa, pela gentileza com que se dispuseram e o amor com que resistem e cuidam.

Aos profissionais da saúde e frequentadores, obrigado por serem exemplos e ajudarem a tornar a existência um lugar mais plural.

Aos meus professores, minha profunda admiração, por irem além dos livros e nos ensinarem, no encontro, o que é cuidar.

Aos amigos e colegas que fiz durante essa trajetória, obrigado pela parceria, pelas trocas e pela dedicação em transformar o mundo.

À minha amiga Sabrícia, que há anos me acompanha numa parceria sem a qual esse trabalho não seria possível.

E aos que me ensinaram e até hoje me ensinam a amar, minha família, amigos e pacientes, é com vocês que encontro sentido(s).

RESUMO

O projeto terapêutico singular (PTS) é uma das ferramentas de articulação que ajudam no desempenho do duplo mandato – gestão e terapêutico - do qual estão encarregados os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). O mandato terapêutico é elaborado por uma equipe multiprofissional para a composição de estratégias e dispositivos de cuidado que levem em conta a singularidade do frequentador. Em se tratando de crianças e adolescentes, os desafios se multiplicam, seus tratamentos são balizados pela família, seu protagonismo é dificultado pelas concepções sociais que temos acerca dos infantes, suas especificidades exigem especialização que a maioria dos profissionais não tem, além da defasagem histórica em recursos financeiros e ações de saúde pública. A pesquisa procurou compreender de que forma uma equipe multiprofissional, utilizando-se do PTS, articula a dimensão clínica do tratamento de crianças e adolescentes, quais seus impasses e possibilidades. Visando compreender os aspectos clínicos e subjetivos da equipe multiprofissional, foi utilizado a metodologia qualitativa e a Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995), reinterpretada por Demo (2006), para análise das informações. O instrumento de pesquisa foram as entrevistas semiestruturadas realizadas com quatro profissionais de diferentes formações que atuaram por no mínimo um ano no campo da saúde mental infantojuvenil. A partir desses relatos, chegou-se à conclusão que a interdisciplinaridade é vista como um potencial da equipe multiprofissional, e que o PTS é compreendido por todos como um dispositivo de articulação das diversas dimensões de tratamento, embora, possa ser subutilizado por vezes. Por fim, as estratégias parecem, em sua maioria, atender a pluralidade de demandas e fomentar o protagonismo do usuário. Dentre elas, o trabalho lúdico, aparece como uma categoria de destaque por sua complexidade, principalmente, quando de realizado de forma livre.

Palavras-chave: Saúde Mental. Infantojuvenil. PTS. Clínica. Brincar.

ABSTRACT

The singular therapeutic project (PTS) is one of the articulation tools that help in the performance of the dual mandate – management and therapeutic – which the Children and Youth Psychosocial Care Centers (CAPSi) are in charge of. The therapeutic mandate is elaborated by a multidisciplinary team to compose care strategies and devices that take into account the uniqueness of the attendee. When it comes to children and adolescents the challenges multiply as their treatments are guided by the family and their protagonism is hampered by social conceptions we have about infants. Moreover, their specificities require specialization that most professionals do not have, in addition to the historical lag in financial resources and public health actions. The research sought to understand how a multidisciplinary team, using the PTS, articulates the clinical dimension of the treatment of children and adolescents, what are its impasses and possibilities. In order to understand the clinical and subjective aspects of the multidisciplinary team, the qualitative methodology and the Thompson Depth Hermeneutics (1995), reinterpreted by Demo (2006), were used to analyze the information. The research instrument was the semi-structured interviews carried out with four professionals from different backgrounds who worked for at least one year in the field of mental health for children and youth. Based on these reports, it was concluded that interdisciplinarity is seen as a potential of the multidisciplinary team and that the PTS is understood by everyone as a device for articulating the different dimensions of treatment, although it can sometimes be underused. Finally, the strategies seem, for the most part, to meet the plurality of demands and foster the role of the user. Among them, playing appears as an outstanding category for its complexity, especially when performed freely.

Keywords: Mental Health. Children and Youth. PTS. Clinic. Play.

Sumário

Introdução	1
1. Saúde Mental Infantojuvenil	7
1.1. Infância e Adolescência.....	7
1.2. Surgimento do Campo da Saúde Mental Infantojuvenil.....	9
2. Clínica Ampliada e PTS	13
2.1. Surgimento da Clínica	13
2.2. Clínica ampliada e os Centros de Atenção Psicossocial.....	14
3. Metodologia	18
3.1. Procedimentos	20
4. Resultados e Discussão	22
4.1. Contextualização socio-histórica	22
4.2. Análise Formal	25
4.2.1. Multiprofissional e Interdisciplinar.....	25
4.2.2. Família e Rede.....	31
4.2.3. Projeto Terapêutico Singular.....	36
4.2.4. O brincar.....	42
4.3. Interpretação/Reinterpretação.....	51
Considerações Finais	56
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES	62

Introdução

E eu fico na beirada de um precipício maluco. Sabe o quê eu tenho de fazer? Tenho que agarrar todo mundo que vai cair no abismo. Quer dizer, se um deles começar a correr sem olhar onde está indo, eu tenho que aparecer de algum canto e agarrar o garoto. Só isso que eu ia fazer o dia todo. Ia ser só o apanhador no campo de centeio e tudo. Sei que é maluquice, mas é a única coisa que eu queria fazer!

- J. D. Salinger

A loucura na infância carrega em si um duplo desafio, a exclusão do louco da sociedade e dos padrões de racionalidade que até hoje a configura e o silenciamento dos sujeitos denominados como crianças e adolescentes. É nessa intersecção que opera o trabalho com crianças e adolescentes no campo da saúde mental, a partir da inclusão social e resgate da cidadania, o cuidador precisa incentivá-los a falar, e, sobretudo saber como escutá-los.

Durante demasiado tempo, o campo da saúde mental infantojuvenil consistiu em práticas asilares e assistenciais, na qual se excluía, adaptava ou corrigia, aqueles que sofriam de um adoecimento psíquico intenso. Embora muito se tenha conquistado com o reconhecimento das crianças enquanto novos sujeitos de direito e com as mudanças promovidas pela reforma psiquiátrica no Brasil, o olhar para as crianças sempre esteve em defasagem e subordinado ao cuidado com o adulto. Ademais, implica em percalços e obstáculos nas políticas de Estado, inclusive de forma internacional, e na forma como concebemos socialmente esses sujeitos (MUSSE, 2008; COUTO E DELGADO, 2015).

No Brasil, o novo paradigma da atenção psicossocial desenvolveu-se a partir da criação de uma rede de atenção psicossocial (RAPS) composta de serviços e estratégias territoriais que visam a desinstitucionalização e superação da lógica hospitalocêntrica. Dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) gerenciam o percurso do frequentador na rede e acolhem as demandas de casos graves e alta complexidade, cumprindo um duplo mandato de gestão das demandas territoriais e terapêutico da articulação e incorporação dos dispositivos e estratégias terapêuticas (COUTO E DELGADO, 2015; BRASIL, 2011). Por sua vez, a articulação das diversas ações e estratégias terapêuticas oferecidas no serviço e na rede, é instrumentalizada por uma de suas ferramentas, denominada Projeto Terapêutico Singular (PTS), que busca por

meio do diálogo entre o frequentador e uma equipe multiprofissional, desenvolver um plano que leve em conta as necessidades, os interesses e particularidades do frequentador.

O PTS é destacado na literatura (MUYLAERT, 2016; FRANÇA, 2017; BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019) como uma das dificuldades que a equipe multiprofissional enfrenta, seja em definir os objetivos do tratamento, expandir as ações pelo território, incluir os familiares no processo ou realizar um acompanhamento contínuo do projeto incluindo sua reavaliação. Essas dificuldades estão relacionadas a vários fatores como a diversidade de visões e heterogeneidade do grupo de profissionais, o alto volume de frequentadores para cada equipe e falta de recursos materiais e financeiros (BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019). A pluralidade de saberes e discursos presentes na articulação do mandato terapêutico, do qual está incumbida a equipe com profissionais de diversas formações, é essencial ao atendimento de casos de alta complexidade e gravidade, não no intuito de uma soma de várias partes que leve a uma totalização do saber sobre o sujeito ou sobre a doença, mas na perspectiva de contemplar, por meio de um consenso democrático, as diversas singularidades e demandas que a vida nos coloca (FERREIRA, 2012).

Assim, o descompasso do cuidado infantojuvenil no âmbito da saúde mental é refletido não só nos repasses menores de investimento público, mas também na formação de profissionais que comumente não têm especialização ou experiência nas especificidades no atendimento de crianças e adolescentes (MUYLAERT, 2016), que somados às representações sociais acerca do infante enquanto incapaz, resultam diretamente na forma como ainda é visto hoje o protagonismo tanto do infante quanto do adolescente nos centros de saúde mental. Embora os ideais da reforma psiquiátrica ressaltem a importância do protagonismo do frequentador, o que se observa na prática é que muitas vezes as crianças são levadas pela família ao CAPSi quando não correspondem a algum ideal social, em busca de reparar e adequar a criança às exigências sociais e educacionais, procurando no tratamento o ajuste ao desenvolvimento funcional (PENA, 2019).

Para tanto, é preciso compreender que o objeto de tratamento do serviço de saúde mental não é uma doença em si ou seus sintomas. São as relações de exclusão social e do sujeito com o mundo que constituem e impossibilitam as transformações da experiência de sofrimento psíquico intenso. Essa ideia é essencial para elaboração de ações terapêuticas que vão além da medicação ou de um tratamento clínico, expandindo-as para as relações do indivíduo com sua família e o seu território. A singularidade do projeto entende que a experiência de sofrimento

do sujeito é única e que este possui um saber sobre seu adoecimento e suas necessidades, por isso é imprescindível que o frequentador faça parte na elaboração do plano e se torne protagonista de seu tratamento, a fim de facilitar a própria retomada de sua cidadania e inclusão social (BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019).

No âmbito da saúde mental infantil as dificuldades se repetem, os PTS's acabam sendo muito generalistas constando apenas indicações de frequência de grupos e oficinas, sem constar as explicações ou motivações para ações específicas. Uma vez que as práticas clínicas são indefinidas e teórica e metodologicamente diversas, muitos profissionais têm dificuldade em compreender como a dimensão clínica-terapêutica pode ser realizada para além das indicações, sentem-se inseguros em diversos casos e decidem fazer uma simples oferta de espaço para as crianças, contornando situações que consideram problemáticas e evitando outras (MUYLEAERT, 2016). Portanto, é preciso entender como a dimensão clínica do cuidado infantil poderia ser concretizada pelos profissionais de diversas formações nos dispositivos de saúde mental.

Nesse sentido, ao considerar o PTS como articulador do cuidado nos CAPS, a pesquisa teve como propósito entender quais são as dificuldades e potencialidades no desenvolvimento da dimensão clínica do Projeto Terapêutico Singular por profissionais de diferentes formações dos serviços de saúde mental infantojuvenil. Para tanto, buscou compreender: quais são as estratégias de cuidado já oferecidas pelos serviços de saúde mental infantojuvenil? De que forma essas estratégias atendem à singularidade e potencializam a autonomia de crianças e adolescentes? Como o brincar é utilizado enquanto recurso clínico pelos profissionais? E como acontece a inclusão e participação das crianças, adolescentes e familiares na elaboração do PTS?

Parte da justificativa deste trabalho funda-se no aspecto histórico da instituição de políticas públicas de saúde mental voltada para crianças e adolescentes no Brasil. Primeiramente, é preciso compreender que antes do movimento democrático que deu origem à Constituição de 88, uma mesma matriz de leitura edificou, durante 80 anos, no período da República, uma forma de compreender crianças e adolescentes de um ponto de vista jurídico, social e médico que se coadunam para produzir uma série de ações institucionalizantes, asilares e corretivas (COUTO E DELGADO, 2015). Até então, crianças e adolescentes estavam legalmente vinculados ao Código de Menores, no qual se construiu uma categoria social

denominada “*menor*” para dar amparo legal à intervenção estatal ao excedente da categoria infância.

É fundamental destacar a criação desta categoria “de menor” pois ela incide apenas sobre crianças pobres, abandonadas ou com deficiência, as quais são consideradas um problema político e, por isso, cabível de intervenção estatal. Essas crianças seriam divididas em dois grupos, o “menor em perigo” que é produto de uma pobreza material e o “menor perigoso” produto da pobreza moral (COUTO E DELGADO, 2015). Ambos são passíveis de ações pedagógicas corretivas pelo Estado, com o intuito de responder aos problemas de pobreza e abandono, orientados pelo projeto civilizatório brasileiro (COUTO E DELGADO, 2015). As repercussões dessa classificação seguem presentes na estigmatização de crianças periféricas, bastando recorrer a qualquer telejornal para notar que as crianças que cometeram algum delito não são denominadas enquanto tais, mas como “menores”. Tal fato, contribui para reificar as crianças periféricas enquanto indivíduos sujeitos à institucionalização devido a uma pobreza material e moral, e omite as especificidades da vivência de ser criança. Logo, desonera-se o Estado pela falta de amparo e responsabiliza-se individualmente todo um recorte social de crianças.

Como resultado de uma série de movimentos sociais e democráticos, alguns acontecimentos se conciliam para possibilitar uma política de saúde mental com base em um cuidado psicossocial e territorial. O processo de democratização repensou a função do Estado, até então de tutela e controle, para uma função de proteção e bem-estar social, com um ordenamento jurídico que visa a proteção integral do ser humano. Somado a isso, a adesão de tratados internacionais de defesa de direitos, o movimento da Reforma Psiquiátrica e mudanças sociais culminaram em uma série de acusações do vasto aumento de leitos psiquiátricos, abusos e maus-tratos, denunciando a instituição psiquiátrica como instrumento de dominação e exclusão (COUTO E DELGADO, 2015).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), respectivamente nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010, contaram com a participação da sociedade, familiares, frequentadores e profissionais da área, para a formação, construção e implementação de um plano de ação nacional de políticas de saúde mental. Contudo, o tema da infância e adolescência, apesar de aparecer na primeira conferência, produz poucas propostas e na segunda é omitida por completo. Apenas na III CNSM que o tema da SMCA ganha destaque, ao abordar as concepções fundamentais das crianças e adolescentes como sujeitos de direito e a base comunitária da rede

de atenção, além de ressaltar o caráter intersetorial essencial ao tema. Em 2002, uma portaria é publicada destinada à criação de CAPS para crianças e adolescentes, e, nos anos seguintes, o Ministério da Saúde institui o Fórum Nacional sobre SMCA, que visa formular e deliberar ações do campo (COUTO E DELGADO, 2015).

A partir dessa breve retrospectiva das políticas públicas de saúde mental, sobressalta-se a defasagem histórica e o preterimento do tema da infância e adolescência, tem tido não só pelo Estado como pela sociedade. Couto et al (2008) afirmam, inclusive, que essa defasagem se dá no contexto de diversos países, porém é ainda mais contrastante em países em desenvolvimento. Da mesma forma, o repasse financeiro para financiamento dos instrumentos da SMCA são inferiores aos destinados a adultos, assim a expansão dos CAPSi segue inferior aos CAPS e também insuficiente para cobrir a territorialidade.

Outro aspecto dessa defasagem diz respeito aos caminhos institucionalizantes aos quais foram submetidas crianças e adultos. Embora ambos tenham sido excluídos historicamente pelo mecanismo da institucionalização, não houve uma distinção entre crianças abandonadas, infratoras da lei ou deficientes. Logo, políticas e ações específicas voltadas para cada um desses grupos nunca foram desenvolvidas. Assim, com a Reforma Psiquiátrica, há um esforço para superação do modelo hospitalocêntrico de modo geral, enquanto que para as crianças e adolescente foi, sobretudo, a superação da desassistência e da ausência de modelos de cuidado de inclusão social e não segregadoras (COUTO E DELGADO, 2015).

Esta é uma informação importante pois atenta para o fato de que os cuidados infantojuvenis não podem ser resultados de uma mera replicação das políticas para adultos. É preciso se pensar nas especificidades que atendam aos tipos de transtornos, fatores de risco e proteção, estratégias e organizações específicas para crianças e adolescentes (COUTO et al, 2008). Dessa forma, houve também um defasagem na formação, alocação e capacitação de profissionais nas especificidades desses dispositivos, incorrendo em dificuldades de estabelecer um projeto terapêutico, incertezas na prática clínica e intervenções inapropriadas (MUYLAERT, 2016).

Outros fatores, como a falta de pesquisas epidemiológicas relacionadas aos transtornos mentais na infância e adolescência, o desenvolvimento de metodologias de verificação da gestão territorial e a dificuldade em efetivar uma intersetorialidade entre os serviços públicos, tornam-se obstáculos ao desenvolvimento do aparato de saúde mental para crianças e

adolescentes (COUTO et al, 2008). Ademais, a escassa produção literária sobre o tema dificulta a formação e a capacitação de profissionais, o desenvolvimento de estratégias, modelos clínicos e de gestão e a elaboração de ferramentas que produzam dados e avaliações. Portanto, este trabalho busca acrescentar à literatura de saúde mental da criança e do adolescente, a partir da compreensão de como acontece a dimensão clínica dos Projetos Terapêuticos Singulares no cotidiano dos serviços de saúde mental.

O primeiro capítulo aborda o desenvolvimento da construção social das categorias infância e adolescência e suas implicações para o olhar e lugar que esses sujeitos ocupam na sociedade, assim como sua influência para o surgimento e contextualização histórica do campo da saúde mental infantojuvenil no Brasil.

No segundo capítulo, há uma breve contextualização do surgimento da clínica até receber junto a si o adjetivo “*ampliada*”, contexto da presente pesquisa. A partir disso, compreende-se como a clínica ampliada ajuda a compor as estratégias da rede de atenção psicossocial, em especial nos CAPSi e como a dimensão clínica pode ser articulada por meio do PTS.

No terceiro capítulo, apresenta-se a Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995), reinterpretada por Demo (2006), metodologia pela qual se realizou a análise das informações qualitativas e o instrumento escolhido para coleta dessas informações, a entrevista semiestruturada.

O quarto capítulo traz as informações qualitativas produzidas e discutidas com base na metodologia descrita por Demo (2006), partindo da contextualização socio-histórica. Expõe a apresentação das participantes entrevistadas, posteriormente, a análise formal das categorias levantadas nas entrevistas e a interpretação e reinterpretação dessas análises.

Nas considerações finais, os resultados obtidos e reinterpretados são relacionados aos objetivos iniciais da pesquisa, destacando pontos importantes que surgiram, objetivos não alcançados ou que precisam ser mais amplamente estudados e sugestões para a elaboração novas pesquisas.

1. Saúde Mental Infantojuvenil

Discorrer sobre o trabalho clínico nos serviços de saúde mental infantojuvenil requer, antes de mais nada, a compreensão desse adjetivo - infantojuvenil – que a singulariza e a diferencia da saúde mental geral. Para tanto, é preciso entender melhor de que forma os termos infância e adolescência passaram a descrever o tipo de atenção especializada particular a esse público.

1.1. Infância e Adolescência

A atual concepção de infância é um conceito relativamente novo na história da civilização. Até a modernidade, a infância era um período curto de transição entre a sobrevivência do infante ao adulto posto que a alta taxa de mortalidade infantil e as condições demográficas em geral tornavam rotineiros os óbitos. A criança que sobrevivesse era considerada adulta; participava das atividades laborais e domésticas, era introduzida e misturada ao “mundo” dos adultos. Até então, o sentimento relacionado à infância dizia respeito apenas às particularidades dessa idade e não era necessariamente atravessado por afeição ou proteção, o “mundo” infantil não existia (ARIÈS, 1986). O arranjo familiar ainda era regido por relações práticas de sobrevivência, manutenção de posses e bens materiais e o sentimento de perpetuação da vida era dirigido à comunidade (ARIÈS, 1986; CALLIGARIS, 2000).

Entre os séculos XV e XVII, a intensificação de alguns processos sociais como a cristianização e a individualização da sociedade, propiciaram o surgimento de um novo sentimento relacionado à infância denominado por Ariès (1986) de *paparicação*. Essa mudança é concomitante à transformação do sentimento de família que se privatizava cada vez mais e passava a estabelecer-se por vínculos mais afetivos, sendo a criança núcleo dessa formação e depositária de seus ideais. Criou-se uma consciência social de que a criança, também de alma imortal, deveria ser protegida e educada, passando a ser motivo de preocupação moral e disciplinar para a sociedade e os eclesiásticos da época. Destaca-se que este sentimento de *paparicação* beneficia primeiramente as crianças do gênero masculino e de classes sociais abastadas, refletindo as relações de poder constitutivas da civilização moderna e que afetarão a entrada tardia de meninas tanto na escola quanto nos serviços de saúde mental, diferenciações diagnósticas importantes, assim como desassistência, exclusão e estigmatização de crianças pobres (BOARINI E BORGES, 1998; MUYLAERT, 2016).

A disciplina e a aprendizagem ganham um lugar fora da família, passam a ser realizadas nas escolas com o intuito de tornar crianças em homens cristãos e racionais. As relações familiares agora são regidas pela moral e o afeto; o sentido de perpetuação da vida não é mais dirigido à comunidade: é individualizado e recai sobre as crianças, tornando-as depositárias da continuação da vida e dos ideais adultos. Nesse sentido, a infância ganha seu próprio “mundo”, um tempo de proteção advindo do amor dos pais, adaptação, sem responsabilidades ou dificuldades, miticamente feliz (CALLIGARIS, 2000).

De acordo com Calligaris (2000), após a Segunda Guerra Mundial, surgiu o interesse de que a proteção dada à criança fosse prorrogada, já para Muylaert (2016) a necessidade desse prolongamento surge após a Primeira Guerra Mundial. Segundo Bock (2007), o desemprego crônico da estrutura capitalista torna necessário que se adie a entrada dos jovens no mercado de trabalho. Como pretexto de ser um tempo para o preparo técnico, a adolescência surge então como resposta aos avanços industriais e capitalistas. Nossa hipótese é que, com as economias fragilizadas e os horrores da guerra, surge também um anseio social de delongar essa fase de proteção à juventude, estendendo o mito de uma época feliz, a qual era considerada. Assim, a extensão da escolarização obrigatória distancia os jovens dos pais e da família, os quais estariam com seus pares na escola, vivenciando um período em que devem assumir os ideais da comunidade. No entanto, não poderiam, de fato, fazê-lo, já que estariam sobre a tutela dos adultos. É um período de latência social denominado de moratória (CALLIGARIS, 2000).

Percebe-se que, enquanto em outras culturas a adolescência é constituída por um rito de passagem, uma árdua prova na qual é preciso ser aprovado pela comunidade para que se inicie a fase adulta, na modernidade ocidental trata-se de um tempo de postergação indefinido que pode perdurar até mesmo depois da maioridade (CALLIGARIS, 2000). Durante muito tempo confundiu-se adolescência com a puberdade, sendo a última a maturação hormonal e sexual dos corpos que agora estão prontos para a reprodução sexual, marcando o início da adolescência sem, no entanto, com ela se confundir. Essa visão colaborou para uma concepção científica naturalizante da adolescência como fase universal da vida e do desenvolvimento marcada pela rebeldia e questões sexuais (BOCK, 2007). Calligaris (2000) ressalta que é uma fase invejada e idealizada pelos adultos, justamente pelo fato dos adolescentes, supostamente, ainda não terem as responsabilidades da vida adulta e estarem livres para gozar como adultos. No entanto, essa concepção de uma adolescência inata e idealizada não permitia um olhar crítico social que possibilitasse perceber a adolescência como uma época de assimilação dos valores sociais

modernos como poder e relações amorosas e sexuais, de conflitos ou mesmo de pressão para responder aos ideais civilizatórios de progresso (BOCK, 2007).

O resultado da naturalização e idealização da infância e adolescência foram os processos históricos de exclusão, institucionalização e disciplinarização aos quais eram submetidas as crianças e adolescentes que não respondiam a esses ideais ou ao curso previsto de desenvolvimento, não havendo assim a construção de políticas públicas de saúde e cuidado destinado a esse grupo social (BOCK, 2007; CALLIGARIS, 2000). A universalização da infância e adolescência apagam os recortes de gênero, raça e nível socioeconômico que atravessam a vivência desses sujeitos e torna difícil compreender as reais particularidades que ajudariam a compor uma estratégia de cuidado eficiente. Por isso, neste trabalho entende-se que se tratam de infâncias e adolescências, no plural (BOCK, 2007; RUZANY, 2008; FERREIRA E BONTEMPO, 2012). Esse fato se torna relevante, pois auxilia a compreender de que forma, histórica e universalmente, tem ocorrido o atraso no desenvolvimento de políticas públicas de saúde para crianças e adolescentes que será explicitado mais a frente.

1.2. Surgimento do Campo da Saúde Mental Infantojuvenil

Sobretudo até o final do século XIX no Brasil, as crianças e jovens pobres, órfãos, deficientes e/ou doentes mentais, não eram preocupação do Estado e ficavam abandonados aos cuidados de organizações filantrópicas e assistenciais, normalmente de cunho religioso. Já nos primeiros anos do Estado Republicano inicia-se uma preocupação do Estado com a pobreza e a sua repercussão no projeto civilizatório brasileiro. Desse modo, a infância e a adolescência passam a ser vistos como um problema social, e a escola e a assistência social se constituem como os primeiros campos de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em uma perspectiva que terá duração até o Estado democrático de direito (MUYLAERT, 2016; COUTO E DELGADO, 2015; FÉLIX, 2014). Durante este tempo, sucederam alguns marcos de importante destaque, os quais influenciaram os primeiros contornos da construção do campo de saúde mental infantojuvenil no Brasil.

Nessa mesma época, o movimento higienista, decorrente da clínica moderna e da medicina social, já era grande na Europa e ganhava força no Brasil, principalmente por suas ações serem consideradas essenciais para o alcance do progresso civilizatório, modificando hábitos e costumes da sociedade, políticas públicas e até mesmo influenciando a psiquiatria infantil (FÉLIX, 2014; COUTO E DELGADO, 2015). O olhar higienista dedicava-se às

crianças ditas normais e preocupava-se com a formação física, intelectual e moral para proteger e moldar a infância, e, para isso, alia-se à escola e à pedagogia para seu desenvolvimento. Assim, na escola, as crianças e jovens passaram a ser divididos em categorias como: idiotas, imbecis, cretinos e delinquentes; que demarcavam dois tipos de déficit, intelectual e moral. É por meio dessa lógica do déficit que a psiquiatria infantil começa a operar, tendo origem no retardo mental, que ainda não possuía estatuto de doença mental, e ocupando-se com o desenvolvimento infantil (CUNHA E BOARINI, 2011; MUYLEAERT, 2016; FÉLIX, 2014).

Foi a partir desse primeiro olhar para a criança que o Estado começou a pensar em políticas públicas voltadas para as infâncias marginalizadas com intuito de controle de uma população considerada como perigosa - até então, as crianças e jovens com doenças mentais dividiam espaço com adultos em manicômios e instituições asilares e não eram alvo de intervenções (FRANÇA, 2017; FÉLIX, 2014). Couto e Delgado (2015) destacam a criação do Código de Menores que estabelecia a separação do jovem em risco de sua família, para que, na tutela do Estado, pudesse ter supostas melhores condições materiais e morais de integração à sociedade, estabelecendo, assim, uma categoria social de jovens pobres como “de menor”. Esse marco jurídico institui como alvo da intervenção estatal apenas as crianças pobres, com intuito mais pedagógico-corretivo que clínico ou psicossocial. Nesse contexto, infere-se que, no Brasil, a atenção dispensada à criança e ao adolescente foi caracterizada pela pobreza, fosse ela considerada de cunho material ou moral, e dedicada ao controle, correção e exclusão dessa população. Os problemas relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes eram considerados decorrências da pobreza e abandono, no entanto, não havia uma proposta social de solução para o problema, mas sim uma individualizante de institucionalização das crianças.

Dessa forma, no decorrer do século XIX e XX, não só crianças e adolescentes, mas os loucos adultos foram excluídos do convívio social, institucionalizados e medicalizados por ação do Estado e com respaldo jurídico atestado pelo saber médico que lhes conferia o estatuto de menoridade social. Juntam-se, então, dois saberes, a Psiquiatria e o Direito, para limitar a autonomia e a subjetividade do louco, a fim de garantir a manutenção da segurança e da ordem pública. Essas e outras minorias sociais não possuíam direitos específicos, posto que os direitos fundamentais foram constituídos, primeiramente, para delimitar o poder do Estado, e, posteriormente, para exigir sua intervenção. A articulação de grupos e movimentos sociais para conquistar a constituição desses direitos coletivos foi imprescindível. Denominados direitos de

terceira dimensão, fazem surgir os novos sujeitos de direito, dentre eles as pessoas com transtornos mentais (MUSSE, 2008; COUTO E DELGADO, 2015).

Esses direitos somente passam a ser efetivos com as mudanças políticas e econômicas do Estado de bem estar social e com a reforma democrática que culminou na Constituição de 1988. O processo de democratização repensou a função do Estado, de tutela e controle, para uma função de proteção e bem-estar social, com um ordenamento jurídico que visa a proteção integral do ser humano. A expansão da rede manicomial que teve seu auge na ditadura militar, agora é alvo de denúncias por violação de direitos humanos, exclusão e cronificação dos pacientes. A Reforma Psiquiátrica, conjuntamente com o Sistema Universal de Saúde, possibilitam a articulação de uma política de saúde mental com base em um cuidado psicossocial e territorial (MUSSE, 2008; COUTO E DELGADO, 2015).

A análise histórica da constituição desses dois campos de atenção à saúde mental, do adulto e infantojuvenil, tem como ponto comum nos anos 80 a Reforma Psiquiátrica brasileira. Contudo, é importante abordar tal reconstituição, pois, como colocam Couto e Delgado (2015), embora ambos tenham sofrido a ação tutelar do Estado por meio da institucionalização, os caminhos institucionais foram diferentes - as crianças ficaram fora do sistema tradicional psiquiátrico concentrando-se em sua maioria em educandários e reformatórios. Logo, os efeitos da Reforma para as crianças e adolescentes não constitui apenas a superação do modelo hospitalocêntrico e manicomial, mas também a superação da desassistência e ausência de ações de saúde, ou seja, um primeiro olhar de cuidado para esses sujeitos, mesmo que ainda subordinado e em defasagem ao olhar para o adulto como expor-se-á a seguir.

Juntamente das mudanças democráticas instauradas e a transformação do cenário político e social, outros marcos históricos passam a imperar e moldar as novas ações públicas voltadas às crianças e adolescentes. Dentre eles, a Declaração Internacional dos Direitos da Criança de 1959 teve como repercussão internacional um novo olhar para infância reconhecendo-as como sujeitos de direito, protagonistas sociais que têm suas particularidades, deveres e direitos, passando, então, a responsabilizar os adultos pela criança (FÉLIX, 2014; MUYLAERT, 2016). No Brasil, sua ratificação, combinada ao processo de redemocratização, teve como efeito a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como mecanismo jurídico e de controle que reflete esse novo olhar social e jurídico. O ECA não só revoga o Código de Menores, como diminui as possibilidades arbitrárias de intervenção estatal, já que

considera que toda a população de zero a dezoito anos tem direito ao desenvolvimento e amadurecimentos plenos (FRANÇA, 2017; FÉLIX, 2014).

Desse modo, as políticas públicas para a infância e adolescência passam a seguir os fundamentos éticos da Reforma Psiquiátrica e do ECA, tendo como princípio norteador a cidadania (FÉLIX, 2014; COUTO E DELGADO, 2015). Contudo, o desenvolvimento dessas políticas e ações é lento e as primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) acabam por dar pouco ou nenhum enfoque ao tema da criança e adolescente. Apesar de na primeira CNSM ter sido defendido o direito ao espaço lúdico para menores internados, nada se questionou sobre sua prática ou execução. É apenas na III CNMS, em 2001, que a agenda da criança e do adolescente se torna destaque. A partir dessa Conferência, estabelecem-se os princípios fundamentais das políticas de SMCA, as quais que devem sempre estar atreladas aos fundamentos da Reforma e do ECA, seu caráter intersetorial como marca distintiva e a oposição das práticas de saúde à finalidade de controle e ajustamento de conduta (COUTO E DELGADO, 2015; BRASIL, 2002). Portanto, sobressalta-se que o tema da infância e adolescência assim como as estratégias e ações voltados a esse público, tem tido uma defasagem histórica e um preterimento não só pelo Estado como pela sociedade, o que é corroborado pelo argumento de Couto et al (2008), o qual afirma que essa defasagem está presente em diversos países, porém é ainda mais contrastante em países em desenvolvimento. Esse descompasso, além de estar refletido não só nos repasses menores de investimento público e na expansão dos CAPSi, também é percebido na formação de profissionais que comumente não têm especialização ou experiência nas especificidades no atendimento de crianças e adolescentes (MUYLAERT, 2016).

Esta é uma informação importante, pois atenta para o fato de que o cuidado com crianças e adolescentes não pode ser resultado de uma mera replicação das políticas para adultos: é preciso pensar nas especificidades que atendam aos tipos de transtornos, fatores de risco e proteção, estratégias e organizações específicas para crianças e adolescentes (COUTO et al, 2008). Portanto, houve uma defasagem na formação, alocação e capacitação de profissionais nas especificidades desses dispositivos, incorrendo em dificuldades de estabelecer um projeto terapêutico, em incertezas na prática clínica e em intervenções inapropriadas (MUYLAERT, 2016).

2. Clínica Ampliada e PTS

Concomitante às transformações sociais que operaram para construir um novo conceito e lugar às crianças e aos adolescentes, ocorreu o desenvolvimento da disciplina e prática clínica. Sua evolução culminou na clínica ampliada, objeto de estudo desse trabalho, com efeitos sobre a ética pela qual se pensa e articula as estratégias e ações terapêuticas para as crianças. Portanto, neste capítulo, apresenta-se uma contextualização histórica sucinta sobre a evolução da clínica, o modelo de atenção da saúde pública no Brasil, a constituição do CAPSi e seus dispositivos, com destaque para o PTS.

2.1. Surgimento da Clínica

O dispositivo clínico surge ao final do século XVIII, quando o avanço do capitalismo propiciou o desenvolvimento de instrumentos e técnicas para o controle da mortalidade, insalubridade e epidemias, englobados em um campo disciplinar denominado medicina social. Neste momento, o saber médico objetiva o corpo social e nasce a clínica moderna, onde o olhar torna-se o mandatário da clareza e passa a constituir uma linguagem racional composta de signos identificáveis em uma nosologia, a partir da percepção guiada pela visão médica. A clínica passou do “o que você tem?” para o “onde lhe dói”, desarticulou o sujeito do seu discurso e o objetificou. Dessa forma, positivou o saber médico no leito do doente e funda seu campo de saber em junção ao hospital a partir de uma clínica do olhar (FOUCAULT, 1984; 1977; FRANÇA, 2017).

Na clínica do olhar, o sujeito perde o saber sobre si e sobre seu sintoma para o saber instituído do médico, é ele quem possui um saber *a priori* sobre o padecimento do sujeito, baseado em uma categorização sistematizada de signos. Após sua significação, enquadra-se em uma categoria diagnóstica que servirá para orientar o prognóstico da doença, e instituir outro saber sobre o que fazer dela. O doente, assujeitado a esse saber, fica fora da relação causal entre corpo-doença-tratamento. A terapêutica tem como objetivo interferir nessa relação causal de forma a comprovar o diagnóstico (DUNKER, 2011 apud FRANÇA, 2017).

A clínica da escuta surge quando Freud abandona o método catártico e a hipnose dando lugar à fala de seus pacientes pelo método da associação livre. Nessa nova clínica, a fala e a escuta se tornam central, o paciente retoma seu lugar enquanto sujeito (do inconsciente), e assim reformula a semiologia dando lugar à linguagem e suas manifestações como os chistes, atos

falhos e repetições. O saber não é constituído *a priori*, mas a partir da narrativa de cada sujeito, permitindo a renovação clínica a partir da singularidade de cada caso (FRANÇA, 2017).

A perspectiva da clínica psicanalítica permitiu pensar os dispositivos de cuidado tendo como referencial o conceito da transferência. Compreendida por Freud como o processo no qual a repetição dos padrões de relações objetais infantis permite uma atualização da história desejante do sujeito na relação com o analista, o fenômeno da transferência não fica limitado somente ao par analítico, mas acontece, também, com instituições, equipes e nas outras relações do convívio do sujeito. Sendo assim, seria possível trabalhar na relação desse sujeito com a instituição, de forma a fazer um trabalho analítico que permita uma simbolização do encontro da instituição com a singularidade desse sujeito. É necessário compreender de que forma a instituição possibilita o sujeito simbolizar sua experiência, quais normas e atos, são oferecidos e impostos e de que forma se relacionam as problemáticas do sujeito (ROUSSILLON, 2010 apud RESENDE, 2015).

2.2. Clínica ampliada e os Centros de Atenção Psicossocial

A reforma psiquiátrica e a crítica ao modelo biomédico, ajudaram a repensar a dimensão clínica nos serviços de saúde mental que passaram a levar junto de si um adjetivo como: ampliada, peripatética ou antimanicomial; para reforçar a ideia de que se trata de uma nova visão clínica que não se circunscreve ao consultório ou ao individual, mas que se diferencia dos moldes tradicionais por entendê-la como resistência à institucionalização e ao assujeitamento, um caminho alternativo no sentido de criação de novas possibilidades a partir de uma estratégia própria do sujeito (RESENDE E COSTA, 2017). Esse novo modelo objetiva a integralidade do cuidado que só é possível a partir da inserção social e transformação do território e sociedade, sendo assim, a clínica só pode ajudar a promover esses objetivos se estiver diretamente articulada com a dimensão política e ética (RESENDE, 2015).

A articulação dessas três dimensões deve estar presente em cada estratégia e dispositivo de cuidado num princípio de complementariedade, coexistindo de forma a suprir e suplementar fraquezas e excessos umas das outras, para que não recaiam nas lógicas de institucionalização, dominação e controle (RESENDE, 2015). Os dispositivos para Foucault (1977, apud GENEROSO, 2012, p. 133) são quaisquer:

“conjunto heterogêneo, linguístico e não linguístico, que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título: discursos, instituições,

edifícios, leis, medidas de polícia, proposições filosóficas etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos. O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre numa relação de poder. Como tal, resulta do cruzamento de relações de poder e de relações de saber”

Eles podem ser tanto as instituições como os grupos terapêuticos e as estratégias como a convivência que ocorrem dentro delas, portanto, é preciso atentar-se para que os dispositivos estejam em função de propiciar o surgimento de novas subjetividades e perceber a serviço de quais saberes e forças opera, para que não se tornem simples reprodutores das lógicas manicomiais (GENEROSO, 2012).

Em 2002, no Brasil, começa a construção dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), responsáveis por: ofertar atendimento aos portadores de autismo, psicose, neurose grave e todos aqueles que por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais; gerenciar os projetos terapêuticos proporcionando cuidado clínico eficiente e personalizado para promoção da inserção social dos frequentadores através de ações intersetoriais; e montar estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004; 2005; CUNHA E BOARINI, 2011). Nos CAPSi, as famílias são parte fundamental do tratamento, que deve sempre contar com estratégias e objetivos múltiplos para abarcar a atenção integral das crianças e dos adolescentes, o que envolve ações no âmbito da clínica e, também, intersetoriais. As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, para permitir um enfoque ampliado dos problemas, e recomenda-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho (BRASIL, 2005).

Como dispositivos integrantes das políticas destinadas à diminuição da desassistência e hospitalização de pacientes com transtornos mentais graves, os CAPS buscam a desinstitucionalização da loucura e a superação do modelo biomédico, ao realizarem ações direcionadas ao território, pensadas e executadas por meio de uma atuação multiprofissional, a única capaz de abarcar a complexidade do sofrimento psíquico intenso. A atuação terapêutica que incide no território supera também o modelo clínico tradicional, de consultório, que tem como foco a doença, e conta com diversos saberes para pensar um projeto terapêutico que busque transformar o território em lugar de produção de cuidado (BRASIL, 2009; CUNHA E

BOARINI, 2011; FRANÇA, 2017). No novo modelo de clínica, o paciente precisa ser o protagonista de seu tratamento, pois só assim é possível alcançar uma verdadeira integração do sujeito à sociedade e operar sua transformação. Para possibilitar o protagonismo social e a recuperação da cidadania, os tradicionais saberes psi precisam ser acompanhados de diversos outros saberes, para auxiliá-los, por isso, indaga-se de que forma se articulam-se todos esses saberes? Como se integram para promover uma terapêutica territorial, intersetorial e integral?

2.3. Projeto Terapêutico Singular

Uma estratégia de articulação desses saberes é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que acontece por meio de uma discussão coletiva entre a equipe multiprofissional e o frequentador, resultando num conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, pensadas para esse sujeito, sua família e o território que habitam. O objeto de tratamento não é uma doença em si ou seus sintomas, são as relações de exclusão social e do sujeito com o mundo que constituem e impossibilitam as transformações da experiência de sofrimento psíquico intenso. Essa ideia é essencial para elaboração de propostas que vão além da medicação ou indicação de oficinas padronizadas, mas que busquem o ampliamiento dessas ações para as relações do indivíduo com sua família e o seu território. A singularidade do projeto entende que a experiência de sofrimento do sujeito é única e que ele possui um saber sobre seu adoecimento e suas necessidades. Por isso, é imprescindível que o frequentador faça parte na elaboração do plano e se torne protagonista de seu tratamento, para alcançar a própria retomada de cidadania e inclusão social (BRASIL, 2009; BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019).

É composto por quatro etapas: diagnóstico, divisão de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Por se tratar de um processo contínuo, essas etapas são dinâmicas, devendo ser discutidas e adaptadas quando necessário. No primeiro momento, é realizado uma avaliação orgânica, psicológica e social, estabelecem-se propostas de curto, médio e longo prazo, definindo o que compete a cada equipe e posteriormente se reúnem novamente para reavaliar as ações e propostas executadas (BRASIL, 2009). Entre os participantes envolvidos na sua elaboração estão: o(s) técnico(s) de referência, o frequentador do serviço e sua família; os técnicos são os responsáveis por fazer a mediação entre o usuário e sua família, acolher, estabelecer vínculo e identificar as necessidades desses sujeitos para, então, comunicá-las junto à equipe de saúde e desenvolver as ações a serem trabalhadas (BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019).

Tendo em consideração a constituição do PTS, no cotidiano, os profissionais do serviço de saúde encontram diversas dificuldades na sua implementação. Entre elas, destacam-se a dificuldade em definir os objetivos do tratamento, expandir as ações pelo território, incluir os familiares no processo e realizar um acompanhamento contínuo do projeto que inclua sua reavaliação. Os profissionais atribuem essas dificuldades a fatores como diversidade de visões e heterogeneidade do grupo de profissionais, o alto volume de frequentadores para cada equipe, falta de recursos materiais e financeiros (BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019). Para a saúde mental infantil as dificuldades se repetem: os PTS's acabam sendo muito generalistas, constam apenas indicações de frequência de grupos e oficinas, sem incluir explicações ou motivações para ações específicas. Uma vez que as práticas clínicas são indefinidas e teórica e metodologicamente diversas, muitos profissionais têm dificuldade em compreender como a dimensão clínica-terapêutica pode ser realizada para além das indicações, sentem-se inseguros em diversos casos e acabam por fazer uma simples oferta de espaço para as crianças, contornando situações que consideram problemáticas e evitando outras (MUYLAERT, 2016). Assim, França (2017) adverte que a dimensão clínica não pode consistir de intervenções padronizadas, mas devem refletir a pluralidade de sujeitos que compõem a instituição e constituir-se enquanto um possível disparador para o ato clínico de forma a produzir um cuidado específico para crianças e adolescentes.

Embora estejam colocados os novos princípios que guiam e orientam as ações, políticas e a própria clínica em saúde mental, é preciso refletir sobre como se pensa e se pratica essa pluralidade de clínicas que compõe o serviço de saúde mental. O que se destaca como ponto comum da clínica ampliada é a necessidade de suspender ou por entre parênteses o sintoma, e mais do que o sintoma, entende-se que o que é colocado entre parênteses é o saber *a priori*. É preciso suspender o que se supõe saber sobre o sujeito ou seu adoecimento, para que se cumpra o exercício duplo do qual se ocupa a clínica, primeiro restabelecer o saber que o sujeito tem sobre si e seu sintoma e por outro lado torna-lo protagonista de seu processo (FERREIRA E BONTEMPO, 2012; FRANÇA, 20; BRASIL, 2009). Para isso é preciso que haja um tensionamento entre a prática da dimensão clínica e da social, pra que se atenda às demandas universalistas da gestão e das políticas ao mesmo tempo em que se atente para as singularidades da clínica. Contudo, o que a literatura aponta é uma série de dificuldades em realiza-lo.

3. Metodologia

A saúde mental como campo que busca pensar o desenvolvimento de uma rede de cuidados que vá além do tratamento de doenças, incluindo socialmente e de forma cidadã pessoas em sofrimento psíquico intenso, o faz a partir da complexidade de uma clínica ampliada que transcende o consultório ou um único dispositivo, mas que procura integrar ações e estratégias no território (BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019). A oferta desse cuidado só pode ser realizada de forma plena se contar com a interdisciplinariedade que a complexidade do sofrimento psíquico intenso exige, envolvendo diferentes atores, a comunidade, o frequentador e uma equipe multiprofissional. Logo, investigar a dimensão clínica do Projeto Terapêutico Singular a partir da vivência de diversos profissionais, apresenta-se como uma tarefa complexa que precisa levar em conta singularidades inseridas em um contexto socio-histórico específico.

Portanto, a pesquisa qualitativa foi a metodologia utilizada neste trabalho por se tratar de um recurso que possibilita a exploração e compreensão de problemas sociais e fenômenos humanos complexos por meio das significações que indivíduos e grupos estabelecem nas relações e processos sociais (MINAYO, 1994; CRESWELL, 2010). A pesquisa qualitativa tem como foco a significação individual e a interpretação da complexidade de um fenômeno que surge quando pesquisador e participantes implicados no fenômeno passam a agregar sentidos à sua vivência possibilitando surgir o caráter interpretativo da pesquisa. Isso requer do pesquisador um posicionamento implicado que vai além de uma suposta neutralidade, mas que busca de forma explícita implica-lo e responsabilizá-lo pelas questões estratégicas, éticas e pessoais que envolvem o processo da pesquisa, possibilitando-o empregar diferentes estratégias de investigação, métodos de coleta, análise e interpretação desde que devidamente fundamentadas (CRESWELL, 2010).

A análise qualitativa, como caminho metodológico possível para compreender aspectos clínicos e subjetivos de uma equipe multiprofissional de um serviço de saúde mental infantojuvenil, leva sempre em conta a postura ativa do pesquisador que deve buscar se implicar de forma crítica na compreensão do fenômeno, só assim é possível que se aprofunde o conhecimento sem, no entanto, o totalizar de maneira que não permita a construção de outros sentidos posteriores. Dessa forma, Minayo (2012) coloca como ação principal da pesquisa qualitativa a compreensão do fenômeno, que é sempre parcial, inacabada e leva em consideração que tanto pesquisador como pesquisado estão inseridos em uma história e cultura

e, portanto, suas vivências, experiências e a própria singularidade estão em jogo. Ao mesmo tempo que limitam e contigenciam a compreensão do fenômeno, são esses os elementos passíveis de interpretação e que fornecem características novas, conflituosas, contraditórias e singulares do fenômeno (MINAYO, 2012).

Assim, como Demo (2011) coloca, se a pesquisa qualitativa não visa a apreensão do fato em si, mas de um sentido que surge e aparece nas falas e depoimentos a partir da extração do que há de mais próprio, singular e surpreendente, formalizando de maneira flexível a complexidade do fenômeno, escolhemos para o desenvolvimento da pesquisa utilizar de entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro com perguntas abertas previamente definidas para circunscrever o fenômeno investigado. A entrevista semiestruturada foi escolhida por se tratar de um instrumento composto de algumas perguntas orientadoras, previamente estabelecidas pelo pesquisador em acordo com o marco teórico e metodológico, que orientam a fala do entrevistado com o objetivo de aprofundar um determinado conteúdo sem, no entanto, enrijecer ou limitar sua comunicação (MUYLAERT et al, 2014). Por tratar-se do trajeto profissional e a experiência do profissional em serviços de saúde mental infantojuvenil, a entrevista semiestruturada é pertinente ao que se busca compreender do fenômeno, pois não intenciona apenas a vivência em si do participante, mas também sua experiência enquanto profissional.

As entrevistas foram realizadas com quatro profissionais de diversas formações que atuaram e atuam no campo da saúde mental e compõe uma equipe multidisciplinar. O critério de inclusão foi a seleção de no mínimo dois profissionais com formações diferentes dentre as profissões que fazem parte de uma equipe multiprofissional de serviços de saúde mental infantojuvenil como: psicologia, enfermagem, psiquiatria, educação física, assistência social, entre outras. O critério de exclusão foi o período mínimo de um ano de experiência em algum serviço de saúde mental infantojuvenil. É preciso ressaltar que devido ao momento inédito de pandemia e isolamento social no qual este projeto foi pensado e elaborado, as entrevistas foram realizadas de forma remota pela plataforma *Google Meet*, visando a segurança dos envolvidos. As entrevistas tiveram duração de 40 minutos em média, começaram com o estabelecimento de um *rapport* inicial com a apresentação do pesquisador e do tema do projeto e então foi seguido o roteiro semiestruturado¹ de maneira que a fala livre do participante e a escuta ativa do

¹ O roteiro semiestruturado utilizado para as entrevistas está anexado no apêndice B.

pesquisador se relacionavam de forma às vezes suscitar outras perguntas diferentes do roteiro ou mesmo pular perguntas que já haviam sido respondidas pelo participante.

3.1. Procedimentos

Os procedimentos metodológicos utilizados para a realização desse trabalho foram inicialmente uma investigação teórica da qual resultou um projeto de pesquisa a ser submetido para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP e posteriormente aprovado sob protocolo n. 39017120.8.0000.0023, e a realização de entrevistas semiestruturadas. Os encontros remotos foram gravados e transcritos visando um melhor aproveitamento das falas das participantes. Por fim, foram realizadas a análise e a discussão dos conteúdos.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente, pela plataforma do *Google Meet*, sem tempo de duração pré-estabelecido e foi preciso utilizar materiais como folha A4 com questões do pesquisador, gravador, caneta, laptop e quatro cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, assinadas pelas participantes. Foram necessários um encontro com cada participante, a primeira entrevista teve 40 minutos de duração, a segunda 30 minutos, a terceira 1 hora e a última 50 minutos.

O material produzido foi analisado por meio do referencial teórico-metodológico criado por Thompson (1998 apud VERONESE E GUARESCHI, 2006), a Hermenêutica de Profundidade – HP e readaptado por Demo (2006). Através de uma leitura qualificada do fenômeno, a HP propõe sentidos analisáveis do contexto sócio-histórico e espaço temporal que atravessam o fenômeno estudado. Concebendo a ideologia como um discurso que implica relações de dominação, sua concepção crítica procura esmiuçar as falas para captar os sentidos ocultos, não intencionais e as vivências. As construções significativas que surgem no discurso precisam ser contextualizadas e interpretadas, pois os objetos da investigação social são também sujeitos que trazem uma pré-interpretação do campo e por isso é fundamental compreender suas histórias, desejos, formas de se relacionar, papéis no grupo, dentre outros.

O processo metodológico da HP acontece por meio de diferentes etapas de análise que se complementam para a produção de sentidos, sendo elas: análise sócio-histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação. A primeira dimensão, a análise sócio-histórica, busca reconstituir as condições sociais e históricas dos fatores que compõem o campo de estudo, pois os compreende como partes integrantes e indissociáveis para sua explicação e pelas quais os sujeitos passam a simbolizar as relações assimétricas e de conflito. Na segunda parte, as formas

simbólicas são analisadas por sua estrutura interna, podendo ser através de uma análise semiótica, narrativa, de conversação ou de conteúdo, com o objetivo de esclarecer a complexidade das expressões que surgem no campo, enunciando os padrões e implicações que operam dentro dessas formas simbólicas (DEMO, 2006; VERONESE E GUARESCHI, 2006).

A fase seguinte, interpretação/reinterpretação, diferencia-se da anterior, pois ao invés de analisar, busca uma construção criativa por meio da síntese, integrando o conteúdo das formas simbólicas da segunda etapa com o contexto da sua produção. Fornece uma explicação, um novo sentido provisório de possíveis significados sobre aquilo que foi falado ou que está representado, em uma tentativa de significar o conteúdo da mensagem, isto é, contém um potencial crítico da interpretação que é tanto consensual quanto necessário para a transformação dos fenômenos sociais e abertura de novos sentidos (DEMO, 2006; VERONESE E GUARESCHI, 2006).

4. Resultados e Discussão

Neste capítulo são apresentadas as análises das informações qualitativas produzidas a partir das categorizações das entrevistas com as quatro participantes, de acordo com a metodologia proposta por Demo (2006) apresentada no capítulo anterior. Começaremos com a contextualização sócio-histórica dos serviços de saúde mental infantojuvenil no Brasil, e mais especificamente no Distrito Federal, os critérios para composição de uma equipe multiprofissional e os princípios que guiam sua atuação. Posteriormente, apresento as categorias de análise que foram destacadas a partir das entrevistas e a interpretação e reinterpretação possíveis.

4.1. Contextualização socio-histórica

Conforme visto no primeiro capítulo, a defasagem histórica da atenção em saúde mental de crianças e adolescentes não é um problema específico do Brasil, é geral e observável em diversos países. Porém, mostra-se mais expressiva nos países em desenvolvimento, e mostra que a simples transposição das estratégias de saúde relacionadas aos problemas de adultos é ineficiente diante das especificidades do contexto infantojuvenil. Outros fatores como: a complexidade da avaliação diagnóstica; a diversidade de comorbidades e a variação do período de incidência; a inclusão de outras instâncias como a família e a escola para avaliação e adesão no tratamento; e a inexistência de fundamentos sobre eficácia e efetividade dos tratamentos para transtornos mentais na infância, tornam mais complexa a composição de uma estratégia de cuidado eficiente (COUTO et al, 2008).

Sobretudo, o princípio de cuidado em rede na atenção à criança e ao adolescente se mostra fundamental e também desafiador. Os diversos setores independentes à saúde, como a educação, assistência social e justiça, são partes integrantes da rede, mas durante muito tempo trabalharam de forma desarticulada, mesmo que ainda incidissem sobre as crianças e os adolescentes com transtornos mentais, o que acabou por promover uma subutilização do cuidado e assimetria na oferta de recursos (COUTO et al, 2008). Esse fato é corroborado em todas as entrevistas pela fala das participantes, seja ao ressaltar a importância que a rede tem como porta de entrada ou como parceira no cuidado, seja nas dificuldades em alcançar e acionar certos setores.

Os CAPSi compõem a rede de atenção psicossocial (RAPS) e têm como prioridade o atendimento a crianças e adolescentes que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente

de transtornos mentais graves e persistentes ou sofrimento psíquico pelo uso de álcool e drogas. Seu planejamento é previsto para cidades com 200.000 habitantes ou mais, embora atualmente, no Distrito Federal, operem apenas quatro CAPSi na região de Sobradinho, Asa Norte, Recanto das Emas e Taguatinga. Esse quatro centros atendem às demandas de todas as regiões adjacentes de cada serviço, o que sobrecarrega o serviço, fato corroborado pela fala da participante Maria: “a gente não consegue trabalhar naquele escopo ideal, que é o atendimento diário, ir lá passar o dia, a gente não consegue pelo número de servidor, pela unidade física, pela população que é o dobro do previsto”; e discriminado por Couto et al (2008, p. 393) “os indicadores disponíveis sugerem que a expansão da rede CAPSi está aquém da necessária (...). Em relação percentual aos CAPS têm se mantido inalterado ao longo dos anos”. Em 2014, a população estimada do DF era de 2.852.372 e possuía um índice de cobertura de 0,46 CAPS por 100 mil habitantes, indicando uma cobertura regular/baixa e muito abaixo da média nacional de 0,86 CAPS/100 mil habitantes. A população estimada do DF, de acordo com dados do IBGE, no ano de 2020 era de 3.055.149² para apenas quatro CAPSi.

Outra parte relevante da construção dos CAPSi é o trabalho composto por equipes multiprofissionais contendo no mínimo um psiquiatra, neurologista ou pediatra, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio, com contratações realizadas mediante concurso público e em casos de urgência por seleção pública no regime CLT. As diretrizes salientam que se deve promover o trabalho interdisciplinar rompendo com os “especialismos” visando a construção de um novo trabalhador da saúde mental.

Nos últimos 30 anos as políticas públicas do Governo Federal e Distrital se constituíram no sentido de instaurar a Rede de Atenção Psicossocial e promover sua consolidação a partir da abertura de dispositivos como os CAPS. Porém, desde 2015, é possível acompanhar um movimento de desmonte das políticas em saúde mental, tanto no nível nacional quanto distrital. O Ministério da Saúde anunciou em 2020 a revogação de cerca de 100 portarias lançadas entre 1991 a 2014 relacionadas à política de saúde mental, visando o financiamento e investimento em hospitais psiquiátricos, aumento de leitos e terceirização de empresas. Cargos estratégicos na gestão da rede passaram a ser ocupados por perfil político em detrimento de uma indicação técnico/científica (MPSMDF E INVERSO, 2018). Uma série de portarias que compõe o Plano

² O último censo realizado foi em 2010. Portanto, essa é uma estimativa indicada para o ano de 2020 pelo site do IBGE no momento de acesso. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>. Acessado em: 8 de Junho de 2021.

Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal foram lançadas instrumentalizando o financiamento do aumento de leitos psiquiátricos e outras manobras que incentivam a volta do modelo manicomial, sendo todas essas novas medidas elaboradas sem o processo democrático, participação do terceiro setor e da sociedade civil cabíveis (SUSCONNECTA, 2020; CRP, 2020; MPSMDF E INVERSO, 2018).

É preciso também contextualizar o cenário atual no qual se deu a entrevista das participantes e que tem crescido ao desgaste e desmonte da Rede de Atenção Psicossocial. Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo Coronavírus (BRASIL, 2020). O distanciamento social foi uma das medidas aplicadas pelos governos locais em consonância com as recomendações dos organismos internacionais e o plano de contingenciamento das atividades públicas e privadas, instaurou-se a suspensão de alguns serviços como medida de prevenção e contenção do vírus, dentre eles os dispositivos terapêuticos com coletivos e grupos (FONSECA et al, 2020). Diante disso, os CAPS encontram-se funcionando apenas para atendimentos individuais, pontuais e de urgência, as UBS estão priorizando os atendimentos aos casos de suspeita de COVID-19 e os leitos hospitalares encontram-se em capacidade máxima para tentar abrigar a demanda de casos graves, além disso, as escolas públicas estão temporariamente fechadas diminuindo ainda mais a rede para crianças e adolescentes. Por isso, o cenário das entrevistas com as participantes foi de sobrecarga do serviço e da equipe, desassistência, urgência da população mais vulnerável, aumento de casos novos e agravamento dos casos crônicos.

Por fim, apresentamos as entrevistadas³ e suas trajetórias profissionais até fazerem parte da equipe de um CAPSi no Distrito Federal. A primeira entrevistada, Maria, está há três anos no CAPSi, é formada em Enfermagem, sanitária com especialização em controle de infecção, infectologia e gestão de saúde e habilitação em Psiquiatria. Durante sua graduação Maria diz que não teve contato com o campo da saúde mental infantojuvenil, apenas na parte pediátrica da área hospitalar e em comunidades terapêuticas com adultos. De acordo com ela, sua experiência que mais se assemelha ao CAPS foi na UBS com o Núcleo de Apoio de Saúde da Família – NASF.

³ Os nomes das participantes da pesquisa são fictícios.

A segunda entrevistada, Alice, está há dois anos no serviço e é formada em Terapia Ocupacional (T.O.). Durante sua formação uma das experiências na área de saúde mental foi na ala de tratamento psiquiátrico em uma penitenciária e depois de formada trabalhou seis anos em uma clínica de saúde mental com adultos. Quando foi chamada pelo concurso da Secretaria de Saúde ficou dois anos na ala de pediatria de um hospital antes de conseguir transferência para um CAPSad e, posteriormente, um CAPSi. Também possui formação na área de Constelação Familiar Sistêmica.

A terceira entrevistada, Joana, esteve um ano com a equipe do CAPSi, é formada em Pedagogia, com especialização em Psicopedagogia e trabalhou durante trinta anos nas equipes multidisciplinares da Secretaria de Educação. Relata que acompanhou o surgimento dos CAPSi na rede do DF, a partir da articulação com as escolas públicas em que atuava, antes de ter a experiência como parte da equipe. Formou-se, também, em Psicologia e é mestre na área de Educação com especializações em psicanálise.

A quarta entrevistada, Laura, está há quatro anos compondo a equipe do CAPSi, é formada em Psicologia. Durante sua formação já tinha interesse de trabalhar com o público infantil e teve vários estágios na área de saúde mental e saúde pública. Dentre eles, cita a experiência em uma clínica que tinha diversos procedimentos e formato manicomial que resultou em uma movimentação para fecha-la e a mobilizou muito. Depois de formada, trabalhou em uma ONG infantil fazendo um trabalho de inclusão psicossocial, em clínica de saúde mental e consultório particular, também com o público infantojuvenil.

4.2. Análise Formal

Neste tópico, apresenta-se-á as análises das informações qualitativas obtidas a partir da transcrição das entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente com cada participante. Por meio dos relatos de cada participante foi possível destacar algumas categorias de sentido relevantes para análise.

4.2.1. Multiprofissional e Interdisciplinar

Lobosque (2003) lembra que as disciplinas da saúde, em especial as da área psi, surgiram nos hospitais psiquiátricos, nas instituições disciplinares, com intuito de punir e corrigir, ao disseminar uma normatização com respaldo de um saber científico e técnico baseado em um modelo de racionalidade que historicamente compôs a clínica na saúde mental.

Para que se possa superar esse ranço que a clínica ainda tem e muitos profissionais carregam, é necessário que na saúde mental a clínica seja mais uma das diversas estratégias, que têm como foco não só o sujeito, mas as instituições, a política, cultura e o território, no intuito de autonomia, independência e cidadania.

A partir dos relatos sobre a formação profissional e a trajetória individual no campo da saúde mental de cada uma das participantes foi possível perceber que, embora todas tenham tido alguma experiência prévia na saúde pública, algumas trajetórias foram mais marcadas por serviços de cunho ambulatorial ou mesmo em outras partes da rede, enquanto outras no campo da saúde mental, com experiência de desinstitucionalização e de reforma psiquiátrica. Já a atuação com o público infantojuvenil aparece mais como um interesse individual que foi buscado por conta própria, contemplados brevemente pela grade curricular na formação superior. Nota-se que as formações acadêmicas refletem a coexistência dos dois paradigmas do modelo de saúde, o biomédico e o psicossocial, podendo constituir-se enquanto um modelo autoritário e hierárquico de educação que implica na postura que os profissionais podem assumir em campo (RESENDE, 2015). Assim, é um desafio ético assumir uma postura de abertura, uma disposição afetiva para conviver em uma relação horizontalizada onde os saberes técnico e científico não se sobreponham aos saberes daqueles de quem cuidamos (RESENDE, 2015). Acerca do trabalho com crianças e adolescentes, é preciso observar que o desafio é ainda duplo, pois além do estigma da loucura, há o estigma das crianças e adolescentes enquanto incapazes de responder e falar por si.

A inserção dos profissionais no CAPSi é feita pela Secretária de Saúde de acordo com disponibilidade de vagas e classificação do profissional no concurso público. Dessa forma, não leva em consideração a trajetória e interesses dos profissionais, o que ficou claro em alguns relatos como “cair de paraquedas no CAPSi” (Participante Maria) ou “demorei até conseguir minha transferência” (Participante Laura). Uma vez no serviço, a trajetória e interesses individuais são contemplados pela própria gestão e organização interna da equipe multiprofissional, a partir do que foi nomeado nas entrevistas como perfil de habilidades. Esse perfil diz tanto das especializações curriculares, extracurriculares e da preferência do profissional em trabalhar com algum formato, faixa etária ou diagnóstico. Dessa forma, os perfis estabeleciam uma preferência entre trabalho individual ou em grupo, com os adolescentes ou com as crianças, o perfil do transtorno mental e trabalho lúdico ou de escuta:

“(…) mais autista e peguei muito a questão da dependência química que era o meu tema de pesquisa. Então comecei a atuar mais nessas duas vertentes. Porque aí a unidade vai vendo mais o seu perfil de habilidade e vai te encaixando naturalmente esses pacientes. (...) Vai do profissional, por exemplo, eu tenho 3 psicólogas, uma que já não é muito do lúdico, é mais da escuta, então ela é ótima, aí é aquilo que eu falei a gente internamente vai filtrando esses pacientes delimitando pela habilidade da pessoa, então ela é cheia de paciente depressivo e família que precisa de muita escuta, porque ela não é muito de ir pra quadra correr, pular de pé descalço. Aí tem eu e o enfermeiro que somos muito desse perfil do lúdico mais amplo. Então vai muito da habilidade do profissional que estamos convivendo” (Participante Maria)

Lobosque (2003) aponta que a função da gerência embora, em parte, tenha que ser bem estruturada e regrada ao organizar os recursos humanos, precisa ser flexível, pois o que está em jogo no trabalho não é garantido por uma formação acadêmica específica, mas pela disponibilidade em escutar, cuidar, negociar sem ser impositivo e decidir de forma implicada. Ainda que exista essa organização flexível, as especificidades de cada formação e o desenvolvimento de certas competências ainda levam a algumas concepções e expectativas por parte da própria equipe sobre as áreas de atuação de cada profissional e a atividade pela qual deveria ser responsável - a terapia ocupacional para a estimulação sensorial, a enfermagem para a assistência de cuidados, a psicologia para o manejo de grupo ou atendimento individual - como identificado no trecho seguinte:

“O CAPSi tem uma demanda grande de autismo, então existe já quase que uma associação de T.O. pra fazer trabalho com TEA de integração sensorial, estimulação e enfim, que eu sei fazer e faço naturalmente, mas que não é o que brilha meus olhos. Então quando eu entrei no CAPSi fui inserida num grupo de pais e filhos TEA onde a gente fazia e ensinava os pais a estimular as crianças, o que pra mim faz muito sentido, pois o pai fica com a criança 24 horas, então se ele sabe estimular e fazer é muito melhor que fazer na terapia de vez em quando” (Participante Alice)

Isto é corroborado pelo fato de as formações específicas ainda terem certos estereótipos que facilmente caem em um monopólio e expectativa acerca do que cada profissional deveria fazer (LOBOSQUE, 2003). A Política Nacional da Atenção Básica define algumas atribuições comuns a todos os profissionais como por exemplo: participar do processo de territorialização; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos frequentadores,

proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2012). Documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2007; 2009; 2013) citam algumas habilidades que todos os profissionais deveriam exercer, embora não tenha sido encontrado nenhum documento, nem mesmo no Manual do CAPS (BRASIL, 2004), arrolamento das atribuições comuns aos profissionais, mas sim de algumas das atividades que são realizadas nos CAPS como o atendimento individual, em grupo e para família, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização.

Diferentes profissionais podem realizar o acolhimento ou coordenar uma oficina por exemplo, ou podem aprender a realizar uma estimulação sensorial ou fazer manejo de grupo, no entanto, o que se observa na prática é que existem expectativas e concepções por parte da equipe e, também, vontade dos próprios profissionais em ocupar esses lugares tradicionais (FERREIRA, 2012). Algumas atribuições são exclusivas de cada profissional, previstas por lei e nos códigos de ética de cada Conselho Profissional, e são fundamentais para contemplar a alta complexidade do serviço e o atendimento a casos graves. Essas são especialidades profissionais que não se deve confundir com as especificidades do procedimento clínico pelas quais toda a equipe deve responder. Embora o médico seja o único que possa prescrever um remédio, não significa que os outros profissionais não possam compreender o porquê da recomendação, não no intuito de exercê-la, mas de complementar a integralidade do cuidado ao discuti-la e observar os seus benefícios ou malefícios (FERREIRA, 2012). Tal posicionamento corrobora o trabalho interdisciplinar, como colocado por Pombo (2005), no qual a curiosidade, o interesse e abertura genuínos pelo novo, guiam uma prática de colaboração e cooperação para articular saberes e potencialmente aprofundar o conhecimento. Um exemplo deste funcionamento na equipe aparece em um trecho das entrevistas:

“E aí eu sempre gosto muito de chamar um outro profissional pra ver esse atendimento, não esperar que esse profissional vá fazer isso um dia, mas pra ele entender por onde passa, por exemplo, uma prescrição de cadeira de roda. (...) Por exemplo, coisas da assistência social que são muito burocráticas, eu ainda tenho muita resistência. Então é confortável pra mim solicitar a assistência social junto, mas aí de que forma eu me trabalho com isso? Eu peço pra atender junto, pra eu a ver

atuando e de alguma forma absorver algumas coisas, pra diminuir a minha resistência também” (Participante Alice)

No paradigma da atenção psicossocial, o trabalho interdisciplinar deve basear-se na quebra da hierarquia de especialidades, horizontalizar e difundir saberes, para que a individualização e fragmentação das funções, tão comuns ao corporativismo, no campo da saúde mental não incorram na desresponsabilização pela integralidade do cuidado, colocando um profissional como responsável por determinados procedimentos, avaliações, diagnóstico ou mesmo autorizando um profissional como o mais qualificado (BRASIL, 2009). A mesma participante cita a transdisciplinariedade como uma meta utópica, mas que de alguma maneira guia a sua atuação hoje, no sentido de que, embora cada profissional tenha algum domínio exclusivo, compreender qual o sentido dessa especificidade, como ela é pensada e de que forma as outras atuações podem contribuir é fundamental. Para Pombo (2018), o sufixo *trans* atribui um sentido de ir além, ultrapassar a barreira do que é a própria disciplina em si, uma unificação radical de saberes que só seria possível com o desenvolvimento constante de superação dessas barreiras. Portanto, a atitude da entrevistada já denota esse esforço de superação, assim como o trabalho multiprofissional e interdisciplinar nessa equipe parece ser visto muito mais como uma potencialidade enriquecedora de uma atuação colaborativa, respeitosa e em uma lógica de complementariedade.

No entanto, os desafios dessa realidade começam a aparecer, pois embora as diretrizes estabeleçam o que deve ser feito, quais habilidades, atividades e por quem, não há descrição do como fazer e “a formação profissional apresenta-se como um nó crítico permanente em relação à distância entre aquilo que se aprende na universidade e a realidade dos serviços de saúde” (CFP, 2013, p. 117). Na ausência de normas, o profissional é requisitado, a partir de sua prática, a fazer uso de suas próprias habilidades e com isso o serviço começa a elaborar sua construção de estratégias, normas e valores (BEZERRA et al, 2018). A lacuna entre o trabalho prescrito e o real do trabalho dá espaço para que o coletivo atue ultrapassando as fronteiras de suas habilidades, sem estabelecer papéis fixos ou rígidos que a pluralidade de demandas exige, e também é nela que os desafios começam.

Nessa perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, as reuniões de equipe e mesmo os PTS devem contar com a presença dos mais diversos profissionais na intenção de que todos os saberes e fazeres presentes se igualem e se articulem em busca, não da totalização,

mas de um consenso democrático que regeria a condução do caso, sob uma autorização difusa (FERREIRA, 2012). Porém, na prática, o que acontece muitas vezes é que a equipe desenvolve uma dependência do psiquiatra ou médicos que leva a uma subordinação dos outros saberes à aprovação final pelo médico ou mesmo uma certa tendência dos outros profissionais a delegar as decisões mais importantes a eles (LOBOSQUE, 2003). Isso aparece nas entrevistas de forma conflitante; quando indagadas sobre como se articulam as diferentes perspectivas e objetivos do tratamento na hora de realizar o PTS, todas pontuam que há pouca discordância, mas duas das participantes dão ênfase ao trabalho em parceria com o psiquiatra enquanto outras duas apontam para uma valorização problemática deste profissional:

“O psiquiatra é muito parceiro nosso, as pessoas que estão lá hoje tem perfil e habilidade para saúde mental, da minha equipe de servidor a gente tem 20, mais 7 residentes e 2 estagiários. (...) Eu acho muito tranquilo, essa questão da discussão de caso, das definições em mini equipe e de visões, por exemplo, o psiquiatra adora e pede muito esse apoio da equipe, do olhar: “a é personalidade mesmo? que que você enxerga? E a relação com a família? Que que você sente como paciente?”” (Participante Maria)

“Mas normalmente a gente tem uma equipe muito alinhada né, por exemplo, o médico fala: "eu acho que é importante a gente olhar" ou às vezes a gente fala: "a gente acha que precisa de uma avaliação médica de repente uma intervenção medicamentosa". A gente sempre trabalha com uma coisa do então se a equipe acha que é legal, se o profissional acha que é importante, vamos marcar e a gente vê como é que vai ficar. Porque assim a gente confia muito no acompanhamento do psiquiatra que trabalha com a gente, ele é um médico extremamente humano, sabe? Que ele não vai polimedamentar ninguém, ele não vai dar remédio se não precisar. Então tranquilo, quando a gente acha que é uma questão mais sensível judicial a gente pede a assistente social junto ou ela mesmo se coloca vou entrar nesse caso aí” (Participante Alice)

“Muitas vezes na reunião, eram muitos casos pra levar, com muita participação do médico, na minha opinião não acho que eram tantas assim, ate porque não se resolve só com a medicação. E aquela coisa de cada um com sua pastinha ansioso pra falar: “eu estou com essa dificuldade e não sei o que fazer com ela”, e depois que sai dali essa pauta que poderia ser ampliada nesse PTS pra pensar como cada um podia articular pra atuar ali, eu não via esse plano como muito efetivo” (Participante Joana)

“A minha preocupação maior são duas: a questão biomédica que ainda é muito forte, não sei se é porque tem esse histórico da equipe de enfermagem muito forte, a formação deles. Não sei se é isso, mas tem isso muito forte. Daí de alguma forma a psiquiatria, nas reuniões você vê os casos são falados para o psiquiatra, as conversas e as trocas são

para o psiquiatra, e o que ele diz conta muito mais do que as outras pessoas dizem então isso é o delicado” (Participante Laura)

Embora seja possível supor que a fala das duas primeiras entrevistadas ressalte propositalmente o papel do psiquiatra para mostrar que não há esse percalço na tentativa de horizontalidade desta equipe, a fala das demais participantes aponta para o contrário. Desse modo, analisando a fala de Maria “o psiquiatra é muito parceiro nosso”, apresenta-se como uma dicotomia entre nós a equipe e ele psiquiatra que também se repete na fala de Alice “o médico fala (...) ou a gente fala”. Outra complicação é apontada por Joana: “cada um com sua pastinha ansioso pra falar: “eu estou com essa dificuldade e não sei o que fazer com ela””, a falta de uma normativa e da retirada do poder biomédico do eixo central implica na desconstrução de todas as outras identidades profissionais e discursos dominantes que muitas vezes faz com que os profissionais busquem outra via de renormatizar as estratégias, ao buscar, por exemplo um profissional que solucione o problema, ou um discurso que fundamente as intervenções feitas, como via de manter o modelo racionalista do qual a loucura escapa (LOBOSQUE, 2003).

Isso não quer dizer que as intervenções não devam ser pensadas por um prisma teórico ou mesmo que não se deva buscar solucionar alguns impasses. Da mesma maneira que a frase popularizada durante a reforma psiquiátrica “todos fazem tudo” foi muito importante para pontuar o fim do modelo biomédico, hoje, causa confusões clínicas e de gestão, pois não quer dizer que realmente todos os profissionais façam de tudo (FERREIRA, 2012). É preciso alcançar um meio comum no qual todos os profissionais se corresponsabilizem pelo cuidado, ainda que alguns fazeres clínicos exijam uma formação especializada para sua prática. Ademais, é necessário reforçar que a integralidade não se remete a uma possível totalização do cuidado por parte de uma equipe ou mesmo da soma de vários saberes, mas à implicação de uma tomada de decisão pensada por vários e escolhida de forma democrática e isso só é possível se incluir e fazer dar voz ao frequentador (FERREIRA, 2012; LOBOSQUE, 2003).

4.2.2. Família e Rede

O trabalho junto à família e à rede já é previsto pelos princípios norteadores da RAPS e ganham um peso maior quando se trata de crianças e adolescentes, pois entende-se que estes são dependentes jurídicos e sociais de alguma outra instância, o que os caracteriza como vulneráveis e, portanto, nunca são apreendidos fora de seu contexto social imediato, seja a família ou uma instituição. Anteriormente ao paradigma da atenção psicossocial, a família era

culpabilizada pelas origens do adoecimento psíquico, o que de certo modo justificou as práticas segregadoras do modelo asilar (FÉLIX, 2014). As famílias que procuram o serviço de saúde mental estão lidando com a desorganização e urgência inerentes ao sofrimento psíquico intenso e muitas vezes estão também potencialmente adoecidas. Por isso, nesse novo modelo a participação da família é considerada essencial, sendo um dos objetivos do CAPS incentivar a participação direta nas atividades do serviço como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004). Nesse sentido, quando indagada sobre as especificidades do trabalho com crianças e adolescentes uma das entrevistadas coloca:

“(…) se não tiver a rede eu ainda consigo trabalhar um pouco com o adulto, mas a criança, se eu não tenho essa criança na escola, se eu não tenho a escola jogando junto, o Conselho Tutelar quando ela está sofrendo violações né, a família não diferencia tanto quanto para o adulto, é tão importante quanto” (Participante Alice)

Ainda que a articulação da rede seja fundamental, o que parece sobressair em todas as entrevistas é o peso que o trabalho com a família aparenta ter para o CAPSi, que é inclusive nomeado por uma das entrevistadas (Maria) como “*CAPSFamilia*”. Nos dispositivos de grupos, o grupo de pais é mencionado por todas as participantes, inclusive, a entrada da criança diagnosticada com TEA no grupo de crianças fica sujeita primeiro à passagem do cuidador pelo grupo de Pais TEA. Embora não seja colocado como uma regra, essa organização mostra que se não há investimento ou um cuidado em paralelo com a família ela pode se configurar como barreira à evolução do tratamento com crianças e adolescentes (MUYLAERT, 2016). Nos dispositivos individuais, três entrevistadas mencionam casos diferentes nos quais o acolhimento e as intervenções com o cuidador eram prioritários ou mesmo impeditivos para o cuidado com a própria criança.

Os índices institucionais, mencionados por uma das entrevistadas, corrobora o peso que o trabalho com os familiares tem na própria demanda e gestão do serviço e a família também aparece como instância de aprovação ou não do PTS, pois é pelo cuidador primário que se acorda a dosagem de remédio e a frequência no serviço, que muitas vezes está sujeita à disponibilidade desse cuidador e não da criança e adolescente.

“O que eu vi é que não trabalhamos com crianças e adolescentes, a gente trabalha com a família toda e com a rede, inclusive nos nossos

indicadores institucionais, o atendimento familiar quase chega ao individual, vamos dizer que eu tenho 400 individuais por mês, eu tive 330 familiares” (Participante Maria)

“(…) como que a gente vai cuidar? A gente vai amparar as famílias, e isso é desde 2017 que a gerente da época pensou assim, a gente tem que estar com as famílias. Porque a gente vê que se os pais estão falando a mesma língua que a gente e se toparem esse desafio de estar ali juntos e compreendendo o que a criança tem e que ela precisa de limites, cuidado, contenção e um olhar, a gente vê que o resultado é muito maior. Então a gente tá olhando, tá junto com a criança e tá junto com as famílias, porque às vezes nem é pai, é o avô que cuida, um tio que assumiu” (Participante Laura)

Nesse sentido, é preciso atentar-se para o fato de que muitas vezes os profissionais culpabilizam as famílias tanto pela origem dos problemas de adoecimento psíquico quanto pela efetividade do tratamento ofertado no CAPSi (MUYLAERT, 2016) o que muitas vezes distancia e obstaculiza parte do tratamento. Por isso, quando destaca-se aqui a fala de uma entrevistada num trecho do tópico 3.2.1. qual afirma que ensina os pais a fazerem a estimulação sensorial e o considera mais importante que o próprio fazer no CAPSi, uma vez que entende que a família poderá fazer com mais frequência que o serviço. Isso pode ser um ponto importante, para compreender que além do acolhimento da família, outra função de destaque é a transmissão de saber entre os cuidadores que passa necessariamente pela desconstrução de concepções prévias acerca do que é o transtorno mental, saberes e discursos impotentes frente a essas crianças e adolescentes (FERREIRA, 2012).

Ao entender que a criança é concebida previamente pela família de forma idealizada, excluindo-se a possibilidade de um transtorno mental, a confirmação de um diagnóstico psiquiátrico contrasta a versão idealizada com a criança real, o que causa um impacto na dinâmica familiar e gerando, muitas vezes, sentimentos de frustração, culpa, tristeza e não aceitação relativos à falta de conhecimento, familiaridade e convívio com o adoecimento mental (MUYLAERT, 2016; SILVA E MELO, 2012). Portanto, é imprescindível compreender também o saber dos pais sobre essas crianças, escutar suas idealizações, os saberes pré-concebidos sobre o transtorno e os estigmas para que assim se possa dar outros sentidos à experiência com o sofrimento psíquico intenso, construindo novos olhares e saberes que

possibilitem o convívio com sofrimento de maneira compartilhada, e ao mesmo tempo particularizada, podendo então, mobilizar mudanças com a criança (SILVA E MELO, 2012). Assim, as entrevistadas destacaram o quão relevante é a compreensão dos pais sobre o tratamento e algumas técnicas que podem ser realizadas no dia a dia e o alinhamento entre o serviço e a família.

Outro ponto importante enfatizado pela literatura (CUNHA E BOARINI, 2011; MUYLAERT, 2016; FÉLIX, 2014) é o fato de a maioria dos cuidadores de crianças e adolescentes com transtorno mental serem mulheres e a ausência dos homens nos cuidados. Nas entrevistas, principalmente as mães são mencionadas como cuidadoras: “ou a mãe também fala eu tô sendo atendida pelo psicólogo, mas eu queria falar com a fono” (Participante Maria), “Ai deliberava pra talvez chamar a mãe, pra mexer nos remédios” (Participante Joana), “a gente atendeu uma mãe que o filho é autista” (entrevista 4); e poucas referências aos homens na função de cuidado. Mesmo em famílias que não são monoparentais, raramente a tarefa de cuidar é compartilhada pelo pai, com a justificativa dos homens serem os provedores principais, ainda que a tendência de entrada da mulher no mercado de trabalho tenha aumentado significativamente o mesmo não é observado na tendência de homens cuidarem da vida doméstica, sendo considerados como participantes complementares no cuidado dos filhos (MUYLAERT, 2016; FÉLIX, 2014). Dessa forma, as mulheres cuidadoras têm um duplo e por vezes triplo encargo de cuidado dos filhos, das tarefas domésticas e de complementação da renda, que implica em uma sobrecarga e adoecimento dessas cuidadoras. Por isso, seria interessante pensar se essa estatística é refletida na clientela dessa equipe e quais intervenções poderiam ou são feitas no sentido de reconfigurar essas práticas parentais de modo a aliar e implicar os homens no tratamento de seus filhos.

Já sobre a integração e articulação com a rede, as entrevistadas referiam-se a ela como um fator essencial e de cooperação próxima ao CAPSi. A UBS foi citada como um dos elementos essenciais tanto como porta de entrada e acesso à RAPS além de auxiliadora do cuidado no caso das famílias que moram longe do CAPSi e que de alguma forma dão continuidade ao tratamento por meio da UBS mais próxima, juntamente ao PAV, Conselho Tutelar e escola. No entanto, vale ressaltar que, com a pandemia, a suspensão de alguns serviços e o aumento de casos graves têm causado uma desarticulação da rede e uma sobrecarga do serviço. Os dispositivos de grupo já haviam sido e seguem suspensos desde o ano passado, havendo apenas o atendimento individual por telefone e *in loco*, quando necessário e apenas

dois grupos remotos. Sobre esse ponto, considera-se importante colocar a fala de Laura a respeito do atual cenário de articulação da rede e gestão da Secretária de Saúde, quando perguntada sobre os maiores desafios do trabalho:

“(…) outro ponto é a cronificação dos nossos casos. Tem a nota técnica que existe há uns anos e orienta de que os casos graves são nossos, e a Atenção Básica fica com os casos leves a moderados, só que agora em pandemia tá todo mundo ficando grave e o CAPSi tá inchando e a gente não tá tendo vazão porque não está tendo rede. Por exemplo, casos nossos antigos que já poderiam estar mais incluídos, poderiam estar no Centro Olímpico, no Instituto Cidadão, no Primeiro Emprego, todas essas outras alternativas, está tudo fechado. Nada funciona e a gente não está tendo pra onde mandar, pra fazer a reciclagem e receber os novos pacientes, então a gente tá inchando. (...) a parte lá de cima, a gestão, nem é a nossa gestora, é a gestão diretoria e tal, não manda um substituto não tem o menor cuidado. Então assim, esse é o cenário, a gente virou ambulatorial por causa da pandemia, a gente está com 2 grupos funcionando online, o grupo da família de autismo e o grupo de adolescente que iniciou agora” (Participante Laura)

Assim, conforme aponta Fonseca et al (2020), grandes potencialidades da Atenção Psicossocial que são a articulação intersetorial e o trabalho territorial estão obstaculizados, o afastamento de servidores em grupo de risco e por licença médica, o agravamento de casos leves e moderados, assim como, o aumento dos fatores de risco para o surgimento de novos casos somam-se à desafios anteriores, como o alto volume de frequentadores por CAPS, a diversidade dos territórios que acabam sendo atendidos e a escassez de recursos materiais, financeiros e humanos, o que torna o trabalho ainda mais árduo. Obstante, ressalta-se que a equipe tem elaborado diversas estratégias na tentativa de adaptação e continuidade do serviço como grupos online com os cuidadores de crianças TEA e com adolescentes, atendimentos por telefone, dentre outros.

Na tentativa de adaptação ao cenário atual e continuidade do serviço, a equipe realizou uma pesquisa por meio da divulgação entre os frequentadores de um questionário online para compreender quais dispositivos virtuais eles tinham mais acesso e facilidade no uso, assim como quais questões e demandas estavam mais urgentes e surgindo nesse novo contexto. A

partir desse mapeamento, foram elaborados grupos online pelo aplicativo *WhatsApp*, elencados temas a serem trabalhados em encontros temáticos e divulgação de materiais audiovisuais por outras plataformas como o *youtube* e materiais produzidos pela própria equipe. Essa metodologia só se mostrou possível com o grupo de pais e adolescentes, as crianças seguem no dispositivo individual ou aguardando o retorno da atividade em grupo.

Por fim, ressalta-se que o trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso é uma via de várias mãos, de fazer falar os pais para dar outros sentidos à convivência com o transtorno mental, de articular a rede de cuidados, e, sobretudo, tem o intuito de dar voz a essas crianças e escuta-las sobre suas demandas, sintomas e saberes (SILVA E MELO, 2012). Assim, questionamos: como ouvi-las?

4.2.3. Projeto Terapêutico Singular

O PTS é entendido como uma variação complexa da “discussão do caso clínico” que busca articular um conjunto de ações resultantes de uma construção coletiva da equipe multidisciplinar a partir da singularidade da pessoa a quem se destina, ao considerar suas necessidades, expectativas, crenças e o contexto social (BRASIL, 2007). Em geral, o profissional que fez o acolhimento do frequentador será seu Técnico de Referência (TR), responsável por desenvolver um vínculo, elaborar, monitorar e reavaliar o seu projeto terapêutico, o qual pode ser desenvolvido pelo TR de forma individual, em mini equipe ou com toda a equipe, contando com a participação do usuário, família e sua rede social a fim de promover o protagonismo, autonomia e inclusão social do frequentador (BRASIL, 2007; BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019).

Idealmente, o PTS contaria com a participação de toda a equipe, de maneira propositiva e inventiva, sem que se sobressaia a visão de uma única área ou profissional, para ser discutido pelo TR com o frequentador e sua família, se constituindo como um espaço de diálogo que favorece e promove a interação social, tão importante para os sujeitos em sofrimento psíquico intenso (BEZERRA, AGUIAR, RESENDE, 2019). Quando indagadas sobre como era realizado o PTS, duas das entrevistadas dão respostas semelhantes ao que é previsto nos manuais sobre Saúde Mental da RAPS:

“Então em três formas: sozinha se você for especialista, em mini equipe quando é técnico e superior junto ou em equipe com todo mundo do

CAPS. (...) “Ai que a gente pode já pré-definir o plano terapêutico quando você evolui (o prontuário), organiza as ideias ou discute na reunião de equipe e mini equipe.” (Participante Maria)

“Assim também flutua, lá quando o paciente chega a gente tem uma tendência a levar o caso para discussão de equipe, primeiro pra saber se ele fica, que a equipe entende se é perfil do CAPSi ou não, apesar de muitas vezes a gente já saber, mas a gente gosta de compartilhar com a equipe. Então a gente monta o PTS ou então por exemplo: eu fiz o acolhimento, a equipe entendeu que é caso de CAPSi, gente então olha eu pensei no PTS assim e assim, quê que vocês acham?” (Participante Alice)

As falas condizem com a articulação esperada entre a equipe, mas as participantes Joana e Laura levantam pontos que, somados ao cenário de sobrecarga dos serviços no Distrito Federal, indicam percalços na compreensão das potencialidades do PTS enquanto ferramenta de articulação e também na sua realização, como é o caso na seguinte fala:

“Acho que nem temos acesso ou conhecimento desse PTS de livro. A gente tem um PTS lá que a gente fez algumas revisões e tudo. É bem geral, eu já tinha te falado sobre isso, eu acho que não tem uma compreensão do quanto o PTS é um recurso importante, e o quanto é o norteador do nosso trabalho. Então as revisões são feitas meio que, não sei se estou sendo crítica ou rígida demais, mas são feitas por protocolo sabe? Porque tem que ser feitas, porque pedem pra gente, entregam a cada 6 meses a listinha de técnico de referência e se fazem” (Participante Laura)

“Tem uma hora que é muito burocrático então o PTS acaba caindo nisso, é feito nesse negócio de agora tem que ser feito PTS, e tem que ter devolutiva também né.” (Participante Joana)

Percebe-se que o PTS aparece como uma ferramenta burocrática exigida pelo mandato de gestão do serviço, reduzindo-o a um planejamento de atendimento, ou seja, quando o frequentador chega ao serviço é feito um plano para estabelecer com qual frequência ele virá e de quais grupos participará, sendo revisado de seis em seis meses. Resende (2015) reforça que

a princípio o projeto terapêutico singular foi um esforço na tentativa de superar a homogeneização típica do hospital psiquiátrico e, no entanto, tem se mostrado, na prática, como desafio na efetivação dos ideais da reforma psiquiátrica por uma implementação, muitas vezes, burocratizada. Algumas outras falas também ressaltam esse uso rotineiro do PTS:

“Aí a equipe concorda ou então olha vamos inserir tal coisa, vamos tirar tal coisa. (...) de 6 em 6 meses refazemos o PTS pra ver o quanto ele caminhou, se ele precisa mudar de profissional, se precisa ser inserido em outro grupo, se está perto da alta e precisa do planejamento de alta”
(Participante Alice)

Os termos utilizados para descrever o que compõe o PTS assemelham-se a uma listagem objetiva do percurso e trajetória do frequentador no serviço, pouco levando em consideração o modo específico de ser e de simbolizar próprios de cada sujeito, que ultrapassam, em larga medida, um PTS institucionalizado (RESENDE, 2015). Como alerta Lancetti (2015, apud BEZERRA et al, 2019) o PTS não deve ser reduzido a esse planejamento de atendimento burocrático, mas produzido de forma ampla e complexa de modo que a equipe consiga ativar diferentes partes da rede, diminuindo a dependência do frequentador pelo serviço, escutar o frequentador e sua família e transformar o território. A forma pela qual o PTS é pensado e apresentado à família e/ou frequentador parece também refletir essa objetividade, pois, como demonstrado pelas falas seguinte, o plano quando apresentado para família é constituído de uma espécie de cardápio de atividades do qual é demandado do frequentador apenas seu aceite ou não dessas atividades e sua possibilidade de frequência:

Aí você pega as informações, analisa e já faz aquele pré-PTS e aí num próximo atendimento a gente chega e fala pra família: olha pensamos nessas opções aqui que seriam melhores, que se adequam melhor. (...) a família vai falar o que que ela espera, o que que ela acha que é possível dentro das nossas opções, do que a gente tem. (...) E aí teriam um escopo de atividades possíveis dentro da unidade dependendo do perfil”
(Participante Maria)

Este “escopo de atividades possíveis” é o que se coloca como cardápio de atividades: uma lista das atividades disponíveis para a participação dos frequentadores que variam entre grupos de pais, de crianças, oficinas terapêuticas, assembleias e outras (BRASIL, 2007). No

entanto, quando o PTS se resume a isso acaba se tornando um dispositivo de controle e adaptação do frequentador. Resende (2015) cita casos de outros centros nos quais o PTS está a serviço de um controle de participação ou entrada no serviço a depender do dia que o frequentador estava previsto. Logo, se o frequentador aparecia em dia ou grupo que não era o determinado pelo seu PTS era convidado a retornar em outro momento, o momento “correto”. Dessa forma, o PTS acaba perdendo suas grandes potencialidades, a de se expandir pelo território e na rede, e de nortear o trabalho clínico, constando de que forma o frequentador pode se relacionar naquele dispositivo ou atividade, com quem se relacionou, quais foram seus interesses, o que de novo tem surgido ou se repetido, as possibilidades a serem destacadas são inúmeras.

Dentre as limitações físicas, de recursos e de equipe, e o destaque que as participantes dão ao grande volume de participantes nos grupos, compreende-se que há uma margem do que pode ser realizado pela equipe dentro do serviço e também em termos de evolução do PTS. Porém, parece que uma das vias para facilitar as observações e fazer a evolução do PTS, assim como a elaboração de novos dispositivos e estratégias, seria o incentivo a uma postura proativa e afirmativa dos frequentadores e sua participação efetiva na construção desses dispositivos. No entanto, pela fala de Maria “claro que a gente sempre elabora um caminho pra família e dá as opções pra ela” o PTS é pensado pela equipe e depois levado para o frequentador ou família como uma receita prescritiva. Ainda há outras falas que apontam para a falta desse envolvimento:

“Na minha opinião o PTS sobretudo das crianças tinha que ter a presença dos pais, principalmente de alguns casos e na maioria não tinha. (...) Mas essa integração que você tá falando do PTS, porque tem o ideal do PTS e o que pode acontecer, porque algumas coisas desse PTS ficavam de fora, porque aconteciam coisas importantes na história do adolescente mas o PTS continuava o mesmo.” (Participante Joana)

“É mais fácil falar de adolescente né, eu entro muito com eles no que precisa fazer sentido para eles, isso também é uma coisa bem da T.O. sabe? Assim não adianta botar para fazer atividade nenhuma, sessão nenhuma se não tá fazendo sentido pra ele né. Então eu mostro o que pode ter ganho porque que eu acho que aquilo vai ser importante e

convido para experimentar. Experimentou uma, duas vezes, veio no grupo e não tá rolando, toda abertura possível para ele vir dizer olha não esse grupo não tá dando ou profissional tal não consigo conversar com ele e tudo bem” (Participante Alice)

“Sim, inclusive nos atendimentos individuais, pontuais. Aí ele participa do grupo de adolescentes por exemplo, que é um grupo grande com 20 adolescentes. Aí ele pode pedir: não, eu quero marcar uma individual com o fulano ou com a fulana, ou a mãe também fala eu tô sendo atendida pelo psicólogo, mas eu queria falar com a fono” (Participante Maria)

Dessa forma, conclui-se que, apesar de alguns esforços, ainda há pouca participação da família e frequentador na elaboração desse projeto e quando perguntadas sobre o protagonismo ele está associado a um gostar ou não de algum dispositivo ou na demanda por consultas individuais. É preciso lembrar que a participação da família, sobretudo com crianças e adolescentes, é crucial para sensibilizar e esclarecer a respeito do sofrimento vivenciado pelo frequentador, possibilitando uma elaboração que fortalece o vínculo família-frequentador. Bezerra, Aguiar e Resende (2019) apontam um dispositivo que contribui para facilitar essa participação que é a visita domiciliar, pois possibilita conhecer o contexto da família, o território, ver em primeira mão a dinâmica familiar no ambiente doméstico, promovendo espaço de escuta e aproximação da família ao serviço. Quando construído em conjunto o PTS apresenta melhores resultados, pois facilita o processo de escolha e elaboração de dispositivos que tenham a ver com os interesses e momentos de vida do frequentador, ao mesmo tempo em que os implica em um posicionamento mais ativo no processo terapêutico (RESENDE, 2015). Exemplos de como isso tem ocorrido, ainda que de maneira mais pontual, são colocados por algumas participantes:

“A gente tinha um problema sério de tirar o adolescente do sofrimento psíquico grave, de ideação suicida, trazer ele pro grupo, acolher a família. Mas assim, essa adolescente queria trabalhar, queria ganhar seu dinheiro, mas eu percebia que não tinha prioridade sabe, nem do Conselho Tutelar, nem do CRAS, nem do CREAS. E aí eu tive contato direto com o CIEE e fizemos uma parceria dela priorizar nossos casos e conseguimos várias possibilidades de estágio remunerado. E aí

quando você consegue um estágio remunerado o adolescente tem que tá na escola, voltando pra escola ele começa a ter rede e para de se isolar” (Participante Joana)

“Aí a gente acertou, vamos fazer uma articulação de rede com os lugares (Hospital de Planaltina e Hospital da Criança) que ela já passou, pra poder todo mundo também falar a mesma língua e acolher essa família. Então isso, foi o PTS que a gente fez compartilhado” (Participante Laura)

Não foi possível perceber fala nenhuma a respeito do protagonismo das crianças na elaboração do PTS, inclusive sobre isso Alice coloca: “Com as crianças, como elas são muito mais dependentes dos pais, esse protagonismo acaba sendo muito mais vinculado a disponibilidade dos pais de levar e de estar junto”. Assim percebe-se que a equipe também coloca a família enquanto baliza do protagonismo das crianças, o que pode indicar ainda uma dificuldade de reconhecer as crianças enquanto agentes de sua subjetivação (FERREIRA, 2012). O protagonismo das crianças pode acontecer de maneira mais sutil, até mesmo não verbal, mas não deixa de ser uma ferramenta importante no seu modo de estabelecer laço social.

Por fim, ressalta-se também algumas falas que trazem o planejamento como algo que falta à equipe em diversos aspectos. Para Maria o planejamento seria uma possível solução para alguns dos desafios da prática multiprofissional no sentido de que a equipe precisa se planejar melhor para ter mais momentos de discussão de casos. Aparece também na fala de Joana no sentido de que a equipe precisa se planejar melhor para realizar intervenções interdisciplinares que estejam mais voltadas às singularidades das crianças e adolescentes que compõem os grupos, ao invés de fazer de forma burocrática que exige profissionais diferentes no mesmo dispositivo, mas sem precisar necessariamente de uma articulação desses saberes. E como abordar-se-á adiante na categoria brincar, Laura também o cita como uma falta de planejamento escrito do grupo de crianças, um refletir e um pensar prévio sobre o grupo e as intervenções com as crianças.

4.2.4. O brincar

O brincar é fundamental para as crianças, está relacionado ao desenvolvimento de aspectos cognitivos, sociais, afetivos e físicos (PIAGET, 1998). A brincadeira é universal, promove o crescimento, leva ao relacionamento de grupo e é também uma forma de se expressar e comunicar e, para aqueles que sabem interpretá-la, é um importante instrumento de intervenção na saúde mental, pois é por meio da brincadeira que as crianças elaboram seus conflitos e expressam seus sentimentos, ansiedades, desejos e fantasias (WINNICOT, 1975). O lúdico que iremos tratar no contexto desse trabalho diz respeito não só ao brincar como uma forma de elaboração dos conflitos inconscientes, mas também como uma forma de interação social da criança com outras crianças, com o cuidador e com o mundo (LIMA E BERNARDI, 2016). O brincar não é uma operação exclusiva das crianças, mas é constitutiva também dos adultos, é com ela que se fundamenta a criatividade e a liberdade em relação ao acesso ao mundo interno e permite o fantasiar (CONTI E SOUZA, 2010).

Winnicott (1975) coloca que a experiência do brincar é uma forma universal e imediata de terapêutica e o ECA (1990) estabelece a garantia do direito à saúde, cultura, esporte e lazer para as crianças e adolescentes. No entanto, entre as populações vulneráveis até mesmo o brincar pode ser obstruído pela falta de acesso às condições básicas de cidadania e mesmo pela violência. Tendo isso em vista, o local e materiais devem ser suficientes para promover o livre brincar e sobretudo deve ser um espaço de confiança, pois é nas relações de confiança que os sujeitos podem se expressar (LIMA E BERNARDI, 2016). Nesse sentido, Alice coloca:

“A gente tem uma facilidade também que é um ponto muito legal do CAPSi que a gente tem um bom espaço, então na parte de trás tem um parquinho, a gente tem uma quadra, não tá nas melhores condições, mas a gente tem. Então tem ferramenta para isso, a gente tem brinquedo né. (...) dentro do CAPS no lugar seguro, então acho que isso favorece muito o lúdico lá no CAPSi também sabe?!”

Todavia, quanto à pergunta sobre as especificidades do trabalho com crianças e adolescentes, as participantes citam os percalços e a importância de trabalhar com a família e a rede, no entanto, nenhuma delas menciona o lúdico como parte dessa especificidade. Poder-se-ia supor que, nas respostas, o lúdico não aparece como essencial ao trabalho por talvez ser considerado como algo característico e por isso implícito, que não incorre em demais complicações. Contudo, na pergunta seguinte sobre como o lúdico é trabalhado, as divergências

começam a aparecer. Num primeiro momento as participantes 1 e 2 colocam o lúdico como algo do perfil de habilidade do profissional:

“É isso, eu acho que tem algumas intervenções que são muito específicas de cada profissão né, assim a T.O. trabalha demais com lúdico, mas é perfil também. Assim, tem técnicos de enfermagem lá que fazem um trabalho lúdico maravilhoso” (Participante Alice)

“Vai do profissional, por exemplo, eu tenho três psicólogas, uma que já não é muito do lúdico, é mais da escuta, então ela é ótima, aí é aquilo que eu falei a gente internamente vai filtrando esses pacientes delimitando pela habilidade da pessoa, então ela é cheia de paciente depressivo e família que precisa de muita escuta, porque ela não é muito de ir pra quadra correr, pular de pé descalço. Aí tem eu e outro enfermeiro que somos muito desse perfil do lúdico mais amplo. Então vai muito da habilidade do profissional que estamos convivendo” (Participante Maria)

A divisão do trabalho por si só faz parte da flexibilidade em organizar os recursos humanos, porém, dentre a equipe parece haver uma confusão em relação ao lúdico, ora assemelhando-se a uma característica pessoal do indivíduo: “é perfil também” ou “somos muito desse perfil do lúdico mais amplo”; ora como uma habilidade do profissional: “a T.O. trabalha demais com lúdico”; dentre outras falas que serão exploradas no decorrer da análise. Assim, a fala de Laura “ninguém nunca sentou e falou: o que é o brincar para as crianças?” nos parece uma indagação pertinente, mas é necessário, primeiramente, compreender o que está sendo o brincar para a equipe.

Algo que chama atenção quando o lúdico aparece como característica individual e dividido em tipos é que pode haver uma suposição, por parte da equipe, que o cuidador que trabalha com o lúdico precisa ter uma atitude de recreador/animador, como se, para brincar junto às crianças, fosse preciso se comportar de forma a mimetizar o comportamento infantil ou comportar-se de forma infantilizada ou mesmo ter o mesmo tanto de energia que as crianças para correr e pular. Compreende-se o brincar como colocado por Winnicott (1975) enquanto uma função universal do desenvolvimento psíquico, na qual o tensionamento entre o mundo interno e o mundo externo é aliviado por um espaço potencial que surge quando a criança

manipula fenômenos externos (material e concreto) e os coloca a serviço de uma realidade interna, de potencial onírico, entrando em um estado análogo à concentração ao produzir uma experiência intensamente real sem alucinar. Ao crescer, as concessões exigidas pela realidade vão substituindo essa operação pelo fantasiar em forma de devaneio, sem a necessidade de objetos reais (OLIVEIRA E PERRONI, 2018; SOUZA et al, 2021). Dessa forma, se o brincar é uma operação universal e presente também nos adultos questionamos: do que mesmo se trata esse perfil, essa característica individual?

Quando Winnicott (1975) ressalta que não é imperativo que o adulto participe do brincar infantil e que o psicoterapeuta trabalha com o conteúdo do brincar, infere-se que para o autor o brincar é uma atividade com fim em si própria e o material do analista é o conteúdo interpretado. Já o adjetivo infantil no ‘brincar infantil’, marca que não é atividade exclusiva da criança, logo, está presente também na vida adulta. Assim, acrescenta-se que o adjetivo infantil também dá o sentido de um outro brincar, infantilizado ou mesmo de muita disposição física, que parece ser o mesmo conotativo do perfil para o lúdico descrito pela equipe, e por isso soma-se ao defendido pelo autor que a ideia de não é imperativo que o cuidador participe da brincadeira da mesma forma que a criança, mas que vá ao encontro da brincadeira a partir de suas disposições. Marques e Ebersol (2015, apud Lima e Bernardi 2016, p. 3) colocam que “é fundamental que os adultos resgatem sua capacidade de brincar para que possam se disponibilizar para as crianças como parceiros e incentivadores do ato de brincar”, por isso, entende-se também que o resgate da capacidade de brincar nesse cenário, se trata de uma recuperação por parte do adulto de suas vivências enquanto criança para que os ajudem a se sensibilizar com esse modo de estar e fazer que é tão peculiar a essa fase do desenvolvimento. É esse resgate que permite acolher os outros modos de simbolizar que são característicos da infância e adolescência.

Logo, o brincar enquanto estratégia terapêutica não deve estar vinculado a esta característica individual e sim a uma apropriação teórica do ato de brincar e uma atitude de acolhimento das diversas formas de fazê-lo, pois é a habilidade do profissional que se coloca em jogo e não suas características individuais. Sendo assim, é importante reconhecer que, embora correr, pular, criar vozes para diferentes personagens, possa não ser parte da característica ou mesmo do interesse de algum profissional, é o jogo do futebol, a brincadeira de pular, a narrativa do conto que servem como mediadores simbólicos para experiência criativa da criança. Nesse ponto, vale perguntar se qualquer disposição estaria a favor do brincar enquanto estratégia de cuidado, e a fala de Laura nos coloca algumas questões:

“(…) já aconteciam alguns grupos só que eram mais soltos, era muito convivência, que é legal, mas era assim, vamos jogar bola lá e deixa os meninos jogarem ou então, puxa uma brincadeira de esconde-esconde, não sei o quê e deixa. E aí eu vi que faltava algumas intervenções, alguma observação, olhar para cada criança, como que brinca, se comporta”

A participante diz que o brincar acontecia de forma espontânea numa espécie de convivência, mas na qual, ao seu ver, ainda faltam intervenções, observação e talvez um discurso que as fundamente. Primeiramente, é importante lembrar a fala de Lobosque (2003) ao apontar para a tentativa dos profissionais de renormatização das estratégias na busca de outras teorizações que fundamentem uma prática, como se somente dessa maneira pudessem ser consideradas legítimas, correndo risco de engessá-las. Por conseguinte, é preciso cautela para que a pontuação da participante não incorra na criação de uma estratégia de brincar normatizante. Por outro lado, não é possível deixar de questionar do que se trata esse brincar que acontece numa convivência, conceito interessante para pensar não só como o lúdico pode ser um encontro das disposições de crianças e adultos, mas também como uma estratégia de cuidado.

Nos termos de Resende (2015), a convivência em sua dimensão clínica seria facilitadora de um espaço potencial no qual possa emergir o sujeito em sua singularidade por meio de uma disponibilidade afetiva de estar com, fazer junto e deixar ser. A disposição de estar com o outro convida o sujeito a reconhecê-lo em sua singularidade, evitando a reprodução da violência que está implicada no encontro com a alteridade e acolhendo os confrontos na busca pela inclusão social (RESENDE, 2015). Assim o estar com a criança na brincadeira deve ser primordialmente atravessado por essa postura, que leva em conta também as características do próprio cuidador, pois, como ver-se-á adiante, não se trata de um estar com hierarquizado no qual o cuidador deva assumir outra postura ou características que não as suas.

O fazer junto compreende as atividades cotidianas (ou neste caso o brincar) que propiciam o encontro a partir de uma relação igualitária e que permita autonomia do sujeito e sua implicação na experiência (RESENDE, 2015). Essa categoria é relevante pois como Winnicott (1975, p.73) coloca “para controlar o que está fora, é preciso fazer coisas, não apenas pensar ou desejar, e fazer coisas demanda tempo. Brincar é fazer”, porém o brincar não pode estar submisso, nem condescendente é preciso que seja espontâneo (WINNICOTT, 1975). Para

tanto, o cuidador precisa articular-se com a história e o tempo do sujeito, a estória do brincar, incluir-se quando convidado e abster-se quando não mais preciso, permitindo que a criança encontre, por exemplo, outras formas de brincar ou dê contornos mais suportáveis ao corpo, a partir dos processos de produção de subjetividade e inserção social (RESENDE, 2015; GONTIJO E MORAIS, 2012).

Por último, o deixar ser diz de uma disponibilidade afetiva na qual o cuidador conscientemente se esforça para não controlar ou se colocar em um papel de autoridade que saiba mais do próprio sujeito que ele mesmo (RESENDE, 2015). Visto que as crianças que se encontram no serviço muitas das vezes não brincam ou tem uma maneira estereotipada de brincar e possuem dificuldades para fazer laço social, essa disponibilidade se torna fundamental no brincar para que as crianças não precisem se enquadrar à própria brincadeira ou ao saber do cuidador (GONTIJO E MORAIS, 2012). Ainda assim, essa dimensão clínica só pode ser efetiva nos cuidados da saúde mental se articulada numa lógica suplementar com às dimensões ética e política, que buscam garantir outra resposta à loucura que não seja de dominação e controle (RESENDE, 2015). O brincar, como a convivência, é uma das estratégias que contemplam as diferentes singularidades e formas de se estabelecer laços com o mundo; é por intermédio dele que se pode estabelecer vínculo com a criança e conhecê-la, para então, observar, avaliar, intervir e elaborar um PTS adequado (GONTIJO E MORAIS, 2012).

Aos profissionais cabe, então, uma transformação em termos atitudinais que se distingue do modelo anterior, pois no paradigma da atenção psicossocial não se trata apenas de estratégias técnicas de tratamento, mas de uma ética de inclusão (RESENDE, 2015). Uma vez compreendido como o brincar com a criança pode acontecer sem ser uma estratégia de renormatização e independente do perfil do adulto, retoma-se a fala da Laura sobre o lúdico acontecer de forma muito “solta”, para entender como essa estratégia está compondo o dispositivo do grupo de crianças. O termo dispositivo refere-se às formas de organização das ações nos serviços, com a função estratégica de possibilitar a produção de novas subjetividades a partir da inserção social (GONTIJO E MORAIS, 2012). Assim, quanto ao grupo de crianças as participantes colocam:

“(…) Eu nunca participei do grupo de criança e é o grupo mais carente de lá porque não tem uma metodologia ainda. Então é um grupo que às vezes fica cheio, crianças muito agitadas e sem realmente uma intervenção. (...) Ficava muito essa questão da convivência. Eles

trabalhavam o lúdico, mas era meio que assim em cima da hora, que que vai fazer hoje? Não tinha metodologia mesmo” (Participante Laura)

“Os grupos de criança normalmente funcionam assim: é meia hora na sala com alguma atividade específica que a gente leva, quebra cabeça, jogo da memória, pra gente fazer uma avaliação mesmo, do tempo de concentração, da interação ali no próprio jogo, na atividade programada, e depois é um restante de 30 minutos ou mais, às vezes uma hora, que vai pra quadra, área externa, e aí eles falam do que querem brincar, então hoje é bola e não sei o que” (Participante Maria)

As falas se contradizem a respeito de uma possível metodologia, pois, a princípio, Maria descreve uma metodologia na qual distingue em dois tempos o grupo: o primeiro, de atividade diagnóstica com um tempo definido, jogos e atividades mais estruturadas utilizados com a finalidade de observar aspectos do desenvolvimento infantil (LIMA E BERNARDI, 2016) e o segundo, no qual as crianças vão para a quadra realizar uma atividade mais livre, decidida em comum acordo. A frase “depois é um restante de (tempo)” (sic) parece indicar que o segundo momento está subordinado ao primeiro, quando realmente acontece o aspecto clínico, e o outro como uma recreação. Mesmo que na fala da Joana: “a gente vê uma criança que tá muito agitada, que não dá conta de ficar no consultório, eu tenho muito espaço para essa criança correr para eu avaliar várias habilidades nela” (sic) denote o reconhecimento da possibilidade de avaliar e intervir nas formas livres do lúdico, salienta-se aparentemente quanto menos estruturado ou sem um objetivo definido o lúdico parece ter, menor parece ser a importância clínica.

Em relação às atividades, destaca-se ainda um outra percepção que é o de um não planejamento “meio que em cima da hora” (sic), que sugere um fazer qualquer ou uma simples recreação e, portanto, desarticulado do PTS. Por isso, se assinala que os mediadores simbólicos (as atividades e brincadeiras) que venham a surgir de forma espontânea, também carecem de um planejamento, no sentido de uma articulação com o PTS e um refletir sobre, pois precisam ser pensados e elaborados sob medida, levando em conta necessidades, particularidades e a história do sujeito, sem os quais não seria possível acontecer os processos de subjetivação e interlocução (RESENDE, 2015). Para tanto, Resende (2015) propõe que a eficácia desses dispositivos está sujeita a uma dimensão reflexiva, por parte da equipe, tanto no momento quanto *a posteriori*, corroborado também por Gontijo e Morais (2012), que colocam como

crucial ao potencial das atividades, uma reflexão e avaliação do trabalho que permita pensar o que funcionou, o que precisa ser mudado, qual o conhecimento que se tem sobre aquela criança e sua história, permitindo também a formação profissional e a contribuição dos diversos profissionais.

Supõe-se que, no momento, a metodologia consista mais em uma organização do tempo que possibilite à equipe um olhar mais individualizado das crianças, considerando a proporção de frequentadores e profissionais que compõe o grupo. Quanto ao planejamento das atividades os autores Gontijo e Morais (2012) oferecem alguns indicativos de como poderia ser pensado baseado no módulo terapêutico de um CAPSi. O planejamento da atividade ou material deve considerar a história de vida da criança e sua família, seus interesses, seu nível de organização e a indicação para cada faixa etária e nível de desenvolvimento motor-cognitivo, e mesmo que estando em grupos deve se atentar para possibilidades individuais e alterações possíveis em decorrência de como a criança se apresenta naquele dia (GONTIJO E MORAIS, 2012). No que concerne à relação da criança com o material, objeto ou atividade, é preciso atentar-se para a significação particular que cada uma dá, suas experiências anteriores e seus sentimentos (GONTIJO E MORAIS, 2012). Como não é o objetivo deste trabalho fazer uma extensa explanação sobre as possíveis maneiras de intervenção terapêutica com o brincar, destacar-se-á apenas de destacar alguns pontos que podem ajudar a compreender o lúdico em sua dimensão clínica.

A brincadeira quando fundamentada por regras em um jogo ou atividade mais estruturada denota um caráter marcadamente social, onde a criança já suplanta, pelo seguimento e entendimento das regras e/ou pela deliberação conjunta para a escolha de uma atividade comum, um estágio posterior à brincadeira simbólica do “faz de conta” por exemplo, e por isso talvez seja mais acessível apenas a algumas crianças do serviço (OLIVEIRA E PERRONI, 2018). Já nas atividades com crianças que experienciam uma maior dificuldade em brincar, comunicar-se verbalmente ou mesmo de um brincar estereotipado e repetitivo, pode ser necessário um planejamento de possibilidades mais dirigidas e vivenciadas de forma mais assistida e protegida, como as estimulações sensoriais. Porém, mesmo nesses casos é imprescindível que elas tenham acesso às outras atividades, pois a oferta desse espaço de **experimentação criativa** constitui-se como possibilidade de ampliação da experiência e outras maneiras de estabelecer laço social (GONTIJO E MORAIS, 2012). Assim, Joana coloca um

exemplo de como o planejamento pode ocorrer na prática e o quanto o PTS é uma ferramenta crucial para a equipe:

“Se eu tô com crianças e estou percebendo várias com uma dificuldade na fala e eu percebo que eu faço uma brincadeira com música e movimento e todos eles interagem eu posso trazer a fono e ela pode coordenar dentro dessa brincadeira, movimentos fonoarticulatórios que vão trabalhar a clínica da fala e ainda ser legal. Eu tenho outros que são tímidos, vamos fazer a dinâmica do abraço, do contato, trazer bichinhos pra abraçar. A menina agarrou o bichinho e não solta? Leva o bichinho pra casa. E isso tem que ir pro PTS, porque pode ser uma coisa do apego do objeto transicional, então como o PTS vai trabalhar o aconchego”
(Participante Joana)

O PTS, ao situar a história do sujeito, de sua família, sua trajetória no serviço, suas experiências prévias e os dispositivos utilizados por ele, ajuda o profissional a compreender melhor a demanda do frequentador. Ademais, facilita o processo de planejar atividades, o que permite encontrar outros frequentadores com demandas em comum, articular a participação de outros profissionais e pensar em estratégias secundárias e/ou individuais no caso da primeira atividade não sair como o planejado. A entrevistada Joana também levanta a importância de a equipe trabalhar com a frustração que pode haver com a mudança ou ineficácia do planejamento e da criatividade e inventividade para sustentar o trabalho:

“As demandas elas exigem que você diversifique, escute, seja acessível e reavalie o que você. Já aconteceu comigo, planejei um negócio e eles acharam horrível, foi péssimo, desmanchei tudo e coloquei música, coreografia de música e eles ficaram felizes. Temos que saber lidar com essa frustração. Não tem como colocar eles num quadrado pois eles já estavam sofrendo por estarem em um quadrado” (Participante Joana)

Embora se tenha ressaltado que o brincar é uma atividade de todas as idades, pouco discorreu-se do brincar para os adolescentes e os adultos, pois, a partir do recorte das entrevistas, depreendeu-se que o lúdico no trabalho com adolescentes e adultos não tem sido uma questão para a equipe. Talvez isso ocorra pelo fato de que o lúdico nessa fase já não esteja associado a um modo de expressão não verbalizado, característico das crianças, mas se

expandiu para outras possibilidades de expressão na experiência criativa que pode ser o narrar estórias, a escrita criativa, dinâmicas de grupo, produção de arte e cultura (WINNICOTT, 1975; SOUSA et al, 2020). Nesse sentido, Alice e Laura dão exemplos de como o lúdico pode ser trabalhado com os familiares e os adolescentes tanto de forma espontânea, a partir de uma demanda que surge no momento de espera, como através da composição de uma metodologia pensada *a priori* mediada pela experiência cultural:

“a gente tem uma servidora, que já era para tá aposentada inclusive, e ela estava na recepção, e aí enfim várias pessoas ali esperando atendimento e ela foi vendo um grupo legal formar e quando a gente viu, ela já estava fazendo trabalho de percussão corporal com o povo ali aguardando atendimento. Aí levou para o estacionamento fizeram uma roda, fizeram um trabalho e aí é isso sabe?!” (Participante Alice)

“É isso assim eles gostam de arte, quando a gente traz coisas de arte eles produzem, eles se sentem bem. Tem um mediador que é isso, a arte ela vem para ser um mediador, é uma forma de mediar. Assim como o lúdico nas gincanas, nas brincadeiras, no esporte que a gente fazia nesse outro momento, que tinha uma parte corporal forte. (...) E isso ainda é uma outra metodologia né, dos momentos do encontro. Primeiro a gente fazia um pequeno aquecimento, uma meditação, um relaxamento, alongamento. A gente usava as práticas integrativas para eles se soltarem mais, ficarem mais à vontade e chegarem (...) e no final sempre tinha o fechamento, a reflexão junto: como foi o grupo de hoje? O que vocês sentiram? Como é que vocês estão? E fazia esse compartilhar o grupo todo junto sabe. Uma estratégia que a gente fazia para eles, para poderem interagir melhor e se conhecerem no início era fazer mini grupos. Então assim, trabalhava comunicação, a confiança, uma série de coisas. Tudo isso possibilitou que eles realmente pudessem interagir e se sentirem pertencendo e outras coisas né porque aí a gente sabia o nome de todos então tinha uma questão de dignidade, de cidadania. Às vezes tinham temas que a gente perguntava que temas eles queriam trabalhar, então a gente trabalhou sexualidade e trabalhou drogas. Então

nas atividades reflexivas a gente trabalhava o que era de interesse deles, sonhos, foram vários temas assim” (Participante Laura)

Sobre a metodologia no dispositivo dos adolescentes, Joana destaca para um possível engessamento da rotina e a falta do incentivo ao protagonismo dos adolescentes, quando as estratégias para os adolescentes passam a fazer parte de uma rotina institucionalizante, na qual não se percebe como o sujeito está se apresentando no momento:

“(…) os adolescentes e eles estavam entediados, porque não tinha uma programação. Então começamos a fazer esse trabalho de escuta, e começamos inventariar e trabalhar isso. O que descobrimos? Que eles gostavam de dançar, que gostavam de RAP, que gostavam de falar de suas narrativas de vida, nem todos gostavam de falar no grupo e muito menos escutar a narrativa do outro. Então começamos a escutar isso e fazer um trabalho diferenciado” (Participante Joana)

A partir desse relato, utilizar-se-á que os adolescentes podem acabar frequentando as atividades por rotina, se desimplicando do seu tratamento quando os dispositivos não atendem às suas singularidades (RESENDE, 2015). Logo, estratégias como o referido trabalho de escuta, que propiciou o levantamento de informações acerca dos gostos e desejos dos participantes, precisam ser pensados e disponibilizados pela a equipe de forma a potencializar a autonomia das crianças e adolescentes enquanto agentes de seus próprios tratamentos.

4.3. Interpretação/Reinterpretação

Nesta seção, utilizar-se-á de alguns tópicos que surgiram e/ou se repetiram, para auxiliar numa construção criativa que forneça novos sentidos, ainda que provisórios, para refletir a prática e a teoria das ações e estratégias voltadas para crianças e adolescentes. Alguns desses tópicos ou temas, transcendem o escopo da pesquisa e por isso não serão aprofundados, mas podem nos fornecer indicativos para pensar algumas questões concernentes à pesquisa.

Dentre eles, a evasão esteve presente em todas as entrevistas, ainda que de maneira sutil ou por meio de seu binômio, a busca ativa. Quando um frequentador não consegue se vincular ao serviço, ao TR ou mesmo ao tratamento, ele pode acabar deixando de ir ao CAPSi, ou em

caso mais específico, deixar de participar de um dispositivo como o grupo de crianças ou grupo dos familiares. No contexto dos CAPSi do DF, compreende-se que a evasão possa estar ligada à dificuldade de acesso dos frequentadores, os quais, por não dispor de um serviço em seu território têm que se deslocar em uma grande distância e com um alto custo até um dos quatro serviços, e a sua conseqüente sobrecarga. Nas entrevistas, a evasão e a busca ativa, aparecem de forma ambivalente, ao mesmo tempo em que são preocupações dos profissionais, também estão fora de seu alcance. Assim, a busca ativa acaba sendo institucionalizada para acontecer numa periodicidade semestral e os absenteísmos são transformados em oportunidades de realizar o trabalho burocrático:

“faltam os atendimentos, param de ir e não procuram, tem uns que eu nem consigo resgatar, nem faço busca ativa porque realmente não vinculou, não tinha uma preocupação ou um risco ali” (Participante Laura)

“Às vezes o paciente faltou 1 ou 2 vezes, aí é natural que não o procuremos por conta da alta demanda, então semestralmente a gente pega os pacientes referência e faz uma busca ativa se a gente vê que tem tempo que ele não vai no serviço” (Participante Alice)

“A gente consegue fazer às vezes, por conta dos absenteísmos. É quando temos tempo de fazer relatório, ligar e fazer as coisas. Acho que é organizar esses horários para qualificar melhor essas discussões” (Participante Maria)

A evasão também ocorre em grupos, conforme relata a participante Joana: “Eu percebi com esse trabalho que nossos grupos, eles tinham um problema grave de evasão, e aí o nosso grupo foi aumentando e se mantendo, tínhamos pouca evasão”. Nesse trecho, Joana está contando sobre o trabalho de escuta que realizou para compreender o que estava acontecendo em um grupo de adolescentes com muita evasão. A partir daí, a participante compreendeu que o grupo estava monótono, pois não se relacionava com as vivências dos adolescentes, e alguns participantes apresentavam dificuldades em contar suas narrativas ao grupo. Por isso, começou a inventariar interesses e questões pessoais dos adolescentes para modificar a atividade de forma a adequá-la às questões dos participantes. Essa fala é de grande interesse, uma vez que

aborda a questão central e o ponto que se considera possível em relação à evasão: o protagonismo do frequentador a partir de estratégias que atendam à sua singularidade.

No caso relatado pela participante, o fim da evasão só foi possível quando se adaptou a atividade para que atendesse às singularidades dos participantes, e essa própria inversão foi o que possibilitou a simbolização da experiência dos adolescentes, que passaram a dividir suas histórias e questões a partir do gênero musical RAP. Nesse caso, a mudança da estratégia de cuidado começou com o trabalho de escuta por parte do profissional e sua proposição de outra metodologia para o grupo. Portanto, questiona-se como potencializar a autonomia e o protagonismo de adolescentes a partir dessas estratégias?

Em grande parte, a vivência da adolescência é constituída pelos dilemas acerca da moratória, quando os adultos exigem independência e autonomia sem de fato permitir o exercício dessas. Esses dois fatores são também aspectos clínicos e subjetivos que servem para elaborar as vivências de conflitos e sofrimento, e que, sobretudo, pode ajuda-los na implicação com o tratamento. Por isso, também se configuram como oportunidade indispensável ao profissional, trabalhar a autonomia e independência por meio do protagonismo dos adolescentes no serviço, de forma a oferecer espaços de proposição e escuta, nos quais eles mesmos possam criar outras estratégias para ajudarem no cuidado de si.

Já em relação às crianças, durante os relatos apareceram exemplos, como o caso de fornecer espaço para que as crianças decidissem juntas do que queriam brincar, que potencializam sua autonomia, no entanto, chamou atenção a pouca relação que esses espaços podem ter com as demandas e histórias de cada criança. Assim, ressalta-se que o lúdico, para concretizar-se enquanto uma estratégia que possibilite a simbolização da experiência, precisa levar em consideração a história e as questões do sujeito. Para tanto, precisa ser elaborado e pensado pela equipe, enquanto técnica terapêutica, principalmente quando se trata do lúdico mais livre e criativo. Nota-se a importância de oferecer espaço para que a equipe tenha esses momentos de construção conjunta e que eles sejam incluídos posteriormente no PTS.

Outro ponto que é necessário destacar diz respeito ao cenário atual do país e a ameaça de desmonte da rede de atenção psicossocial que já vinha acontecendo e que, agora, está sendo intensificada, seja pela inaptidão da administração dos Governos Federal e Distrital em atuar contra a pandemia de COVID-19, ou as intencionais manobras realizadas em meio ao turbulento cenário político para revogar portarias e leis de proteção ao portador de transtorno mental. A

sobrecarga histórica dos CAPSi do Distrito Federal, aumentou ainda mais, e causa muitas preocupações à equipe:

“Então assim, esse é o cenário, a gente virou ambulatorial por causa da pandemia, a gente está com 2 grupos funcionando online que é o grupo de TEA e o grupo da família de autismo e o grupo de adolescente que iniciou agora. Então a gente tá com a agenda lotada, a agenda do neuro está pra final de setembro para marcar. É um cenário que é de uma extinção total, a gente tá virando manicômio de novo, de ambulatório a gente está pulando pro manicômio. Então é isso eu trouxe isso pra reunião de equipe, tá todo mundo assustado, todo mundo ficou mexido, mas eu falei eu não vou ficar mexida sozinha, eu preciso dar vazão pra gente pensar junto e levar lá pra cima. Porque enquanto a gente segura as pontas eles tão achando ótimo, porque a gente se vira, falta recurso falta profissional, mas a gente se vira, que potência é essa que a gente tem?” (Participante Laura)

A fala de Laura é corroborada pelo fato de os serviços de atenção psicossocial estarem funcionando de forma restrita e limitada pelas medidas de distanciamento social, dessa forma a articulação das outras dimensões fica prejudicada, o que dificulta ativação da rede e o alcançar do território. É uma fala forte que indica para o retrocesso nas políticas de saúde mental e que também enfatiza para a possibilidade de adoecimento daqueles que lutam para fazer resistência. Dessa forma, apresenta-se as possibilidades de cuidado que a equipe tem encontrado:

“Isso na pandemia eu venho trabalhando muito, desde que a pandemia começou eu tenho feito um suporte emocional da equipe né, dos meus colegas de trabalho, atendo individual eles, faço trabalhos em grupo com eles né. E aí quando eu vejo que a coisa tá indo para outro lado eu falo: “Qual é o motivo disso sabe? Foca! Não tá fora, tá aqui vamos trazer para cá” (Participante Alice)

Compreende-se que o trabalho em saúde já é demandante por suas características relacionais e intersubjetivas, e os profissionais do CAPSi frente ao desamparo da gestão da Secretária de Saúde e o descaso do Governo, têm encontrado, entre si, suporte para um fazer

possível dentro do serviço. Por isso, pontua-se essa estratégia de cuidado entre a equipe como forma de fortalecer outros profissionais que se encontram em posições similares.

Considerações Finais

*Crianças não falam, “eu tive um dia difícil.
Podemos conversar?”.
Elas dizem, “Vamos brincar?”
-Lawrence Cohen*

Nesta pesquisa, investigou-se como os profissionais de uma equipe multiprofissional articulam, por meio do Projeto Terapêutico Singular, as estratégias e dispositivos de cuidado para crianças e adolescentes. A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de diferentes formações e buscou compreender quais dispositivos são ofertados, se eles atendem às singularidades e fortalecem o protagonismo das crianças e adolescentes e quais os impasses e potencialidades que surgem na atuação desses profissionais. É possível considerar que o resultado final da pesquisa conseguiu abarcar, de forma geral, os impasses e potencialidades que foram evidenciados pelas entrevistadas e relacionados à literatura. Ainda que alguns objetivos não tenham sido respondidos completamente, durante a pesquisa alguns questionamentos foram feitos a fim de considera-los, mesmo que parcialmente, e gerar novas reflexões.

Por meio dos relatos e exemplos de estratégias e dispositivos citados pelas participantes, destacam-se alguns conteúdos que se repetiram ou apareceram de forma conflitante e serviram de base para nossa análise. Entre os objetivos específicos, foi possível perceber que: o trabalho interdisciplinar é uma fonte de potencialidades para equipe, embora restem algumas questões que apontam para uma dicotomia com a figura do psiquiatra; o PTS é compreendido por todos como um dispositivo de articulação dos diferentes saberes e atuações, mas ainda pode ser utilizado de forma burocrática e prescritiva e, dessa forma, auxilia pouco nas articulações possíveis.

Sobre as atividades contemplarem as singularidades e fortalecerem o protagonismo das crianças e dos adolescentes, constatou-se que as estratégias ofertadas pela equipe atendem, em grande parte, as diversas demandas e singularidades dos frequentadores e assim permitem uma simbolização da experiência por meio das diversas metodologias narradas. Entre essas possibilidades, o brincar é destacado como um trabalho terapêutico de alta complexidade que demanda um tempo de articulação teórica, especialmente quando é realizado de forma livre, e que pode levar a confusões com as práticas recreativas. O protagonismo dos frequentadores, é

compreendido como parte fundamental do tratamento, ainda que por vezes possa ficar associado aos dispositivos e o contexto interno do serviço.

Considerado o pouco referencial bibliográfico acerca da saúde mental infantojuvenil, é recomendável que outros estudos sejam realizados acerca do tema, em especial, destaca-se a aparente superficialidade a qual é contemplada a atuação com o público infantojuvenil pelas formações superiores, o que demonstra relação com falta de especialização e interesse dos profissionais em trabalhar com esse público.

Por fim, é importante ressaltar que, embora seja a dimensão clínica o foco desse trabalho, sua análise e também sua efetivação só podem acontecer em congruência com o paradigma da atenção psicossocial em uma lógica suplementar com a dimensão ética e política, pois não se trata apenas de novas estratégias técnicas de tratamento como poderia se supor, mas de uma nova política e forma de estar com outro (RESENDE, 2015). Assim, Vasconcelos (2013 apud RESENDE, 2015) aponta que o trabalho não deve visar apenas a reabilitação dos frequentadores, mas também dos profissionais e do espaço social.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, Philippe. **História social da infância e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2 ed., 1986.
- BEZERRA, Thales Fernandes; DE AGUIAR, Valquíria Gebhard; DE RESENDE, Tania Inessa Martins. Um estudo sobre o processo de elaboração do projeto terapêutico singular em um centro de atenção psicossocial no Distrito Federal. **Programa de Iniciação Científica-PIC/UniCEUB-Relatórios de Pesquisa**, v. 4, n. 1, 2019.
- BEZERRA, Eduardo Breno Nascimento et al. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 169-188, 2018.
- BOARINI, Maria Lúcia; BORGES, Roselânia Francisconi. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. Natal: **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 83-108, 1998.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Série F: Comunicação e Educação em Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: *Ministério da saúde*, 2009.
- _____. Ministério da saúde. **Portaria n. 3.008 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Decreto nº 40.520, de 14 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 28, p. 1-2, 14 mar. 2020.

_____. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 26. abr. 2021.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CFP. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

CONTI, Fábio Donini; SOUZA, Audrey Setton Lopes de. O momento de brincar no ato de contar histórias: uma modalidade diagnóstica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 1, p. 98-113, 2010.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 384-389, 2008.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, Carolini Cássia; BOARINI, Maria Lucia. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 68-76, 2011.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa**. Papirus Editora, 2006.

_____. **Praticar ciência: metodologias do conhecimento científico**. São Paulo: Saraiva, 2011.

FÉLIX, Livia Botelho. **O cuidado à saúde mental na infância: entre práticas e representações sociais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 2014.

FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (Ed.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. Editora CRV, 2012.

FONSECA, Renata Priscila Oliveira et al. Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 1, p. 48-64, 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4 ed., 1984.

_____. **O nascimento da clínica**. Trad. de Roberto Machado. Forense-universitária, 1977.

FRANÇA, Valdelice Nascimento de. **Da clínica à gestão: uma política para os CAPSi do DF**. 2017.

FREITAS, Mateus; PEREIRA, Eliane Regina. O diário de campo e suas possibilidades. **Quaderns de Psicologia**, v. 20, n. 3, p. 235-244, 2018.

GENEROSO, C. M. Os dispositivos de cuidados em um Centro de Referência em Saúde Mental da Criança e Adolescente—a que será que se destinam. *In*: FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (Ed.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. Editora CRV, 2012. p. 127-138.

GONTIJO, Ana Maria; MORAIS, Rosângela. Módulo terapêutico: um dispositivo de tratamento. *In*: FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (Ed.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. Editora CRV, 2012. p. 167-172.

LIMA, J. H. C. A.; BERNARDI, Aline Batista. **O brincar como um recurso terapêutico para crianças em saúde mental**. Rio do Sul: UNIDAVI, 2016.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Editora Garamond, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOVIMENTO PRÓ SAÚDE MENTAL NO DF (MPSMDF) E INVERSO. Plataforma em defesa da Saúde Mental no DF. 2018. Disponível em: <https://nesp.unb.br/obsam/wp-content/uploads/2018/09/plataforma-saude-mental.pdf>. Acesso em: 26. abr. 2021.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito:** as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MUYLAERT, Camila Junqueira. **Gênero e cuidado no campo da saúde mental infanto juvenil.** 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. **Entrevistas narrativas:** um importante recurso em pesquisa qualitativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. SPE2, p. 184-189, 2014.

PENA, Luiza Helena Tabosa. **Vozes que não se calam adolescência, escrita e saúde mental.** 2019.

POMBO, Olga et al. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em revista**, v. 1, n. 1, 2005.

RESENDE, Tania Inessa Martins de. **Saúde Mental:** a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica./Tania Inessa Martins de Resende, Ileno Izídio da Costa./ Curitiba: Juruá, 2017. 292p. (coleção Saúde e Psyquê).

_____. **Eis-me aqui:** a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. 2015.

RUZANY, Maria Helena. **Atenção à saúde do adolescente:** mudança de paradigma. Saúde do Adolescente, 2008.

SILVA, Mônica E.; MELO, Silvia P. N. Algumas notas de uma abordagem familiar no tratamento de crianças em sofrimentos psíquicos graves. *In:* FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (Ed.). **Crianças e adolescentes:** o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos. Editora CRV, 2012. p. 173-178.

SOUSA, Taísa Resende; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira; MACIEL, Maria Regina. O brincar como experiência criativa na psicanálise com crianças. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, p. 269-276, 2020.

VERONESE, Marília Veríssimo; GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 2, p. 85-93, 2006.

WINNICOTT, Donald W. **O Brincar e a realidade.** São Paulo: Ubu Editora, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
“Entrevista Semiestruturada sobre A dimensão clínica do Projeto Terapêutico Singular com profissionais da Saúde Mental Infantojuvenil”
Instituição do/a ou dos/(as) pesquisadores(as): UniCEUB
Pesquisadora responsável: Tania Inessa Martins Resende
Pesquisador assistente: Ricardo Prado de Souza Coe

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é compreender mais sobre a dimensão clínica do Projeto Terapêutico Singular (referido posteriormente neste documento por sua sigla PTS) a partir da atuação de profissionais de diferentes formações que atuam na área da saúde mental infantojuvenil.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser um profissional da área relevante à proposta acima.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em contar a sua experiência e percepção durante sua colaboração profissional em algum serviço da saúde mental infantojuvenil.
- O/os procedimento(s) é/são a entrevista semiestruturada como instrumento para coletar os dados.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no local escolhido pelo participante.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos baixos a possibilidade de danos a dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, mas pode impactar na dimensão psíquica por ser uma temática sensível ao participante.
- Medidas preventivas como escuta atenta e acolhimento caso o tema seja muito desorganizador serão tomadas para minimizar qualquer risco ou incômodo durante a entrevista narrativa, visando o bem-estar do participante.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá falar abertamente sobre sua experiência em algum serviço de saúde mental infantojuvenil, podendo contribuir para a elaboração e reflexão da teoria e prática profissional e do serviço.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados em gravação de áudio ficarão guardados sob a responsabilidade de Ricardo Prado de Souza Coe com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de ____.

Participante

Tania Inessa Martins Resende, telefone institucional (61) 3966-1201

Ricardo Prado de Souza Coe, telefone/celular (61) 99666-0890 e/ou em
ricardo.coe@sempreceub.com

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Centro Universitário de Brasília

Endereço: SEPN, 707/907 Via W 5 Norte, Brasília - DF

Bairro: /CEP/Cidade: Asa Norte/ 70790-075/ Brasília

Telefones p/contato: ((61) 3966-1201

Contato de urgência: Sr(a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto)

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1. Como foi seu início no campo da saúde mental?
2. Relate o seu percurso no campo da saúde mental e no atual serviço de saúde mental.
3. Como você descreveria o PTS?
4. Como o PTS é realizado no seu serviço?
5. Qual a sua participação na elaboração do PTS?
6. De que forma são pensados os objetivos do tratamento?
7. Como o PTS se articula com esses objetivos?
8. Quais são as diferentes perspectivas de tratamento da equipe?
9. Como é a interlocução dessas perspectivas? Há desacordos?
10. (Apenas para o entrevistado psicólogos) No caso de profissionais com diferentes abordagens clínicas, como é pensado o tratamento?
11. Quais são as dificuldades no trabalho multiprofissional?
12. Quais são as especificidades no trabalho com crianças e adolescentes?
13. Como se dá o protagonismo das crianças e adolescentes?