



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**DA CLÍNICA À GESTÃO: UMA POLÍTICA PARA OS CAPSi DO DF**

**VALDELICE NASCIMENTO DE FRANÇA**

**BRASÍLIA-DF**

**2017**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**DA CLÍNICA À GESTÃO: UMA POLÍTICA PARA OS CAPSi DO DF**

**Valdelice Nascimento de França**

Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

**BRASÍLIA- DF**

**2017**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

França, Valdelice Nascimento de  
Da clínica à gestão: uma política para os Capsi do Distrito  
Federal / Valdelice Nascimento de França;  
orientador Ileno Izídio da Costa.  
Novembro, Brasília, 2017.  
235 p.  
Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica  
e Cultura) -- Universidade de Brasília, 2017.  
1. Clínica. 2. CAPSi. 3. Saúde Mental Infanto-juvenil.  
4. Política.  
I. Costa, Ileno Izídio da, orient. II. Título.

**ESTE TRABALHO FOI REALIZADO NO INSTITUTO DE PSICOLOGIA –  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA SOB A ORIENTAÇÃO DO  
PROF. DR. ILENO IZÍDIO DA COSTA**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – Presidente  
Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard – Membro Interno  
Universidade Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto – Membro Externo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

---

Profa. Dra. Dóris Luz Rinaldi – Membro Externo  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ

---

Profa. Dra. Eliane Maria Flury Seidl – Membro Interno (suplente)  
Universidade Brasília – UnB

**BRASÍLIA, MARÇO DE 2017**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais (*in memoriam*) que em mim despertaram o desejo de aprender.

## AGRADECIMENTOS

*“É impossível ser feliz sozinho...”*

Aos que me acompanharam nesses anos de intenso trabalho, suportando minhas angústias, ausências e presenças possíveis, meu eterno agradecimento...

Aos meus pacientes, com quem aprendo o ofício de cuidar e escrever.

Ao meu Amado Jorge Luiz, por ter sido meu suporte em todo este tempo, com você minha alegria e força se renovam diariamente.

Às Franças (Jucilene, Olívia, Ana Beatriz e Rayssa) mulheres fortes e determinadas com quem tenho tido o privilégio de compartilhar as dores e as alegrias de viver. Sem vocês tudo isto seria mais difícil.

Aos amigos que nesta luta se tornaram valiosos irmãos de alma...

À Miriam Senghi, sua amizade e parceria de trabalho foi um belo presente que eu recebi deste doutorado.

À Andréa Sá, psicanalista que se faz amiga e parceira no campo da saúde mental infanto-juvenil do DF, minha profunda admiração pelo seu trabalho e pela transmissão da psicanálise que sustenta bravamente na assistência. Com você o aprendizado é diário e constante.

À Christiane Kanzler que aceitou o desafio de assumir a chefia do CAPSi e sustentar um trabalho que construímos em equipe, quando sai para fazer esta tese, obrigada por todo incentivo e cuidado que teve comigo neste processo.

À Ana Cláudia, parceira na construção do projeto de residência multiprofissional em saúde mental infanto-juvenil, que aposta junto comigo que ainda é possível transmitir.

À Anelice, pelas leituras, trocas, contribuições, chás e cafés. Com você fiz pausas necessárias e produtivas que renovaram minhas forças.

À Dra. Adriana, minha médica, amiga, conselheira, cujo cuidado com minha saúde foi essencial neste processo.

À Dra. Vanessa com quem tenho trilhado o caminho da educação em saúde no programa de residência multiprofissional da ESCS.

À Simone Guimarães e Viviane Celi que me acolheram no COMPP e permitiram que eu continuasse esta pesquisa.

À equipe dos CAPSi que entrevistei, bravos guerreiros que seguem em frente e seguram o rojão.

Ao Ileno Izídio, por ter acolhido meu projeto de pesquisa na UnB e pela parceria de trabalho ao longo desses anos.

À Daniela Chatelard, psicanalista e professora querida, cuja escuta e acolhida em seu grupo de pesquisa, contribuiu para a continuidade do meu percurso pela psicanálise e a universidade, no Cerrado Brasileiro.

À Cristina Ventura, cuja implicação e luta no campo da saúde mental de crianças e adolescentes do Brasil, despertou em mim o desejo de também militar nesta causa.

À Dóris Rinaldi, psicanalista e professora, desde a época da especialização que iniciei na UERJ em 2005, agradeço por mais uma vez se fazer presente em meu percurso acadêmico.

À UERJ, instituição que resiste bravamente à ausência de sustentação de uma política de educação e pesquisa no Brasil. Aos meus queridos professores (Sonia Alberti, Luciano Elia, Ana Costa, Heloísa Caldas e Marco Antônio Coutinho Jorge) deste lugar que tanto contribuiu para a minha causa com a Psicanálise e a Saúde Mental, meu eterno agradecimento.

## **RESUMO:**

O objetivo desta pesquisa foi analisar como a clínica vem sendo exercida nos CAPSi do DF a partir do trabalho realizado por uma equipe interdisciplinar. Trata-se de uma reflexão sobre os dispositivos possíveis para a proposta de uma clínica institucional a ser tecida nos CAPSi, a partir da aposta de construção de uma clínica coletiva, sem abrir mão do particular de cada situação. O recorte territorial desta pesquisa é o Distrito Federal em razão da sua má colocação no ranking do Ministério da Saúde que diz respeito a cobertura de CAPS por região entre os Estados Brasileiros, além disso, nos últimos anos foram implantados novos serviços infanto-juvenis que promoveram meu interesse em investigar como a clínica tem sido construída no processo de inserção desses CAPSi no território. A hipótese que guiou este trabalho é que a clínica realizada nos CAPSi do DF vem encontrando muitas dificuldades devido à ausência da construção de um eixo clínico-teórico que sustente a prática realizada por uma equipe interdisciplinar nestes serviços. Recorremos à Foucault e Bercherie para entender a construção do conceito de clínica e entrevistamos os trabalhadores e usuários dos CAPSi do DF para entender como estão construindo na prática a clínica desses serviços. Utilizamos como metodologia desta pesquisa qualitativa uma avaliação participativa devido à grande complexidade do objeto desta pesquisa – a clínica nos CAPSi - que é feita por seus trabalhadores, usuários, em rede, num território específico/delimitado, em serviços substitutivos que devem funcionar numa lógica psicossocial. Os dados da pesquisa foram analisados segundo a hermenêutica de profundidade e a partir dos referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva de Basaglia, da psicanálise de Freud e Lacan e do modo de atenção psicossocial segundo Costa-Rosa. Este trabalho apresenta uma proposta de gestão para a clínica dos CAPSi e alguns instrumentos que podem ajudar na construção dela. Assim como propõe uma política para os coletivos de trabalho nos CAPSi, na tentativa de contribuir para a reinvenção de práticas na saúde mental infanto-juvenil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Clínica, CAPSi, Saúde Mental Infanto-Juvenil, Política.

## **ABSTRACT**

The purpose of this research is to analyze how the clinic has been driven towards Brazilian Federal District's CAPSi, considering the work done by an interdisciplinary team. A reflection about possible tools and its proposals for an institutional clinic to be developed in the CAPSi, starting from a collective clinic construction approach, without giving up the individual in each situation. Federal District is the territorial background for this research due to its poor position at the Ministry of Health ranking that concerns the coverage of CAPS by region, and also taking into account that among the Brazilian States, in the last years, new children and youth services have been created making it possible for me to focus on researching on how the clinic has been built in the process of insertion of these CAPSi into the territory. The hypothesis that guided this work consider that the clinic performed in the CAPSi of DF has met many difficulties due to the absence of the construction of a clinical-theoretical axis that supports the practice performed by an interdisciplinary team in these services. Foucault's and Bercherie's work used to understand the construction of the concept of clinic and based on them it was interviewed the workers and users of the CAPSi of DF to understand how they are building in practice the clinic of these services. This qualitative research used a participatory evaluation methodology due to the great complexity of its object - the clinic in the CAPSi - that is done by its workers, users, in a network, in a specific / delimited territory, in substitutive services that must work in a psychosocial logic. The data of the research were analyzed according to depth hermeneutics and from the theoretical references of the Psychiatric Reform, from Basaglia's perspective, from the psychoanalysis of Freud and Lacan and from the mode of psychosocial attention according to Costa Rosa. This paper presents a management proposal for the CAPSi clinic and some instruments that can help in its construction. As well as proposing a policy for the working groups in the CAPSi, in an attempt to contribute to the reinvention of practices in the mental health of children and youth.

**Keyword: Clinic, CAPSi, Child-Juvenile Mental Health, Politics.**

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1 – Formação Profissional**

**Tabela 2 – Processo de Trabalho e Organização do serviço**

**Tabela 3 – PTS e PTA**

**Tabela 4 – Rede, território e direitos**

**Tabela 5 – Eixo clínico-teórico e modelo de produção do trabalho (MPT)**

**Tabela 6 – Usuários**

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1** - Configuração dos dois modos básicos das práticas em saúde mental: asilar e psicossocial

**Quadro 2** – Grade de referências clínico-teóricas

**Quadro 3** – Dispositivos clínicos e institucionais

**Quadro 4** – Referencial Metodológico

**Quadro 5** – Painel de monitoramento dos CAPSi – Distrito Federal

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** – Regiões de saúde do Distrito Federal

**Figura 2** – Ações de saúde mental no orçamento do FSDF

## **LISTA DE SIGLAS**

AIH – Autorização de internação hospitalar  
APAE – Associação de Pais e Amigos do Excepcional  
AT – Acompanhante Terapêutico  
BPC – Benefício de prestação continuada  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS ADi – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infanto-Juvenil  
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil  
CERSAMI – Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil  
CID – Código Internacional de doenças  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental  
COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico  
CONCAPSi – Congresso Nacional de CAPSi  
DERDIC – Instituição que atua na educação e atendimento a pessoas com alteração de audição, voz e linguagem em SP  
DF – Distrito Federal  
DISAM – Diretoria de Saúde Mental  
DO – Diário Oficial  
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor  
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
FORMSUS – Formulários do SUS na web  
GDF – Governo do Distrito Federal  
HB – Hospital de Base de Brasília  
HMIB – Hospital Materno-Infantil de Brasília  
ISM – Instituto de Saúde Mental de Brasília  
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental  
MPSMDF – Movimento pró-saúde mental do Distrito Federal  
MPT – Modo de Produção do Trabalho

MS – Ministério da Saúde  
NAICAP – Núcleo de atenção intensiva à criança autista e psicótica  
NAPS – Núcleo de atenção psicossocial  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organização Não-Governamental  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
PAIF – Serviço de proteção e atendimento integral à família  
PSI – psicólogos e psiquiatras  
PSMCA – Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes  
PTA – Projeto Terapêutico Assistencial  
PTI – Projeto Terapêutico individual  
PTS – Projeto Terapêutico singular  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RIDE – Rede de desenvolvimento do entorno do Distrito Federal  
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira  
RSMIJ – Residência de saúde mental infanto-juvenil  
SAMU – Serviço de atendimento móvel e urgência  
SES – Secretaria de Estado de Saúde  
SM – Saúde Mental  
SMCA – Saúde Mental de Crianças e Adolescentes  
SMIJ – Saúde Mental Infanto-juvenil  
SRT – Serviço de residência terapêutico  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UAA – Unidade de acolhimento de adulto  
UAI – Unidade de acolhimento infanto-juvenil  
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UNB- Universidade de Brasília  
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

*É porque a infância não é a humanidade completa e acabada  
que ela nos indica o que há de mais verdadeiro também no pensamento humano:  
a sua incompletude, isto é, a invenção do possível.*

*Gagnebin, 1997.*

## APRESENTAÇÃO

Meu primeiro contato com a saúde mental foi como Acompanhante Terapêutico (AT) no Hospital Psiquiátrico Jurandyr Manfredini na então chamada Colônia Juliano Moreira, localizada em Jacarepaguá, no município do Rio de Janeiro. Após cinco anos servindo a Marinha do Brasil e frequentando a faculdade de Psicologia, altamente influenciada pela leitura de Lorau (1995), Baremlit (1998), Deleuze (1997) e Deleuze & Guattari(1991) decido pedir minha baixa do serviço militar e me aventurar no hospital psiquiátrico.

Tida como louca pela família e perdendo o juízo pelos meus chefes militares, por abandonar uma possível carreira militar, não poderia ter ido para um lugar melhor do que um hospício. Porém, não consegui suportar a vivência naquele lugar mais do que quatro meses, pois tudo era caótico e muito distante do que estudava sobre a desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Tinha saído de uma instituição totalitária e ido para outra. O Hospital, naquela época, tentava modificar sua estrutura manicomial, e passava por um processo de desospitalização, mas as marcas de um manicômio eram difíceis de ser removidas e trabalhadas. A frustração foi enorme.

Tinha largado uma carreira militar por um ideal que não existia. Porém, conheci o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir de um jovem paciente atendido por aquele serviço que em função de passagens ao ato era internado sucessivas vezes no Manfredini. Passei então a frequentar o CAPS Arthur Bispo do Rosário, também localizado na Colônia Juliano Moreira e participar das supervisões orientadas pelo psicanalista Fernando Tenório. Ali surgiu meu encantamento pela saúde mental e o encontro com a psicanálise. Foi assim que pude começar a vislumbrar as possibilidades de trabalho neste campo, atrelados a clínica psicanalítica. Havia uma luz no final do túnel. Assim, ocorreu minha inserção no campo da saúde mental, há 16 anos como técnica e, também como gestora, comecei a me questionar sobre a clínica realizada nos serviços públicos de saúde mental.

Meu percurso profissional desde este encontro com a psicanálise, passou a ser trilhado por uma formação acadêmica na clínica psicanalítica. Em 2002, conclui minha graduação no Centro Universitário Celso Lisboa sendo orientada pela professora Dra. Heloísa Caldas onde escrevi meu trabalho final de graduação “O que vê a cegueira?”. Em seguida, no ano de 2005 começo uma especialização em Psicanálise e Saúde Mental na UERJ onde concluo defendendo minha monografia “Ó Abre Alas que eu quero passar: de menina a mulher uma travessia” orientada pela professora Dra. Sonia Alberti. Em 2010 inicio o mestrado na UERJ em Pesquisa e Clínica em Psicanálise em que defendo a dissertação “Da angústia e do Gozo: um percurso psicanalítico na escrita de Clarice Lispector” orientada pela professora Dra. Ana Costa. Neste,

mesmo ano, sou aprovada e nomeada no concurso de Psicólogo da Secretaria de Estado de Saúde do DF e começo minha clínica no CAPSi/COMPP de Brasília e neste novo lugar tem o início desta pesquisa.

Vivenciei entre os anos de 2011 a 2014 uma experiência de gestão de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) no Distrito Federal, até aquela época o único serviço desta modalidade que funcionava dentro de um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil e que confundia sua prática com a ambulatorial. No processo de reestruturação deste serviço começamos a nos perguntar qual a clínica a ser realizada no CAPSi?

A falta de conhecimento sobre qual clínica realizar neste serviço - onde há uma demanda aflitiva dos responsáveis de crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico por tratamento, diagnóstico e medicação, além das demandas escolares e sociais - podem precipitar a equipe a conduzir uma clínica pautada apenas na padronização de condutas reabilitadoras. Deste modo, discorrer sobre o tema da clínica é algo que sempre me foi caro. Pensá-lo orientada pela psicanálise em um serviço de saúde mental é um processo de elaboração e mais um desafio.

Temos acompanhado neste campo várias formas de institucionalização do cuidado e de suas práticas ligadas às muitas maneiras de regulação que ocorreram através de portarias ministeriais e legislação própria que corroboram e potencializam ações tanto políticas quanto clínico-institucionais, porém me parece que elas não são suficientes para sustentar uma clínica neste campo.

É preciso que estejamos advertidos que essas normas institucionais podem trazer outros riscos ao trabalho com os sujeitos em tratamento. É preciso também que os trabalhadores destas instituições estejam atentos às dificuldades e às possibilidades de trabalho, nesta clínica. Em alguns casos a formação de grupo de trabalhos fundada em identificações imaginárias que acentuam disputas rivalitárias, que pode trazer como consequência a paralisia da clínica. Pensar em como uma clínica pode ser feita neste contexto, dentro de uma proposta transdisciplinar foi o desafio, que meu percurso profissional descrito brevemente na apresentação, me fez chegar, ou melhor, me fez partir: para a pesquisa de doutorado.

## SUMÁRIO

Introdução .....	20
1. Capítulo 1 – De que Clínica se Trata na Saúde Mental? .....	24
1.1 O Nascimento da Clínica .....	24
1.2 Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta.....	27
1.3 A Pluridimensionalidade da Clínica da Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	36
2. Capítulo 2 - Um resgate da História da Saúde Mental Infanto-Juvenil.....	56
2.1 O Nascimento da Clínica Psiquiátrica da Criança .....	56
2.2 A História da Saúde Mental Infanto-Juvenil no Brasil.....	63
3. Capítulo 3 - Aportes Metodológicos .....	73
3.1 Os Caminhos de Uma Pesquisa .....	73
3.2 Local e Objetivo.....	78
3.3 Instrumentos e Materiais Utilizados .....	80
3.4 Procedimento de Coleta e Análise de Dados .....	81
3.5 Problematização Central da Pesquisa .....	86
4. Capítulo 4 – Análise dos Grupos Focais: A perspectiva dos Trabalhadores e Usuários sobre a clínica no CAPSi.....	88
4.1 CAPSi Asa Norte .....	95
4.1.1 Contextualização Sócio-Histórica.....	95
4.1.2 Análise do Grupo Focal de Trabalhadores/ Técnicos.....	96
4.1.3 Interpretação/Reinterpretação.....	102
4.1.4 Análise do Grupo Focal de Usuários .....	103
4.2 CAPSi Sobradinho .....	108
4.2.1 Contextualização Sócio Histórica.....	108
4.2.2 Análise do Grupo Focal dos Trabalhadores/ Técnicos .....	108
4.2.3 Interpretação/ Reinterpretação.....	116
4.2.4 Análise do Grupo Focal dos Usuários .....	117
4.3 CAPSi Recanto das Emas .....	120

4.3.1	Contextualização Sócio-Histórica.....	120
4.3.2	Análise Formal e Dinâmica da Comunicação no Grupo Focal dos Trabalhadores/ Técnicos .....	121
4.3.3	Interpretação e Reinterpretação .....	126
4.3.4	Análise do Grupo Focal dos Usuários .....	127
4.4	CAPS Adi Brasília .....	131
4.4.1	Contextualização Sócio Histórica.....	131
4.4.2	Análise do Grupo Focal dos Trabalhadores/ Técnicos .....	132
4.4.3	Interpretação e Reinterpretação .....	141
4.4.4	Análise do Grupo Focal dos Usuários .....	141
5.	Discussão Geral dos Dados .....	146
5.1	Análise de dados a partir de uma perspectiva da Teoria Lacaniana dos Discursos	160
5.2	A Gestão da Clínica e uma Política para os Coletivos dos CAPSi.....	165
5.2.1	A Gestão da Clínica e sua Governança, construindo um instrumento de monitoramento .....	165
5.3	Considerações éticas e políticas da Clínica com Crianças e Adolescentes no Coletivo dos CAPSi .....	182
6.	Considerações Finais .....	198
7.	Referências .....	206
8.	ANEXO A - Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores/técnicos.....	217
9.	ANEXO B - Roteiro para o grupo focal com os usuários e familiares.....	223
10.	ANEXO C – Parecer consubstanciado Conselho de Ensino e Pesquisa .....	225
11.	APÊNDICE - Revisão de Literatura.....	228

## **Introdução**

Sobre as instituições de saúde, podemos afirmar que todas elas, ao cumprirem o esperado para as suas atividades, visam à melhora ou, no caso dos CAPSi, a tentativa de reinserir esses sujeitos no laço social. Estes valores não são de forma alguma negligenciáveis e temos que trabalhar com eles. Porém, o valor universal que é atribuído às propostas reabilitadoras e de reinserção psicossocial, no que se refere aos CAPS, pode não combinar com uma clínica que se propõe trabalhar com o singular.

Para falar da clínica dos CAPSi temos que esclarecer quem dela faz parte. Para além dos usuários, razão primeira da existência desses serviços, quem constrói um CAPSi são seus técnicos, é sua equipe, com a contribuição dos gestores locais e supervisores/apoiadores como mostraremos neste trabalho. Pensar em como a equipe técnica dos CAPSi exerce a clínica tem sido um dos questionamentos levantados enquanto estive na função de gerente do CAPSi Asa Norte, localizado em Brasília e participando da implantação de alguns CAPSi no Distrito Federal. Isto levou-me a querer pesquisar sobre a clínica exercida nesse dispositivo.

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado a atender crianças e adolescentes com comprometimento psíquico grave. Nessa categoria estão incluídos os psicóticos, neuróticos graves e todas aquelas crianças e adolescentes impossibilitados de manter ou estabelecer laço social e em vulnerabilidade social. No manual para o funcionamento do CAPS (Brasil, 2004) constatamos que a experiência permite indicar algumas situações que favorecem as possibilidades de melhora de crianças e adolescentes, principalmente quando o atendimento tem início o mais cedo possível, observando-se determinadas condições, tais como a permanência do paciente em seu meio familiar, a participação das famílias no tratamento ao invés de tratar a criança ou adolescente isoladamente, o tratamento com estratégias e objetivos múltiplos envolvendo ações não apenas da clínica, mas também intersetoriais.

Seriam as ações intersetoriais clínicas? Como se faz uma clínica no campo da atenção psicossocial com crianças, adolescentes, familiares em grave sofrimento psíquico? Existe uma posição clínica melhor que a outra? A clínica da reabilitação? A clínica do cuidado? A clínica do sujeito? A clínica entre vários? Uma equipe deve se pautar por uma única direção clínica? Como se constituiu o processo de construção da clínica nos CAPSi que foram implantados no Distrito Federal? Apenas com a designação de profissionais e um espaço físico é possível constituir uma equipe de CAPSi? Será possível construir práticas interdisciplinares no campo da saúde pública, principalmente se levarmos em conta que a reunião de distintos profissionais

em um equipamento não se dá pela transferência de trabalho, mas muitas vezes por critérios administrativos? O que seria imprescindível para a constituição de um trabalho clínico-institucional? Foram esses questionamentos que me fizeram enveredar pelo campo acadêmico da pesquisa e iniciar o projeto de doutorado.

Orientada teoricamente por autores, como Ana Cristina Figueiredo, Maria Cristina Ventura, Sonia Alberti, Dóris Rinaldi, Luciano Elia que se dedicam ao tema da clínica institucional em articulação com a psicanálise, considero relevante refletir sobre como os CAPSi podem acolher a clínica da psicose, das neuroses graves, dos quadros de autismo e dos graves quadros marcados por passagens ao ato de crianças e adolescentes, além do exercício da função de reabilitação psicossocial que compõem o seu mandato clínico-territorial.

Na clínica com crianças e adolescentes a doença dificilmente é colocada entre parênteses. Muitos pais já chegam com o diagnóstico que muito os angustia. Ou quando não chegam com ele, possuem uma demanda enorme para obtê-lo. Não estou defendendo o diagnóstico, nem a doença, como sustentam alguns profissionais do campo biomédico. Apenas pontuo uma realidade que se apresenta nos CAPSi: necessidade de trabalhar o diagnóstico com o paciente e a família, assim como a medicação, a alta, as expectativas para o futuro, por exemplo *“o que meu filho vai ser quando crescer”* é uma fala que os pais trazem constantemente. Tudo isto é manejo do campo clínico. Por isso considero pertinente uma interrogação sobre que clínica tem sido feita nos CAPSi.

Nossa pesquisa se limitou aos CAPSi do Distrito Federal em virtude desta localidade durante muitos anos ter estado entre um dos últimos serviços no que diz respeito a quantidade de CAPS no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2015). Durante 15 anos o Distrito Federal teve apenas um CAPSi que atendia toda a demanda de saúde mental infanto-juvenil do DF e entorno. Nos anos de 2013 e 2014 foram criados novos CAPSi: dois deles para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes e dois destinados a adolescentes usuários de álcool e drogas denominados CAPS Adi.

Participando ativamente da implantação desses novos CAPSi no DF, oferecendo capacitação para os mesmos, pois na época era gerente do CAPSi Asa Norte e havíamos concluído a reestruturação deste serviço, comecei a me deparar com todas as indagações que mencionei. Porém a questão principal que guia nossa pesquisa é como a clínica vem sendo realizada nos CAPSi do DF, a partir do trabalho realizado por uma equipe interdisciplinar? Quais dispositivos clínico-teóricos têm sustentado a prática nestes serviços? Que caminhos podemos propor?

Hoje ouvimos falar constantemente em clínica ampliada, escuta do sujeito, entre outros dizeres de cunho fundamentalmente clínico, porém isso não garante que haja uma dimensão clínica nos espaços dos CAPS. Figueiredo & Cavalcanti (2001) apresentam alguns exemplos disso: acolher o paciente, valorizar o dito, supor a existência do inconsciente, trabalhar a transferência etc. Apesar destes termos, algumas equipes continuam praticando um cuidado desclinizado, baseado muitas vezes apenas na lógica da inclusão, acolhendo sem tratar. E o que cada técnico entende por tratar, já que muitos que trabalham nesse dispositivo vêm de áreas e linhas teóricas diversas? Costumamos dizer que o trabalho nos CAPSi é realizado por uma equipe interdisciplinar, mas não fica muito claro o que essa equipe interdisciplinar deve fazer se cada um vem com um saber instituído a priori.

O que acontece nos CAPSi é clínica? Ou na verdade o CAPSi é promotor de trato e não de tratamento? Como as propostas da atenção psicossocial, tão fortemente incentivadas pela reforma psiquiátrica que trata de questões universais pode se conciliar com uma prática clínica que é singular, do sujeito?

Penso que o que cada técnico e usuário entende por clínica é o primeiro passo para começarmos a pensar em como um CAPSi poderá construir a sua clínica. Por isto utilizamos como metodologia desta pesquisa qualitativa, a avaliação participativa, pois realizamos entrevistas em grupo com a equipe técnica dos CAPSi do Distrito Federal e grupo com os usuários e familiares, na tentativa de responder esta questão e de responder como funciona a clínica desses serviços e quais dispositivos clínico-teóricos eles utilizam.

A premissa inicial deste trabalho é que a clínica nos CAPSi do DF vem encontrando muitas dificuldades devido à ausência da construção de um eixo clínico-teórico que sustente a prática realizada por uma equipe interdisciplinar nestes serviços. Recorremos aos seguintes referenciais teóricos para analisar esta questão: a psicanálise de Freud e Lacan, a reforma psiquiátrica na perspectiva de F. Basaglia (2005) e o modo da atenção psicossocial, segundo as contribuições de Costa-Rosa (2013).

A tese está organizada em cinco capítulos. No primeiro apresentamos os fundamentos teórico que embasaram nossa investigação: o conceito de clínica em Foucault (1926/2013), na tentativa de descrever como se deu a constituição desse conceito e como a clínica tomou várias vertentes desde a modernidade até os tempos atuais. A questão quanto a que tipo de clínica é feita na saúde mental interrogo como surgiu a clínica psiquiátrica que durante muitos anos foi detentora do fazer neste campo. A partir dos fundamentos da clínica psiquiátrica proposto por Bercherie (1989) abordarei a clínica do olhar (medicina representada pela psiquiatria) à clínica da escuta (proposta pela psicanálise), farei junto com o autor um retorno a clínica clássica e

suas contribuições para a pluridimensionalidade que é hoje a clínica da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em função disto elaboro uma Grade de Referências Clínico-Teórica para identificar os diversos dispositivos clínicos e institucionais existentes no campo da saúde mental no Brasil, particularmente nos serviços públicos, e seu modo de produção de trabalho, para refletir sobre sua aplicabilidade nos CAPS infanto-juvenis do DF.

No segundo apresento a clínica infantil e sua particularidade no campo da saúde mental infanto-juvenil. Retorno a Bercherie (2001) e descrevo como se deu o nascimento da clínica psiquiátrica da criança e faço um resgate histórico da saúde mental infanto-juvenil na formulação das políticas para este campo, no Brasil, a partir da tese e textos de Couto (2012).

No terceiro descrevo a metodologia utilizada nesta pesquisa, fundamentada na Hermenêutica da Profundidade segundo Pedro Demo (2006).

No quarto apresento os dados coletados nos grupos focais realizados em cada serviço proposto por esta pesquisa. Faço uma análise da perspectiva dos trabalhadores e usuários sobre a clínica nos CAPSi do DF.

No quinto proponho uma discussão sobre o funcionamento dos CAPSi do DF a partir da Teoria dos Discursos em Lacan (1992) e defendo a tese desta pesquisa apresentando um conceito importante que surgiu no decorrer deste trabalho: a gestão. A partir dele elaboro uma proposta de gestão da clínica para os CAPSi e apresento uma política que não pode ser excluída dos devires da clínica com crianças e adolescentes, em sofrimento psíquico, no DF.

## 1. Capítulo 1 – De que Clínica se Trata na Saúde Mental?

### 1.1 O Nascimento da Clínica

Parto da iniciativa de tentarmos entender primeiramente o conceito de clínica para posteriormente pensá-la na saúde mental infanto-juvenil. O início da clínica moderna data entre o final do século XVIII e início do século XIX. Para isto retomo Michel Foucault (2013) onde descreve de forma histórica e crítica o surgimento dos que praticam a arte de curar.

A clínica não se formou apenas em torno do corpo como inicialmente poderíamos supor, seu surgimento se deu em resposta a várias demandas de legitimação social, dos sistemas jurídicos, moral e religioso, dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina e do campo das práticas de cura, tratamento e terapia. A clínica, na aurora da humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, residia na relação imediata do sofrimento com aquilo que o aliviava. Essa relação era de instinto e de sensibilidade, mais do que de experiência: era estabelecida pelo indivíduo para consigo mesmo antes de ser tomada em uma rede social. Havia uma relação constatada pelo homem são que era estabelecida sem a mediação do saber, onde cada indivíduo era ao mesmo tempo sujeito e objeto. Onde todo mundo, indistintamente praticava essa medicina, onde as experiências que cada um fazia eram comunicadas a outras pessoas e esses saberes eram transmitidos de pai para filho.

Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina. E a decadência começou, segundo Foucault (2013), quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição desse saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculos ou limites entre Olhar e Palavra: o que já se soube só era, a partir de então, comunicado aos outros transferidos para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber (Foucault, 2013, p.58).

Presenciamos nos primórdios da Clínica sua construção na presença da palavra e obviamente o de uma escuta para que pudesse ser transmitida. Isto se transforma após a relação com o saber ser modificada. A experiência médica soube encontrar entre o saber e o ver uma forma de exercer sua prática. Segundo Foucault (2013, p.59) “Nos tempos passados, a arte da medicina era ensinada na presença do seu objeto e os jovens aprendiam a ciência médica no leito do doente”. A clínica torna-se o tempo positivo do saber e a medicina que se torna sua referência cria instituições e métodos clínicos dando-lhes estatutos ao mesmo tempo universal e histórico, valorizando-os como restituição de uma verdade eterna, assim a medicina estará no mesmo nível que sua verdade. É na fusão de dois lugares: o hospital e a universidade que esse

saber será adquirido e transmitido. Daí podemos pensar na importância da instituição e sua influência no conceito de clínica.

Na história contada por Foucault (2013), em 1658, François de La Boe abre uma escola clínica no hospital de Leiden e publica suas observações. Segundo o autor é possível que desde fins do século XVI uma cadeira de clínica tenha existido em Pádua. Porém, foi de Ledem, Boerhave e seus alunos que partiu, no século XVIII, o movimento de criação, por toda Europa, de cadeiras ou de institutos clínicos. Eles são imitados em Londres, Oxford, Cambridge e Dublin. Curioso, salientar que foi nos hospitais militares que se organizou primeiramente o ensino clínico, o regulamento para os hospitais, em 1775 dizia que cada ano de estudo devia compreender um curso de prática e de clínica das principais doenças que reinam entre as tropas nos exércitos e nas guarnições. O exame dos casos, sua exposição detalhada, sua relação com uma explicação possível é uma tradição muito antiga na experiência médica; a organização clínica não é, portanto, correlata à descoberta do fato individual na medicina; as inúmeras compilações de casos, redigidas a partir do renascimento, bastam para prova-lo.

Para Foucault (2013) essa protoclinica se distinguia de uma prática espontânea e se organizaria mais tarde em um corpo complexo e coerente em que se reúnem uma forma de experiência, um método de análise e um tipo de ensino que seria próprio da experiência médica do século XVIII. Ele descreve cinco características da constituição dessa clínica que nos remete a pensar em suas influências na clínica como é realizada nos tempos dito pós-modernos.

Em primeiro lugar essa protoclinica é mais do que um estudo sucessivo e coletivo de casos; ela deve reunir e tornar sensível o corpo organizado da nosologia. Nela são reunidos os casos, que parecem mais próprios para instruir. Antes de ser o encontro do doente com o médico, de uma verdade a decifrar com uma ignorância, a clínica deve formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado.

Em segundo seu modo de inserção no hospital é particular. Não é sua expressão direta, pois no hospital se encontram indivíduos que são indiferentemente portadores de uma doença qualquer, o papel do médico de hospital é descobrir a doença no doente. Na clínica, inversamente, se encontram doenças cujo portador é indiferente: o que está presente é a doença no corpo que lhe é próprio, que não é o doente, mas o de sua verdade. Para Foucault “diferentes doenças que servem de texto”, “o doente é apenas aquilo por intermédio de que o texto é apresentado. Na clínica, onde se trata apenas de exemplo, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou.

Em terceiro, a clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la

para que ela se desvele sistematicamente. A clínica é uma espécie de teatro nosológico de que o aluno desconhece de início, o desfecho. Constrói-se uma clínica do olhar que percorre o corpo que sofre e só atinge sua verdade no poder de análise e síntese de um método clínico que trata muito menos de um exame, e mais de uma decifração.

Em quarto, ele compreende essa clínica numa única direção: a que vai, de cima para baixo, do saber constituído à ignorância, no século XVIII só há clínica pedagógica. “O professor indica a seus alunos a ordem em que os objetos devem ser observados para serem mais bem vistos e gravados na memória; ele lhes abrevia o trabalho; os faz aproveitar sua experiência” (Foucault, 2013, p.65). Desta maneira a clínica apenas duplicará a arte de demonstrar.

E em quinto, no século XVIII, a clínica não é uma estrutura da experiência médica, mas é experiência, ao menos no sentido de que é prova: prova de um saber que o tempo deve confirmar, prova de prescrições a que o resultado dará ou não razão, e isso diante do júri espontâneo que os estudantes constituem.

No século XVIII, a clínica é, portanto, uma figura muito mais complexa do que um puro e simples conhecimento de casos, forma uma estrutura marginal que se articula com o campo hospitalar sem ter a mesma configuração que ele; visa à aprendizagem de uma prática que ela resume mais do que analisa. Ela desta forma, não pode por si mesma descobrir novos objetos, formar novos conceitos, nem dispor de outro modo a não se do olhar médico.

O nascimento da clínica é antes, de tudo, um acontecimento da medicina social (Foucault, 2013). Em meados do século XVIII não se tratava de uma medicina da pessoa, mas dos recursos e da salubridade. Ela era exercida como forma de controle social e principalmente dos pobres, cuja condição era associada à insalubridade, à falta de higiene, ao controle de natalidade. Com a medicina social surge o higienismo e a política de controle dos nascimentos, mortes, das epidemias, endemias. Com isto, forma-se o consenso de que a experiência clínica deriva da observação controlada e continuada dos doentes.

Foucault (2013), ressalta que entre 1750 e 1850 abrem-se novos hospitais a partir da crescente massa de doentes, exigindo novas estratégias de administração e controle e passando a ser orientados por uma nova atitude clínica baseada na observação controlada e continuada dos doentes. O movimento da medicina clínica se exprime em duas etapas: a partir de 1775 está caracterizado pela formação de uma cultura clínica baseada na observação e, entre 1800 e 1850, pelo desenvolvimento dos instrumentos que melhoram e refinam as técnicas diagnósticas.

O surgimento da medicina social é contemporâneo do renascimento da clínica e da era das descobertas fisiológicas, porém ambas se encontram com estratégias de poder diferenciadas. A medicina deixa de ser apenas técnicas e saberes necessários a cura e passa a

prescrever o homem saudável como homem-modelo (Foucault, 2013). Conforme assevera Canguilhem (2009), há uma irreversibilidade da normatividade biológica, definida pela ciência fisiológica, à norma social, definida pelas práticas concretas de vida que definem a saúde em cada momento.

Há uma mudança decisiva na clínica e a pergunta que antes era feita “O que você tem” muda para “Onde lhe dói”. A medicina antiga assimilava ao processo da cura o saber que o sujeito tinha sobre a sua doença. Agora este saber é silenciado pelo saber do médico e o Olhar regulado e atento da doença é que levará o médico ao diagnóstico e a cura. Assim instaura-se a Clínica do Olhar.

## **1.2 Da Clínica do Olhar à Clínica da Escuta**

A clínica, sem dúvida, não é a primeira tentativa de ordenar uma ciência pelo exercício e decisões do olhar. A história natural, desde a segunda metade do século XVIII, se propusera a analisar e classificar os seres naturais segundo suas características visíveis. Era preciso tanto quanto a clínica, tornar a ciência ocular. A clínica pede ao olhar tanto quanto a história natural e a ciência que se construía. O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional. O objeto do discurso também pode ser um sujeito, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi essa reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica.

Na vida do homem moderno, o discurso médico ocupa um lugar determinante, pois fundado na ciência, promete a saúde como forma de salvação ainda que reconheça o inevitável da morte. A doença é abordada de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito como um conjunto de sintomas e signos a ser decifrado pelo saber médico.

A clínica, isto é, a apresentação do doente no interior de uma encenação em que o interrogatório do doente serve para a instrução dos estudantes e em que o médico vai atuar no duplo registro daquele que examina o doente e daquele que ensina os estudantes, de modo que será, ao mesmo tempo, aquele que cuida e aquele que detém a palavra do mestre. (Foucault, 2013, p.232)

Clinicar é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre esse corpo determinado olhar e derivar desse olhar um conjunto de operações. O olhar que organiza a clínica emergente do século XVIII constrói a doença como um quadro, tal como uma pintura. Talvez por isto, dê-seo

nome de quadro clínico quando o médico classifica o estado do doente. A partir de então começa-se os procedimentos de classificação e ordenamento da doença com signos, traços e síndromes. Uma nova linguagem é estabelecida e denominada semiologia, isto é, uma classificação e organização de signos, índices, sintomas e traços que devem se apresentar como diferenças significativas ao olhar clínico. Desta forma,

(...) a doença é o terreno de verdadeira linguagem, visto que há substância, o sintoma, e uma forma, o signo (uma ordem biface significante-significado); uma combinatória multiplicadora; um significado nominal como nos dicionários; e uma leitura, o diagnóstico, que é aliás, como para as línguas, submetida a um aprendizado. (Barthes, 2001, p.244)

Segundo Dunker (2011), na clínica clássica o tratamento passa a designar o conjunto de ações tomadas, prescritiva ou proscritivamente, as observações realizadas, os atos diagnósticos e a pesquisa das causas. Pode-se dizer que o tratamento é o exercício articulado da clínica em um caso ou um grupo de casos e o diagnóstico presume seu funcionamento. O diagnóstico implica a capacidade de discernimento acerca do valor e da significação que um conjunto de signos possui quanto estes aparecem de forma simultânea ou sucessiva, na particularidade de um caso. O diagnóstico é um ato específico que contém várias ordens: a síndrome, o quadro, o transtorno, a disfunção, o sintoma e envolve uma anamnese. A qualidade deste diagnóstico relaciona-se com a sua capacidade de estabelecer um prognóstico. O prognóstico é o curso esperado para a enfermidade naquele paciente específico. Portanto a diagnóstica, que é o fazer continuado por meio do qual a hipótese diagnóstica se confirma ou se desmente, inclui não só a avaliação da perturbação, mas também dos recursos e circunstâncias de que o paciente dispõe para atravessar o processo mórbido.

Além da semiologia e diagnóstica, a estrutura da clínica moderna pressupõe uma concepção etiológica, ou seja, a preocupação clínica não é apenas descrever e classificar a enfermidade, mas indicar precisamente sua causa. A etiologia fornece subsídios para a organização de uma patologia fundada em princípios causais comuns para um conjunto mais ou menos regular de signos. A noção de causa já nos foi explicada por Aristóteles (1984) para quem a ciência é conhecimento das causas e pelas causas:

- Causa material (aquilo do qual algo surge);
- Causa eficiente (o princípio e modo como ocorre a mudança);
- Causa formal (a ideia ou o paradigma de algo);

- Causa final (a realidade para a qual algo tende a ser ou o lugar para onde o objeto tende).

Dunker (2011), continua destacando a última operação da clínica clássica como a terapêutica. Nela incluem-se todas as estratégias que visam interferir e transformar a rede casual que constitui a etiologia, confirmar a diagnóstica e verificar o valor semiológico dos signos e sintomas. A ação terapêutica deve estabelecer a hierarquia das metas (curar, controlar, mitigar), a estratégia relativa aos meios empregados (tipos de intervenção, ordem de procedimentos) e as táticas pelas quais a ação se dará (técnicas centrais e auxiliares). Em geral, no desenvolvimento da técnica terapêutica é importante a verificação diacrônica da eficácia e da responsabilidade aos procedimentos empregados. É também parte da decisão clínica deliberar a utilização de uma ou várias ações terapêuticas, contudo isso deve derivar da profundidade diagnóstica e da ambição terapêutica.

Vimos em Foucault (2013) que a clínica surgida entre os séculos XVIII e XIX produz uma ruptura epistemológica com a clínica antiga em Hipócrates, Empédocles e Galeno. As vertentes fisiológicas, social e clínica introduzem novos princípios de observação, verificação e direção política da medicina. O que caracteriza este momento é a subordinação das técnicas de tratamento ao método, sendo o método definido pelas aspirações da modernidade científica. A noção de terapia subordina-se assim aos demais procedimentos da estrutura do tratamento (semiologia, diagnóstico e etiologia) e a noção de terapia se autonomiza enquanto técnica. O clínico, nesse sentido, ouve o paciente, mas não o escuta. Ouve na medida em que as informações que este lhe transmite possam ser cotejadas com um referencial anatomopatológico, o que for além disto irá atrapalhar e prejudicar o clínico. Neste ponto de vista, a clínica clássica exclui o sujeito, ou melhor, o único sujeito é o médico, pois é este que estabelece, legitima e certifica a doença como tal (Clavreul, 1983).

O modelo da clínica moderna é possível então perceber circulações fechadas entre semiologia, diagnóstica, terapêutica e etiologia. Parece que toda a clínica desta época passa a funcionar desta forma, não apenas a especialidade médica. Dunker (2001) apresenta a estrutura clínica como sistema com duas propriedades fundamentais: a homogeneidade entre seus elementos e a covariância de suas operações. A homogeneidade diz respeito à identidade de natureza entre os elementos e a covariância quer dizer que os elementos devem se afetar mútua e necessariamente. Essa covariância é, no fundo, uma espécie de prova possível da aplicação do primeiro princípio de homogeneidade. Ou seja, se os elementos são capazes de ser afetados mutuamente, isso certifica sua homogeneidade. O autor afirma que esses são critérios para todo

e qualquer projeto que pretenda se apresentar, tática ou explicitamente como uma clínica. Constituem-se uma espécie de crivo epistemológico para legitimar sua constituição.

A ética que atravessa a clínica moderna estrutura-se em meios para alcançar um fim, a saúde. O sujeito desta clínica não é o paciente é o médico, como o dono de um saber a quem ele dirige suas ações, um corpo como conjunto de signos. A partir destes pressupostos da clínica moderna começamos a nos interrogar como a clínica no campo da saúde mental, nos tempos atuais se estrutura? Quais são seus elementos clínicos?

O encontro com a clínica do olhar descrita por Foucault que contribuiu para o surgimento da clínica moderna nos faz entender o quanto é difícil construir um outro tipo de clínica, que se propõe escutar o sujeito em sua singularidade e construí-la num dispositivo institucional. Esta nova modalidade, a clínica da escuta, trouxe uma grande contribuição para o movimento da reforma psiquiátrica. Por isto vamos primeiramente adentrar na proposta da clínica da escuta, para posteriormente percorremos o trajeto clínico proposto por Basaglia (1985) na clínica da reforma, que de certa forma também propõe uma clínica da escuta a partir do conceito de sujeito, porém com nuances diferentes do sujeito proposto pela psicanálise.

Segundo Dunker (2011, p.439) “assim como a clínica moderna começa quando o médico decide tocar no paciente com as próprias mãos na proximidade do leito, a clínica psicanalítica começa quando Freud decide tirar as mãos de seus pacientes segundo o que chamou de método da pressão”. Ou seja, a clínica da escuta começa quando Freud desiste do método da sugestão e hipnose e adota a associação livre, em que o paciente é indicado a falar a primeira coisa que lhe vier a mente. A escuta torna-se a essência do projeto psicanalítico e passa a trazer para a clínica aquilo que o olhar médico extirpa, como os deslizos, o silêncio, as repetições, os chistes, os atos falhos.

Para Dunker (2011) a psicanálise faz um corte na clínica clássica e essa subversão começa pelo olhar sendo substituído pela escuta. Freud e Lacan, se interessam pela ligação entre o significante e o significado no processo de significação. Uma importância maior é dada a narrativa dos pacientes do que os signos da doença, isto provoca um rompimento com a semiologia. Os relatos de caso passam a fazer parte da construção de uma clínica cuja narrativa recebe um suporte da linguística que constituem as histórias que são narradas. A subversão da semiologia implica, direta ou indiretamente, na adoção de uma perspectiva específica sobre a linguagem em geral. O amplo espectro de estudos sobre a linguagem, que marcou a produção teórica das ciências humanas no século XX, vem alimentando inúmeras incursões, derivações e prolongamentos verificados na pesquisa em psicanálise, vemos como a ciências da linguagem, e não a biologia, tornaram-se o campo de maior interlocução para a psicanálise do século XX.

No campo de estudos clínicos acentua-se a prolífica produção em torno de obras literárias como problematização da clínica psicanalítica a partir da proximidade da escuta analítica com diversos aspectos do campo da literatura.

Em relação ao diagnóstico, vimos que na clínica era o médico o sujeito e o corpo do paciente seu objeto. Freud subverte esta relação ao colocar o paciente na condição de sujeito e Lacan propondo o analista no lugar de objeto como agente do discurso. Lacan (1969-70) aponta para esta mudança radical, na teoria dos discursos que desenvolve no “Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise”.

Lacan (1969-70) definiu o discurso no ordenamento do que se produz na existência, uma engrenagem na qual o humano, uma vez afetado pela linguagem, encontra sua expressão subjetiva na estrutura como ser falante. Mostrou que a máquina da linguagem opera a partir de quatro formas discursivas relacionadas a quatro funções diferenciadas: o discurso do mestre ou do senhor, que orienta a lógica como um todo e dá início ao funcionamento dos demais discursos; o discurso da histérica, que retrata o impasse do sujeito em relação ao gozo e ao desejo de saber; o discurso universitário que confirma a impotência do sujeito diante dos saber absoluto, ao mesmo tempo em que representa a sustentação do discurso da ciência; e o discurso do analista que aciona a “progressão” do discurso da universidade em relação ao absoluto, pois, ao operar como saber no lugar da verdade, aponta para uma verdade que só existe na condição de recalçada.

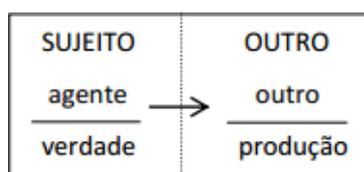
Para Lacan (1969-70), o discurso como laço social é um modo de aparelhar o gozo com a linguagem, pois para convivermos com outros, em uma civilização é necessária uma renúncia pulsional. Isto, Freud já nos alertava em seu texto “O mal-estar da civilização” que segundo Quinet (2006): “o mal-estar da civilização é o mal-estar dos laços sociais” (p.17).

Para Freud as quatro formas das pessoas se relacionarem entre si é governar, educar, psicanalisar e fazer desejar. Quinet (2006) a partir disto, exemplifica como os discursos podem funcionar:

Governar corresponde ao discurso do mestre/senhor, em que o poder domina; educar constitui o discurso universitário, dominado pelo saber; analisar corresponde ao laço social inventado no início do século XX por Freud, em que o analista se apaga como sujeito por ser apenas causa libidinal do processo analítico, e fazer desejar é o discurso da histérica dominado pelo sujeito da interrogação (no caso da neurose histérica, trata-se da interrogação sobre o desejo), que faz o mestre não só querer saber mas produzir um saber.( p. 17)

Os discursos são aparelhos de linguagem compostos de quatro lugares permanentes e quatro termos móveis. Como os lugares são fixos, o que se move são os termos. E a cada rotação dos termos temos uma modalidade de discurso, são elas: discurso do mestre, do universitário, da histórica e do analista.

Começemos pelos quatro lugares fixos do discurso (agente, outro, produção e verdade). O lugar do agente determina a ação (o seu dito); o lugar do outro que é movido pelo dito produz uma ação; o lugar do produto é o resultado do dito do primeiro e da ação do segundo; e o lugar da verdade é o lugar necessário para ordenar a função da fala. Ou seja, esses lugares são fixos porque em todo discurso terá uma verdade que moverá um agente dirigido a um outro a fim de obter uma produção. Tais lugares são escritos por Lacan (1969-70) por meio de dois binômios interligados por uma seta na tentativa de se estabelecer uma ligação entre o campo do sujeito e o campo do Outro.



Quanto aos termos móveis temos:

S1 – significante-mestre

S2 – o saber

\$ - sujeito dividido

a – mais de gozar/resto

No momento em que o significante (S1) intervém no campo do Outro (A), campo estruturado por um saber (S2) em que outros significantes se articulam, surge o sujeito dividido (\$). Nesse trajeto há também uma perda, que Lacan denomina objeto *a*. Essa operação pode ser representada nos seguintes termos:

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

A barra dos discursos é aquilo que indica o representante e o representado em cada laço social. O representado, escamoteado pela barra, é o que sustenta a verdade de cada discurso. O agente de cada laço social é o agente da verdade para o outro produzir alguma coisa. A seta de cada discurso vai do agente ao outro e é interpretada como poder de dominação. E o lugar do

agente do discurso é o lugar da “dominante”, termo que Lacan toma emprestado de Jakobson e que determina o agir do sujeito, ou seja, ele age de acordo com a dominante do discurso em que está inserido. Assim teremos os quatro tipos de discurso: do mestre, do universitário, da histórica e do analista. E em cada um deles, respectivamente, teremos a ação da dominante: S1 (o mestre), S2 (o saber), \$ (o sujeito), a (o objeto *a*). Assim sendo, no discurso do mestre a dominante é a lei, no da histórica é o sintoma, no do universitário é o saber e no do analista é o mais-de-gozar.

Quanto a operação de giro, o “quarto de volta” que ocorre na estrutura do discurso, produzirá sempre uma passagem para um outro discurso caracterizando, assim, o tipo do laço social. Cada termo da estrutura discursiva relaciona-se com um outro segundo leis que os mantêm ligados entre si.

Vejamos resumidamente cada um dos discursos abaixo, para podermos pensá-los na instituição.

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

No discurso do mestre, S1 ocupa o lugar de agente que representa o sujeito \$ para outro significante S2. O sujeito sob a barra é quem sustenta a verdade desse discurso. O que se representa nas produções significantes é a divisão do sujeito e a relação com o objeto perdido. Esta cadeia tem como resto o objeto *a* em sua vertente de gozo. Lacan (1969-70) afirma reiteradamente que o discurso do mestre é o discurso da dominação do Outro, pelo poder. O discurso do mestre também é o discurso do inconsciente, que é produzido a partir do nada-querer-saber acerca da verdade da falta e da divisão:

No nível do discurso do mestre, com efeito, o lugar acima e à esquerda só pode ser ocupado pelo \$ que na verdade, numa primeira abordagem, nada necessita, posto que não se coloca tranquilamente num primeiro tempo como idêntico a si mesmo. Diremos que o princípio do discurso não dominado, não amestrado, e sim mestrado, com hífen, do discurso na medida em que feito mestre é acreditar-se unívoco. (Lacan, 1969-70, p. 96).

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

O discurso universitário é o prolongamento obrigatório do discurso do mestre, privilegiando a cadeia significante S2, ou seja, o discurso constituído como saber. Neste discurso, o que está no lugar da verdade é S1: o mestre. Muito presente na universidade o

educador encarnando o saber como agente e autorizando-se dos autores, impõe um saber ao outro, tratando-o como objeto. Este fato tem como consequência um sujeito dividido e um saber constituído que faz obstáculo a outras produções de saber que não se inscrevem nele:

É impossível deixar de obedecer ao mandamento que está aí, no lugar do que é a verdade da ciência – Vai, continua. Não para. Continua a saber, sempre mais. Precisamente por este signo, pelo fato de o signo do mestre ocupar este lugar, toda pergunta sobre a verdade é, falando propriamente, esmagada, silenciada, toda pergunta precisamente sobre o que este signo – o S1 do mandamento continua a saber – pode velar, sobre o que este signo, por ocupar esse lugar, contém de enigma, sobre o que é este signo que ocupa tal lugar. (Lacan, 1969-70, p. 98).

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

No discurso da histórica, quem está no lugar de agente é o sujeito dividido – \$ –, que dirige sua demanda ao significante mestre – S1 –, supondo produzir saber – S2 – acerca de sua divisão. Enquanto o discurso universitário impõe um saber, a histórica vai ao mestre e demanda que ele produza algum saber. O discurso da histórica é exatamente o oposto do discurso do universitário, todas as posições são invertidas. Neste discurso, é mantida a primazia da divisão subjetiva e a natureza conflitante do desejo. O discurso da histórica é o que conduz ao saber:

Se algo que a psicanálise deveria forçar-nos a sustentar tenazmente, é que o desejo de saber não tem qualquer relação com o saber a menos, é claro, que nos contentemos com a mera palavra lúbrica da transgressão. Distinção radical que tem suas consequências últimas do ponto de vista da pedagogia – o que conduz ao saber não é o desejo de saber. O que conduz ao saber é – se permitem justificar em um prazo mais ou menos longo – é o discurso da histórica. (Lacan, 1969-70, p. 21).

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

O analista neste discurso é convocado através do discurso histórico a se posicionar como sujeito suposto saber, contudo o analista recusa o lugar do mestre e do saber, ele faz semblante do que falta, ou seja, o objeto *a* como causa de desejo. Sustenta a dimensão da falta, tomando o outro como sujeito, que, produzindo os significantes mestres que o alienam, pode posicionar S2 no lugar da verdade. O discurso do analista é o único que fornece possibilidades para o desejo se inscrever. Ele coloca em primeiro lugar o objeto *a*, situando-o em sua relação com o sujeito \$. Neste discurso, é o objeto *a* como causa de desejo que ocupa a posição dominante,

ele é o agente. O S2 ocupa o lugar da verdade e também representa o saber, mas um saber diferente do que vigora no discurso universitário. O saber do discurso do analista é um saber inconsciente e tem por característica o fato de que a verdade não é dita totalmente; trata-se de um saber semi-dito.

No capítulo cinco desta tese utilizaremos a teoria lacaniana dos discursos para pensar a posição discursiva dos CAPSi.

A linguagem entra na clínica não apenas como estrutura, mas como mediação fundamental na dialética com o Outro. Não é uma linguagem como meio de comunicação, nem mesmo a linguagem como produto motor da emissão articulada de sons. É a linguagem como alteridade, como campo simbólico que submete o sujeito, que o constrange e onde ele não é mais senhor em sua própria morada, é a linguagem do inconsciente. Isto difere da fala e abre a possibilidade para o atendimento de crianças autistas, adolescentes com mutismo eletivo, e tantos outros sintomas em que a fala não está inserida, mas a linguagem sim.

Quanto ao diagnóstico, para a psicanálise, só pode ser considerado na transferência, não admite a universalidade objetiva que os consideraria como fatos em si mesmos, independentes de quem os enuncia. Assim ela se apresenta como uma cura pela fala onde a posição e o lugar ocupados pelo analista são condições da eficácia de suas intervenções.

Quanto a noção de causalidade, a clínica psicanalítica propõe um a posteriori, o que Freud denominava de *nachträglich*, onde acontecimentos cronologicamente posteriores a um determinado evento tornar-se traumático muito depois de sua efetiva ocorrência, ele é ressignificado posteriormente. Pois trata-se de um acontecimento de linguagem não de uma conexão entre fenômenos. Os fenômenos não se alteram ao serem rescritos, eles não se modificam pela maneira como nós os nomeamos. Eles são em si mesmos e não para o outro, adotando por referência aqui as concepções da clínica clássica.

É justamente por esta clínica trabalhar com a linguagem que a sua terapêutica implica num conjunto de operações como: interpretação, construção, tudo operado sobre a transferência. Porém há uma problemática nesta técnica, pois como em toda e qualquer técnica ela visa um conjunto de regras com um determinado fim ou objetivo independente do desejo de seu praticante. A técnica em si não supõe uma posição definida do sujeito face ao Outro, é a questão da neutralidade da técnica.

Na psicanálise, a técnica não pode ser dissociada do desejo do analista e do desejo do analisante. Para isto, a ética é uma regra constitutiva do processo analítico, pois na psicanálise ela é interna ao dispositivo, passa pela subjetividade dos atores dessa clínica (analista e analisando). A clínica clássica também é interpelada pela ética, mas vem de fora do dispositivo

e visa limitá-lo diante de imperativos morais. Esta é a diferença da ética que a psicanálise propõe, ou seja, a sua política. No capítulo cinco desta tese trabalhamos o conceito de Ética para psicanálise e propomos uma política para a clínica dos CAPSi.

Segundo Dunker (2011) o que a clínica psicanalítica nos mostra é a invenção de uma clínica da escuta cuja semiologia é constituída pela fala do paciente, sua diagnóstica é baseada na transferência, sua etiologia é baseada no inconsciente, sua terapêutica fundada na escuta fundamentada por uma ética atravessada pelo desejo do analista.

Esses pressupostos da clínica da escuta permitem que ela seja uma clínica que não permanece idêntica a si mesma, mas que admite a singularidade do caso a caso. Isto possibilita que esta clínica possa percorrer outros campos para além do psicanalítico e que se adentrem na clínica interdisciplinar, proposta pelo campo da saúde mental, e que possibilite projetos de construção de novos dispositivos clínicos, como de certa forma influenciou a clínica da reforma psiquiátrica na sua pluridimensionalidade.

### **1.3 A Pluridimensionalidade da Clínica da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A Clínica é, sem dúvida, uma das disciplinas que melhor mostram o sentido da transcendência, a saber, que o homem não se situa a priori no conhecimento de seu objeto, mas que ele se coloca no exterior, que não o constitui e que, com todos os recursos da tradição criticada, é de fora que tem que o descobrir. Isso é evidente no nível da orientação clínica, pois ninguém pode saber de antemão que distúrbio habita o paciente, é preciso aprendê-lo pouco a pouco, ou seja, descobri-lo, e não o produzir; mesmo que a orientação clínica nunca seja ingênua e pressuponha sempre o saber e a habilidade, portanto conhecimentos e aprendizagens prévios. É do exame e da escuta do paciente que ela extrai o que pode conhecer dele. Nenhum a priori jamais é suficiente. Resta-nos então a difícil questão de saber como podemos construir essa clínica, esse fazer a partir do outro.

Proponho, ainda nesta reconstrução histórica do conceito de clínica, entender como a clínica psiquiátrica que serviu a nossos antecessores funcionava, para não correremos o risco de tomar o que eles escreveram e disseram sobre ela, do que realmente lhes serviu.

Um dos méritos de Bercherie (1989) foi ter feito e apresentado os fundamentos desta clínica psiquiátrica sem reduzi-la a uma história da semiologia, da patologia mental, nem da psicopatologia. Ele nos leva a interrogar sobre a especificidade da clínica psiquiátrica, sabendo que se podemos avançar em algo é na observação e escuta dos pacientes.

Como vimos anteriormente é o olhar (mesmo que outras dimensões perceptivas sejam utilizadas) que parece constituir a clínica psiquiátrica e que deixa transparecer a relação

existente entre a observação morfológica e a descrição formal dos distúrbios psicopatológicos. É esse o problema que Bercherie (1989) nos aponta, que no espaço de meio século, tornaram a clínica suspeita de participar da alienação daqueles cujos distúrbios ela pretendia descrever, analisar objetivamente e classificar racionalmente. Portanto o que ele propõe e que estou tentando trilhar neste trabalho é buscar um conhecimento da história e o retorno aos textos que são indispensáveis para se pensar a que se propõe a clínica do século XXI e questionar seus manuais modernos, mais preocupados com o ecletismo atual, do que com a transmissão do requinte do olhar dos clássicos, dos conhecimentos acumulados e dos problemas com os quais se depararam.

Quanto a isto penso que a Psicanálise, especificamente a lacaniana, veio contestar, retomando alguns clássicos da clínica psiquiátrica como Kraepelin e Bleuer. Quinet, (2006) faz esta proposta de retorno aos clássicos para pensar a noção de estrutura em sua proposta diagnóstica. Logo não podemos negar que a psicanálise veio dar prosseguimento à investigação psicopatológica, mesmo que ela esteja distante de abarcar o imenso campo que era dominado pela clínica clássica.

No século XIX surgem diversas especialidades na clínica médica, cada qual definida por seu objeto de trabalho, uma parte do corpo humano. Corpo este que cada vez mais precisa ser fragmentado para melhor ser visto. A lógica de uma clínica do olhar ainda impera na clínica dita pós-moderna.

A entrada da ciência no campo da loucura, começa a questionar esta clínica do olhar. Ao contrário dos fenômenos da clínica clássica que eram acessíveis pelo olhar, os fenômenos da loucura são invisíveis e como tais se definem pela linguagem. São fenômenos que se encontram no campo da realidade linguística, são compostos por palavras, atos e não por tecidos, hematomas. A totalidade na qual o delírio se inclui não é a totalidade fechada do corpo, mas o universo aberto das significações. Assim toda aquela estrutura clínica composta pelos elementos da clínica moderna como, semiologia, diagnóstica, terapêutica e etiologia precisa ser revista.

Agora a história da doença se confunde com a história do doente que não é mais uma sucessão de signos, mas uma narrativa. Os diferentes fenômenos da loucura como delírios, alucinações, melancolia e mania são inseparáveis da fala do paciente. As litânicas, os refrãos, os neologismos, as incongruências sintáticas e semânticas, assim como as diferentes formas de mutismo e interrupções do discurso, ou de aceleração e lentificação da fala, compõem o tecido sobre o qual se realizará o diagnóstico. Surge então a exigência teórica de estabelecer a matriz sobre a qual tais variações podem ser avaliadas como desviantes.

A psicopatologia nosográfica, apoiada em uma teoria das faculdades mentais, construiu uma matriz para a clínica da loucura (atenção, memória, pensamento, vontade, consciência) na tentativa de dar a esta clínica alguma objetividade (Dunker, 2011). Porém nada disto é visível. Nem na etiologia conseguia-se muitas explicações. Qual a causa da loucura? Como engendrar uma terapêutica e uma concepção etiológica congruentes? Fruto desses impasses tiveram como consequência curiosos e desastrosos métodos clínicos como: cura por intermédio de banhos, ar fresco, eletroterapia, ergoterapia, hipnoterapia, enfim expor o corpo a situações controladas.

O invisível e a falta de uma etiologia clara produzem uma série classificatória que se estende até os dias atuais em vários DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Tudo se passa como se, à falta de uma terapêutica que reconhecesse a disparidade da condição do sujeito, em relação à objetividade da natureza orgânica, a clínica clássica recorresse às suas formas subsidiárias de sustentação. A deontologia evolui para o tratamento moral em Pinel (Bercherie, 1989) e para as diferentes práticas de reeducação, que procuram à sua maneira reduzir o arbitrário e relativo, próprio à condição do sujeito, ao convencional ou necessário. A objetividade assume aqui a forma sinônima do social. A teoria da degenerescência, desenvolvida por Morel e Esquirol (Bercherie, 1989), através da qual os vícios morais transmitiam-se de geração em geração redundando, por acumulação, na doença mental é um exemplo desta proliferação do patológico para fora da ordem orgânica.

Apesar desta problemática a psiquiatria moderna chega a um estágio do conhecimento que funda a medicina mental enquanto especialidade médica. A ignorância com a qual os povos antigos tratavam os doentes, ora considerando-os possuídos pelos deuses ou demônios, ora atribuindo-lhes uma verdade transcendental da natureza humana, ora ainda os excluindo da categoria do humano, é, para a psiquiatria, não mais que a constatação da sua pré-história, do seu estado teológico ou metafísico, na qual não existiam ainda os recursos necessários para o efetivo reconhecimento das doenças. Foucault (1987) em “História da Loucura” diz que é um passo importante na desconstrução dessa mitologia científica, ao demonstrar que nem a doença mental nem a psiquiatria existiriam desde sempre, mas que são objeto e saber datados historicamente.

Segundo Bercherie (1989) a psiquiatria moderna, ou simplesmente psiquiatria, é esse conjunto de saberes e práticas sobre o objeto construído “doença mental”, cuja construção, a exemplo da reflexão filosófica, no seio da qual é parcialmente edificada, tem como pressuposto que o princípio da possibilidade do saber científico está na autonomia do observador (sujeito epistêmico) para com a observação (objeto epistêmico). A psiquiatria nasce também de uma reforma, pois de um lado a medicina geral, não vê com simpatia a pretensão dessa nova ciência,

principalmente pela carência de bases concretas científicas que justifiquem sua incorporação ao campo da medicina. E é neste momento que a loucura é apropriada conceitualmente pelo discurso médico, tornando-se a partir da psiquiatria, doença mental.

Com o aval da medicina a psiquiatria cria a possibilidade de aglutinar os loucos em uma instituição hospitalar para conhecer e tratar suas loucuras. Como essa relação se dá ao nível institucional, os hospícios locais que passam a ser chamados o lugar onde os loucos são tratados, é considerado o a priori da percepção médica.

Bercherie (1989) descreve este processo historicamente, começando pelo médico, filósofo, matemático e enciclopedista Philippe Pinel que tem importante papel nessa transformação. Como um dos fundadores da clínica médica, ele assume, em 1793, a direção do Bicêtre, onde opera os primeiros momentos dessa modificação. Manda desacorrentar os alienados e inscreve suas alienações na nosografia médica. Cria o primeiro espalho rigorosamente médico para os alienados. É nesse contexto que Pinel elabora o “Tratado Médico Filosófico sobre a alienação mental”, onde aborda a primeira incursão especificamente médica sobre a loucura. Para a História Natural, conhecer é classificar, separar e agrupar os diferentes fenômenos em ordens aproximativas. Dessa forma, se a loucura é considerada um rompimento com a racionalidade, rompimento este que se expressa por meio de determinados sinais, precisos e constantes, pode ser então classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e espécies, enfim, numa nosografia.

Conhecer a loucura é observar, descrever e classificar o que se chama às vistas do alienista como sendo estranho ao padrão moral. Para Bercherie (1989), Pinel funda uma tradição – a da clínica – como orientação consciente e sistemática. Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados como o que está perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico. Esse é o método do conhecimento, o que opera a passagem da loucura para a alienação mental.

Para Bercherie (1989) Pinel é, a um só tempo, um construtor teórico e prático. Reúne e dá corpo aos saberes médicos e filosóficos que vinham sendo produzidos sobre a loucura, ao mesmo tempo em que opera transformações práticas no lidar social e institucional com a mesma. Com ele, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura a partir dele. Se por um lado a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso de pelas

instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão no interior da própria razão, e não a sua alteridade.

Pinel deu início ao primeiro asilo destinado exclusivamente aos alienados, o que se estende posteriormente à Salpêtrière, e isso possibilita a observação sistemática da loucura pelo saber médico: nasce a clínica psiquiátrica e o tratamento moral. Para ele, era preciso deixar o corpo entregue a sua reação natural, na alienação mental, inversamente, o espírito perturbado podia ser reconduzido à razão com o auxílio da instituição de atendimento, pois afinal é a um conceito dessa ordem que podemos remeter as concepções de Pinel que acredita que o isolamento numa instituição especial era necessário para primeiro retirá-lo de suas percepções habituais, aquelas que haviam gerado a doença ou, pelo menos, acompanhado seu despontar, e depois para poder controlar inteiramente suas condições de vida. (Bercherie, 1989)

Esquirol, sucessor de Pinel desenvolve as mesmas linhas de tratamento do seu mestre, a imposição do asilamento e do tratamento moral. Adota ainda o termo “asilo” para diferenciar a instituição psiquiátrica daquela do Hospital Geral, já adotada em sentido perjorativo pelo senso comum, como a instituição da marginalidade. A mudança, no entanto, não diminui o estigma, pois da mesma forma, o asilo torna-se a face da violência contra os loucos e os marginalizados. O asilo torna-se um lugar não apenas de isolamento terapêutico, no sentido pineliano, mas, também, de prevenção do mal que o contágio dos alienados pode causar para a contaminação da sociedade. (Bercherie, 1989).

O trabalho realmente pessoal de Esquirol foi o aprofundamento clínico e a nosologia dele marcou um nítido progresso em relação à de Pinel. Bercheire (1989) aponta os seguintes avanços:

- Separou da idiotia (termo pelo qual substitui o idiotismo, que já tinha um sentido gramatical), congênita ou adquirida desde tenra idade e, de qualquer modo, definitiva, o idiotismo adquirido de Pinel, que transformou em demência aguda. E descreveu os diversos graus dessa enfermidade evolutiva;

- Dividiu a demência em uma forma aguda curável e duas formas crônicas e incuráveis (demência senil e demência crônica);

- Definiu validamente a mania como uma alteração e uma exaltação do conjunto das faculdades (inteligência, sensibilidade e vontade, divisão canônica na época e que continuaria a sê-lo por muito tempo), um delírio total (ou geral, como diria Ferrus) que proibia a ação da

atenção voluntária, muito diminuída diante do afluxo de sensações, ideias e impulsos que assaltavam o doente;

- Criou a grande classe das monomanias, que agrupou todas as afecções mentais que só afetavam o espírito parcialmente, deixando intactas as faculdades, afora a lesão focal que constituía toda a doença.

Bercherie (1989) nos primeiros capítulos sobre a primeira psiquiatria clínica apresenta em seguida a “descendência de Esquirol” e os psiquiatras e os somatistas alemães. Na segunda parte do seu livro apresenta os fundamentos da nosologia clássica e seus atores e em seguida a psiquiatria clássica configurando-a em antes e depois de Kraepelin.

Considero importante pontuar algumas teorizações de Kraepelin e conseqüentemente de Bleuler, em Bercherie (1989), pela possibilidade de elas aliarem a riqueza da descrição da esquizofrenia, quando de sua emergência como entidade clínica, à psicanálise. É a partir principalmente da fenomenologia da esquizofrenia de Bleuler que Freud e Lacan podem discutir as tentativas de laço social. Freud enunciava: “tudo leva, no entanto, a crer que não está longe o tempo em que as pessoas se darão conta de que a psiquiatria verdadeiramente científica supõe um bom conhecimento dos processos profundos e inconscientes da vida psíquica” (Freud, 1916-17/1976, p.300).

Antes de ser chamada pelo nome inventado por Eugen Bleuler, a esquizofrenia fora designada e descrita por Emil Kraepelin como demência precoce, termo inventado por Morel em 1856 e enquadrada como um dos processos psíquicos degenerativos, ao lado da catatonia e da demência paranoide. A demência precoce aparece na quarta edição do “Compendio de psiquiatria de Kraepelin”, já influenciado pelo pensamento de Karl Kahlbaum, que preconizava o estudo de “todas as manifestações do alienado” (e não apenas aquelas negativas, que se desviavam da norma) e do desenvolvimento temporal dos processos mórbidos, resultando na descrição de um certo número de quadros clínico-evolutivos. Em Kraepelin, essa influência, segundo, Paul Bercherie (1989), se manifesta na ideia de que é o estado terminal que caracteriza o estado mórbido, podendo inclusive ser previsto desde sua origem. Não é, portanto, por acaso que encontraremos a demência precoce no grupo dos processos demenciais na famosa sexta edição do “Compêndio de 1899”, considerada clássica em razão da sua sistematização de todo saber acumulado até então. A sua descrição é determinada pelo estado demencial terminal inexorável, segundo Kraepelin.

Nessa sexta edição, a demência precoce ganha efetivamente o status de categoria nosológica, como entidade psiquiátrica clínica. É o critério clínico-evolutivo que lhe confere não só o nome como também a consideração de que ela tende sem exceção para a demência, de

maneira extremamente precoce, asseverando o pessimismo implícito na própria descrição da entidade clínica.

Com Kraepelin a psiquiatria moderna se fundamenta na noção de “unidades nosológicas”. Ele funda uma sistemática nosológica em substituição à nosografia dos alienistas anteriores. Embora com termos distintos, distingue as alienações endógenas das exógenas, inclusive com a adoção do conceito de ‘demência precoce’ que Bleuler vai posteriormente denominar de esquizofrenia. Ele adota uma classificação que vai da sintomatologia ao curso e à terminação. Este princípio nosológico-clínico opera um novo arranjo interno no conjunto de aspectos relativos a uma doença, no qual são combinadas perspectivas diversas, tais como a etiologia, as condições de aparecimento, a tendência à predisposição, o curso da doença, a sintomatologia, a perspectiva prognóstica, etc. Como é possível constatar nessa classificação a nosologia e conseqüentemente a etiologia dão fundamentação para o fazer clínico na psiquiatria.

Bleuler, por não concordar com a evolução inexorável para a demência precoce, recusa o termo de Kraepelin e utiliza o termo “esquizofrenia” (mente cindida) por considerar a dissociação das funções psíquicas, uma das características mais importantes. Para Quinet (2006), Bleuler introduz a causalidade psíquica na psiquiatria, situando a esquizofrenia como uma reação do sujeito em um dado momento de sua história, desencadeada por algo extremamente particular, concernindo-o diretamente. Pois segundo diz Bercherie

(...) tudo aquilo que para outros autores precedentes parecia decorrer do acaso ou da lesão tornou-se expressão de um movimento psicológico: desejo, em particular sexual, aversão, medo, recusa de uma realidade penosa ou reação a um acontecimento vivido ou esperado, a uma relação interpessoal, a um meio específico. (1989, p.201).

O termo de Bleuler “esquizofrenia” situa no centro dos sintomas psíquicos a esquizo (divisão, clivagem, cisão) do sujeito em relação à realidade. A esquizo se manifesta aqui, segundo Bercherie (1989, p.180) “na perda do poder regulador do eu e da consciência sobre o curso do pensamento, e o conjunto das operações psicológicas se encontra a serviço da ação dos complexos”.

A partir de como Bleuler descreve os fenômenos da esquizofrenia verificamos sua importância para a psicanálise. Quinet (2006) propõe os quatro As da esquizofrenia que segundo Bleuler são seus sintomas básicos: distúrbios das associações e da afetividade, o autismo e a ambivalência.

Bleuler pareceu mais otimista do que Kraepelin, destacando a presença da afetividade no esquizofrênico, assim como uma preocupação em introduzir um sujeito no fenômeno esquizofrênico, lá onde os psiquiatras só viam patologias e transtornos. E esta teorização de Bleuler irá influenciar a psicanálise em um dos seus principais conceitos de estruturação do sujeito, a castração. Freud (1938, p.309) aponta na esquizofrenia do sujeito uma “característica universal”, a partir da esquizofrenia do sujeito na psicose: “O ponto de vista que postula que em todas as psicoses há uma *Ichspaltung* não poderia chamar tanta atenção se não revelasse passível de aplicação a outros estados mais semelhantes à neurose e, finalmente, às próprias neuroses”. A esquizofrenia é, portanto, generalizável para todo sujeito, pois é determinada pelo encontro traumático do sujeito com o real da castração e se refere à divisão do sujeito entre pulsões e realidade.

Seguindo essa cadeia de influências percebemos o quanto a psiquiatria clássica foi referência para a psicanálise e que ela também foi referência para outros autores que contribuíram para a Reforma Psiquiátrica. Como por exemplo Foucault, a quem retomaremos para prosseguir na construção da clínica da reforma.

Em “História da Loucura”, Foucault (1961) privilegia o estudo dos espaços institucionais de controle do louco e dos saberes a eles intrinsecamente relacionados descobrindo inclusive, desde a época clássica, uma heterogeneidade entre os discursos teóricos – sobretudo médicos- sobre a loucura e as relações que se estabelecem nesses lugares de reclusão. Foi analisando os saberes teóricos, mas sobretudo as práticas de internamento e as instâncias sociais (família, igreja, justiça, medicina) a elas relacionadas e, finalmente, generalizando a análise até as causas econômicas e sociais das modificações institucionais que Foucault foi capaz de explicar as condições de possibilidades históricas da psiquiatria.

Enfim, com a história da loucura, Foucault (1961) inaugura a possibilidade de entendermos que o conhecimento da racionalidade do objeto científico, sobretudo quando se trata de um objeto cultural, e não da natureza, não pode ser julgado ou avaliado a partir da racionalidade da ciência. Eis porque a diferença entre a loucura e a razão é sobretudo ética e não médica. Como propor uma clínica ética e não médica da loucura? Veremos como alguns autores do campo da reforma e da psicanálise propõe uma ética para esta clínica, no último capítulo desta tese.

Uma dessas possibilidades é proposta pela Reforma Psiquiátrica, movimento criado no período pós-guerra que faz fortes críticas a instituição asilar e provoca uma desconstrução do aparato psiquiátrico, entendido como conjunto de relações entre instituições, práticas e saberes legitimados pela ciência. Cujo um dos seus principais participantes é Franco Basaglia que em

1961 assume a direção do hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia e propõe uma nova clínica a partir da operação de negação-superação-invenção.

Basaglia (1985) afirma que a ação de transformação em Gorizia só poderia prosseguir no sentido de uma dimensão negativa que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário. Para ele a negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação sobre o qual se age. É a negação da instituição manicomial. Porém, para Basaglia (1985), a dimensão negativa é também superação e invenção de novos contratos. É um processo dialético, que requer a transformação da realidade, sendo necessário para isto sair do território exclusivamente psiquiátrico e construir na sociedade as condições para que ela, como espaço real da vida humana, participe da solução. A doença não é a condição única, nem a condição objetiva do ser humano que está doente, ao mesmo tempo em que o aspecto em que se encontra o doente é produzido pela sociedade que o rejeita e pela psiquiatria que o gere.

Franco Basaglia foi um dos primeiros médicos modernos a sugerir que as práticas em saúde deveriam se orientar por uma fenomenologia materialista. Ele sentiu-se obrigado a responder de maneira concreta à materialidade horripilante produzida pela psiquiatria aplicada em pacientes reclusos nos manicômios, e este seu compromisso com a prática e com as pessoas pelas quais ele se responsabilizara o impediram de operar apenas com conceitos críticos. Por isto ele necessitou propor alguma coisa que operasse no lugar do saber negado. Assim Basaglia rompeu radicalmente com a clínica do olhar, quando se propõe inventar. A clínica do Olhar era uma clínica da repetição e da constatação do método e a clínica proposta por Basaglia é a da invenção.

Em certo sentido, um pioneiro neste esforço de compatibilizar determinação estrutural com processos mutantes operados por sujeitos concretos foi o filósofo e militante esquerdista Antônio Gramsci. A possibilidade de inventar o novo, apesar das determinações ou dos condicionamentos estruturais, quer fossem eles biológicos, biográficos, econômicos, políticos ou históricos. Isto lhe valeu a acusação de voluntarismo, de subjetivismo e de hipervalorizar o papel instituinte dos sujeitos fazendo história. E para ele se fazia história de múltiplas e variadas maneiras. Ele foi um dos primeiros a falar em processos de mudança molecular: a educação, a cultura, o trabalho, a política, a igreja, os meios de comunicação, em todos estes espaços se construiria o novo ou se reforçaria a velha dominação. A revolução não seria o único nem o principal meio para se constituir o novo em novas sociedades (Gramsci, 1978).

Basaglia também fundamentou sua “clínica da invenção” apoiado nos conceitos de Sartre. Um francês originário do existencialismo radical, herdeiro de uma fenomenologia que

praticamente liquidava qualquer relação dialética entre sujeito e objeto, ao atribuir ao sujeito quase que a responsabilidade total pela construção de sentido ou de significado para as coisas ou para os fenômenos. Tudo partiria do sujeito, quase uma onipotência significadora de um sujeito que nomeava o Mundo, sem que fosse por ele influenciado. Pois bem, este mesmo Jean Paul Sartre, mais tarde, busca modular esta perspectiva excessivamente subjetiva, combinando-a com o marxismo. Deste esforço resultou um esboço de teoria sobre algumas possibilidades de desalienação dos sujeitos. Sartre falava em serialidade, em grupos que repetiam comportamentos condicionados por estruturas dominantes, mas apontava também para a possibilidade da construção de grupos sujeitos, agrupamentos aptos a lidar com estas determinações de forma mais livre, agrupamentos voltados para a construção da liberdade, do novo e de modos de convivência mais justos. Sartre valorizava o sujeito dentro de uma perspectiva ao mesmo tempo humanista e materialista (Sartre, 1963).

Mas e a Clínica com tudo isto? Basaglia aproveitou-se de todos esses conceitos/teorias para repensar políticas e práticas em saúde. Amarante (1996) sintetiza a contribuição de Basaglia com a seguinte frase:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' " (Amarante, 1996, p.79).

A perspectiva aqui é claramente fenomenológica: sai o objeto ontológico da medicina - a doença - e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. Toda ênfase sobre uma existência concreta e sobre a possibilidade de se inventar saúde para estes enfermos. Mas inventar saúde, para Basaglia, implicaria mais do que uma intervenção técnica e estaria ligada à noção de reprodução social do paciente. Noção esta profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo; ou seja, parte-se do reconhecimento do paciente enquanto uma pessoa com direitos, e ao mesmo tempo, defende-se a necessidade de prepara-lo para fazer valer os próprios direitos, construindo um mundo melhor para o sujeito e para os outros. Uma proposta complexa de conjugação de atividades políticas, gerenciais, de promoção e de assistência à saúde (Basaglia, 1985).

A reforma da clínica moderna assentou-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, no caso, um sujeito portador de alguma enfermidade. Amarante (1996) destaca um importante princípio da reforma, colocar a doença mental entre parênteses:

O princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico – que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica –, e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença (Amarante, 1996, p.78).

Centrar a ação clínica sobre o sujeito, tudo bem, no entanto, este sujeito seria um sujeito concreto, não somente marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, ou de sofrimento ou de deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico. Colocar a doença entre parênteses é um exercício que quebra a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo. Evita que sofra iatrogenia, intervenções exageradas, mas não necessariamente melhora sua relação com o mundo. Como ressaltar o sujeito trazendo junto sua integralidade humana; humanidade que, no caso, inclui também distúrbios, sofrimentos, dores, risco de morte, doença enfim?

Clínica do sujeito? Sim uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte desta existência. No entanto, a medicina não somente trabalha com uma ontologização das enfermidades - as doenças são o verdadeiro objeto de trabalho da clínica - como acaba por tomar as pessoas por suas doenças. Seria como se a doença ocupasse toda personalidade, todo o corpo, todo o ser do doente. Seu João da Silva desapareceria para dar lugar a um psicótico, ou a um hipertenso, ou a um canceroso, ou a um poliqueixoso, quando não se acerta imediatamente com algum diagnóstico. Fala-se até em uma arte psicopatológica para se referir a pinturas elaboradas por doentes mentais, como se a doença substituísse a mente, o cérebro, a vontade, todo o ser do enfermo. Para a medicina a essência do sujeito seria esvaziada pela doença, a qual ocuparia o seu lugar a posteriori.

A descoberta freudiana do inconsciente e a construção de um novo campo de saber – a psicanálise – subvertem, entretanto, a dissociação promovida pela ordem médica, dando a “clínica” um novo sentido, a partir da suposição da existência de uma razão inconsciente e de uma implicação do sujeito em seu sintoma.

Sujeito para a psicanálise é um conceito caro e radicalmente novo. Segundo Lacan o sujeito é aquilo que um significante representa para outro significante. Esta definição parte do conceito de sujeito como uma posição adotada com relação ao Outro enquanto linguagem ou lei, ou seja, o sujeito é uma relação com a ordem simbólica. Para este autor somos alienados na medida em que somos falados por uma linguagem que vem do Outro. A medida em que a noção

de Outro de Lacan evolui, o sujeito é reformulado como uma postura adotada com relação ao desejo do Outro, uma vez que este desejo provoca o desejo do sujeito (Lacan, 1964). Pontuo brevemente este conceito, para marcar sua diferença com o conceito de sujeito adotado pela reforma psiquiátrica que recebe fortes influências da fenomenologia.

Ao retomar a relação entre a problemática da doença e a existência do sujeito, a reforma psiquiátrica, também influenciada pela psicanálise e seu conceito de sujeito do inconsciente, empreendeu uma crítica à concepção médica de clínica em que se pode perceber a influência das formulações da psicanálise, ainda que estas não tenham sido decisivas para a conformação deste novo campo, marcado fortemente pela política, por meio da luta pela cidadania do louco e da preocupação com a reabilitação psicossocial.

Assim sendo, o campo da atenção psicossocial é atualmente marcado por diferentes orientações, desde aquelas que, oriundas da psiquiatria democrática italiana, que privilegiam a dimensão política propondo uma supressão da clínica da doença em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, incorporando os procedimentos de atenção psicossocial passando a designá-la também como clínica ampliada.

A clínica da Reforma Psiquiátrica teve a contribuição de vários conceitos e teorias e por isto nela se referem várias formas do fazer clínico e não somente em uma forma unificada, daí toda a pluridimensionalidade da sua clínica que pretendemos apresentar neste trabalho.

Onocko (2001) nos chama a atenção que o que chamamos de clínica não podem ser apenas as práticas médicas, mas a prática de todas as profissões que lidam com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Ela ainda nos alerta que “quem quer contribuir para planejar mudanças em serviços de saúde deve dispor de um certo leque de modelos clínicos, e isto é uma questão de eficácia” (Onocko, 2001, p.99).

Campos (1997) propõe as seguintes categorias para repensar a clínica:

- Clínica degradada: baseia-se na queixa-conduta, não avalia riscos, não trata doença, trata sintomas. É a clínica mais comum nos pronto-atendimentos, mas também é a de grande parte de nossa atenção à demanda em muitos outros serviços. É a clínica da eficiência: produz muitos procedimentos (consultas), porém, com muito pouco questionamento sobre a eficácia.

- Clínica tradicional: trata das doenças enquanto ontologia, na sua serialidade, o que há de comum nos casos. Nem sempre trabalha com riscos, ainda que devesse; está focada no curar, não na prevenção, nem na reabilitação. É a clínica do especialista.

- Clínica ampliada: também conhecida como clínica do sujeito, a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. O sujeito é sempre biológico, social, subjetivo e histórico. As demandas mudam no tempo, pois

há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários.

Delgado (2007) nos leva a pensar que o importante no campo da clínica da Reforma é que a entendamos como construção e contingência, ou seja, é uma clínica que só existe porque está em construção. Ele define essa clínica como “uma clínica histórica, contingente, são sujeitos históricos, contingentes sempre em relação aos outros, em relação ao momento concreto, em relação à situação histórica dada” (p.2). Aponta que nesta clínica há uma relação concreta com o território “o que fazemos é transformar o território em lugares de produção de cuidado” (p.3). Para este autor, outra importante dimensão desta clínica é a inclusão social.

Merhy (2015) descreve a pluridimensionalidade da clínica da Reforma, mas especificamente nos CAPS, partindo de importantes autores e publicações surgidas em mais de vinte anos desta prática no Brasil. São eles:

- Yasui (1989) caracteriza a clínica do CAPS como “uma clínica fundada num radical compromisso com a vida”.

- Goldberg (1996) que relata a experiência clínica no primeiro CAPS do Brasil e apresenta o conceito de “gestão extra-clínica da vida”.

- Costa (1996) considera a clínica no CAPS um novo modo de se fazer psiquiatria e define esta clínica como “acompanhar, passo a passo, a trajetória de vida das pessoas”.

- Pitta (1996) refere-se à produção do cuidado no CAPS e define esta clínica como “condizente com a cidadania ativa e ampliada que tanto desejamos, pautada por um cuidado personalizado”.

- Martins (2000) salienta a criação individual como constitutiva de uma clínica que deve pensar sua eficácia pelo “aumento da potência de agir e do amor à vida, como um todo, por parte do próprio indivíduo”.

- Lobosque (2003) aponta como diretriz dessa clínica “tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não” (p.17). Esta clínica ela nomeia como “clínica em movimento”.

- Costa-Rosa (2003) caracteriza a clínica da atenção psicossocial como aquela que considera os “fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes”. Ele diferencia o

modo psicossocial do asilar dizendo que aquele tem por objeto toda a existência-sofrimento dos sujeitos-cidadãos, causando uma “ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados.

- Amarante (2003) propõe a reinvenção da clínica, para ele o CAPS deveria ser um serviço inovador e produzir novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento e a experiência diversa.

- Penido (2005) apresenta como característica de inovação assistencial “a lógica do acolhimento” e a “lógica de responsabilização pelo paciente”.

- Lancetti (2006) propõe para o CAPS uma clínica pelo território geográfico e pelo território existencial num estreito relacionamento com a Estratégia Saúde da Família oferecendo assistência integral e territorializada. Assim cria a Clínica Peripatética.

- Mehry (2004) para este autor a produção do cuidado no CAPS deve dirigir-se para “ganhos de autonomia e de vida dos usuários” permitindo o nascer “de novas possibilidades desejantes, protegidas em redes sociais inclusivas”, de forma a “vivificar o sentido da vida no outro”.

Dentre todas estas modalidades clínicas para os CAPS apresentadas pelos autores citados, em nenhum momento, tivemos nessas leituras algo específico para os CAPSi. Podemos problematizar que todas elas podem ser aplicadas na clínica com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, porém devido a especificidade da faixa etária dos seus usuários, existem outras demandas nessa clínica, as quais nos deparamos concretamente, no dia a dia, que precisam ser atentadas para que possamos produzir uma atenção e um cuidado específico a crianças e adolescentes em sofrimento.

Cabe ressaltar que a adolescência e a juventude têm sido hoje alvo preferencial de um efeito de patologização: na maior parte das vezes o que emerge do mundo adolescente ecoa no mundo adulto como impertinência, como apatia, como doença, como delinquência. A tematização da juventude pela ótica do “problema social”, como objeto de falha, disfunção ou anomia no processo de integração social e como tema de risco para a própria continuidade social é histórica. Esta concepção da juventude tem sido também dominante nas políticas públicas: em grande parte, o foco dos programas desenvolvidos tem sido a contenção do risco real ou potencial dos adolescentes, pelo seu afastamento das ruas ou pela ocupação de sua ociosidade. Estes programas, baseados em políticas repressivas ou de prevenção, buscam enfrentar os problemas sociais que afetam a juventude, tomando os próprios jovens como problemas sobre os quais é necessário intervir, para salvá-los e reintegrá-los à ordem social.

Quanto à criança podemos citar alguns exemplos como, o excesso de medicalização para conter agitação; a criança que não fala e acabou de receber o diagnóstico de autismo; o comprometimento motor que impossibilita andar e disseram que isto é decorrente de um transtorno mental, cujo prognóstico é muito ruim; lidar com a crise de crianças e adolescentes evitando os efeitos traumáticos de uma primeira internação; a inserção escolar; as crianças abrigadas; em medidas socioeducativas.

É necessária uma atitude, uma regra ética fundamental para pensar a infância: uma regra da delicadeza. Isso que Winnicott (1984), o pediatra-psicanalista inglês nos ensinou, por meio do jogo do rabisco, no qual a criança não desenha só (como nos “testes psicológicos”), mas o terapeuta se lança com ela num jogo de desenhar. A delicadeza refere-se ao respeito à condição peculiar da criança e do jovem: de crescimento, de constituição dos seus territórios e de seus mundos. Respeito à sua diferença e que requer do profissional que cuide delas um manejo diferenciado.

São tantas particularidades no universo infanto-juvenil que decidimos ampliar nossa pesquisa para as modalidades clínicas existentes na saúde mental dos serviços públicos no Brasil, com o intuito de elaborar uma grade de referências clínico-teóricas a partir dos dispositivos clínicos utilizados no modo de atenção psicossocial ou asilar, segundo propõe Costa-Rosa (2000), para refletirmos sobre o que tem sido feito no campo da saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

O movimento da luta antimanicomial, com sua importante militância para a efetivação da reforma psiquiátrica no Brasil, pode ter criado alguns impasses - como pontua Amarante (1996) - que na inspiração basagliana a doença fosse colocada entre parênteses, deixando de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico que passasse então, a ter como objetivo a pessoa do doente e não mais a doença. Passa a ser dado uma importância a reabilitação do paciente sua inserção social e muitas vezes “a operação colocar entre parênteses” é entendida como a negação da existência da doença e abolição da clínica, o que em momento algum isto é cogitado.

Segundo Onocko (2001), esta influência, em muitos casos mal interpretada como abolição da doença e da clínica, tem contribuído para um certo esvaziamento da discussão sobre a clínica nos serviços de saúde mental. “(...) temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico” (p.102).

A autora que também atua no campo do planejamento e avaliação dos serviços de saúde, defende que “um projeto em um serviço de saúde deve incluir uma proposta clínica. E também que todo projeto só será possível se explorado a partir da subjetividade da própria equipe em questão” (Onocko, 2001, p.108). Ou seja, deve advir de uma construção em equipe e com os usuários para que o projeto e a clínica de um serviço sejam criados de acordo com a realidade e necessidades de uma determinada população.

Costa-Rosa (2013) define os pressupostos ideológicos e teórico-técnicos das novas práticas implantadas pela reforma psiquiátrica, especificando elementos básicos para classificá-las segundo o paradigma asilar ou psicossocial, assim como também elabora um referencial de análise das instituições.

Este autor, fortemente influenciado pelo texto de Marx (1975) propõe uma aproximação entre o campo da produção comum e aí caracteriza as formas de produção das sociedades capitalistas desenvolvidas e o campo da atenção ao sofrimento psíquico. Sua análise sobre o Modo Capitalista de Produção (MCP) é de grande ajuda para compreensão do processo de produção no campo da Saúde Mental porque ele considera que ele está na base do modo de produção do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico. E que para dribla-lo é necessário recriar a modalidade da relação com o trabalho no modo da atenção psicossocial.

As instituições de saúde mental coletiva podem funcionar em dois modos antagônicos na clínica dos processos de subjetivação: modo asilar e modo psicossocial. Para Costa-Rosa (2000), o modo asilar construído nas instituições hospitalocêntrica e médico-centrado é aquele que supõe cooperação e divisão social em especialidades e em especialismos, ocorre a reprodução das relações sociais dominantes; ou seja, o exercício de relações verticais de hierarquia e subordinação, de exclusão, de expropriação de saber. Esse modo começou a ser questionado e reformulado a partir da égide das reformulações “biopsicossociais”. Contrapondo ao modo asilar como paradigma das práticas dominantes, Costa-Rosa (2000) propõe designar modo psicossocial ao novo paradigma que vai se configurando baseado na reforma psiquiátrica.

Para nos ajudar a identificar como se configuram as práticas de saúde mental e elaborarmos a grade de referências clínico-teórica sistematizamos no Quadro 1 a classificação proposta por Costa-Rosa.

Modo	Asilar	Psicossocial
Concepções do objeto e meios de trabalho.	Ênfase na consideração das determinações orgânicas; Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito desejante; Biológico, medicamentoso; Paradigma saúde-doença; Equipe multiprofissional, fragmentação do sujeito; Poder médico; Lógica do hospital psiquiátrico; Pólo técnico-científico (orgânico); Contribuições da Psiquiatria; Metas: hospitalização, medicalização e objetificação;	Determinantes políticos, biopsicosociais; Reintegração sociocultural; Implicação do sujeito; Pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social; Participação da família e da sociedade no tratamento; Equipe interprofissional; Pólo ético-estético (simbólico, psíquico e sociocultural); Contribuições da Psicanálise e do materialismo histórico; Metas: desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural;
Formas da organização institucional.	Organogramas piramidais ou verticais; Campos e espaços interditados ao usuário e população em geral; Relações verticais entre os trabalhadores; Estratificações de poder e saber	Organograma horizontal; Descentralização; Participação popular; Horizontalização dos macropoderes; Instituição instrumentada pela técnica pela ética; Participação, autogestão e interdisciplinaridade;
Formas do relacionamento com a clientela.	Espaços diferenciados para loucos e sãos; Lógicas antagônicas: suprimento e carência, sabedoria e ignorância, razão e insensatez, sábios e ignorantes; Instituição é depositário dos aliados do convívio social; Interdição institucional dos espaços e dos diálogos; Reprodução das relações intersubjetivas verticais; Depositário de tutoria; Agenciadora de suprimentos; Metas: imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário)	Espaços de interlocução; Subjetividade das práticas de intersubjetividade horizontal; Funciona como ponto de fala e de escuta da população; Ética da singularização; Equipamentos integrais e territorializado; Metas: interlocução, livre trânsito do usuário e da população e territorialização com integralidade;
Efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos	Cronificação asilar ou benzodiazepinização; Remoção ou tamponamento de sintomas; Ética da Adaptação;	Reposicionamento subjetivo; Dimensão sujeito-desejo e carência-ideais; Ética na perspectiva da singularização, da horizontalização e interlocução, da implicação subjetiva e sociocultural;

**Quadro 1.** Configuração dos dois modos básicos de produção em saúde mental: asilar e psicossocial.

Segundo Costa-Rosa (2000), só conseguimos analisar se uma determinada prática corresponde ao modo asilar ou psicossocial se utilizarmos o método dialético de análise, ou seja, se considerarmos o fenômeno em duas vertentes: uma histórica (diacrônica) e outra lógica (sincrônica). Na vertente histórica é importante considerarmos a possibilidade que os dois modelos têm de se alternar no tempo, as instituições podem funcionar em modos diferentes dentro do seu contexto histórico, por isso a importância da análise dentro de um momento histórico. Quanto a vertente lógica, para transformação do modo a instituição deve apontar para universalidade (discursos, onde estão incluídas a dimensão político-ideológica e ética), para particularidade que alcance o estatuto de singularidade (práxis).

A partir do que propõe Onocko (2001) e Costa-Rosa (2000) elaboramos uma grade de referências clínico-teórica, conforme o quadro 2, através da revisão de 192 textos, selecionados sobre a saúde mental nos serviços públicos do Brasil.

Autor	Denominação	Ano	Obra/Artigo
Costa-Rosa	Clínica da atenção psicossocial	2003	Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva.
	Clínica crítica dos processos de subjetivação	2013	Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica
Delgado	Clínica da reforma, da saúde mental, ampliada	1996	Por uma Clínica da Reforma: Concepção e Exercício.
Lancetti	Clínica peripatética	2008	Clínica peripatética
Lobosque	Clínica em movimento	2003	Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios
	Clínica antimanicomial	1997	Princípios Para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos
Palombini	Clínica do acompanhamento terapêutico	2006	Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político
Prandoni, Padilha	Clínica do cotidiano	2006	Loucura e complexidade na clínica do cotidiano
Pitta	Clínica da reabilitação psicossocial	1996	Cuidando de psicóticos
Vilhena	Clínica do território	2002	Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção da subjetividade.
Yasui	Clínica do encontro	2006	Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira
Tenório	Clínica da recepção	1995	Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção
Passos e Barros	Clínica Crítica e Transdisciplinar	2000	A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinidade

## Quadro 2. Grade de referências clínico-teóricas<sup>1</sup>

Nos textos selecionados para a construção desta grade de referência clínico-teórica vide (APÊNDICE) identificamos, além do referencial clínico-teórico, os dispositivos clínicos e institucionais presentes nos artigos. Kães (1991) propõe a criação de um dispositivo de trabalho e de jogo que seja capaz de ser relativamente operatório nas instituições de saúde. Pensando nesta palavra “dispositivo de trabalho” nos interrogamos quais seriam os dispositivos clínicos presentes nas instituições de saúde mental. Segundo Rinaldi & Burszty (2008), dispositivo clínico é o conjunto de mecanismos, orientados a partir de um determinado campo de saber, que implicam determinadas posições neste campo e se dispõem a um determinado fim no cenário clínico.

Nosso intuito em sistematizar estes conceitos numa grade de referências clínico-teóricas não se trata de dispensar ou classificar saberes, mas de discutir de que forma discursiva eles se sustentam, de onde vem suas fundamentações teóricas e em que modo de produção de trabalho eles operam: asilar ou psicossocial. Descobrimos que muita coisa tem sido feita no campo da saúde mental e para além dos CAPS, por isto nos artigos que selecionamos decidimos destacar os dispositivos clínicos e institucionais presentes, tais como o quadro 3 dispõe:

<sup>1</sup>. Este levantamento surge a partir da proposição da banca de qualificação deste trabalho, a qual indicou que a construção de uma “Grade de Referência Clínico-Teórica” poderia ser utilizada como recurso de identificação dos modelos clínico-teóricos existentes no campo da saúde mental no Brasil, e assim, avaliar a aplicabilidade destes modelos nos CAPS infanto-juvenis do DF. Foi desenvolvido por Valdelice Nascimento de França e Miriam Senghi Soares, a partir de uma revisão dos textos selecionados, conforme disposto no quadro 2.

Dispositivos Clínicos	Dispositivos Institucionais
<p>Ações na comunidade  Acolhimento  Acolhimento psicológico  Acompanhamento juvenil  Acompanhamento terapêutico  Apoio institucional  Apoio matricial  Arte  Arte e cultura  Atividades grupais  Caixa de brinquedos  Cogestão da medicação  Construção do caso clínico  Conversação clínica  Convivência  Dança  Dispositivos grupais  Economia solidária  Educação física  Encontro terapêutico  Equipe de referência  Escuta grupal  Escuta psicanalítica  Filosofia clínica  Grupos  Grupo de ouvidores de vozes  Grupos psicoterápicos  Humanizausus  Inclusão escolar  Inserção pelo trabalho  Interconsulta  Intervenção urbana  Música  Oficina de artesanato  Oficina de brincadeiras  Oficina de geração de trabalho e renda  Oficina de jardinagem  Oficinas terapêuticas  Participação política  Plantão psicológico  Prática entre vários  Psicanálise com muitos  Práticas itinerantes  Projeto terapêutico singular  Recreação e atividades grupais  Redução de danos  Reinserção pelo trabalho  Supervisão clínico-institucional  Técnico de referência  Trabalho em equipe  Trabalho com as letras  Trabalho em rede  Triagem psicológica</p>	<p>Abrigos públicos  Ambulatório  Atenção básica  CAPS/CAPSI/CAPSAD  Casa dos cata ventos  Centro Lydia Coriat  Lugar de Vida  CERSAMI  Clínica escola  Consultório  Consultório de rua  DERDIC  Escola  Hospital geral  Hospital psiquiátrico  PAIF  Policlínicas  Projeto de extensão universitária  Psicoclínica  RAPS  Serviço de emergência  SRT  NAICAP</p>

**Quadro 3.** Dispositivos clínicos e institucionais.

Observamos que vários campos de saber têm adentrado no fazer clínico psicossocial, como a odontologia, nutrição, educação física, arte, religião, literatura, cultura, etc. O que mostra que esta clínica não se encontra mais apenas no domínio do campo “psi”. Ou seja, constatamos a presença de uma inventividade como propõe Amarante (1996, p.4): “Assim, ‘inventar’, um novo modo de organizar aquilo que, paradoxalmente, não pode ser organizado, tem como princípio a ideia de que é preciso buscar formas de tratamento que não devam, necessariamente, institucionalizar-se em regras e ordens codificadas”.

Partindo desta lógica, também constatamos que o poder da inventividade pode promover a desinstitucionalização de práticas asilares. Ou seja, os dispositivos clínicos podem circular segundo o modo de produção asilar ou psicossocial, independente da instituição que os utilize. Encontramos CAPS fazendo triagem com nome de acolhimento; oficinas educacionais em hospitais gerais, etc. Logo, não existem dispositivos clínicos específicos do modo asilar ou psicossocial, eles podem navegar por ambos modos de produção e por diversas instituições. O que realmente importa no campo clínico é analisar o modo de produção do trabalho (asilar ou psicossocial) em que os dispositivos estão sendo usados e a partir disto fazer as intervenções necessárias de acordo com a demanda territorial.

Quanto ao campo infanto-juvenil, encontramos poucos dispositivos clínicos que tem sustentado a prática em alguns CAPSi (prática entre vários, psicanálise entre muitos, oficina de brincadeiras). O que aponta para uma dificuldade da construção da clínica neste campo, como também constatamos nos dados coletados na pesquisa realizada nos CAPSi do DF.

Segundo Stevens (2007, p.82) “faz-se necessário produzir uma instituição tal que permita a existência, no interior dela mesma, de tantas instituições quantos forem os sujeitos que as habitam”. Para o autor o mais relevante num trabalho institucional é a realidade psíquica do sujeito em questão, que é feita de linguagem. Por isto a ideia de apresentarmos dispositivos clínicos não consiste que as intervenções devam ser padronizadas neles. Mas que eles possam ser um disparador para o ato clínico, desde que seja observado sempre a particularidade de cada sujeito na construção da clínica com crianças e adolescentes e que funcionem num modo psicossocial.

## 2. Capítulo 2 - Um resgate da História da Saúde Mental Infanto-Juvenil

### 2.1 O Nascimento da Clínica Psiquiátrica da Criança

Antes de pensarmos na clínica é importante lembrarmos que a representação atual da infância é fruto de uma invenção histórica e social, e que, por essa mesma razão, é possível que ela venha a assumir outro estatuto ou desaparecer, isto é mais um fator para valorizarmos o campo da saúde mental infanto-juvenil.

Ariès (1981) analisa diferentes objetos, como pinturas, diários, testamentos, tapeçarias, esculturas funerárias e vitrais produzidos na Europa, principalmente no período anterior aos ideais da Revolução Francesa e utiliza a expressão “sentimento da infância” para designar “a consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto” (Ariès, 1981, p.32). Inicia-se assim o processo de “sacralização da infância”, período miticamente feliz – livre de obrigações e responsabilidades – que fez das crianças objeto de contemplação e agrado, herdeiras dos anseios e da insatisfação dos adultos.

A emergência do “sentimento da infância” – contemporânea à afirmação da família como um núcleo restrito de pais e filhos unidos por sentimentos íntimos – é o que possibilita, portanto, que a criança passe a ser pensada como o “homem de amanhã”, sendo destacada e recortada como objeto de teorização e de práticas educacionais, higiênicas e científicas. É essa perspectiva que possibilitará o desenvolvimento, em momentos diferentes, da pedagogia, da pediatria, da puericultura, da psicologia do desenvolvimento, e de uma série de “especialistas”, que legitimados por uma posição de autoridade pelo saber científico, falarão e, de fato, construirão a infância. Uma infância que requer “especialistas” não é, certamente, uma infância qualquer, mas, sim, uma que supostamente necessita de um séquito de “conhecedores” para lhe revelar sua “verdade”.

Assim, a noção de infância na modernidade se articula dentro de uma política de verdades, amparada pela autoridade do saber de seus porta-vozes. Uma infância que requer “especialistas” não é, certamente, uma infância qualquer, mas sim, uma que supostamente necessita de um séquito de “conhecedores para lhe revelar sua verdade” (Cirino, 2001).

O conceito de criança que nasce de concepções histórico-filosóficas deste século, está assentado sobre a lógica higienista, onde a criança ideal é destinada a transformar-se no indivíduo racional, centrado em sua consciência, em um “sujeito suposto-adulto”, como denomina o psicanalista Clastres (1991).

A proposta educativa – que faz com que a escola ganhe a importância de continuação do lar – visa a produzir “adultos convenientes” aos ideais da sociedade que eles constituem. “O

projeto é claro: trata-se de harmonizar a criança para preparar o adulto, a fim de moldá-lo aos ideais da burguesia em ascensão”. Assim, para Clastres (1991, p.138) “a promoção do significante ‘educação’ faz aparecer o [significante] da criança”, atrelando, portanto, a criança à normatividade e à moralidade.

É dentro deste contexto que Bercherie (2001) escreve um artigo sobre “A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico” destacando este campo em particular por considerá-lo tão fecundo quanto qualquer outro e por considerá-lo tão antigo quanto o da psiquiatria do adulto, apesar de uma clínica específica da criança, com conceitos próprios só ter se estabelecido em 1930.

Assim, Bercherie (2001) destaca três grandes períodos na estruturação da clínica da criança. O primeiro dedicado à discussão da noção de retardamento mental tal como constituída por Esquirol já antes de 1820 sob o nome de idiotia, ainda não é uma noção elaborada a partir da observação da criança, pois parte da clínica do adulto. O segundo período começa na segunda metade do século XIX, com a publicação da primeira geração de tratados de psiquiatria infantil, mas ainda se caracteriza pela fundamentação na clínica do adulto adotando a nosologia correspondente. E o terceiro período que começa na década de 1930 até os dias atuais onde ocorre o nascimento de uma clínica pedo-psiquiátrica e a conceituação do autismo pela psiquiatria. A seguir faremos uma breve análise de cada período.

Ainda, Bercherie (2001), os autores do primeiro período não acreditavam na existência da loucura propriamente dita na criança, a qual estava restrita, neste momento, à idiotia, com os transtornos epiléticos que já eram bem estudados nesta época. De maneira geral, nesse momento, as discussões importantes referiam-se ao grau de irreversibilidade do retardamento mental, com duas concepções opostas a esse respeito: a de Pinel e Esquirol (Bercherie, 2001) em que o déficit e o prognóstico é inteiramente negativo; e a dos educadores de idiotas, Séguin e Deslasiauve, em que o déficit é parcial e o prognóstico é positivo, se forem usados métodos especiais. “O ponto de partida desses métodos são as tentativas de Itard com a criança, que ele chamou de Victor, e que ficou célebre como o selvagem de Aveyron” (Bercherie, 2001, p.132).

Em 1798, dois anos antes da publicação da obra de Pinel, nas florestas do Sul da França, um adolescente mudo e aparentemente surdo foi encontrado nu por um grupo de caçadores: “Não fazia mais do que emitir grunhidos e sons estranhos, não reagia às interpelações nem a fortes ruídos, cheirava tudo o que levava às mãos. Sua locomoção era mais próxima do galope, andando também de quatro, quando alcançava grande velocidade” (Banks-Leite & Galvão, 2000, p. 12).

Em um primeiro momento, o menino, que recebeu o nome de Victor, foi transferido para uma instituição destinada a indigentes e, posteriormente, em agosto de 1800, por ordem do ministro do interior, é levado a Paris onde é conduzido ao Instituto Nacional de Surdos-Mudos, sendo avaliado, entre outros intelectuais, por Philippe Pinel: “Embora outros membros da Comissão tenham escrito a respeito do garoto, o relatório de Pinel, lido em sessão pública da Sociedade, em novembro de 1800, foi o que teve maior repercussão”(Banks-Leite & Galvão, 2000, p.14).

Em seu relatório, Pinel conclui que não há nenhuma esperança no âmbito da possível educabilidade do selvagem de Aveyron: "O diagnóstico de Pinel é desolador: Victor não é um indivíduo desprovido de recursos intelectuais por efeito de sua existência peculiar, mas um idiota essencial como os demais idiotas que conhece no asilo de Bicêtre" (Pessotti, 1984, p. 36).

Contudo, o menino passa a ser tratado pelo jovem médico Jean-Marc-Gaspard Itard, ex-aluno de Pinel, que defende a ideia de que o menino poderia ser educado e (re)integrado à sociedade. Em 1801, Itard narra seus esforços junto a Victor em sua genial "*Mémoire sur les premiers développements de Victor de l'Aveyron*": "A Mémoire lança, pois, e vigorosamente, fundamentos da teoria da avaliação e da didática atuais na área da deficiência mental" (Pessotti, 1984, p. 41).

Victor de Aveyron é mantido no Instituto de Surdos-Mudos por dez anos e, diante do estágio estacionário de seus progressos, do esmorecimento de Itard e dos inconvenientes trazidos à instituição, o menino é entregue definitivamente a Madame Guérin, governanta que auxiliou nos cuidados de Victor no Instituto (Banks-Leite & Galvão, 2000).

De acordo com Alexander e Selesnick (1968), Itard acreditava que o menino parecia deficiente por não ter sido civilizado, passando cinco anos tentando educá-lo por métodos humanos. Para Itard o caso de Victor era puramente médico, cujo tratamento pertencia ao campo da então denominada medicina moral, entendida por Pessoti (1984) como uma designação genérica para as atividades da psicologia clínica e da psiquiatria, as quais se organizariam como profissões muito mais tarde.

A história de Victor é importante, pois, com ele, o selvagem e o idiota desaparecem por detrás de sua condição humana e é exatamente sua humanidade que torna possível um tratamento moral continuado durante muito tempo. Além desse tratamento ter sido o primeiro e único publicado com tantos detalhes (até mesmo em seus fracassos), foi também por meio do caso desse menino que Itard descobriu um novo objeto para a medicina: as psicoses infantis (Póstel & Quéstel, 1987).

Segundo Bercherie (2001), nas décadas de 1840 a 1880, Édouard Séguin, representando a médico-pedagogia, tem lugar de destaque na psiquiatria infantil pelo tratamento dado aos idiotas por meio de seu método educativo. Em 1842, Séguin sistematizou o ensino de deficientes mentais na Bicêtre e, em 1843, deixa a direção da escola de Bicêtre e refugia-se nos Estados Unidos.

Bercherie (2001) também lembra que nesta época Maria Montessori inspirará o que se chama de a nova pedagogia. Assiste-se, assim, na segunda metade do século XIX, a um aumento na criação de centros para crianças idiotas apoiados no tratamento médico-pedagógico.

A obra do psicólogo e fisiologista Alfred Binet e do médico Théodore Simon (Binet & Simon, 1916) representa o apogeu desse movimento, uma vez que os autores se preocuparam em desenvolver uma escala métrica de inteligência, classificando quantitativamente aptidões intelectuais e sociais.

De qualquer maneira, em um primeiro tempo, a psiquiatria infantil – deixando de lado o retardamento mental – é antes um objeto de curiosidade e um campo complementar da clínica e da teoria psiquiátricas do adulto, do que um verdadeiro campo autônomo de investigação. É só na virada do novo século, com a importação de conceitos originários da nosologia kraepeliniana, que a pedo-psiquiatria vai poder dispor de noções com um valor heurístico seguro, no plano da investigação clínica. A segunda geração dos tratados de psiquiatria infantil, publicados entre os anos 1910 e 1925, é o resultado disso. A língua francesa não é, observemos, muito representativa nos trabalhos dessa época, enquanto que no campo do retardamento mental, ao contrário, os trabalhos são numerosos em torno de Bourneville e do teste de Binet e Simon (Bercherie, 2001).

O segundo momento histórico, inicia-se na segunda metade do século XIX, mas só se manifesta no fim da década de 1880, com a publicação da primeira geração dos tratados de psiquiatria infantil nas línguas francesa, alemã e inglesa. Esse período caracteriza-se pela constituição de uma clínica psiquiátrica da criança que é, essencialmente, o decalque da clínica e da nosologia elaboradas no adulto durante o período correspondente. É a época em que, de fato, se constitui a clínica clássica em psiquiatria do adulto, na direção de uma mutação impressa à abordagem clínica por Falret e seu aluno Morel (Bercherie, 2001).

Por sua vez, Kanner (1943/1997, p.53), afirma que, de fato, a maioria dos psiquiatras sabia muito pouco sobre os estados psicóticos em crianças, por experiência direta, estando relacionado aos quadros de deficiência mental: "Nem a obra monumental de Kraepelin, nem o clássico livro de Bleuler tinham algo a dizer sobre a psicopatologia da infância".

Isso porque, nessa época, os transtornos da conduta infantil só interessavam aos psiquiatras quando pareciam conter um diagnóstico criado para os adultos: "Os psiquiatras procuravam encontrar, na criança, as síndromes mentais descritas nos adultos, o que impediu a clínica com crianças a se constituir como campo autônomo de prática e de investigação" (Januário & Tafuri, 2009, p.527). Em suma, as enfermidades psíquicas da infância não interessavam aos psiquiatras.

Ainda nessa época, o quadro de demência precoce de Kraepelin foi revisado por Chaslin e Stransky e, posteriormente, em 1911, por Bleuler, cujo trabalho assinalou que não se tratava tanto de um "colapso insano global e irreversível, mas de uma desintegração da personalidade, cunhando o termo esquizofrenia e indicando a aparência, pelo menos contingente, de sintomas de demência" (Póstel & Quérel, 1987, p. 521).

Assim, Bleuler, por não concordar com a evolução inexorável para a demência, renomeia o quadro indicado por Kraepelin, propondo um novo conceito: a esquizofrenia, originado do entrecruzamento da psiquiatria com a psicanálise (Cirino, 2001). Dessa maneira, de acordo com esse modelo, a demência precoce e a demência precocíssima foram renomeadas de esquizofrenia infantil.

E Bleuler foi o primeiro a utilizar o termo autismo, em 1911 para classificar um dos sintomas da esquizofrenia. Apesar de ter sido Homburger em 1926 o primeiro autor que falou em esquizofrenia infantil, segundo Bercherie (2001).

Em todo caso, a ideia da existência de psicoses autísticas e dissociativas na criança – distintas tanto do retardamento mental como das diversas manifestações de tipo caracterial e constitucional – começa a se impor e a chamar a atenção de um número crescente de observadores. É desse período que nos chega a noção moderna de psicose infantil e os problemas a ela relacionados. Notemos, aliás, que a existência de formas mistas, nas quais a esquizofrenia aparece sobre um terreno de oligofrenia, já tinha sido evocada por muitos autores, sob o modelo da hebefrenia “transplantada” do adolescente, descrito por Kraepelin. (Bercherie 2001, p.135).

O terceiro período começa na década de 1930, e se desenvolve até os dias atuais. Uma das características desse período é a influência que as ideias psicanalíticas exercem na clínica infantil e o desenvolvimento do modelo psicossomático na psiquiatria infantil, contando com a colaboração de pediatras, sendo, por isso, denominada pelo termo pedo-psiquiatria.

Segundo Kanner (1943/1997), o desenvolvimento dos princípios genéticos e dinâmicos levou a psiquiatria infantil a se desvencilhar de sua condição de réplica em miniatura da

nosografia psiquiátrica dos adultos. Contudo, pouco depois da criação da psiquiatria infantil, esta se transformou em uma especialidade dentro de uma especialidade.

De acordo com este autor, por volta de 1890, a falta de interesse a respeito das patologias da infância se estendia aos profissionais da pediatria, uma vez que havia pouca cooperação dos profissionais da psiquiatria, os quais não estavam ainda muito familiarizados com a questão. Os escritos que existiam na pediatria, por volta de 1928, se restringiam a comentar causas orgânicas, havendo pouca menção a fatores psicológicos, ambientais e intelectuais. "Em 1928 na edição de um dos textos de pediatria mais lidos na época, parece não existirem problemas pessoais nas crianças, pois os fatores emocionais, intelectuais e ambientais são ignorados" (Kanner, 1943/1997, p. 46).

Por outro lado, de acordo com Cirino (2001), uma das características desse novo período é a influência que as ideias psicanalíticas exercem sobre a clínica psicopatológica infantil, passando a ampliá-la e estruturá-la.

É dessa apropriação da psicanálise pela psiquiatria funcionalista americana, incentivada sobretudo por Adolf Meyer de onde provêm os conceitos que estruturam o imenso campo recentemente conquistado pela clínica pedo-psiquiátrica: a noção da patologia das grandes *funções*, com sua expressão nos *transtornos de conduta*. Ainda segundo Cirino, o pano de fundo sobre o qual se apresenta essa psicopatologia da criança consiste nos trabalhos de influência funcionalista e behaviorista de Gesell sobre o desenvolvimento psicológico da criança: "Seus dados minuciosos e escalas comparativas é que permitiram, por exemplo, que Kanner pudesse sublinhar a notável precocidade de recusa relacional nos casos de autismo" (Cirino, 2001, p. 89).

Além disso, embora a conceituação do autismo como entidade nosológica diferenciada dos quadros das demências infantis tenha ocorrido a partir da década de 1940, com o psiquiatra Leo Kanner (1943/1997), ainda nos primeiros anos que marcam o surgimento da psicanálise de crianças na década de 1920, Melanie Klein abordou um caso de uma criança, na ocasião diagnosticada com esquizofrenia infantil, que, segundo os critérios diagnósticos empregados na atualidade, pode ser definida como autista. Este caso apresentado em 1930, no artigo "A importância da formação de símbolos para o desenvolvimento do ego" (Klein, 1930/1996), relata o caso de uma criança de quatro anos de idade com o pseudônimo de Dick, cujas características eram similares às aquelas apresentadas por Kanner (1943/1997).

Mas é essencialmente em língua inglesa que uma concepção de conjunto vai se destacar e fazer da clínica psiquiátrica da criança um todo relativamente homogêneo: o tratado

de Kanner, cuja primeira edição é de 1935, e que continua sendo a principal obra de referência nesse campo, é o testemunho disso. O que vai permitir tal integração são as concepções psicológicas dominantes nos EUA. Desde o início do século, no conjunto do campo psicológico, incluindo a psicopatologia, foram as concepções funcionalistas que permitiram uma penetração tão fácil e rápida, ou melhor, uma incorporação tão confortável das teses psicanalíticas. (Bercherie, 2001, p.137).

É válido pontuar que, apesar de Kanner (1943/1997) ter sido o pioneiro na publicação do termo autismo como uma patologia, outro psiquiatra, agora de Viena, chamado Hans Asperger, expôs quadros clínicos semelhantes ao autismo, como por exemplo, no que se refere à perturbação existente no contato afetivo. Sua obra, porém, não teve muita repercussão na época, visto que sua publicação ocorreu em língua alemã e ao término da Segunda Guerra Mundial (Bercherie, 2001).

A partir de então o funcionalismo ganha força nos EUA, principalmente com os trabalhos do psiquiatra Adolf Meyer. E é do funcionalismo que se origina o behaviorismo, como psicologia aplicada. Segundo Kannner:

Entendemos que Meyer esteja entre os ouvintes de Freud, durante suas conferências americanas de 1909, e que seja um dos membros fundadores da Associação Americana de Psicanálise, apesar da ambigüidade de seu suporte crítico. É ele também que permite a Kanner abrir, sob sua égide, o primeiro serviço de psiquiatria infantil e que prefaciará a primeira edição de seu tratado. Compreendemos, agora, de onde vêm os conceitos que estruturam o campo recentemente conquistado da clínica pedo-psiquiátrica: a noção de patologia das grandes funções, com sua expressão nos transtornos do comportamento. Em um plano secundário, os conceitos explicativos representam, por um lado, o papel dos conflitos emocionais no desenvolvimento, e por outro, os fatores constitucionais e o impacto dos transtornos da personalidade “que emanam das doenças físicas. (Kanner, 1943/1997, p.69).

Bercherie (2001) também aponta uma diferenciação entre a clínica psiquiátrica da criança para a do adulto é que enquanto a clínica psiquiatra do adulto é originalmente anterior a psicanálise assim sendo é extremamente marcada pelo modelo médico que a formou, a clínica pedo-psiquiátrica essencialmente progride através da psicanálise e cada vez ela é mais influenciada pelas concepções das teorias psicológicas.

É interessante pontuar que a psicologia da criança só começa a existir como ciência no final do século XIX, com os trabalhos pioneiros de Taine e de Darwin, e depois com as obras de Perez e de Suelly. Antes disto a pedagogia, ou melhor a teorias educacionais que governavam sobre a infância, “o educador é diante da criança o representante do homem que ela será mais

tarde'; é ele que deve fazer com que 'o homem se torne verdadeiramente homem'". (Bercherie, 2001, p.140)

Através da leitura do percurso histórico de constituição da clínica psiquiátrica da criança pudemos observar o modo como o saber psiquiátrico sobre a criança se constituiu possibilitando compreender o sentido, a origem e as dificuldades encontradas nas práticas atuais. Pois, se por um lado prevalece uma tendência quase hegemônica numa perspectiva orgânica, que destaca como forma de tratamento os psicofármacos, por outro lado, temos autores influenciados pelo pensamento psicanalítico e filosófico que levam em consideração outros fatores, para além do medicamentoso, como os fatores ambientais e sociais propondo novas formas de tratamento. O que possibilita novas clínicas a serem criadas nesse campo, rompendo com tendências hegemônicas e reducionistas de alguns segmentos da psiquiatria nos tempos atuais.

Porém segundo Cirino (2001), muitos psiquiatras infantis atuais voltam a se aproximar da maioria dos psiquiatras da segunda metade do século XIX, em que o único agente de transformação era o recurso aos psicofármacos integrados ao condicionamento do comportamento e do pensamento, excluindo a responsabilidade do sujeito pelos seus sintomas.

Bercherie (2001) ressalta as contribuições que a clínica da criança trouxe para a clínica do adulto. "É aqui que o desenvolvimento histórico da clínica infantil vai nos permitir esclarecer uma condição secreta, de algum modo oculta, de toda clínica, porque ela vem nos interrogar, no que diz respeito ao adulto, sobre o pano de fundo psicológico que também poderia guiar o clínico" (p.141). E conclui dizendo que "Não há nada surpreendente no fato de que ela desempenhe, desde então um papel de guia e que exerça uma função de abertura para o conjunto da clínica" (p.143). Daí a nossa proposta em pesquisa-la e apontar suas diferenças quanto a clínica de saúde mental do adulto. Sigamos tentando entender como esta clínica se constitui em nosso país, Brasil. Para ajudarmo-nos a pensar suas particularidades neste tão vasto e distinto território.

## **2.2 A História da Saúde Mental Infante-Juvenil no Brasil**

Ribeiro (2006) em seu artigo faz um interessante percurso da história da Saúde Mental Infantil no Brasil da Colônia à República Velha apontando que enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos, não teve nada estruturado ou sistematizado até o século XIX, quando surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria sobre a criança, e quando foi criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício D. Pedro II, em 1852.

Sobre o Brasil colônia, o autor cita Freyre (1978) e seus estudos que se referem ao cuidado da criança do período colonial e do Império, apenas sobre as doenças mais comuns. Nesta época, a Igreja Católica que exercia forte influência na sociedade, utilizava a associação medieval europeia de crianças com os anjos (Ariès, 1981) na criação da figura do filho que, ao morrer, puro e inocente, tornava-se um anjo que ia para o céu. Este idealismo imaginário difundido na sociedade era a forma encontrada pela Igreja e o Estado para justificar a grande mortalidade.

A partir do século XIX é que começa a mudar a forma de conceber a criança e suas necessidades. Autores como Freyre (1978), Costa (1989) e Teixeira (1876) mostram quando se começou a apontar para a importância dos cuidados maternos. Costa (1989) diz que

(...) os higienistas perceberam que todo o sistema familiar herdado da Colônia tinha sido montado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos. Às crianças, tratadas como apêndice deste sistema, restavam as sobras do banquete. Foi contra esta situação que eles se bateram, vendo claramente que o inimigo principal era o pai, pivô e fulcro de toda a organização familiar. (p.169)

Dentro desta concepção higienista a criança precisava ser protegida, cuidada, amparada e educada, daí a necessidade de propagar os ideais higienistas, que a preservariam dos males e a poupariam da morte prematura. Que tipo de medicina temos na segunda metade do século XIX? Como vimos no capítulo anterior, a medicina clássica se instaura na sociedade moderna com status científico e vai deixando de ser realizada por leigos. Assim a ciência médica começa a ser poderosa e influente na sociedade para impor normas de saúde que beneficiem a sociedade. O Estado, juntamente com a burguesia vai encontrar na medicina o aliado necessário para propagar os ideais políticos e sociais. O ideal higiênico é também um ideal de controle (Ribeiro, 2006).

As orientações médicas da população concernentes à saúde e doença vai falar sobre a urbanização do Brasil e a consolidação dos ideais higienistas o que determinará uma nova conduta social, novos costumes, novos padrões de comportamento e uma nova organização familiar que aos poucos vai extinguindo muitas das práticas coloniais danosas à infância. Com isto a mortalidade infantil declinará, o desenvolvimento da urbanização e ascensão da economia e da burguesia acontecerá.

Os higienistas, preocupados com a formação moral, física e intelectual das crianças, e respaldados pelas inúmeras teses das faculdades de medicina, ditavam as regras e normas no preparo e aperfeiçoamento dos futuros “homens da sociedade”. Para que o ideal higienista desse certo era preciso atrelá-lo a educação escolar. O colégio passou a ser visto como a instituição

ideal, onde a infância poderia ser preservada de qualquer mal e moldada de acordo com os princípios higienistas. A pedagogia infantil passa a ser a grande aliada da medicina na orientação familiar (Ribeiro, 2006)

A disciplina, a ordem e aproveitamento do tempo passam a nortear o dia-a-dia dos colégios. O controle da sexualidade, sob as normas da moral médica, tornou-se outro ponto importante das atividades consideradas danosas à formação da criança. A masturbação era prática considerada nociva à saúde e, como tal, necessitava ser contida a qualquer custo. Essas ideias eram trazidas da Europa e dos Estados Unidos no final do século XIX. Vários estudos foram feitos nessa época sobre a questão da repressão sexual e de sua exacerbação por Cunha (1981), Gregersen (1983), Chauí (1981) e Ussel (1981)

Segundo Ribeiro (2006) a mortalidade infantil, a educação e a sexualidade foram os principais pontos de preocupação da medicina brasileira do século XIX no tocante à infância. E que influenciaram a psiquiatria infantil que viria a surgir décadas depois. Os higienistas ainda que não se preocupassem com questões voltadas para o transtorno mental, trouxeram um primeiro olhar para a infância a partir da profilaxia e dos cuidados morais da criança tida como normal.

As crianças consideradas anormais, geralmente eram as pertencentes às classes sociais desfavorecidas, acabavam compartilhando o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados em meados do século XIX, pois não havia ainda estudos específicos sobre as doenças mentais infantis nem uma classificação que diferenciasse as formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança.

Kramer (1992) exemplifica como essas crianças, em sua maioria das classes desfavorecidas eram tratadas:

A ideia de proteger a infância começava a despertar, mas o atendimento se restringia a iniciativas isoladas que tinham, portanto, um caráter localizado. Assim, mesmo aquelas instituições dirigidas às classes desfavorecidas, como por exemplo, o Asilo dos Meninos Desvalidos, fundado no Rio de Janeiro em 1875 (Instituto João Alfredo), os três Institutos de Menores Artífices, fundados em Minas em 1876, ou os colégios e associações de amparo à infância (como o primeiro jardim da infância do Brasil, Menezes Vieira, criado em 1875), eram insuficientes e quase inexpressivos frente à situação de saúde e educação da população brasileira (p. 50).

Com a proclamação da República muita coisa começa a mudar no Brasil. Para as crianças também. A criança pobre começa então a merecer atenção e a partir da segunda metade do século XIX surgem os primeiros jardins de infância e as primeiras creches.

Com a criação do primeiro hospício no Brasil - D. Pedro II - como dito anteriormente, a psiquiatria ganha cadeira específica na faculdade de medicina do Rio de Janeiro e se torna independente da medicina. E a psiquiatria infantil? Ribeiro (1999) cita que os primeiros trabalhos no campo da psiquiatria infantil foram sobre a deficiência mental e que em 1903 Juliano Moreira e Fernandes Filgueiras inauguraram um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, destinado às crianças portadoras de transtornos mentais, pois antes compartilhavam o mesmo espaço que os adultos. Nesses anexos aonde as crianças eram tratadas as primeiras abordagens interventivas eram no campo da psicologia educacional muito atrelada a pedagogia, pois como o próprio nome da doença diz há uma “deficiência” mental que precisava ser revista.

Segundo Januzzi (1992), nesta mesma época, por volta de 1929, criou-se a Sociedade Pestalozzi e o Instituto Pestalozzi, voltados para os cuidados de crianças deficientes mentais. Assim como Arthur Moncorvo Filho funda em 1899 o Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro. O que se observa durante todo o período denominado República Velha é que a preocupação com a criança e os cuidados assistenciais a ela destinados eram oriundos principalmente de iniciativas particulares, com características filantrópicas e assistencialistas, sem intervenção ou iniciativa por parte do Estado.

A criança só passa a ser uma intervenção do Estado em 1927, quando é promulgado o primeiro Código de Menores do país (Russo, 1985).

O presidente Washington Luís escolheu o dia da Criança (12 de outubro) para assinar o Código de Menores. Foi a primeira legislação específica para infância e adolescência no País. Uma das principais decisões foi a de que apenas os maiores de 18 anos de idade poderiam ser criminalmente responsabilizados e encarcerados.

Nas décadas de 1930 e 1940 as “psicoclínicas” passam a ser referências de atendimento em saúde mental para crianças no Brasil. Atreladas às escolas públicas os métodos utilizados eram baseados no psicodiagnóstico que consistiam na aplicação de instrumentos psicológicos, exames de sinais de comportamento e análises da anatomia corporal, a fim de identificar e avaliar os indicadores da personalidade e do caráter (Monarcha, 2009).

Segundo o autor, no Brasil os melhores exemplos de instituições de higiene e saúde mental da infância referem-se à Clínica de Eufrenia em 1932, ao Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental em 1934 e à Clínica de Orientação Infantil em 1938. Considero essas clínicas interessantes para pensarmos como a clínica do infantil era feita e o que se entendia por clínica naquela época, pois pode nos ajudar a pensar na clínica atual proposta para o tratamento de

crianças e adolescentes com transtornos mentais, mesmo que seja naquilo que não devemos repetir.

As psicoclínicas foram implantadas no Brasil na Era Vargas (1930-1945), dentro de uma ideologia cívico-nacionalista, por isto termos como “eugenia”, “eufrenia” e “disgenia” frequentavam os discursos políticos e científicos da época. Elas foram estruturadas como extensão do ensino elementar e detecção de distúrbios prejudiciais da aprendizagem. Como protocolo de ação, as equipes técnicas dispunham-se a compreender e acompanhar os casos designados de “criança problema” ou “criança difícil”. Essas clínicas tinham como orientação teórica a “ortopedia mental” de Alfred Binet. (Monarcha, 2009).

Da mesma forma que a ortopedia física endireita uma espinha dorsal, a ortopedia mental endireita, cultiva, fortifica a atenção, a memória, o julgamento, a vontade. Não se procura ensinar às crianças uma noção, uma lembrança, e sim colocar suas faculdades mentais em forma. (Binet, 1911, p.35)

Em resumo, o ponto de vista das psicoclínicas, o que importava não eram as patologias graves e suas etiologias, mas os desajustes verificados dentro dos parâmetros da normalidade, por consequência, elas renovaram a percepção da infância em situações de aprendizagem e adequação comportamental, com uma visão preventivista, a meu ver ainda dentro dos ideais higienistas.

Em 1922 foi fundada a LBHM (Liga Brasileira de Higiene Mental) e em seu estatuto elegeram as seguintes prioridades:

- a) prevenção das doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral e especial do sistema nervoso;
- b) proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação;
- c) melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles;
- d) realização de um programa de Higiene Mental e de Eugénica no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social.

Como se vê a LBHM voltava-se para ações preventivas e terapêuticas, a fim de promover a criação de “bons hábitos mentais” e perfeita adaptação à vida social. Segundo Costa (1989), a “higiene mental” caberia ajustar as funções psíquicas individuais ao meio social e, com isso, prevenir desequilíbrios geradores de patologias psíquicas. Os dirigentes da Liga pretendiam regenerar as populações desde o ponto de vista mental e moral e promover o

aperfeiçoamento biológico e psicológico. Para atingir tais metas foram promovidas campanhas de combate ao alcoolismo, controle de reprodução humana e da imigração estrangeira, de higiene mental na escola e de educação sexual.

A Clínica da Eufrenia foi implantada pela LBHM no Distrito Federal em 1932. Esse serviço de atendimentos e cuidados consistia na prevenção das doenças nervosas da infância, correção das reações psíquicas anormais e sublimação do caráter da juventude, ou seja, era um serviço que visava o “aperfeiçoamento psíquico” (Monarcha, 2009).

Ainda no Distrito Federal em 1933 criou-se o Serviços de Ortofrenia e Higiene Mental do Instituto de Pesquisas Educacionais. Eram seis Clínicas Ortofrênicas anexas às escolas que visavam avaliar o estado físico e mental dos escolares. Contavam com equipe técnica integrada por professores, assistentes sociais, psicólogos, médicos clínicos e psiquiatras. Nessas clínicas de cuidados, eram estudadas as bases fisiológicas da personalidade, as atividades instintivas, como fome, sede, funções de eliminação, sono, repouso, atividades de sexo, manifestações emocionais e afetivas. O objetivo desses serviços seria atender a “criança problema” (Monarcha, 2009).

Por “criança problema” entendia-se, segundo Ramos (1934), os escolares com dificuldades de ajustamento às situações de aprendizagem ou conduta, geradas, na maioria das vezes, segundo ele, por injunções prejudiciais externas. Eles também procuravam distinguir a “criança problema” da “criança anormal” que seria aquela portadora de defeitos constitucionais hereditários ou defeitos físicos e sensoriais (surdas, mudas, cegas), ou ainda, de desequilíbrio das funções neuropsíquicas, não sendo possível educá-la em escola comum.

Pensando ainda no Distrito Federal, pois nossa pesquisa tem esse recorte no campo da saúde mental infanto-juvenil do DF, um importante serviço foi criado em 1969, o COMPP (Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico). Este serviço, ao meu ver, no contexto histórico em que foi criado, reproduzia os ideais higienistas e profiláticos da sua época, pois a partir de 1969 por solicitação do Dr. Wilson Eliseu Sesana, então Secretário de Saúde, os médicos Pedro Braga Filho, coordenador da Saúde Pública do DF e Cesar Baiocchi, conselheiro da FHDF, iniciam os estudos preliminares de um plano de assistência ao “doente mental” do DF, verificou-se na época a necessidade de um “sistema assistencial profilático e terapêutico de doença mental, no contexto psiquiátrico” Segundo este relatório são objetivos do COMPP:

Realizar o diagnóstico (médico-psicológico-social-pedagógico) da criança e do adolescente, em equipe interdisciplinar; orientar e encaminhar os casos, acompanhar a evolução do tratamento e avaliar os resultados; pesquisar direta ou indiretamente a problemática do menor no Distrito Federal; estudar e cadastrar os recursos comunitários

necessários à prevenção e atendimentos dos casos, bem como tomar providências junto às autoridades competentes para tais recursos sejam dinamizados ou criados; preparar e aperfeiçoar pessoal em atividades relacionadas com as finalidades do Centro. (Relatório contendo o histórico do COMPP, 1969, p.12).

Apesar do forte aspecto preventivo e especializado na constituição deste serviço, percebemos um avanço quando apontam para a concepção integral da criança e do adolescente e a importância do trabalho com os recursos comunitários existentes na época. A equipe que implanta este serviço faz um levantamento interessante dos recursos comunitários, ou seja, da rede com que contam no momento da criação do serviço. Uma visão que aponta para o incremento da intersetorialidade. Apesar de ainda imperar uma concepção da necessidade de um lugar do especialista para o tratamento da criança e do adolescente com “problema”. Concepção esta, ainda muito difundida naquela época, e presentes no relatório histórico do COMPP.

Os métodos psicoclínicos na tentativa de promover a “higiene mental” como sinônimo de “saúde mental” propagaram técnicas de cuidados preventivos e corretivos nos casos denominados “criança problema”, “crianças difíceis”. Tal investimento de cuidados com a infância nesta época presumia sanar os desarranjos conflituosos de seres sem domínio de vontade e consciência, por serem desprovidos de saúde mental e incapazes de se integrarem, por si só, nos grupos sociais.

Seja como for, a visão científica tendia a perceber a infância pelo ângulo da causalidade negativa: impulsos, instintos, recalques, complexos, renúncias, derivações, fixações, fenômenos que, segundo os profissionais, conspiravam contra o aparecimento da pessoa madura e racional. Donde a urgência de efetuar uma psicoterapia com vista à formação do Eu normal, por ser adequadamente socializado e autenticamente individualizado, daí o ímpeto de transportar os progressos adequadamente socializado e autenticamente individualizado, daí o ímpeto de transportar os progressos da ciência para a escola e para o lar e propiciar correta formação mental em alunos, professores e pais.

Apenas com o advento da Constituição de 1988 é que se introduz a doutrina da proteção integral e a noção de um novo Estado, e com ela importantes mudanças começam a acontecer no campo infanto-juvenil, como relata Couto & Delgado (2015) abaixo:

A relevância de destacar a questão da infância e adolescência com parte da questão social na República e as formulações políticas derivadas dela está em elucidar como as pautas governamentais se concentram em diferentes períodos da história apenas na ação de controle de determinado tipo de criança e adolescente. A restrição do foco político na pobreza foi amparada na doutrina menorista e contribuiu para deixar na sombra

outras necessidades de crianças e adolescentes, que só poderiam ser reconhecidas a partir da inscrição de nova vigia de sustentação jurídica, de nova definição de seus lugares, funções sociais e direitos, e de uma nova concepção de Estado. (Couto & Delgado, 2015, p.28)

Atrelada à constituição temos o nascimento do ECA (Estatuto da Criança e do adolescente), a promulgação do ECA (Brasil, 1990) ocorreu em 13 de julho de 1990, consolidando uma grande conquista da sociedade brasileira: a produção de um documento de direitos humanos que contempla o que há de mais avançado na normativa internacional em respeito aos direitos da população infanto-juvenil. Este novo documento altera significativamente as possibilidades de uma intervenção arbitrária do Estado na vida de crianças e jovens. Como exemplo disto pode-se citar a restrição que o ECA impõe à medida de internação, aplicando-a como último recurso, restrito aos casos de cometimento de ato infracional.

Desde a promulgação do ECA, um grande esforço para a sua implementação vem sendo feito nos âmbitos governamental e não-governamental. A crescente participação do terceiro setor nas políticas sociais, fato que ocorre com evidência a partir de 1990, é particularmente forte na área da infância e da juventude. A constituição dos conselhos dos direitos, uma das diretrizes da política de atendimento apregoada na lei, determina que a formulação de políticas para a infância e a juventude deve vir de um grupo formado paritariamente por membros representantes de organizações da sociedade civil e membros representantes das instituições governamentais. Os efeitos disto no campo da saúde mental infanto-juvenil será refletido na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) ano que foi promulgada a Lei 10.216 e que foi um marco para a saúde mental de crianças e adolescentes.

Couto & Delgado (2015) em seu artigo fazem um importante percurso pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental e destaca nelas a questão da criança e do adolescente com transtornos mentais. Os autores consideram a III CNSM um marco de entrada das políticas públicas no campo infanto-juvenil. Destacaram-se como pontos principais da política implementada: a noção de criança e adolescente como sujeito psíquico e de direitos, a base comunitária da atenção, o desenvolvimento do cuidado através do trabalho em rede e no território e o fundamento intersetorial da política e das ações de cuidado.

Em relação às ações prioritárias a serem desenvolvidas pelo SUS, foi decidido que deveriam ser: a) criados dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, seguindo a lógica dos CAPS; b) incluídos na pauta da SMCA os problemas da institucionalização de crianças em abrigos da assistência social e

filantrópicos, especialmente os destinados aos portadores de deficiência, com vistas à superação definitiva desse processo; c) priorizados na rede de atenção psicossocial os casos de maior gravidade e complexidade; d) realizado um mapeamento nacional sobre os serviços existentes nos diferentes setores públicos ligados à assistência de crianças e adolescentes, incluindo os filantrópicos e do judiciário, de modo a dimensionar os recursos existentes, possibilitar seu melhor aproveitamento nas redes locais e superar os descaminhos da institucionalização; e) criados mecanismos efetivos de participação, com composição intersetorial, incluindo trabalhadores, representantes da sociedade organizada, familiares e usuários para a formulação, acompanhamento e monitoramento da política de SMCA, nos moldes de um fórum interinstitucional a ser implantado nos municípios, estados e na esfera federal do SUS.” (Couto& Delgado, 2015, p.33)

A IV CNSM vai acontecer apenas em 2010, porém neste ínterim ações estratégicas para o cuidado psicossocial de crianças e adolescentes são colocadas em prática e um importante dispositivo disto são os Fóruns Nacionais sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Couto & Delgado (2015) os consideram com importante mecanismo de participação democrática e deliberativa, de composição intersetorial e com representação de usuários e familiares.

Com função de elaborar coletivamente o diagnóstico das situações, estabelecer estratégias, propor diretrizes para a articulação intersetorial, avaliar os resultados e acompanhar a implantação das redes ampliadas de cuidado, o Fórum Nacional expressa e encarna o fundamento político, clínico e intersetorial que constitui a política de SMCA nos novos tempos da história brasileira.” (Couto&Delgado, 2015, p.34)

Até o presente momento o Ministério da Saúde realizou nove Fóruns e a publicação “Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil: recomendações de 2005 a 2012” faz um importante resgate das decisões, recomendações e orientações aos gestores, equipes e serviços de todo o país quanto as questões referentes à construção das redes psicossociais.

Eu estive presente no último fórum, em 2012, em Brasília. A impressão que tive ao participar deste dispositivo, foi de um lugar profícuo com muitas discussões no encontro com profissionais, usuários e familiares de vários lugares do Brasil e de vários pontos da rede onde não apenas apresentou-se as dificuldades e fragilidades deste campo, mas propostas de modificações e moções de repúdio, onde pela primeira vez me senti num coletivo forte da saúde mental infante-juvenil com as deliberações e recomendações ali feitas.

Outro importante evento não configurado em fórum, mas que teve apoio do Ministério da Saúde e uma importante articulação da Universidade com os serviços foi o I Congresso Brasileiro de CAPSi que aconteceu em abril no ano de 2013.

O I CONCAPSi foi uma resposta do campo da saúde mental de crianças e adolescentes que teve a iniciativa de duas Universidades Públicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ e Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, com apoio do Ministério da Saúde, e protagonismo de 1515 trabalhadores, usuários, familiares, estudantes e gestores, de diferentes setores públicos, representando 25 estados da Federação e o Distrito Federal, que participaram de forma decidida e entusiasmada ao longo dos três dias do evento, o CONCAPSi expressou a potência do projeto CAPSi no processo de construção de uma rede ampliada de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Ao mesmo tempo, esclareceu os importantes desafios que ainda estão presentes na realidade brasileira para fazer valer a responsabilidade do Estado democrático no cuidado ético e qualificado de sua população.

Norteados por esta direção, os 1515 inscritos no CONCAPSi transformaram em ação real de participação, avaliação, análise e levantamento do momento atual da atenção psicossocial para crianças e adolescentes no Brasil. Assim, o CONCAPSi foi um exemplo exitoso de um congresso do campo político e científico, que estimulou seus participantes a serem sujeitos ativos da reflexão sistemática sobre sua prática. Este grande e caloroso encontro permitiu também uma aproximação mais produtiva da Universidade pública e da rede pública de saúde mental, gerando, ao final, como um dos produtos mais relevantes, a sensação, compartilhada por todos, de que é necessário construir uma política mais sistemática de apoio à produção de conhecimento no campo da saúde pública.

Este Congresso conseguiu apresentar ao debate uma produção muito extensa, diversificada, ousada, de reflexões e pesquisas envolvendo os temas da clínica, da gestão, da formação, da política, tendo como eixo organizador o desafio representado pela sustentação do projeto CAPSi.

A Proposta desenvolvida pelo I CONCAPSi de Núcleos Regionais Preparatórios em várias regiões do Brasil, criou a possibilidade de estreitar o vínculo entre os diversos serviços e repensar a rede local de saúde mental infanto-juvenil. Responsável pela organização do Núcleo Regional Centro-Oeste tive a oportunidade de conversar com colegas de Goiás e pensar a RIDE (Rede Integradora do Entorno do Distrito Federal composta pelos Estados de Goiás e Minas) pois recebemos pacientes de toda esta localidade. A partir deste fórum passamos a ter encontros regulares de reestruturação da RIDE principalmente quanto a demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Após o fórum de 2012, o CONCAPSi em 2013 e os encontros com a professora Maria Cristina Ventura Couto comecei a entender o duplo mandato do CAPSi (clínico e territorial) ou

seja, os CAPSi foram criados não como serviços especializados, mas principalmente por sua função política, quanto a esta questão trabalharei no capítulo 5 desta tese.

Os CAPSi foram a primeira ação concreta do Estado brasileiro para superar a história de desassistência que marcou, até pouco tempo atrás, o processo republicano de atenção às crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental. São dispositivos novos e inovadores, que devem exercer ações clínicas e gestoras da demanda territorial. Portanto, são pontos para o começo de uma nova história, logo, requerem, investimentos permanentes, acompanhamento, mecanismos potentes de verificação de seus efeitos de cuidado, indução à produção de conhecimento e difusão de seu mandato público.

Este duplo mandato torna este dispositivo um tanto ambicioso e difícil de realizar, pois em muitos momentos no CAPSi nos sentimos realizando uma ou outra tarefa, mais ou menos político, mais ou menos clínico. Penso que a dimensão da realização das duas tarefas juntas é o desafio e é o problema que trago nesta pesquisa, interrogando se o que fazemos é realmente clínico, de que clínica se trata quando envolve o político e o territorial juntos. Haveria outros fatores que influenciariam esta clínica? São estas questões que eu tento responder no último capítulo desta tese, porém antes de chegarmos nelas, considero importante analisar como a clínica está sendo feita nos CAPSi, logo seguiremos pela metodologia de pesquisa que utilizamos para isto.

### **3. Capítulo 3 - Aportes Metodológicos**

#### **3.1 Os Caminhos de Uma Pesquisa**

Após minha aprovação na seleção do doutorado da UnB e apresentação do projeto de pesquisa ao meu orientador fui convidada por ele a participar do Projeto de Pesquisa AVALIAR CAPS. Este projeto, por ele coordenado, teve como objetivo avaliar todos os CAPS do Centro-Oeste e Norte (278) no Brasil, cadastrados no CNES do Ministério da Saúde, a partir de formulário/questionário estruturado para tanto, dentro da plataforma FORMSUS, contemplando informações gerais, estrutura, funcionamento, processos e resultados.

A atual política de saúde mental, Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) prevê a substituição das internações psiquiátricas por uma rede de atenção comunitária. Avaliar como esses serviços substitutivos – os CAPS - estão funcionando, também faz parte do processo de efetivação de uma política em saúde mental. O projeto AVALIARCAPS Centro-Oeste/Norte foi uma busca de contribuição para o desenvolvimento de um processo avaliativo sistemático no campo da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, considerando-se a alta prevalência de transtornos psíquicos e a relativa carência de pesquisas integradas nesta área. Foi realizado entre

agosto/2013 e julho/2015, por meio do convênio 193/2010 entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília, com objetivo de avaliar os CAPS com cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do SUS.

A partir da minha participação nesta pesquisa, cujo recorte foi avaliar os CAPS infanto-juvenis do DF, decidimos utilizar estes dados na tese de doutorado fazendo um recorte no campo clínico para tentar entender como está sendo construída a clínica nos CAPSi do DF. Assim sendo, minha pesquisa que num primeiro momento era apenas qualitativa, passou a ser também avaliativa. Um dos motivos para esta importante avaliação é justamente o fato de que a maioria dos CAPSi do DF são serviços recém-criados, com menos de cinco anos de funcionamento e que lançam mão de tecnologias cujos efeitos produzidos não são sistematicamente conhecidos pelos trabalhadores e usuários.

A partir disto comecei a enveredar pelas leituras no campo da avaliação dos serviços de saúde mental e estudar a sua importância na constituição dos mesmos. Onocko-Campos(2008), sugere que as pesquisas avaliativas no campo da saúde mental devam ser realizadas em grupos focais com a participação dos usuários e familiares, propõe que a pesquisa neste campo seja também participativa. Portanto, neste trabalho opto por uma pesquisa avaliativa e participativa na abordagem qualitativa.

Chizzoti (1991) ressalta que a abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e a dimensão intersubjetiva. Em outras palavras, as concepções, valores, crenças que são referências naquela cultura estarão presentes na tomada de decisões, nas ações concretas dos sujeitos. A pesquisa qualitativa privilegia o “setting natural”, envolve a observação de situações reais e cotidianas, trabalha a construção menos estruturada dos dados e busca o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados (Silverman, 1995).

Quanto a avaliação, a primeira pergunta que fazemos é para que avaliar? Qual seria a utilização dos resultados de uma avaliação dos serviços? Vasconcelos (1995) reconhece a necessidade premente de avaliação sistemática dos modelos clínicos e institucionais dos projetos inovadores constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica, pois considera a falta de dados clínicos, por exemplo, como um problema a ser enfrentado.

Neste sentido, defendemos que o desenvolvimento de metodologias de avaliação mais participativas, que envolvam um conhecimento amplo das atividades que caracterizam o cotidiano dos serviços substitutivos, seja uma estratégia para distinguir as novas modalidades terapêuticas das velhas modalidades (manicomiais) e de outras modalidades não tão manicomial, mas ortopédicas e tão enclausuradoras quanto, vestidas em formas camufladas.

Minayo (1992) corrobora que a grande vantagem da utilização de metodologias qualitativas para a avaliação é a possibilidade de compreensão aprofundada do fenômeno, capaz de refleti-lo em suas múltiplas dimensões, em detrimento das generalizações. Bosi e Mercado-Martinez (2011) apontam que o enfoque qualitativo-participativo de avaliação possui especificidade por ser aquele que necessariamente inclui os atores envolvidos nas ações em saúde. A avaliação participativa de fato possibilitaria a dimensão pública da avaliação, pois os valores empregados não são previamente dados – mas se constroem coletivamente - e o avaliado não é privado do processo avaliativo. Assim, constitui-se como uma ferramenta que efetivamente subsidia a tomada de decisões, pois os efeitos de uma pesquisa avaliativa são originados tanto de resultados consolidados no final quanto durante o próprio desenvolvimento do processo (Furtado, Passos & Onocko-Campos, 2011)

Esta pesquisa implica a parceria entre pesquisadores e pessoas diretamente envolvida com os serviços (em nosso caso, trabalhadores, usuários e familiares), a partir do reconhecimento do papel da participação na definição de políticas sociais, na articulação entre pesquisa e ação (Onocko-Campos, 2008).

Para atingir seus objetivos, a avaliação de programas sociais deve sempre trabalhar com um sistema de indicadores, sendo fundamental que estes surjam do processo de diálogo entre todos os sujeitos envolvidos (Assis, Deslandes, Minayo, & Santos, 2005; Demo, 2006). Nessa pesquisa os indicadores utilizados serão da pesquisa realizada nos 14 CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro que visavam avaliar o tratamento oferecido aos autistas nos serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil do município do Rio de Janeiro (Lima, et al., 2014). Apesar dos indicadores utilizados serem de uma pesquisa para avaliar o atendimento ao autista, pensamos que possam ser usados para os demais atendimentos oferecidos pelo CAPSi aos outros pacientes com transtornos mentais presentes nesses serviços, ver ANEXO A e B.

A opção pela avaliação participativa busca resgatar a problemática das condições subjetivas, no sentido da importância da organização política, dentro das estruturas dadas. A participação tem sido considerada fator constitutivo das políticas sócias e condição *sine qua non* para atingir objetivos como autopromoção, autonomia e empoderamento. Podemos afirmar então que a participação da comunidade e de grupos de interesse na produção de conhecimentos em torno das políticas públicas é igualmente desejável pois o caráter participativo pode auxiliar sobremaneira a reflexão e a impressão de características locais às diretrizes gerais concebidas no plano federal pelo SUS, por isso a importância também dada a esta pesquisa do recorte local (Distrito Federal) levando em conta suas particularidades.

Esta modalidade de pesquisa surgiu no rastro da chamada pesquisa-ação e, por esse motivo, faz uso de princípios, procedimentos e estratégias correntemente utilizadas pela mesma, pesquisa baseada na comunidade, pesquisa colaborativa, dentro outros nomes, mas cuja abordagem inserem profissionais, cidadãos, pacientes, etc., ligados ao objeto em estudo que por suas formações, status social, experiências ou especialidades são normalmente colocados à margem da produção científica.

Nos grupos focais realizados observamos que eles produziram muito mais do que foi proposto nos indicadores, eles construíram narrativas sobre suas práticas e vivências, delineando novas questões, estranhamentos, incômodos e questionamentos das próprias posturas e ainda pudemos observar a inseparabilidade ante o ato de produzir conhecimento e o ato de intervir nos serviços pesquisados.

O caráter participativo da pesquisa avaliativa que realizamos confere a ela o sentido de pesquisa-intervenção. Afirmar isto significa que não estamos lançando mão do entendimento de pesquisa e produção de conhecimento como ação de um sujeito sobre um objeto, do pesquisador sobre o campo, mas estamos interessados na produção de outra relação entre teoria e prática, entre sujeito e objeto, uma relação que se faz na ação de “estar com”. A pesquisa-intervenção compromete assim a relação dualística estabelecida entre pesquisador/pesquisado, trabalhador/gestor, como realidades previamente dadas.

A ideia de pesquisa-intervenção foi formulada pela Análise Institucional Sociológica, desenvolvida na França durante as décadas de 60/70 e visava interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições, evidenciando o jogo de interesse e de poder encontrados no campo de investigação (Lorau, 1995). A pesquisa avaliativa produz intervenção pelo fato de que os seus processos operam não apenas a inclusão de diferentes atores/setores, mas também a inclusão dos analisadores disparados pelo encontro dessas diferenças.

No processo de pesquisa que realizamos observamos que o objeto avaliado ganha protagonismo, deslocando-se da posição de quem sofre a avaliação para a de quem realiza a avaliação. Pesquisador e pesquisado tornam-se assim, posições que se distinguem, mas que não mais separam sujeito e objeto da pesquisa. Não há, portanto, a tão almejada neutralidade exigida pela ciência, pois na pesquisa-intervenção, pesquisador e campo de pesquisa se constituem ao mesmo tempo. Segundo Carvalho (1999) retirar o avaliador da posição solitária de único agente valorativo faz com que o processo de avaliação ganhe confiabilidade e legitimidade entre os atores sociais envolvidos

A avaliação assim permite um reposicionamento subjetivo dos seus atores uma vez que todos assumem o protagonismo e a responsabilidade no processo avaliativo o que possibilitou

no pesquisador o desenvolvimento de uma “escuta avaliativa” que em alguns grupos foi comparada a supervisão. Dispositivo este que nenhum dos CAPSi pesquisados vivenciaram de forma sistemática desde a sua implantação. A pesquisa me fez pensar na analogia da supervisão com a avaliação participativa dos serviços, ou seja, como uma avaliação pode se tornar um tipo de supervisão dos serviços? Esta temática foi o dado que me levou a pesquisar sobre os processos de gestão da clínica que abordarei no capítulo 5 desta tese.

Neste referencial avaliativo, os grupos focais se destacam como método consagrado em pesquisas qualitativas em saúde e em ciências sociais, visando atingir um número suficiente de sujeitos representativos dos universos pesquisados, simultaneamente. São instrumentos de pesquisa que permite ao investigador captar aspectos normativos e valorativos presentes em um determinado grupo.

Na área das ciências sociais tal metodologia tem sido utilizada como uma das formas para apreender atitudes, opiniões, motivações e preocupações dos indivíduos. Um dos grandes benefícios dos grupos focais é a geração de dados por meio da interação entre os atores envolvidos e a facilidade em combiná-los a outros instrumentos de pesquisa, como questionários, entrevistas, indicadores e observação.

Segundo Westphal (1992) a técnica de grupo focal permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações se encontram associados a determinado fenômeno. Além de possibilitar a apreensão não somente “do que” pensam os participantes, mas também de “por que” eles pensam de determinada forma, a interação grupal proporciona que o pesquisador possa observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos, evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensões existentes. Nesse sentido, os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão.

A literatura prevê que os grupos focais sejam coordenados por alguém que não esteja envolvido com o tema a ser investigado, a fim de evitar possíveis interferências no curso da discussão. No entanto Gondim (2002) argumenta que o pesquisador, quando no lugar de moderador, pode avaliar junto do próprio grupo (fazendo perguntas diretas) a pertinência de suas construções ou concepções teóricas, testando suas possíveis interpretações por meio da discussão com os próprios participantes. Foi desta forma que escolhemos trabalhar nesta pesquisa, e foi o que a aproximou da metodologia interventiva.

A literatura prevê entre seis e doze participantes, no entanto Gondim (2002) faz a ponderação de que deve ser medido de acordo com os objetivos da pesquisa e as características dos sujeitos. A amostragem em pesquisa qualitativa não é definida com base em critérios estatísticos, pois depende indiretamente dos objetivos do estudo e do referencial teórico utilizado pelo pesquisador, devendo esse preocupar-se com a representatividade de certas dimensões do contexto, sempre em construção histórica. Gondim (2002) também aponta para o posicionamento ético de garantir o sigilo em relação às falas e à identidade dos participantes, já que muitas vezes os grupos tratam de temas polêmicos.

Quanto ao roteiro da discussão, composto por indicadores produzidos em outra pesquisa como mencionamos acima, é composto por questões abertas que focaliza o tema de interesse da pesquisa – a clínica. Ele serve como guia para o coordenador do grupo/pesquisador, como se trata de uma discussão e não uma entrevista em grupo, o roteiro pode ser flexibilizado. Apesar de ser estabelecida uma sequência de tópicos ela não deve ser rígida, pois as questões podem emergir espontaneamente a partir do andamento da própria discussão ou poderão ser introduzidos pelo pesquisador, que irá encadear um tópico a outro e aprofundar as questões debatidas.

Conforme prescreve a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF (parecer 994.839 de 23/03/2015, CAAE: 39863314.8.0000.5553) ANEXO C.

### **3.2 Local e Objetivo**

A pesquisa foi realizada nos CAPSi do Distrito Federal e visou analisar como a clínica vem sendo exercida nestes serviços a partir do trabalho realizado por uma equipe interdisciplinar. A partir da análise dos dados este trabalho pretende oferecer instrumentos para a construção de uma clínica nesses serviços.

Segundo a publicação “Saúde Mental em dados – 12<sup>2</sup>” da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, no Distrito Federal o indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes em 2014 foi de 0,46 que indica que a cobertura é de regular a baixa. Até 2014 havia apenas um CAPSi cadastrado no Ministério da Saúde, sendo este CAPSi criado há 18 anos e funcionando até o presente momento dentro de ambulatório de saúde mental infanto-juvenil

---

<sup>2</sup> O Saúde Mental em Dados é uma publicação da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que, desde 2006, apresenta um quadro geral sobre os principais dados da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS. Os dados apresentados têm o objetivo de auxiliar a gestão na identificação dos principais desafios, na construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da RAPS.

(Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico – COMPP). Neste ano o DF conta com 4 CAPSi (CAPSi Asa Norte, CAPSi Sobradinho, CAPSi Recanto das Emas e CAPSi Taguatinga) e nenhuma UAI (Unidade de Acolhimento infanto-juvenil). Durante a realização desta pesquisa o DF tinha um total de 5 CAPSi, porém neste ano o CAPSADi Brasília foi extinto. Abordaremos como essas questões aconteceram na análise e discussão dos dados.

O DF conta com uma residência médica em psiquiatria infanto-juvenil e neste ano teve início a primeira residência multiprofissional em saúde mental infanto-juvenil cuja implantação e coordenação fazem parte deste processo de pesquisa que foi sugerido por mim a Secretaria de Estado de Saúde do DF, em virtude das dificuldades encontradas no processo de capacitação da equipe dos novos CAPSi do DF que participei em 2012. Ambas residências estão subordinadas a FEPECS (Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde) do GDF.

Em 2012, quando teve início a implantação dos novos CAPSi (Sobradinho, Recanto das Emas, Brasília e Taguatinga) participei do processo de capacitação destas equipes, pois na época era gerente do CAPSi Asa Norte: no subcolegiado de saúde mental infanto-juvenil, foi discutido se deveríamos ter um dispositivo distinto para atendimento das crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. A maioria dos presentes naquela reunião concordaram com a criação deste dispositivo (CAPSADi) apesar de eu ter apresentado a grande demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais no DF, pois a maioria dela era concentrada no CAPSi Asa Norte e no COMPP, na época propus que fosse criado outros CAPSi que atendesse toda demanda de crianças com transtorno mental e usuários de álcool e drogas.

Considero importante mencionar essa questão pois, a pesquisa, ao retornar para avaliação desses serviços em 2014, encontrou muitas dificuldades no funcionamento dos CAPSADi, refletindo no momento atual em que o subcolegiado de saúde mental infanto-juvenil questiona a funcionalidade destes serviços no DF e se eles não poderiam também atender as crianças e os adolescentes com transtornos mentais.

Assim, neste estudo, realizei dois tipos de grupos focais em cada CAPSi mencionado (um com os técnicos/profissionais e outro com os usuários e familiares dos CAPSi). No total planejado para esta pesquisa foram 10 grupos focais com indicadores distintos para os dois tipos de grupo (ANEXO A e B). Porém, foram realizados apenas 8 grupos focais, pois não conseguimos fazer a pesquisa no CAPSADi Taguatinga pois durante todo o ano de 2015 este serviço esteve sem gerente e com várias dificuldades no processo de trabalho. Por isso decidimos não realizar a pesquisa neste local com receios da fragilidade que se encontrava a equipe, na época, e por isto não se mostraram muito receptivos à pesquisa.

### 3.3 Instrumentos e Materiais Utilizados

Para a coleta dos dados desta pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos e materiais:

Roteiro estruturado para realização dos grupos focais (ANEXO A e B).

As conversas realizadas nos CAPSi foram baseadas nos 133 indicadores levantados na pesquisa “Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro” (Lima, Couto, Delgado & Oliveira, 2017). Nas questões substituímos a palavra autistas por pacientes. Utilizamos os indicadores da pesquisa realizada no Rio de Janeiro, de acordo com os temas propostos. Porém, em nossa pesquisa decidimos alterar algumas questões, acrescentar outros indicadores em função das particularidades do DF e dividir temas para os trabalhadores e outros temas para os usuários e familiares em função do tempo de realização da pesquisa que só foi autorizado pelos serviços de 2 horas. Também decidimos alterar a ordem dos temas em virtude de tentarmos iniciar com as questões mais mobilizadoras e problemáticas da rede de saúde mental infanto-juvenil do DF. No anexo (A) segue o roteiro que elaboramos para os trabalhadores do DF e o anexo (B) para os usuários e familiares dos CAPSi do DF. Decidimos retirar 3 indicadores referentes ao subtema *Concepções sobre o autismo* pelo fato desta pesquisa não se ater apenas a clínica com autistas e por acharmos que esses 3 indicadores foram de alguma forma abordados nos indicadores anteriores. Acrescentamos um indicador no grupo de usuários e familiares (O que vocês entendem por CAPSi?) e dois indicadores no grupo de trabalhadores (O que vocês entendem por CAPSi e Quantos vieram trabalhar no CAPSi por desejo em trabalhar no campo da saúde mental infanto-juvenil?)

Em nossa pesquisa decidimos distribuir os indicadores na seguinte ordem temática:

#### **ANEXO A**

Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores do CAPSi

1º TEMA - Formação dos profissionais e processos de trabalho

2º TEMA – Organização do CAPSi

3º TEMA – Projeto Terapêutico Individual (PTI)

4º TEMA – Rede, território e direitos

#### **ANEXO B**

Roteiro para o grupo focal com familiares do CAPSi

4º TEMA – Rede, território e direitos

5º TEMA – Atendimento e mobilização dos familiares

Gravador digital: utilizado para o armazenamento do áudio dos grupos.

### **3.4 Procedimento de Coleta e Análise de Dados**

Antes de iniciarmos a pesquisa de campo, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, elaboramos Termo de Concordância em que solicitamos autorização a DISAM (Diretoria de Saúde Mental do DF) e aos Gerente dos CAPSi para realização dos grupos focais com os trabalhadores e usuários e familiares. Em seguida elaboramos o TCLE agendamos dia, horário e local de 8 grupos focais, dois em cada CAPSi. Como dito anteriormente não conseguimos realizar dois grupos focais referentes ao CAPSADi de Taguatinga em virtude de não ter gerente a quase um ano neste serviço, o que ocasionava uma instabilidade na equipe. Quanto aos grupos de trabalhadores foi orientado que todos participassem, assim como o gerente do serviço, e para isto agendamos no horário das reuniões de equipe de cada serviço.

No grupo dos usuários e familiares orientamos que as equipes divulgassem para todos os usuários e familiares que desejassem participar de uma pesquisa sobre o serviço poderiam vir. Sugerimos que esse grupo ocorresse em alguma reunião que os pais estivessem acostumados a ir ou na assembleia dos usuários.

Não tivemos amostragem inicial, pois o interesse é que todos os usuários do serviço participassem da pesquisa e também devido à baixa adesão dos familiares as atividades propostas para eles nos CAPSi, dado informado pelos gerentes dos serviços. Os grupos tiveram a duração de 2 horas a duas horas e meia. Percebi que mais do que duas horas e meia, não era muito produtivo para os participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido, conjuntamente com os participantes dos grupos focais de profissionais e de usuários e familiares, informando-os sobre a desistência a qualquer momento, a disposição de prestar todo e qualquer esclarecimento solicitado, o sigilo, o anonimato e a privacidade, assim como também foram esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e sua utilização.

Quanto ao procedimento de análise dos dados foi realizada a transcrição das gravações dos grupos focais e problematizado os relatos e vivências de cada serviço, dentro de uma perspectiva dos trabalhadores e usuários sobre o que pensam da clínica nos CAPSi. Os dados das questões do FormSUS do Avaliar CAPS Centro-Oeste/Norte foram analisados juntamente com os dados coletados nos grupos focais e apresentados nas discussões gerais da pesquisa.

Como sabemos a análise, dos dados de uma pesquisa-intervenção que se propõe qualitativa, avaliativa e participativa é complexo, ainda mais quando o objeto a ser estudado envolve a subjetividade tanto dos que são cuidados como dos cuidadores. Assim, a escolha pela hermenêutica de profundidade como referencial teórico-metodológico desta pesquisa foi a

trilha para seguir esse caminho. Thompson (1995), o criador da hermenêutica de profundidade, como análise qualitativa, destaca que o objeto de análise é sempre uma construção simbólica, o que exige, portanto, um esforço de compreensão que se desdobra em uma interpretação. Para o autor as formas simbólicas constituem-se em ações, falas e textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas e interpretadas. Neste trabalho analiso como os trabalhadores e usuários entendem a clínica em que estão inseridos.

Justamente por considerar que toda forma simbólica está estruturada internamente de várias formas, possuindo características próprias e, ao mesmo tempo, inserindo-se em contextos sociais e históricos diversos, surge, para Thompson (1995), a exigência de utilizar vários métodos de análise que podem ser inter-relacionados de forma sistemática. O esforço do autor é mostrar que a hermenêutica de profundidade, mais do que uma alternativa aos atuais métodos de análise, é “um referencial metodológico geral, dentro do qual alguns desses métodos podem ser situados e ligados entre si” (Thompson, 1995, p. 356).

Por isso, de acordo com o autor, é um ponto de partida indispensável para a pesquisa uma hermenêutica da vida cotidiana, isto é, uma interpretação de como as formas simbólicas são compreendidas e interpretadas pelas pessoas que constituem o campo. É um momento etnográfico no qual o pesquisador procura reconstruir o modo como as pessoas percebem a realidade ao seu redor (Thompson, 1995).

As contribuições de Demo (2006) alargam esta ideia ao propor, além das opiniões e crenças, a busca pela compreensão das histórias de vida, os projetos sociais coletivos e individuais, “o entorno das tradições culturais que demarcam os sentidos comuns e os duplos sentidos, modos de relacionamento com os outros e constituição do grupo de relações mais próximas, e assim por diante” (p.38).

Para Veronese e Guareschi (2006), na hermenêutica da profundidade está em jogo não apenas a constatação, a descrição pormenorizada do fenômeno, mas uma produção nova do pesquisador baseada em um referencial teórico. Thompson (1995) propõe um referencial metodológico que compõe três fases, que se distinguem mais por serem dimensões diferenciadas de análise do que por serem estágios cronológicos: análise sócio histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação. É importante salientar, inclusive porque farei uso desta prerrogativa, que Thompson (1995) afirma que, a depender do objeto específico de análise e das circunstâncias próprias de cada trabalho, o pesquisador deve escolher avaliar o modo como cada fase de análise será mais eficientemente aplicada e quais métodos podem ser mais adequados.

A análise sócio histórica consiste no esforço em reconstituir as condições sociais de produção e circulação das formas simbólicas, afinal, estas não surgem em um vácuo (Thompson, 1995). Ao considerar que é nas relações sociais cotidianas que os processos de valorização simbólica se materializam, Veronese e Guareschi (2006) destacam que resgatar os campos de interação, as instituições sociais, a estrutura social para, em especial, identificar as assimetrias e diferenças na distribuição de poder e recursos, permite abordar temas como gênero, etnia, classe, geopolítica. Assim, estar-se-ia contemplando tanto uma interpretação dos padrões de significado incorporados pelos sujeitos como uma análise das implicações de poder e conflitos a eles subjacentes, através da atenção aos modos de operação da ideologia, que o autor define com o uso das formas simbólicas para sustentar relações de dominação, assimétricas, desiguais ou opressoras (Veronese & Guareschi, 2006, p. 88).

Já a análise formal ou discursiva sustenta-se na ideia de que toda dinâmica, por mais complexa que se pretenda, apresenta alguma estrutura (Demo, 2006). “Os objetos e expressões que circulam nos campos sociais são também construções simbólicas complexas que apresentam uma estrutura articulada” (Thompson, 1995, p. 369). O esforço da hermenêutica de profundidade é que a análise formal ou discursiva não seja um exercício abstrato e descontextualizado das condições de produção e recepção das formas simbólicas (Thompson, 1995), mas é um momento de desconstrução dos elementos internos que constituem a forma simbólica (Veronese & Guareschi 2006).

Várias são as possibilidades de análise formal ou discursiva (análise semiótica, da conversação, discursiva, sintática, da estrutura narrativa, argumentativa, etc.), o que se enseja nesta fase é descrever padrões de relações, o que é recorrente, regular ou repetitivo (Veronese & Guareschi, 2006; Demo, 2006). “Essa abertura da fase da análise formal, onde o analista pode utilizar qualquer padrão formal, o mais indicado para seu tipo de material (texto, imagem, som, etc.), propicia uma rica gama de possibilidades que torna o método da HP bastante abrangente” (Veronese & Guareschi, 2006, p. 89). Segundo os autores, qualquer experiência humana pode ser descrita em uma narrativa.

A terceira fase é intitulada por Thompson (1995) de interpretação/reinterpretação. Nesta fase, a análise sócio histórica e a análise formal ou discursiva serão integradas, em um trabalho de síntese que visa a construção criativa de novos e possíveis significados. Para Thompson (1995);

Por mais rigorosos e sistemáticos que os métodos da análise formal ou discursiva possam ser, eles não podem abolir a necessidade de uma construção criativa do

significado, isto é, de uma explicação interpretativa do que está representado ou do que é dito. (p. 375).

É, segundo Veronese e Guareschi (2006), uma tentativa de explicação fundamentada em um referencial teórico consistente. Esta interpretação é, de fato, uma reinterpretação se lembrarmos que o campo objeto-sujeito já é uma pré-interpretação. Por isso, para Thompson (1995), faz parte intrinsecamente do processo de interpretação a possibilidade de um conflito, posto que necessariamente parcial e, portanto, sujeita sempre a novas reinterpretações. O controle intersubjetivo – estar aberto à discussão – e o potencial crítico da interpretação respondem a este conflito e, no mesmo movimento, revelam o potencial da hermenêutica de profundidade no trato da informação qualitativa (Thompson, 1995; Demo, 2006). Thompson (1995) demarca uma distinção entre tentar provar uma interpretação – apresentar razões, fundamentar – e impor, forçar os outros a aceitar ou silenciar as discordâncias e questionamentos.

Quando Thompson (1995) utiliza a hermenêutica de profundidade para a análise da ideologia, o que se destaca é o esforço para compreender como e em que circunstâncias as formas simbólicas servem para estabelecer e manter relações de dominação. Neste sentido, a interpretação da ideologia pode ter como efeito estimular uma reflexão crítica sobre as relações de poder, que pode incluir, em princípio, a reflexão também dos sujeitos que estão inseridos nestas relações.

Demo (2006) acrescenta que esta visão crítica da análise hermenêutica não se limita à ideologia, podendo gerar reflexão crítica e autocrítica que sustentem estratégias emancipatórias orientadas pelo bem comum, ao invés de reforçar a dominação. O autor, com o objetivo de propor a hermenêutica de profundidade como metodologia útil não apenas para “o mundo da mídia, mas de toda e qualquer informação qualitativa” (Demo, 2006, p. 45), faz uma reinterpretação da proposta de Thompson. Segundo o autor, fenômenos qualitativos intensos – práxis históricas, dinâmicas e desempenhos qualitativos – podem se beneficiar da hermenêutica de profundidade.

No caso da presente pesquisa, a clínica e suas questões teórico-ética-política-institucional em um CAPSi pode ser considerada um fenômeno qualitativo intenso. Em especial, duas reconstruções do autor interessam ao escopo deste trabalho. Primeiro, o destaque que Demo (2006) dá ao quadro teórico: “qualquer interpretação está referenciada a um quadro teórico que “constrói a possibilidade explicativa da análise (...) e desenha hipóteses de trabalho” (p. 46). Sem dispensar o necessário contato concreto com a realidade, a teoria, ainda que apenas

instrumento, ajuda na análise, na definição de categorias centrais e no estabelecimento de um caminho sempre aberto (Demo, 2006). “A trama teórica bem tecida permite não só reconstruir categorias mais sólidas e definidas, como sobretudo imprimir capacidade crítica que leve a interpretações tanto mais criativas” (Demo, 2006, p. 48).

Esta conceituação de Demo (2006) nos auxilia a entender como vem se desenvolvendo a clínica no DF principalmente devido a inclusão da análise sócio histórica, que em nossa pesquisa tem grande importância devido o recorte territorial que fazemos no DF, levando em conta suas particularidades e seu atraso no estabelecimento da reforma psiquiátrica se comparado com outros estados brasileiros.

Para sintetizar sua reinterpretação da hermenêutica de profundidade de Thompson, reproduzo o quadro organizado por Demo (2006):

Referencial Metodológico	
PRELIMINARES	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Referencial teórico e hipótese de trabalho</li> <li>2. Definição e necessidade da informação qualitativa</li> </ol>
ROTEIRO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contextualização sócio-histórica</li> <li>2. Análise formal:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) frequências</li> <li>b) códigos</li> <li>c) estruturas profundas</li> <li>d) argumentação</li> </ol> </li> <li>3. Interpretação/reinterpretação:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) standpoint epistemology</li> <li>b) questionamento próprio</li> <li>c) reinterpretação</li> </ol> </li> </ol>

**Quadro 4.** Referencial Metodológico

Fonte: (Demo, 2006, p.58)

Demo (2006, p. 109), em uma “interpretação da interpretação da interpretação” deste roteiro, destaca ainda mais alguns importantes aspectos. Apesar de esquematizado em três camadas, a análise qualitativa não usa exatamente “camadas”, bem como não necessariamente precisam ser três. Embora, faça um esforço para mesclar dinâmica e forma, é preciso reconhecer que nenhum procedimento dá conta de fazer as duas coisas ao mesmo tempo. Em sua proposta, o segundo passo está mais voltado para a forma, enquanto no primeiro e terceiro o foco está na dinâmica. Reitera a importância da discussão aberta, da autoridade do argumento e não do argumento de autoridade (Demo, 2005), em um esforço para não exigir nem de mais nem de

menos da interpretação: nem pretensão de certeza, nem uma “libertinagem interpretativa” (p. 110), como se fosse válido dizer qualquer coisa sem argumentação consistente.

De maneira geral, farei o esforço para orientar a análise dos grupos focais de acordo com o esquema proposto por Demo (2006). No entanto, como Demo (2006) afirma, “este esquema não deve ser tomado como algo “bíblico”, porque fenômenos dinâmicos não-lineares, pela própria tessitura, precisam ser captados flexivelmente, sempre emprestando prioridade ao fenômeno, não ao método” (p. 59). Neste sentido, utilizarei a contextualização sócio-histórica devido sua importância para o recorte territorial que faço nesta pesquisa e a interpretação e reinterpretação em virtude da escuta e intervenções que faço nos grupos (trabalhadores e usuários) em apenas um momento de encontro.

Para a análise dos dados desta pesquisa tomaremos cada grupo focal feito nos serviços como um caso, tendo em vista compreender as singularidades da clínica nos diferentes CAPSi que participaram deste estudo, através da trajetória e da experiência de cada serviço, de cada grupo de profissionais, de usuários e familiares e as relações entre eles e o contexto da rede de atenção em saúde mental infanto-juvenil do DF. No final proponho uma discussão geral dos dados colhidos comparando-os com os dados do avaliar CAPS e com a teoria dos discursos em Lacan e sugiro uma modalidade de intervenção nestes serviços a partir desta experiência de escuta feita através de uma pesquisa.

### **3.5 Problematização Central da Pesquisa**

A minha tese se sustentará na tentativa de demonstrar que a clínica nos CAPSi vem encontrando muitas dificuldades no DF e uma das principais é a ausência da compreensão e construção de um eixo clínico-teórico que sustente a prática clínica realizada por uma equipe interdisciplinar nestes serviços. Apenas a criação de dispositivos considerados do campo da atenção psicossocial, não são suficientes para um novo modo de produção do trabalho diferente do asilar. No que diz respeito a crianças, adolescentes, seus familiares e cuidadores, em sofrimento psíquico grave, há um fazer clínico intersetorial e territorial que demanda dos trabalhadores deste campo uma outra dinâmica de cuidado diferente da que é proposta para os adultos e isto precisa ser levado em conta na construção desta clínica.

A pesquisa aponta para a necessidade de se pensar a gestão da clínica com crianças e adolescentes a partir de critérios e instrumentos que permitam a análise constante dos serviços substitutivos, de acordo com a realidade local, bem como construir uma cultura para a utilização de indicadores no cotidiano desta clínica.

Nesta pesquisa, seguindo o referencial metodológico proposto por Demo no quadro 2, apresentamos:

## **PRELIMINARES**

### 1) Referencial Teórico e Premissa de Trabalho

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Psicanálise em Freud e Lacan são o referencial teórico que fundamentou esta pesquisa e ajudou na construção da seguinte premissa de trabalho: há uma grande dificuldade na construção de uma clínica nos CAPSi do DF, em virtude dos serviços não conseguirem construir um eixo clínico-teórico, ou seja, seu mandato clínico-territorial.

### 2) Definição e necessidade da informação qualitativa

Devido à grande complexidade do objeto desta pesquisa – a clínica nos CAPSi - que como dito anteriormente é feita por seus trabalhadores, usuários, em rede, num território específico/delimitado, em serviços substitutivos que devem funcionar numa lógica psicossocial, esta pesquisa foi feita através de uma metodologia qualitativa.

## **ROTEIRO**

- 1) Descrevemos a contextualização sócio-histórica da Reforma Psiquiátrica no DF e a criação dos seus serviços substitutivos infanto-juvenis (CAPSi);
- 2) Realizamos uma análise formal das narrativas apresentadas nos grupos focais de trabalhadores e usuários;
- 3) Realizamos uma Interpretação/Reinterpretação com questionamentos próprios advindos da análise formal das narrativas;
- 4) Utilizamos conceitos do campo psicanalítico e da gestão para analisar os dados e propor subsídios para a construção de uma clínica nos CAPSi do DF.

#### 4. Capítulo 4 – Análise dos Grupos Focais: A perspectiva dos Trabalhadores e Usuários sobre a clínica no CAPSi

“Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade”.  
(Paulo Freire, 2008)

Neste capítulo será apresentada a análise das informações qualitativas produzidas nos grupos focais de trabalhadores e usuários dos CAPSi entrevistados nesta pesquisa: CAPSi Asa Norte, CAPSi Sobradinho, CAPSi Recanto das Emas, CAPSADi Brasília, de acordo com a metodologia proposta por Demo (2006), discutida no capítulo anterior.

Porém, considero importante para esta análise que conheçamos um pouco da realidade político-institucional da Saúde Mental no DF de maneira mais ampla para que possamos entender a contextualização histórica em que se encontram cada serviço analisado nesta pesquisa.

O Distrito Federal por sua particularidade de não ser um Estado, não se encontra dividido em Municípios, logo possui uma particularidade administrativa que o difere do funcionamento dos demais Estados do Brasil. Ele encontra-se dividido em sete regiões de saúde, cada região desta tem uma Superintendência de Saúde que administra todos os serviços de saúde que são distribuídos por região. E cada região de saúde é composta por regiões administrativas. São elas as regiões de saúde e administrativas do DF:



**Figura 1.** Regiões de Saúde do Distrito Federal.

*Fonte:* Plano Diretor de Regionalização da SES/DF versão 2007

A consequência desta organização administrativa é que por não ser um município essas regiões administrativas não possuem autonomia financeira. Logo os recursos do Distrito Federal são centralizados pelo Governo do Distrito Federal (GDF) no Fundo de Saúde. O que a meu ver dificulta a viabilização das ações de saúde mental. Segundo Brito (2015, p.93):

As ações identificadas como constitutivas da saúde mental dentro do orçamento do Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF), demonstra um direcionamento dos gastos para implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, os recursos destinados para saúde mental dentro do FSDF são insuficientes, pois esses nem chegam a representar 0,2% do total do orçamento da saúde, bem como do total autorizado de R\$ 16.740.644,50, somente R\$ 7.969.289,38 foram pagos, isso nos mostra que mais da metade dos recursos não foram executados, muitas vezes sendo destinados a outros fins.

Brito (2015, p.93) elabora a seguinte tabela para demonstrar os dados mencionados acima:

Tabela 05- Evolução da Participação das Ações em Saúde Mental no orçamento do FSDF, no período de 2012 a 2014, deflacionadas pelo IGP-DI.

	2012	2013	2014
Ações em Saúde Mental	656.873,52	4.679.371,38	2.633.044,48
Orçamento do Fundo de Saúde Do Distrito Federal (FSDF)	2.767.884.442,95	3.190.002.327,06	3.389.007.034,54
% da participação das ações Em Saúde Mental no Orçamento do FSDF	0,02	0,15	0,08

Fonte: SEPLAG/DF.  
Elaboração Própria.

**Figura 2.** Ações em Saúde Mental no orçamento do FSDF.

Fonte: Brito (2015)

O Ministério da Saúde, com o objetivo de monitorar e avaliar os serviços extra hospitalares e suas modificações no cenário da saúde mental, construiu um indicador, calculado a partir do número de CAPS no território para cada 100.000 habitantes. O último relatório chamado “Saúde Mental em Dados-12” (Brasil, 2015), traz informações do amplo processo de desinstitucionalização e da situação do processo de transição de modelo assistencial, que vai radicando nos territórios o cuidado em liberdade em substituição ao modelo manicomial. Ele retrata também como a RAPS vem ao longo dos anos assumindo o cuidado das pessoas com

problemas com drogas, fortalecendo a temática dos direitos sociais e civis, e dos direitos humanos a todos (as) os (as) usuários (as) da RAPS.

O Relatório Anual de Atividades (Brasil, 2015) consta que o indicador do DF é 0,46, totalizando 12 CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde, dentre eles apenas 1 CAPSi credenciado. Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes. O indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial.

Além do baixo indicador apesar de ter subido dois degraus, deixando de ser o estado com menos CAPS do Brasil, perdendo apenas para o Acre e Amazonas; ainda não temos na rede de saúde mental do DF, residências terapêuticas e UAI.

As Unidades de Acolhimento (UA) são regulamentadas pela Portaria GM/MS Nº 121 de 25 de janeiro de 2012, com republicação no dia 21 de maio de 2013. A concepção deste dispositivo está relacionada aos desdobramentos e experiências das Casas de Acolhimento Transitório, financiadas a partir do Edital Nº 003/2010/GSIPR/ SENAD/MS. As UA são dispositivos de caráter residencial, devendo funcionar vinte e quatro horas por dia e oferecendo suporte aos CAPS para ampliação de cuidados de saúde para pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O acolhimento nelas é voluntário, ofertado a ambos os sexos. Há duas modalidades de UA: adulto (UAA) ou infante-juvenil (UAI).

O DF elaborou um Plano Diretor de Saúde Mental (Brasília, 2010), o objetivo deste relatório é “ser um instrumento norteador para a estruturação e organização dessa rede de atenção integral em saúde mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal” (Brasília, 2010, p.7). De fato, tivemos na última gestão (2010-14), um aumento considerável de CAPS: de 07 para 17, com um aumento significativo no número de CAPS ad (voltados para a problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas), o que certamente é mérito de uma política nacional de saúde mental cujo plano é “Crack é preciso vencer”. Porém, a realidade mostrou que a implantação dos CAPSADi, dentro da perspectiva do Plano “Crack é preciso vencer” não deu certo no DF.

Zgiet (2010), em sua dissertação de mestrado, apontou os principais obstáculos à concretização da política de saúde mental sob os parâmetros da reforma psiquiátrica e da

política nacional de saúde mental no Distrito Federal passam por fatores macro e micro conjunturais, como: o desempoderamento do órgão responsável pela gestão da política de saúde mental em nível local; a concentração dos esforços estatais e da demanda sobre o hospital psiquiátrico em detrimento dos serviços substitutivos; a pouca visibilidade das ações em saúde mental em comparação às outras áreas da saúde; o desconhecimento e desmobilização da população em relação ao tema; a manutenção de práticas segregadoras no hospital psiquiátrico; o pouco incentivo à capacitação dos profissionais por parte da Secretaria de Estado de Saúde; a burocracia excessiva na mobilização de recursos para a implantação de serviços; entre outros. Segundo a autora, dentre os determinantes de tais dificuldades, destacam-se a manutenção dos chamados manicômios mentais, entre servidores e familiares dos usuários e a cultura política permissiva em relação à corrupção e focada na agregação de votos para o período eleitoral, em detrimento do atendimento das demandas da população (Zgiet, 2010, p. 8).

De acordo com o Plano Diretor da DISAM (Brasília, 2010) não houve ampliação e nem reforma das unidades de atenção em saúde mental já existentes. Inevitavelmente o déficit na cobertura traz impactos para a qualidade e efetividade dos serviços, tal como será enfatizado na análise dos dados coletados nesta pesquisa.

Segundo Resende (2015), o documento mais atual sobre o cenário da saúde mental no DF foi elaborado em outubro de 2013, pelo Movimento Pró-Saúde Mental do DF (MPSMDF) e a Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do DF.

“O MPSMDF é um coletivo formado por diversos atores da saúde mental do DF, dentre eles: usuários dos serviços, familiares, profissionais e militantes sociais. O movimento existe há mais de 14 anos e, em 2013, passou por uma reformulação, com uma nova organização através de comissões temáticas, nas quais um representante de cada comissão compõe um colegiado de gestão. Atualmente o MPSMDF é composto pelas seguintes comissões: Comunicação; Cultura; Monitoramento de Direitos; Formação e Articulação Política; e Mobilização Social” (Resende, 2015, p.229).

O objetivo do relatório, além de fazer um levantamento da RAPS no DF, foi o de retomar o diálogo com a Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa. De acordo com o MPSMDF. Resende (2015) diz que “através deste diálogo, o desejo é que haja uma maior probabilidade de a saúde mental estar presente na agenda política do DF, o que poderá contribuir para maiores recursos e engajamento político nesta área que se encontra fragilizada neste território.” (p. 230). Este documento foi formulado por meio de visitas feitas a alguns

serviços do DF, incluindo o HSVP, principal dispositivo da rede, apesar de ser um hospital psiquiátrico.

Como citado anteriormente, os CAPS configuram-se como um dos principais serviços substitutivos previstos na atual política nacional de saúde mental (Brasil, 2004). Este dispositivo refere-se a uma política de saúde mental intersetorial, articulada aos outros aparelhos de saúde e de proteção social para garantia do acesso dos usuários ao lazer, à cultura, ao vínculo familiar e ao respaldo sócio assistencial que lhe garanta o direito à dignidade - o verdadeiro direito à saúde como um todo.

No DF, temos um número ainda reduzido de serviços substitutivos, inclusive de CAPS, o que explica a precariedade de nossa RAPS, já que esse serviço é responsável pela articulação e tecimento da rede. Dos 46 CAPS projetados pelo Plano Diretor de Saúde Mental (Brasília, 2010), o DF conta apenas com 17 CAPS. E nenhuma residência terapêutica. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pessoas longamente internadas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia.

Estes dispositivos se caracterizam como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social.

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, estabeleceu nova proposta de financiamento para os residenciais, antes custeados principalmente com recursos provenientes da realocação das AIH: aos SRT habilitados são repassados recursos federais de custeio mensal e também para implantação.

Segundo Resende (2015):

Uma das principais consequências do número insuficiente de CAPS é que a área de abrangência, o *território* desses serviços no DF, é muito superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), dificultando a tomada de responsabilidade dentro do território, conforme defendido por Basaglia (1985) e Rotelli (2001). Tal situação leva a uma perda de potência dentro do território, que é uma das responsabilidades dos CAPS e necessária para o processo de desinstitucionalização (MACHADO, 2013). O MPSMDF(2013) aponta que há um déficit de profissionais também, não só nos CAPS, mas em todos os serviços de saúde mental no DF, o que dificulta ainda mais o processo de cuidado como um todo. (p.231).

Resende (2015) de acordo com o MPSMDF, no que se refere à implantação de novos serviços, apesar da escassez de recursos, no DF, temos outro problema, que é a questão

fundiária. Muitos terrenos e imóveis não dispõem de documentação completa, principalmente nas comunidades e regiões mais carentes, que geralmente são os territórios que mais necessitam dos serviços. Esse impeditivo devido à questão fundiária é uma exigência do SUS, que solicita situação de legalidade em todos os terrenos e imóveis para que os serviços sejam construídos. Além da questão fundiária, há no DF uma extrema burocratização dos processos de instalação, manutenção e aprimoramento dos serviços de atenção à saúde, especificamente os de atenção à saúde mental. Os entraves burocráticos são alegados pelos gestores como o motivo da morosidade para a implantação e ampliação dos serviços, o que novamente dificulta a construção da própria RAPS. Parece faltar, além de um diálogo entre as esferas institucionais, um conhecimento da legislação, tanto a do DF, como a do SUS.

Em relação à RAPS no DF, há ausência da supervisão clínico-institucional. Embora tenha verba aprovada pelo Ministério da Saúde, há alguns anos o DF não tem oferecido a supervisão, novamente por dificuldades burocráticas, que resultaram em devolução da verba ao Ministério da Saúde (Machado, 2013 como citado em Resende, 2015, p. 232). O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1174/GM de 2005, concede incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos CAPS e a supervisão clínico-institucional faz parte deste programa.

Segundo relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) o Distrito Federal possui 45 leitos de saúde mental credenciados em hospital geral, que se distinguem substancialmente dos leitos de psiquiatria em hospital geral: para os leitos de saúde mental são definidos parâmetros de cobertura, rede e diretrizes de funcionamento no contexto da atenção hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O componente de Atenção Hospitalar da RAPS oferece suporte em Hospital Geral, de Pediatria e Maternidade, por meio de internações de curta duração, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Destina-se à atenção às comorbidades clínicas decorrentes de substâncias psicoativas, em especial de abstinências e intoxicações graves, e ao manejo de situações de crise em saúde mental, em articulação e cor responsabilização do CAPS e demais pontos de atenção da RAPS.

No DF, instituiu-se a Portaria nº 185 de 2012, que trata das normas para atenção às emergências em Saúde Mental no âmbito do SUS-DF. Nela, definem-se as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio; além de organizar no âmbito do SUS DF a

linha de cuidados às emergências em Saúde Mental, incluindo transtornos mentais decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e a distribuição do fluxo das emergências em Saúde Mental que obedecerá e orientará os serviços de conformidade com o preconizado pelas especialidades de Pediatria e Clínica Médica desta Secretaria, levando-se em conta: etiologia do quadro apresentado Faixa etária Presença ou não de comorbidades. Nesta portaria as internações são burocratizadas via parecer e ainda são determinados pela psiquiatria. E em sua maioria das vezes a internação/alta ocorre sem comunicação aos CAPSi. A referência aos CAPSi só ocorre quando o paciente fica agitado no hospital.

No DF temos uma lei distrital nº 975 de 12 de dezembro de 1995 (Brasília, 1995) que no 2º inciso do 3º Art. Diz que “os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei”, 20 anos depois de sua publicação, os leitos psiquiátricos ainda existem: ainda temos um hospital psiquiátrico. O HSVP é a instituição em saúde mental mais antiga do DF, com fortes características manicomiais. Embora tenham profissionais de várias áreas, dentre elas Psicologia e Terapia Ocupacional, esses profissionais não participam da ala de internação e pronto socorro. Algumas oficinas terapêuticas são realizadas dentro das dependências do hospital, contudo, a participação dos internos ainda é pequena. De forma que não é possível dizer que, efetivamente, um processo de desinstitucionalização no DF esteja sendo desenvolvido, já que o DF não dispõe de nenhuma residência terapêutica<sup>133</sup> e o principal dispositivo para acolhimento da crise ainda é um hospital psiquiátrico (Machado, 2013 citado em Resende, 2015, p.233).

Quanto aos CAPSi do DF as dificuldades são as mesmas com o agravamento de que de 1998 a 2014 tivemos apenas um CAPSi no DF que sempre funcionou dentro de uma estrutura ambulatorial, sem territorialização da demanda, ou seja, atendia todo DF e a RIDE (Rede de desenvolvimento do Entorno do DF, composta por cidades de Minas Gerais, Goiás e Bahia). Durante 14 anos, este CAPSi chamou-se CAPSi/COMPP e apenas em 2012 foi configurado como serviço sendo nomeado atualmente como CAPSi Asa Norte (configurando seu território atual).

Em 2013, iniciou-se a implantação de novos CAPSi no DF. Foram criados os seguintes serviços: CAPSi Sobradinho, CAPSi Recanto das Emas, CAPSADi Brasília e CAPSADi Taguatinga. A história de constituição destes serviços relatarei na análise dos dados coletados em cada um deles.

Decidimos começar a análise dos dados pelo CAPSi Asa Norte pois além de ter sido o primeiro, acreditamos que este CAPSi retrata muito bem as dificuldades encontradas na clínica com crianças e adolescentes com transtornos mentais no DF, por mais de 18 anos.

## **4.1 CAPSi Asa Norte**

### **4.1.1 Contextualização Sócio-Histórica**

A contextualização sócio-histórica deste serviço começa pelo seu nome. O CAPSi Asa Norte teve sua primeira nomeação como CAPSi/COMPP. Criado pela Instrução de 30 de março de 1998 foi nomeado desta forma, pois se localizava e ainda se localiza no mesmo espaço físico do COMPP (Centro de Orientação Médico Psicopedagógico) um grande ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, o mais conhecido no DF, que atende crianças e adolescentes em diversas especialidades (psiquiatria, neurologia, psicologia, pedagogia, psicopedagogia, fonoaudiologia, serviço social e etc.) desde 1969. Até o início de 2012 não havia sido constituído como serviço da rede de saúde mental do DF, apesar de já ter sido credenciado pelo Ministério da Saúde. Este é o primeiro paradoxo institucional, ou seja, um serviço reconhecido pelo Ministério da Saúde, mas não reconhecido pela Gestão local.

Em fevereiro de 2012 fui nomeada a primeira gerente para o cargo neste CAPSi e iniciou-se o trabalho de constituição do serviço, distinto do COMPP, com redefinição de equipe e clientela a ser atendida, assim como diversas alterações no seu processo de trabalho. No ano seguinte, o serviço foi contemplado no organograma da SES como CAPSi Plano Piloto, subordinado administrativamente ao COMPP e tecnicamente a DISAM (Diretoria de Saúde Mental) onde passou-se a reivindicar junto ao Gestor local um espaço físico distinto para o CAPSi Plano Piloto, assim como a delimitação da sua área de abrangência, pois nesta época, por ser o único CAPSi do DF, atendia toda clientela do DF e a RIDE (Rede do Entorno, composta por Estados que rodeiam o Distrito Federal), logo desta forma ficava impossível exercer a função que caberia a este dispositivo.

Em 2014, o pedido de exoneração da gerente e a nomeação de uma nova gestora que proporcionou a criação do CNES e a mudança do nome do CAPSi Plano Piloto para CAPSi Asa Norte após intensas negociações para delimitação da abrangência do serviço à região Centro-Norte do DF já que nesta mesma época ocorreu uma reorganização no organograma da SES e foram criadas superintendências para administração da Saúde no DF. O CAPSi Asa Norte passou a ser subordinado administrativamente à Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte e isto levou a equipe deste serviço a lutar mais arduamente pela delimitação da sua área de abrangência a esta região. Lembrando que neste período também foram criados outros

CAPSi (Sobradinho, Recanto das Emas, CAPSADi Brasília, CAPSADi Taguatinga) o que levava mais ainda a urgência de uma territorialização de todos os serviços da saúde mental infanto-juvenil do DF.

Em 2016 esta territorialização foi realizada administrativamente e os serviços começaram a organizar a clientela, assim como as listas de espera e a função de cada serviço. Em virtude disto e de outras questões que veremos a frente, como falta de estrutura física por exemplo, os CAPSADi foram desconstituídos da rede de saúde mental infanto-juvenil do DF (CAPSADi Brasília e CAPSADi Taguatinga um passou a ser respectivamente CAPS e o outro CAPSi) ou seja o campo infanto-juvenil perde um serviço e isto traz graves questões para uma rede que já está bastante fragilizada.

Os grupos focais com trabalhadores e usuários deste serviço foram realizados em setembro e outubro de 2015, nesta época o CAPSi Asa Norte lutava pelo árduo processo de territorialização e um espaço físico próprio. A equipe era composta de 17 técnicos sendo um gerente, um chefe de enfermagem e um chefe do núcleo administrativo. Participaram do Grupo Focal 11 técnicos (entre eles a gerente e a chefe de enfermagem).

#### **4.1.2 Análise do Grupo Focal de Trabalhadores/ Técnicos**

##### **a) Termos e Noções mais frequentes sobre o que os técnicos entendem por CAPSi:**

- Acolhimento integral e compartilhado;
- Local de escuta e passagem, transitório;
- Outra relação com a loucura que não seja somente a exclusão;
- Inseridos mais facilmente na sociedade;
- Substituição dos dispositivos totais;
- Perspectiva contra hegemônica em relação a cura, a doença e ao que seja as formas de compreensão do viver;
- CAPSi pode retomar a dimensão do sujeito, a dimensão do psíquico;
- Lugar que institui o não;
- Espaço de desconstrução, que desinstitui o instituído;
- Centro para descentralizar, Centro operador de descentralização;

##### **b) Quanto a vontade de trabalhar no campo da saúde mental infanto-juvenil:**

Dentre os onze trabalhadores que participaram do grupo, apenas dois técnicos desta equipe tiveram uma motivação específica por este campo de trabalho. Alguns especificaram a motivação pelo campo da loucura e pelo campo psíquico. Neste momento de discussão quanto

a esta questão eles apontaram para extinção do psíquico e da criança na contemporaneidade, justificando a ausência de desejo de trabalhar neste campo.

**c) Estruturas profundas de posicionamento quanto as temáticas abordadas:**

- **Formação dos profissionais e processo de trabalho**

Quanto a capacitação, estudos e formação, o serviço possui um reduzido espaço para grupo de estudo que aborde temas articulados com a prática diária. Nesses grupos de estudos os técnicos consideram possível refletir sobre o papel político do CAPSi na sociedade, porém, enquanto um lugar de construção e produção de um saber teórico-clínico isto só é construído pontualmente em eventos, estudos de caso, onde esse saber é partilhado com outros serviços e espaços de discussão.

Os técnicos questionam o termo “construção” utilizado na pesquisa. Achem por exemplo que num estudo de caso, constroem muitas coisas, estratégias, metodologia, reflexões, avaliações, mas acham que não constroem coisas inovadoras. Quanto à transmissão ela é feita na capacitação (estagiários, residentes) não é feita entre os serviços.

Todos os técnicos presentes dizem ter conhecimento da legislação pertinente a este campo. E por terem esse conhecimento pontuam que falta neste serviço territorialização, matriciamento, número maior de CAPSi no DF, centro de convivência, e uma rede articulada. Quanto à falta de estrutura um dos técnicos diz: *“Então a gente começa a operar na clínica que nem sei se seria a clínica realmente propriamente dita porque a gente inventa tanto que eu não sei nem se a gente fica consoante mais, porque você não tem a estrutura mínima para fazer a clínica”*.

Apenas, quatro técnicos têm formação no campo da atenção psicossocial. E somente cinco frequentam outros espaços de discussão político-clínico-acadêmico. Os técnicos não se sentem incentivados pela SES/DF para fazer cursos. A secretaria apenas libera da carga horária, mas não paga curso para os servidores. Não investe em supervisão clínico-institucional e a equipe entende supervisão como capacitação. Pontuam a importância de uma capacitação para toda a equipe.

Quanto a produção científica deste CAPSi são tentativas individuais de poucos técnicos e não coletiva da equipe.

Quanto à direção clínica a equipe é atravessada por muitos discursos diferenciados, cada um tem uma percepção de sujeito bastante diferenciada. Eles se reconhecem como sujeitos de linguagem e de discursos que têm correntes e concepções teóricas diferentes e questionam como isso vai desaguar numa base clínica para o serviço. E pontuam que nada impede de fazer uma

construção coletiva, é um exercício diário, mas se preocupam com o discurso linear. Achem que o que é possível fazer é um eixo comum de acolhimento aos diferenciados discursos. Um técnico pontua: *“Por ser uma clínica numa instituição pública como é que em meio a essa diversidade se consegue dar uma direção de sentido para o trabalho?”* Eles consideram essa pergunta difícil de responder (O CAPSi tem uma direção clínica que permite a circulação do saber entre os membros da equipe?) apesar de acharem importante que ela seja feita. Consideram a diversidade de teorias importante na clínica, um técnico diz: *“essa coisa muito linear é muito perigosa e acho que se cada um contribui mesmo com saberes diferentes eu acho que isso enriquece muito por mais que seja mais trabalhoso para a equipe”*.

Para esta equipe há uma posição do saber entre os técnicos. Um psicólogo diz: *“O meu saber como psicóloga é igual das minhas estagiárias”*.

Um dos técnicos pontua a dificuldade de construção de uma proposta clínico-teórica para o CAPSi: *“Então, como é que em meio a essa diversidade, de concepções, de sujeito, porque nós estamos numa instituição pública, não é? Não é uma clínica psicanalítica onde o contrato que as pessoas rezam aqui é nesta cartilha. Aqui não, aqui é uma instituição pública, vão receber pessoas de diferentes correntes, de múltiplas de inter, de trans. E essa é a vantagem. Então como é que em meio a essa diversidade você consegue dar uma direção de sentido para o nosso trabalho. Isso é o desafio, é o tal caso.”*

Quanto ao diagnóstico relatam que inicialmente vem o diagnóstico do médico e em cima dele a equipe colabora, discute e desconstrói.

Quanto às relações horizontais entre os diversos técnicos da equipe, mencionam uma diferenciação na psicologia e na psiquiatria. Quanto à psicologia consideram que há uma cobrança maior e quanto à psiquiatria ocorre uma dinâmica de atendimentos e agendas diferenciada. O psiquiatra não participa dos atendimentos coletivos, nem dos acolhimentos. Um técnico menciona que *“era ótimo quando a gente tinha a parceria do psiquiatra nos atendimentos coletivos”* por conta da redução do número de psiquiatras e a demanda de produtividade dos médicos a participação do psiquiatra junto com a equipe diminuiu (no momento há apenas um psiquiatra na equipe, já houve época em que tinham cinco).

No geral a equipe considera importante que todos os técnicos participem de todas as atividades (acolhimento, atendimentos coletivos, etc.). Até vislumbram uma possibilidade de acolhimento de porta aberta, e para isto acham que todos devem fazer este procedimento. O desejo dos técnicos é que haja uma uniformidade das agendas.

Este CAPSi possui equipe mínima de funcionários (17 servidores), mas a equipe acha que se aumentar o número de profissionais no serviço, aumenta a possibilidade de projetos

externos no CAPSi. Quanto a entrada de profissionais no CAPSi não há critérios para avaliar quem entra no serviço. Quanto a isto os técnicos dizem “*Qualquer pessoa, mas não qualquer um.*”, ou seja, eles sabem que para integrar a equipe há uma necessidade de empatia com o trabalho e com a sua proposta, por isso não pode ser qualquer um. Até por não haver critérios de entrada de profissionais na equipe a rotatividade é grande, pois como os próprios técnicos dizem “*montar uma equipe não é uma coisa assim*”. A equipe tem noção das dificuldades que se apresentam no trabalho justamente pelo trabalho ser feito em equipe. Em função disto já promoveram algumas oficinas com objetivo de integrar a equipe.

Neste serviço não há supervisão clínico-institucional, o que seria um importante dispositivo para a equipe trabalhar também suas dificuldades. Alguns mencionam que para lidarem com as angústias relacionadas às dificuldades da clínica pagam psicólogo, fazem yoga, etc. Mais uma resposta individual dos técnicos da equipe, quando não são proporcionadas respostas coletivas.

- **Organização do Serviço**

Os espaços terapêuticos deste CAPSi não são construídos levando em conta os interesses e habilidades dos pacientes, a equipe acha que não dá para discutir o interesse pessoal da criança e do adolescente na oficina, pode até coincidir uma coisa ou outra, mas com todos os pacientes ainda não conseguiram.

Quanto aos atendimentos, a equipe consegue conciliar atendimentos coletivos e individuais apesar do pequeno espaço de trabalho. É revisto com frequência a duração dos atendimentos de acordo com a demanda e a necessidade do paciente. Por exemplo: é feito atendimento domiciliar para os pacientes que não conseguem frequentar o serviço. A equipe diz que esses atendimentos são pontuais. A equipe diferencia atendimento domiciliar, da visita domiciliar. Os atendimentos domiciliares são mais pontuais, pois o serviço não possui carro e fica difícil sistematizar os horários. O serviço também desenvolve atividades externas de cuidado com os pacientes. E as festas são percebidas como momento de intervenção e tratamento.

Quanto à estrutura física e infraestrutura deste serviço, elas não se adequam às necessidades dos pacientes e seus responsáveis. Não há: sala de espera, sala para oficina de geração de renda, espaço para grupo de escuta ou troca de experiência. A equipe discute constantemente essas questões com os gestores do DF. Sem falar que não há verba destinada para compra de materiais diversos (desde consumo até brinquedos e outros materiais necessários para o atendimento de crianças e adolescentes). A precariedade do espaço físico é tanta que nem uma criança cadeirante conseguiria adentrar no espaço do serviço. O atual espaço

também não garante a integração das crianças em seus diferentes transtornos. Além do precário espaço físico, e por não ser regionalizado, a equipe não se considera preparada para receber crianças pequenas (primeira infância). A equipe consegue fazer a divisão dos espaços por faixa etária. Esta divisão é flexível respeitando a peculiaridade de cada caso.

Quanto à porta de saída não há um projeto articulado com os CAPS III para a transferência dos pacientes adultos. Os encaminhamentos são feitos pelos técnicos de referência no caso a caso.

- **Projeto Terapêutico Individual (PTI)**

Quanto ao PTI a equipe corrige a pesquisadora dizendo que é singular PTS e diz que é construído em equipe. Parece que nem todos compreendem do que se trata e nem todos concordam que esteja sendo feito. No momento desta questão algumas respostas soltas são dadas como: *“Creio que é, né”*; *“Eu acho que tem um exercício”*; *“Faz tempo...”*; *“Na verdade o silêncio ele revela que existe uma dificuldade de conceitualizar o que é o PTI/ PTS, então eu acho que o que a gente poderia fazer e tal eu acho que o que a gente faz é empírico”*. Nem toda equipe toma conhecimento e participa da construção dos PTI.

O território e a intersectorialidade são levados em conta na construção do PTI. Quando é perguntado se os PTI são reavaliados ao longo do tratamento, a equipe diz *“do nosso jeitinho”*. Ou seja, a equipe tem consciência da sua elaboração, mas não faz sistematicamente com formulário e previsão de revisão. Mas são revistos e o cuidado com o paciente é efetuado. Um técnico diz: *“Eu acho que a gente mais faz o PTS do que reconhece que faz”*. A equipe queixa-se da sistematização, diz que se tem o prontuário para registrar não precisa de mais formulários. A equipe criou um livro de registro dos casos, mas parece que ele não funciona também. Então me parece que não é apenas a burocratização o problema, mas também o registro dos fatos, e o aprofundamento dos casos. Um técnico traz uma importante fala sobre essa questão:

*“Eu acho que eu tenho certeza que a gente faz, mas a gente não diz que é PTS, com esse nome. Também acho que fica falho a parte do paciente junto na proposta. Mas aí eu também acho que tem a ver com a questão que a gente tem grande dificuldade é a questão do estudo dos casos, por exemplo, a gente implanta um roteiro para fazer estudo de caso. E se não faz um estudo aprofundado do caso, como é que você vai fazer o PTS? Logo construir o PTI coletivamente está atrelado a estudar os casos sistematicamente e aprofundado também.”*

Quanto ao manejo das crises e internações a equipe relata que, às vezes, o paciente em crise é acolhido no CAPSi. Mas em algumas situações eles encaminham para emergência do Hospital de Base (adolescentes) e do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) quando criança. Quanto a capacitação que os profissionais dos CAPS tiveram para atender as situações

de crise relatam que foi apenas um curso do SAMU. Eles acham que precisam de um espaço calmo, com menos pessoas, menos olhares para acolher a crise. Acreditam que ela pode ser contornada sem o uso da medicação, porém com escuta, espaço e abordagem. Acham que ela decorre tanto do transtorno mental como do trabalho psíquico da criança e do adolescente em algumas situações difíceis. A equipe entende que pode ocorrer crise sem transtorno mental associado. A equipe tende a encaminhar para o hospital de emergência os casos de crise e tende a acompanhá-los, mesmo que não seja diariamente, e os pais também são acompanhados neste processo.

Quanto à medicação, quando os médicos participavam das atividades coletivas com os outros técnicos, a temática da medicação circulava mais entre todos da equipe. No momento, o psiquiatra atende ambulatoriamente no CAPSi. A equipe entende como importante que todos compreendam a função do medicamento, para que isto possa ser trabalhado com os pacientes e seus familiares por todos da equipe. Quanto à revisão medicamentosa a equipe queixa-se que ela é feita pelo psiquiatra, e acham que todos deveriam participar diz um técnico: *“Essa questão da medicação tem que circular mais para que a gente também possa interferir mais na medicação”*.

A equipe considera que o tratamento melhora a circulação do paciente em outros lugares além do CAPSi e avalia como ações importantes para melhora do paciente:

- Adequação na escola;
- Inclusão social, socialização;
- Relação com a família mais fortalecida;
- Diminuição da agressividade;
- Melhora do contato com o outro, disponibilidade para a vida;
- Diminuição do sofrimento;
- Os pais dão sinais da melhora no tratamento;

A equipe traz um importante questionamento quanto à adaptação da criança e pontua que nem sempre o sujeito que está adaptado está bem. Um técnico diz: *“Às vezes o sujeito está bem na escola, na família mas está em sofrimento”*; *“Muitas das nossas crianças e adolescentes às vezes estão em sofrimento porque estão bem adaptados a escola e bem adaptados a família.”*

- **Rede, território e direitos**

O CAPSi é localizado na região central de Brasília, plano piloto e conta com boa cobertura da rede de transportes públicos. Porém, não é territorializado e não possui uma cobertura populacional de acordo com a portaria. O COMPP é mais conhecido pela população

no geral do que o CAPSi, mas a equipe tem feito um trabalho de distinção dos serviços, apesar de ocuparem o mesmo espaço físico. Como não possuem território definido este trabalho fica mais difícil de ser feito na população. Além de não possuir veículo próprio para deslocamento da equipe e dos usuários.

Na equipe me parece ter uma preocupação em fazer uma divulgação do serviço e isto aumentar a demanda. Eles comentam que a população só conhece os hospitais e não tem noção do que seja CAPSi: *“Não nos consideramos como um local de intervenção política e social, nós vamos caminhar para isso, eu sei que vamos”*. A equipe considera que o serviço é *“misturado, meio a meio”* com a proposta ambulatorial presente, talvez porque não seja regionalizado.

Os equipamentos da rede, escola, justiça conhecem o trabalho do CAPSi e o consideram como referência ao atendimento dos pacientes graves. É um processo que a equipe vem construindo e isto é devido ao aspecto educativo que o CAPSi constrói na rede. Em função de uma articulação intersetorial que está sendo construída não apenas para atender os pacientes, mas para informar aos colegas sobre os transtornos mentais (parceria) apesar de não participarem de um fórum intersetorial (a equipe não conhece este dispositivo). Relatam que promovem eventos com objetivo de integrar a comunidade aos serviços da rede.

Quanto aos benefícios e suas concessões é discutido em reunião de equipe, caso a caso, não é simplesmente por solicitação da família que o benefício é concedido.

#### **4.1.3 Interpretação/Reinterpretação**

A equipe me pareceu desenvolver uma clínica crítica, com conhecimento dos preceitos da atenção psicossocial, porém em virtude da precária estrutura física, anos funcionando dentro de um ambulatório, não ser territorializado e não terem supervisão clínico-institucional vem encontrando muita dificuldade no exercício do seu papel clínico, político e social. Chegaram a elaborar um projeto técnico assistencial (PTA), porém ele não tem sido revisto apesar de muitas mudanças estarem acontecendo no fazer clínico desta equipe.

O dispositivo clínico utilizado por este serviço é a prática entre vários em atendimentos coletivos, mas nem todos da equipe estão consoantes com esta metodologia de trabalho clínico. Alguns técnicos não a conhecem e outros parecem não concordar com esta abordagem, sem a supervisão clínico-institucional isto não tem sido trabalhado na equipe.

O serviço, rompeu com o paradigma asilar em alguns pontos, mas no que diz respeito aos atendimentos em crise ainda demandam quase que exclusivamente da internação.

#### 4.1.4 Análise do Grupo Focal de Familiares

##### a) Termos e Noções mais frequentes sobre o que os usuários entendem por CAPSi:

- Relatam a diferença entre os CAPS: *“tem CAPS para drogados, alcóolatras e para crianças”*;
- Acham que o CAPSi é para tratar as crianças que têm algum tipo de deficiência ou ineficiência mental, distúrbios de natureza emocional;
- Acham que *“a criança às vezes não tem tanto problema como elas demonstram ter, logo o CAPSi é o lugar que ajuda”*;
- Percebem a diferença entre o tratamento iniciado no COMPP há muito tempo e no CAPSi há um ano. Porém não entendem a diferença de proposta dos serviços. *“Meu filho tem um problema de socialização e por isto foi encaminhado para o CAPSi”*, os pais acham que vai ter uma ajuda melhor neste serviço;
- Um pai nunca tinha ouvido falar em CAPSi e nem sabe como é o trabalho desenvolvido neste serviço;
- Os pais falam sobre o tratamento no COMPP de longos anos e relatam a melhora do filho no que diz respeito a andar sozinho: *“isto passou a acontecer desde que ele foi para o CAPSi”*;
- Só ouviram falar em CAPSi depois que entraram no COMPP;
- Conhecem os demais CAPS da rede (adulto, álcool e drogas);
- Pai comenta sobre as várias terapias, tratamentos que tem procurado para o filho pois o transtorno que o filho tem a cada dia aparece algo novo e ele não sabe como lidar com isto, por isto recorre aos especialistas de vários lugares;
- Outro pai acha confuso essa divisão COMPP e CAPSi. Também faz muitas críticas quanto ao espaço reduzido de 70 metros quadrados para o CAPSi, queixa-se quanto à falta de estrutura física e de pessoal e o quanto isto interfere no tratamento do filho;
- Pais falam dos problemas dos filhos (agressividade, auto agressividade, dificuldade de controle esfinteriano, dificuldades na escola para aprender);
- Pais acreditam no tratamento medicamentos, apesar de acharem que alguns deles não dão certo;
- Queixam-se da fila de espera quando são encaminhados do COMPP para o CAPSi *“disseram que aqui eu teria apoio, que apoio é esse que eu não tive. Fiquei um tempo na fila de espera, 3 anos, minha filha ficou com dez anos, foi quando teve a pior crise”*;

- Mãe queixa-se com muita raiva da dificuldade de acesso para tratamento da filha. Fala da peregrinação que teve que fazer em vários serviços da saúde para conseguir um psiquiatra para sua filha;

- Outro responsável fala sobre o quanto teve que implorar e se humilhar para sair da fila de espera, outros contaram com a ajuda do conselho tutelar e outros foram tratados desde bem pequenos (esses são os meios de acesso ao CAPSi);

- Os pais falam que o CAPSi é um serviço que ajuda os pais a saber o que fazer para ajudarem seus filhos na crise;

- Os pais reconhecem que o trabalho é feito por vários profissionais, mas sempre se referenciam ao psiquiatra. *“Por mais que eu não tenha ajuda do psiquiatra, que tem uma grande demanda para atender, mas eu tenho o (cita o nome do profissional da equipe) eu sei que posso contar com ele. Então foi mais fácil ele poder me ajudar, recorrer ao psiquiatra, passar na frente de alguém, que não é o certo, mas na situação como ele estava...”*

#### **b) Estruturas profundas de posicionamento quanto às temáticas abordadas:**

- **Rede, território e direitos**

*“O acesso é bom, mas é longe de casa. Seria ideal ter um CAPSi aonde moro, mas eu gosto da equipe multidisciplinar daqui. Só pego um ônibus. Já me acostumei a vir para cá.”*

O que se percebe é uma cultura de que tudo no plano piloto é melhor e o CAPSi em conjunto com o COMPP que são os serviços mais antigos da rede dão mais confiança à população.

*“As pessoas querem vir para cá. Pelo fato de estar em conjunto com o COMPP, as pessoas imaginam que se tiver alguma dificuldade é mais fácil aqui. Porque aqui a equipe está toda.”*

Para os usuários, o COMPP é bem conhecido e o CAPSi não. Para eles o serviço é apenas conhecido pela escola. O serviço também é reconhecido pela lista de espera, como se fosse um “status” ter uma lista de espera. Não se sentem bem orientados quanto a outro tipo de atendimento como por exemplo na justiça e benefícios.

Os pais entendem que o CAPSi utiliza os recursos da comunidade, esportivos e culturais porque não tem espaço físico apropriado para fazer o trabalho com as crianças lá dentro. Eles entendem que a equipe faz isto em função da falta de estrutura física.

Os usuários se questionam quanto ao tipo de atendimento oferecido, tem dúvidas se terão atendimentos individuais, não compreendem o atendimento coletivo. Eles até consideram que há no CAPSi um lugar para tratar das dúvidas quanto ao atendimento, e isto é feito

individualmente pelo técnico de referência. Os pais chamam o técnico de referência de orientador.

- **Atendimento e mobilização dos familiares**

Os pais não sabem o que significa PTS, mas entendem que seus filhos são atendidos no CAPSi e demandam atendimento para família toda. *“Eu acredito que tinha que ter um técnico não só da criança, mas do povo de casa também”*. *“Da família, porque muitas vezes você não sabe nem porque a criança incorporou aquilo, mas às vezes tem um motivo, às vezes pode ser pelas condições financeiras, às vezes pode ser muita pressão dentro da pessoa”*.

Tem grupo de pais no serviço. Mas eles demandam por algo *“mais profundo”* atendimento individualizado e psiquiátrico, *“porque às vezes quando o M. dá tanta crise que eu fico assim com os nervos à flor da pele, não sei como lidar. Eu fico mal pra caramba. Então às vezes eu necessito de um atendimento como ela falou”*

Os pais reconhecem que precisam também pedir ajuda, ter uma postura mais ativa e falar quando estão precisando de ajuda. Porém, nesses casos os pais são encaminhados para o ambulatório de psiquiatria do HRAN, apesar de falarem de uma demanda de escuta individualizada. Apenas a psiquiatria não dá conta da problemática familiar.

Quanto ao espaço para convivência e sociabilidade dos pais eles reconhecem as festas e alguns passeios como momento para isto. Porém, não participam da organização dessas festas. Diz uma mãe: *“Você precisa se organizar para poder ajudar na organização da festa”*. *“Teve uma festa de aniversário da minha filha, foi um bolinho de nada e umas pipoquinhas de nada, mas significado teve tudo”*

No serviço não há discussões sobre temas relativos à saúde, sexualidade, higiene e medicação. Os pais relatam que gostariam de participar desse tipo de palestras. Um responsável até diz que aprendeu o que é conferência a partir de umas que o CAPSi levou os pais para participarem. *“Na verdade, o povo brasileiro muitas vezes sofre porque não tem conhecimento. Se não tem conhecimento, não procura”*. Visão crítica de um responsável que disse que não queria ir na conferência e quando foi achou muito importante. A equipe tem orientado e informado os pais incentivando para que participem de palestras, conferências e articulações com a rede, assim como eventos políticos onde a manifestação popular é importante. A dificuldade de eles participarem destes eventos é o acesso e o transporte para chegar nesses lugares, além da *“pressão externa e interna em casa”*.

Quanto à assembleia de pais, o CAPSi faz, mas os pais não souberam responder a periodicidade. Eles concordam que deveria ter pelo menos mensalmente. Um responsável diz que *“é um lugar onde se fala, mas nada acontece”*. *“Acho que a chefia, uma autoridade local,*

*deveria participar para cobrarmos diretamente a ela*". Eles dão o exemplo do aluguel de um espaço para o CAPSi que não deu em nada. E sugerem *"Quando chega lá no Buriti, lá não sei onde, não tem um representante daqui para lá e nem de lá para cá. Aí fica tudo parado, não anda"*. Eles estão falando da representatividade na política e dizem que o pedido de um chefe é aleatório. Falam da presidente do país, mencionam o governador, instâncias maiores da política, mas não pensam no secretário de saúde e desconhecem a figura do coordenador de saúde mental. Os pais mencionam os vereadores e desconhecem que no DF temos a figura do deputado distrital que faria o papel semelhante do vereador. Caberia ao CAPSi orientar os pais oferecendo uma noção sobre a política no DF. Os pais não se sentem participativo das questões políticas e do que é decidido na saúde mental do DF.

*"Na verdade, começa de baixo para cima, porque nós, povo, elegemos os governantes, os governadores da região. A gente dá o nosso voto de confiança a eles, eles chegam aqui e pedem o nosso voto, apertam a nossa mão e é a maior alegria, até beijo no rosto, beija a sua mão, beija o seu rosto, de dá um abraço, diz que é seu amigo porque quer seu voto. Aí você confia nele, dá o seu voto para ele e quando chega lá em cima.... Aí vai lá fazer um protesto, porque não tem ninguém que seja líder aqui embaixo para conversar com ele diretamente. Aí ele vai ouvir, porque o papel dele é esse. Então precisa reunir a equipe e falar."*

Os pais até consideram o espaço da assembleia como um lugar para pensar sobre as questões políticas do DF, mas reconhecem que faltam muito. E faltam muito devido os *"outros compromissos"* que têm, *"as responsabilidades"*. Aparece na fala dos pais algo como um desmerecimento por não ter estudado, sentem-se desqualificados. *"Por causa de que a gente é burra, analfabeto de pai e mãe. (risos). É por isso. E quando sabe de alguma coisa, não sabe direcionar o direito, não sabe adquirir o direito."* *"O profissional que estudou é mais importante do que nós, usuários, nós somos os coitadinhos e é como se vocês estivessem fazendo só um pequeno favor para nós. É isso."*

O CAPSi possui dificuldade de adesão dos pais na assembleia e isto é discutido no grupo. Os pais sugerem café da manhã, punição para os que faltarem, presença dos gestores (gerente do serviço, diretor de saúde mental) e os técnicos de referência os lembrarem.

Os pais não têm noção sobre como são feitos os atendimentos e como o serviço funciona *"Eu acho que os técnicos de referência não têm tantos pais assim, né?"* *"Eu não acredito que um técnico de referência tenha mais de cinco crianças para atender numa semana"*. *"Eu acho que ia dar responsabilidade para nós, porque a gente fica tipo mudo e surdo, sem esclarecimento... Só traz, despeja aí para eles, aí a gente vai embora sem responsabilidade nenhuma"*

É sugerido que na chegada da criança no serviço, seja apresentado para os responsáveis a proposta de trabalho do CAPSi. *“Na verdade, a gente só sabe que nossos filhos estão doentes, traz para cá. Do jeito que a minha filha estava, no estado de agora ela está sarada. Mas olhando especificamente, como eu cuidei dela direto, ela não está sarada total, apenas saiu daquela crise nojenta em que estava. Eu não sabia de nada, não sabia onde buscar ajuda. Agora, se ela entrar numa crise danada dessas, se eu não der contra de trazer ela até aqui, eu posso prender ela com alguém e vir aqui pedir ajuda.”*. Nem o telefone do serviço os pais sabem.

Eles carecem de saber como lidar com uma possível crise do filho. Os pais têm medo, receio de se colocar e se acham intelectualmente muito distante dos técnicos.

*“Mas o sistema é esse, a pessoa às vezes se acha uma coitadinha como se estivesse recebendo um pequeno favor de vocês, porque vocês são os mais estudados, fizeram faculdade, se esforçaram pra caramba para poder estar aqui nesse negócio. E nós não vemos estrutura nenhuma, só vemos a atenção, às vezes tenho até medo de perguntar.” “Medo de uma pessoa soltar uma palavra cabulosa”*.

*“Uma coisa que eu pensei é assim: as pessoas deixam de perguntar no CAPSi muitas coisas porque é que nem na política, o povo é analfabeto. Então tudo faz parte de uma política, é a política da convivência e eles fazem questão de se manter à distância de qualquer politização. Não está nem aí com política.” “A gente não sabe as políticas. E quando tem política, a primeira coisa que vem na nossa cabeça é tudo corrupto e ladrão, nenhum presta.”* Eles entendem a política como algo ruim e acabam se distanciando, sem querer saber nada disto.

*“Eu percebo que a necessidade de saúde do DF tem sido outra, acho que o secretário e o governador pensam que é preciso contratar médico, contratar cirurgia... Ele não olha a questão como um todo. Saúde mental é importantíssima”*.

Um dos pais menciona o plano plurianual

*“É isso que precisa saber, tem o plano plurianual. Essa verba que é destinada para saúde mental onde está sendo votada?”*

Em seguida um técnico pontua a necessidade de os pais participarem e estarem presente na tomada de decisão do governo. *“A gente se torna uma delegada em favor dos nossos benefícios, a gente tem que lutar pelos nossos benefícios.”*

Esta pequena intervenção de pesquisa, no coletivo de pais do CAPSi já produz tantos efeitos, imagina se esse lugar pudesse ser exercido em toda sua potência com os pais. Deste encontro resultou a formação de uma comissão de reivindicação na SES/DF para um novo espaço para o CAPSi Asa Norte, com um documento elaborado e assinado pelos pais.

## **4.2 CAPSi Sobradinho**

### **4.2.1 Contextualização Sócio Histórica**

Este serviço, funciona há dois anos e surgiu a partir da demanda de uma pediatra do Hospital Regional de Sobradinho, que atendia as crianças com transtornos mentais desta localidade. Ela lutou durante vários anos para que esse serviço se constituísse, até conseguir um espaço num imóvel de Sobradinho que era casa do antigo administrador da cidade e onde funcionava o conselho tutelar. No início foi desconfortável dividir o espaço com o conselho tutelar, mas conseguiram outro lugar para ele funcionar e a casa passou a ser exclusivamente do CAPSi de Sobradinho (relato contado pelo gerente do serviço).

Todos os servidores desta equipe são concursados da SES e a maioria nunca trabalhou no campo da saúde mental. Foram entrevistados 8 técnicos juntamente com o gerente do serviço. O total da equipe são 10 profissionais (psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, técnico de nutrição, técnico administrativo e 06 horas de um psiquiatra que não está lotado no serviço).

### **4.2.2 Análise do Grupo Focal dos Trabalhadores/ Técnicos**

#### **a) Termos e Noções mais frequentes sobre o que os técnicos entendem por CAPSi:**

- Resposta descritiva da sigla e do manual de CAPS *“Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil e que a gente atende criança e adolescentes até 18 anos com transtornos mentais, psíquico graves”;*

- *“São demandas que muitas das vezes é o problema do transtorno realmente ou então por algum trauma que acomete tanto criança como adolescentes.”;*

- *“É uma unidade que vem numa caminhada da reforma psiquiátrica trazendo uma, buscando uma nova forma de convivência dentro da sociedade com relação às pessoas que têm transtorno mental. Então, não só o trabalhar o atendimento desse paciente, mas também buscando cada vez mais que a sociedade que adapta da melhor forma possível a pessoa que é diferente, principalmente a pessoa que tem um transtorno mental, porque há uma dificuldade imensa em inserir esse paciente.”;*

- *“A gente procurar aqui tratar não só a criança, mas também a família, todo o contexto.”;*

**b) Vontade de trabalhar no campo da saúde mental infanto-juvenil:**

Apenas três técnicos manifestaram o desejo de trabalhar neste campo. Alguns vieram por conta da localidade.

**c) Estruturas profundas de posicionamento quanto às temáticas abordadas**

- **Formação dos profissionais e processo de trabalho**

Quanto a um espaço para grupo de estudo que aborde temas articulados com a prática diária a equipe pontua que já *“ensaiou, mas a gente nunca conseguiu ter regularidade”*. No início do trabalho eles até iniciaram um grupo de estudo, mas com o aumento da demanda a equipe não conseguiu dar continuidade.

A equipe considera ter um embasamento teórico-clínico para suas práxis e atribui este saber a psicologia e ao serviço social, mas não diz qual é este embasamento, não fala sobre ele. Parece não estar claro para todos: *“no meu ponto de vista eu acho que toda ação que a equipe faz dentro da CAPSi, dentro da psicologia, ou seja, na área clínica ou mesmo no social, deve existir um embasamento teórico sim por baixo disso, porque assim, ninguém aqui vai fazer nada só porque tem essa vontade ou porque acha que alguém falou que é interessante, a equipe aqui se preocupa sim com embasamento teórico de todas as ações dos profissionais aqui do CAPSi”*.

Todos os profissionais do serviço têm conhecimento da legislação da Reforma, dos princípios e diretrizes do SUS e consideram que a prática realizada por eles está em consonância com a política pública nacional de SMIJ.

Apenas uma profissional tem formação no campo da atenção psicossocial, uma técnica em enfermagem que fez formação em AT e já atua neste CAPSi como AT.

Quanto a outros espaços de discussão político, clínico e acadêmico apenas esta AT técnico de enfermagem frequenta.

Há apoio do gerente local para liberar os servidores para curso, mas não há apoio financeiro para custear os cursos por parte da SES/DF. O gerente do serviço solicita que seja trazido um retorno para a equipe dos cursos realizados, considera uma contribuição para a equipe, poder compartilhar o conhecimento.

A equipe considera importante a produção clínico-teórica *“a partir do momento que você constrói, mais a parte da teoria, isso também organiza os processos de trabalho”*, porém não conseguem produzir teoricamente, pois estão priorizando os atendimentos e consideram que ter dois anos de existência é pouco tempo para isto, diz um técnico da equipe: *“estamos engatinhando”*.

Quanto à direção clínica a equipe diz que não construiu ainda, eles têm pensado nisto, e dizem que estão abertos a qualquer tipo de referencial. Quanto às concepções de sujeito presentes no serviço. Alguns técnicos ficam em dúvida sobre a palavra sujeito, perguntam se é ser humano. Após algumas discussões em torno do que eles entendem por sujeito conseguem pensar a respeito da questão. A equipe compreende que cada um tem uma concepção de sujeito de acordo com a sua área profissional e por isto tentam trocar informações e fazer parceria para atendimento dos casos. Uma concepção que parece ser geral na equipe, segundo a fala do gerente é do ser humano integral *“o que eu mais identifico aqui que até pela própria construção de como a gente vai trabalhando em relação a esse ponto de vista do ser humano integral, que nem ela falou, de estar observando as diferentes dimensões da pessoa, do sujeito e aí isso vai unificando de certa forma a forma de trabalhar.”* A equipe considera importante unificar uma forma de trabalho, ter uma direção clínica. *“Ter uma direção, algo que criasse todos em comum independente da área, eu acho que é importante.”*

Quanto ao diagnóstico esta equipe está com dificuldade de construí-lo, pois, a psiquiatra não é lotada no CAPSi apenas faz uma parte de sua carga horária nele as quartas-feiras e por isto não consegue participar da reunião de equipe. Assim sendo a equipe não consegue conversar com ela e discutir o diagnóstico. Quanto a construção do diagnóstico em equipe, eles dizem não ter capacitação para isto e atribuem ao psicólogo esta função.

*“(...) mas pelo que eu já percebi a gente não tem subsídios materiais suficiente como, por exemplo testes psicológicos, a gente não tem matéria para poder chegar a um diagnóstico e dizer, é isso aí, então acho que ainda para se chegar a um diagnóstico fechado vai um processo longo de avaliação psicológica, de treinamento até mesmo de várias questões com a criança, com a família, entrevista, anamnese todo aquele processo que a gente conhece da avaliação psicológica e aqui infelizmente não tem como fazer isso, também pela falta de materiais e de profissionais, porque só temos ele de psicólogo que é o nosso gestor, a colega entrou de atestado então, fica complicado.”*

Por considerarem o diagnóstico uma questão do campo “Psi” (psicólogos, psiquiatras) e não terem construído uma “visão do sujeito” consideram inviável a construção do diagnóstico em equipe. Eles têm receio de fazer o diagnóstico errado e consideram que as intervenções independem do diagnóstico. *“Tem a questão com certeza de ter os diagnósticos e tudo, mas eu creio que assim, nas discussões de caso e tudo, o que a gente sempre conta mais, não tanto no diagnóstico, mas das intervenções, independente de se ter um diagnóstico ou não.”*

A equipe considera que as relações são horizontais e não há nenhum profissional que ocupe um lugar hierarquicamente superior em relação aos demais. *“Aqui até mesmo, por*

*exemplo, eu faço um acolhimento, primeiro acolhimento um paciente novo e então eu vejo, analiso, faço anamnese, converso, qual que é a minha postura? Vou levar para discutir com a equipe, porque aqui já é assim, ninguém decide nenhuma intervenção e nada sozinha, é tudo discutido com a equipe.”* Porém, eles pontuam que tem pessoas que tem um perfil de liderança e às vezes sua fala se destaca mais. Mas consideram que no geral se escuta todos da equipe.

As atuações profissionais vão além do campo profissional. A equipe consegue articular questões psicossociais com as acadêmicas, eles se percebem atuando de forma interdisciplinar e pontuam que a reunião de equipe é um importante dispositivo para permitir que isto ocorra.

Eles consideram que o médico faz parte da equipe pela postura de diálogo e pelas atividades que participa, mas na realidade eles ainda não contam com um psiquiatra lotado no serviço. Logo, não é apenas a lotação do servidor no serviço que faz a diferença e sim a postura do profissional e da equipe.

Quanto à organização do serviço, todos com exceção do pessoal do administrativo, participam da porta de entrada. Eles possuem dispositivos coletivos onde todos os profissionais participam. O médico participa apenas do grupo de medicação juntamente com os demais profissionais.

O CAPSi não possui equipe mínima, nem um médico como parte permanente da equipe. A equipe considera que a equipe mínima, segundo a portaria 336, não permite a realização do trabalho até porque a demanda é sempre muito grande, logo o incremento, a chegada de novos profissionais possibilita mais trabalho, intervenções, inclusive externa no CAPSi. Esta equipe que está se formando considera que ainda está estruturando o serviço.

A equipe estabeleceu como critério mínimo para trabalhar com eles o “*interesse em trabalhar com saúde mental*” mesmo considerando a demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais bem específica, consideram que se a pessoa tiver interesse pelo menos pelo campo, ela pode aprender a trabalhar com crianças e adolescentes.

Desde a sua criação o serviço tem tido uma rotatividade muito grande de profissionais, eles acham que isto afeta a qualidade do atendimento e a saúde da equipe. O gerente do serviço diz que tenta trabalhar a coesão da equipe, o relacionamento interpessoal, para as pessoas não quererem sair. Outros técnicos pontuam a necessidade de resolver conflitos e fazer a análise do clima da equipe.

O serviço não tem supervisão clínico-institucional e eles sentem necessidade disto. Acham que é uma clínica muito pesada que provoca muita angústia no profissional. A equipe lida com isto individualmente e conversando sobre isto nas reuniões de equipe, consideram que o gerente dá recursos para equipe lidar com isto.

- **Organização do Serviço**

O CAPSi possui uma enfermeira que é artesã, ela fica responsável pelas Oficinas que são organizadas a partir da demanda dos pacientes e por isto quase toda semana fazem oficinas diferentes. O serviço também oferece outros espaços coletivos de atendimento como, passeios e visitas domiciliares. E também oferecem atendimentos individuais que consideram ser psicoterapia. O serviço faz festas em conjunto com os familiares, principalmente no dia das crianças. Os técnicos parecem não distinguir os tipos de atendimento (oficinas, coletivos, grupo, individual, psicoterapia)

Quanto ao espaço físico possuem um bom lugar (casa grande, com boa área externa) porém precisa de algumas reformas “*o acabamento é que não é bom*”. Não é adequado para cadeirantes. E o espaço não garante a integração das crianças com diversos transtornos mentais.

Apesar de atenderem os pais (em grupo ou individualmente) não são realizadas oficinas de renda com eles. Estes se acomodam na sala de espera.

Não possui autonomia gestora para compra de materiais que necessitam. Estão se programando para fazer bazar para arrecadar dinheiro para a instituição. A manutenção do espaço físico é feita pelos funcionários, servidores. Não possuem transporte, nem motorista.

Os técnicos acham que o serviço não está preparado para receber a demanda para tratamento de crianças da primeira infância (0 a 3). A divisão do espaço para os atendimentos se dá entre crianças e adolescentes. A equipe preferiu fazer assim do que por faixa etária.

Quanto às dificuldades de encaminhamento de pacientes para CAPS Adulto, os técnicos dizem que ainda não receberam nenhum paciente que necessitasse deste encaminhamento. O serviço funciona há apenas dois anos. Mas já precisaram encaminhar uma mãe que tinha transtorno mental e tiveram que a inserir no atendimento do CAPS. Apesar de atender pacientes com 18 anos o serviço não tem pensado ainda em como encaminhá-los para um serviço de adulto pretendem ficar com eles até uns 25 anos, pois não consideram ser tão rígida essa faixa etária de 18 anos para ir para um serviço de adulto.

Trabalham com o dispositivo técnico de referência e compreendem que é ele que tem que ficar mais perto do paciente e fazer esses encaminhamentos e outros quando necessário.

- **Projeto Terapêutico Individual (PTI)**

A equipe constrói o PTI e faz revisões semestrais. Está atenta a transferência presente na escolha do técnico de referência “*do vínculo maior que é criado entre o funcionário, o técnico e o paciente.*” A equipe leva em consideração para a construção do projeto terapêutico o território e a ação intersetorial. Por exemplo: preocupam-se se a criança está inserida na

escola, se tem ônibus aonde ela mora para ela vir ao serviço. Pedem auxílio ao conselho tutelar para trazer paciente, providenciam passe livre, fazem parceria com o CREAS.

O PTI é construído com o paciente e seus familiares e também é discutido pela equipe. Essa equipe também estranha o nome PTI e pergunta se é a mesma coisa que PTS. Eles possuem um formulário que os ajuda a construir o PTS, como chamam. Na construção do PTS com a família a equipe se preocupa no cuidado dos pais para além da relação com o filho. *“Porque cuidando dos pais a gente está cuidando das próprias crianças.”* E quando há resistência dos pais em participar do tratamento a equipe relata que tenta construir vínculo e que faz visita domiciliar. Porém, a equipe utiliza o conselho tutelar para fazer o direito do tratamento da criança, por uma via mais coercitiva. Me parece que a equipe trabalha pelo viés da conscientização pela obrigação. Em nenhum momento eles falam da escuta das dificuldades subjetivas desta família ao se submeter a um tratamento, fazem contrato com os familiares, falam com os pais sobre a lista de espera que eles possuem.

A equipe tem consciência da diferenciação em psicoterapia e atendimento individual e a própria psicóloga do serviço responde a esta questão de maneira muito clara para ela e para a equipe:

*Psicólogo: é porque a gente não tem a psicoterapia como algo que não vai ser só isso, na verdade assim, muitas vezes inclusive os casos que eu peguei foram casos em que o grupo não estava funcionando, não estava dando certo, ou aquele paciente não estava se beneficiando ou estava muito prejudicial ao grupo.*

*Pesquisador: Então, porque não encaminhou para um ambulatório de psicoterapia?*

*Psicólogo: Porque talvez seria uma coisa temporária e que esse paciente a partir do momento que ele estabilizasse mais ele poderia retornar à atividade no grupo ou qualquer outra atividade, porque a ideia é que ele não abandonasse o tratamento, porque é um paciente que é nosso, mas que ele por uma situação momentânea ele não está dando conta de estar participando das atividades então, a gente analisa que para aquele momento ele vai precisar de uma atividade mais individualizada, temporária.*

Isto seriam os atendimentos individuais que o CAPSi deve fazer. A psicóloga parece entender a distinção disto, mas a equipe acha que ela estaria fazendo psicoterapia.

Quanto ao técnico de referência, todos da equipe podem fazer essa função com exceção do administrativo do serviço. Apesar de trabalharem com esse dispositivo as intervenções com o paciente são feitas por todos da equipe.

Quanto ao manejo nas situações de crise do paciente a equipe orienta chamar o SAMU e encaminhar para internação. A equipe não se sente segura para atender um paciente em crise

sem a presença do psiquiatra. Acreditam que precisam de treinamento para fazer contenção. Logo os recursos que a equipe acha que precisa para situação de crise é medicação e contenção, não souberam abordar outra forma de lidar com a situação de crise. Eles relatam que já tiveram uma situação em que foram atender a crise no domicílio do paciente e que a intervenção foi “psicológica, conversando” sem contenção. Mas acham que em determinadas situações a contenção química e física é necessária.

*“Mas a gente acha que em determinadas situações específicas é interessante, é necessário também fazer a contenção química ou física, só que a gente não tem nem material para fazer a contenção química, que por isso que a gente traz a questão do psiquiatra e nem, a gente não tem farmacêutico, não tem psiquiatra”.*

*“O que dificulta isso de fazer uma intervenção a gente ir fazer alguma intervenção, é justamente essa, que seria a dificuldade que a gente tem aqui de transporte, de equipe reduzida e assim, por telefone fica difícil a gente fazer uma avaliação realmente se quando chegar lá como vai estar o quadro, vai ter uma necessidade de uma contenção, física também, a necessidade de levar para o hospital para fazer uma avaliação com o psiquiatra. Então, por isso que a gente já orienta logo para que ele chame o serviço do SAMU.”*

Quanto às internações a equipe acompanha o paciente e os familiares no hospital.

A equipe entende que as crises podem ser em função da patologia e em outros casos em função do contexto que a criança e o adolescente vivenciam. A equipe também considera importante implicar os pais nesse momento de crise.

*“Porque muitas vezes os pais vêm com esse discurso, meu filho entrou em surto porque ele é um psicótico, um esquizofrênico, aí não...” “Os pais dizem, estava tão bem, do nada surtou”.*

*“É muito comum isso, “estava tudo certo” aí você vai avaliar aí você fala, ah, estava bem, mas como é que é esse bem, o que é isso aí? Porque se a gente não tem essa visão a gente não implica aí.”*

Quanto à medicação esta temática circula entre o médico e os demais membros da equipe. Todos procuram saber qual medicação o paciente faz uso e qual a sua função. Percebem mudança de comportamento com a mudança da medicação e tentam trabalhar isto com a família mesmo sem o médico presente.

A equipe promove a circulação dos pacientes em outros espaços além da casa e do CAPSi, promove a inserção escolar.

Os sinais que a equipe percebe serem efeitos do tratamento de mudança nos pacientes:

-Socialização;

- Relação com a família;
- Criança e família se abrir para conversar com os técnicos;
- Diminuição do comportamento agressivo (mutilação, suicida);

A equipe muitas vezes trabalha mais a família do que a criança. *“Muitas vezes tem crianças que a gente mantém no CAPSi, mais pensando nos pais do que na própria criança, a gente não vê tanta demanda na criança, mas a gente vê mais nos pais.”*

- **Rede, território e direitos**

A equipe considera o CAPSi bem localizado, de fácil acesso e com boa cobertura de rede de transporte público local.

Quanto à cobertura populacional, Sobradinho possui 200 mil habitantes e a equipe conhece e menciona este dado, mas não se preocupa com a necessidade de outro serviço na localidade, segundo o que preconiza a portaria 3088/2011(RAPS). A equipe acha que se tivesse uma equipe maior não precisaria de outro CAPSi. *“A questão não é ter mais CAPSi, mas ter uma equipe maior.”*

A equipe faz um trabalho intersetorial com as demais instituições da localidade, principalmente, com as escolas explicando a função do CAPSi, pois inicialmente recebiam encaminhamentos diversos. A equipe está consciente em receber toda demanda que chega e tratar apenas o que for demanda do CAPSi. Em função desta conscientização do que é demanda do CAPSi é que a equipe consegue orientar os demais serviços da região, como por exemplo o programa saúde da família, conselho tutelar, justiça.

O serviço faz reunião de rede intersetorial mensalmente, tem um território bem delimitado, foi criado para atender a região de Sobradinho o que possibilita terem uma boa articulação de rede.

Quanto aos benefícios, passe livre e BPC é incluído no PTI dos pacientes, porém equipe diz que a assistente social é bem criteriosa sobre essa questão. Quando questionamos se apenas a assistente social faz esta função a equipe diz que se fica sabendo que algum paciente precisa de benefício, chama a assistente social para o atendimento porque esse trabalho *“É ela que faz”*. A equipe consegue perceber e trabalhar os aspectos subjetivos que envolvem a concessão de benefícios, o lugar de doente que muitas vezes esses benefícios reforçam e discutem isto na reunião de equipe, porém ainda deixam muito centralizado na função do assistente social, médico e psicólogo na função de assinar os formulários de benefícios. Tem formulário que apenas o médico e o psicólogo pode assinar e outro que o médico e qualquer profissional de saúde pode assinar. Mas sempre a figura do médico é preponderante por conta do diagnóstico (CID) e isto foi uma questão polêmica discutida pela equipe.

No final do encontro os técnicos deram um retorno do que acharam deste grupo e acho importante mencionar, pois aponta para o ato de intervenção que esta pesquisa teve. Apontando também para a importância da supervisão na construção de uma clínica.

*“Foi ótimo, ótimo, até porque deu uma para fazer uma revisão geral do que acontece no CAPSi, deu assim fazer um balanço geral.”*

*“Nesse sentido até da gente estar refletindo sobre a nossa atuação, nosso trabalho, nossos processos de como funciona as coisas.”*

*“Inclusive eu acho muito bom nesse sentido assim, mais do aprofundamento dessa questão clínica, do aperfeiçoamento (ininteligível) que traz até alguma reflexão nesse sentido, talvez a gente precisa ter um norte, um eixo, isso é muito importante, só que eu acho que isso também está vinculado a uma supervisão institucional, eu acho que sem uma supervisão institucional essa reflexão ela se perde então, eu acho que a gente precisaria, seria muito importante de ter uma pessoa de fora que pudesse dar essa visão, eu vejo que esse trabalho que você faz é também de certa forma uma supervisão nesse sentido de estar promovendo essa reflexão, de estar trazendo novas ideias, novos conceitos, novas concepções, de estar analisando o serviço a partir de uma figura que não está ali. Então, eu acho que isso é uma coisa que a gente não deveria ficar sem de jeito nenhum, isso é um dos fatores que mais prejudica o trabalho do CAPSi, o fato de não ter uma supervisão faz muita diferença para mal, prejudicando, não sei.”*

### **4.2.3 Interpretação/ Reinterpretação**

A equipe é bem engajada no trabalho, mas me parece que por limitações de conhecimento deste campo ainda pairam muitas dúvidas sobre o modo de produção da atenção psicossocial. Eles trabalham numa lógica psicossocial, porém quanto ao processo de trabalho ainda existem muitos impasses, levando-os a adotar em alguns momentos uma dinâmica ambulatorial

O gerente é psicólogo e talvez por isto depositem nele a expectativa do cuidado de todos. Várias vezes durante a entrevista pontuaram que têm *“um psicólogo na gerência”*.

A equipe funciona de forma multidisciplinar com alguns funcionamentos interdisciplinar, mas um destaque importante desta equipe é um desejo em aprender e uma disponibilidade para acolher por isto utilizam bastante dos recursos da rede.

Há um posicionamento discursivo presente nas instituições que pretendemos trabalhar profundamente na análise geral dos dados, mas para adiantar, me parece que esta equipe não ocupa a posição discursiva de mestre em seu discurso, o que pode facilitar o aprendizado e a

transmissão do processo de trabalho tanto entre eles como entre os usuários e a rede em que se encontram inseridos.

#### 4.2.4 Análise do Grupo Focal dos Familiares

##### a) Termos e Noções mais frequentes sobre o que os usuários entendem por CAPSi

- “*Dá apoio*”;

- “*Só conhecia o CAPSAD e achava que era só para quem usava álcool e drogas, não sabia que o CAPSi podia ajudar com o meu filho*”;

- “*Um lugar onde todos nós somos conhecidos*”.

Apesar do serviço, ser desconhecido, pouco divulgado e não saberem como funciona direito, os pais se sentem acolhidos nesse serviço, principalmente por não terem demorado para atender seus filhos.

##### b) Estruturas profundas de posicionamento quanto às temáticas abordadas:

- **Rede, território e direitos**

Ao serem argumentados sobre a diferença de tratamento num ambulatório (psicólogo, médico, individual) para um CAPSi os pais pontuam o amor, a vontade dos técnicos, a confiança, os filhos gostarem de ir ao serviço, parece mais uma casa do que um hospital. Realmente o serviço funciona numa casa. É importante que a dimensão afetiva atravesse os serviços, porém, quanto a gestão, legislação e o funcionamento do CAPSi os familiares desconhecem seu processo de trabalho.

Questiono o grupo perguntando quantos CAPSi eles acham que deveria ter em Sobradinho. Essa intervenção faz eles questionarem quantos CAPSi devem ter no Brasil e faz eles pensarem quantos deveriam ter em Brasília. Informo a quantidade de serviços que tem e eles se dão conta de que são poucos e se perguntam “*de quem é a culpa por não ter mais CAPSi aqui?*”. Eles atribuem a culpa ao governo por falta de incentivos, mas também atribuem a si próprios, pois acham que muitos pais não admitem que os seus filhos tenham problema. Sentem a discriminação até da própria família, assim como da sociedade, “*é difícil encarar que seu filho precisa de um lugar para tratamento*”.

Uma mãe diz que teve coragem e colocou seu próprio nome numa pesquisa, feita em São Paulo, que fizeram sobre o transtorno do seu filho. “*É preciso aceitar o que os médicos falam de diagnóstico*”.

Porém, no CAPSi relatam que encontram um lugar onde podem viver uma experiência de família. Uma mãe relata o aniversário do filho, que fez no CAPSi, e ele achou que foi o melhor aniversário que ele teve até agora.

Os usuários falam de uma discriminação com seus filhos também nas escolas e começam a relatar os problemas vivenciados lá. E acham que deveria ter uma formação de professor inclusivo

*“A minha menina passou mal aqui, era de madrugada assim. Os meninos mexiam muito com ela lá no colégio, ela não queria ir nem no colégio. Aí o professor normal lá da sala, tinha um menino que implicava com ela, que estava mexendo com ela. Ela aí foi, contou para a professora, a professora botou o menino bem perto dela.”* Pontuam que apenas alguns professores têm especialização para lidar com crianças com transtornos mentais.

Quanto ao CAPSi eles se sentem apoiado com as intervenções que eles fazem nas escolas. E também mencionam a ajuda do conselho tutelar.

Quanto à inclusão e a sala de recursos os usuários acham que precisa ocorrer os dois no sistema de educação: *“Tem que ter as duas, uma vai complementar a outra. No meu entender, a sala de recurso vai ter apoio lá da sala normal. O professor da sala de recurso vai conversar com o professor, tem a adequação, o professor faz adequação”*.

Os usuários relatam muitas dificuldades com os filhos na escola. Além do CAPSi eles recorrem a regional de ensino para ajudá-los na adequação escolar dos filhos com transtorno mental. Também têm recorrido ao conselho tutelar, porém sempre em questões particulares, caso a caso. Ainda não conseguiram se articular de forma que pudessem estabelecer condutas que melhorasse a aceitação e o trabalho educacional dessas crianças e adolescentes como um todo, coletivamente.

Quanto aos direitos e benefícios os pais não conhecem quais são e como consegui-los. Queixam-se que é muita burocracia, muita papelada.

*“Na época que o G. era atendido lá, eles passaram a papelada para tirar o passe livre dele, inclusive até de uma pensão. Aí eu acabei desistindo, os papeis estão guardadinhos lá em casa. É tanta burocracia.”*

Pesquisador: *“Mas quem sabe se com esse passe livre até não estimula mais ele a circular pela cidade.”*

Familiar: *“Quando você vai pedir o passe livre, eles ficam te jogando de um lado para o outro, você chega assim e você desiste. Deveria ter um lugar específico, um lugar só, não ficar empurrando a gente de um lugar para outro.”*

O serviço não faz assembleia de pais, local onde essas questões poderiam ser trabalhadas. Eu explico do que se trata uma assembleia e sugiro que eles se reúnam para discutir essas questões que estão relacionadas as dificuldades que eles têm com os filhos, os serviços e as escolas.

Os pais questionam se os benefícios não trarão prejuízos para seus filhos no futuro. Eles querem que eles estudem, tenham uma profissão e uma independência na sociedade.

*“Ela não é deficiente, ela é especial, eu quero que ela termine os estudos dela e aprenda uma profissão qualquer.”*

*“Eu quero desestimular que ela tenha uma aposentadoria.”*

*“Eu também penso dessa forma, talvez seja muito cedo. Eles podem se acomodar.”*

*“O pessoal me chama até e maluca, “o médico te dá atestado e você não vai atrás”.*

*“Eu tenho um exemplo, eu trabalhei para uma família mais de 30 anos e todo mundo é formando em engenharia. Aí tem uma mais nova, que o pai dela morreu, era advogado, aí passou a aposentadoria do pai dela para ela. Aí nunca mais ela quis estudar, tinha dinheiro sobrando, desestimulou ela. E se um dia cortar essa aposentadoria? Nem de doméstica ela sabe trabalhar.” “Aí foi prejudicial, não foi benefício, foi malefício.”*

Talvez essa fala venha de encontro ao receio de que seus filhos não saibam “fazer nada na vida”, um anseio por coisas que habilitem seus filhos socialmente, “se acomodou. Ela não sabe fazer nada, ela não sabe fazer nada na vida.”

- **Atendimento e mobilização dos familiares**

Os pais não sabem o que é um projeto terapêutico, mas explicam que quando chegam ao serviço, fazem uma reunião para orientação nas atividades que serão desenvolvidas. Eles dizem que tem atendimento individual quando precisam, além dos grupos, e o atendimento para os pais eles tinham com a psiquiatra, que saiu do serviço, se aposentou. Aquele era mais que um grupo de medicação, os pais entendiam como uma conversa onde era passada as informações sobre seus filhos. “A gente vinha aqui e eles falavam que eles tinham melhorado, piorado.” Há uma preocupação com a continuidade dos atendimentos em decorrência da saída da médica.

O CAPSi promove festas com os familiares e pacientes e isto é percebido por eles como se fossem parte da família. Além do que nessas festas eles convidam os demais membros da família para participar e acham que isso une mais a família deles. Os outros familiares, passam a compreender melhor e aceitar o problema de quem tem um transtorno mental.

Quanto aos passeios é feito apenas com os pacientes. Uma mãe disse que já foi e gostou muito. Os pais passam a pensar na importância de participarem também das atividades externas com seus filhos.

Quanto ao profissional de referência, eles não têm este dispositivo no serviço, mas isto não é percebido como um problema para os pais, pois eles dizem que qualquer profissional que

procurarem eles se sentem acolhido. *“Não tem como falar que é só um, são todos eles”* Isto aponta para uma boa integração da equipe.

Os pais não participam de nenhuma associação do bairro, e não conhecem nenhuma. O CAPSi é o único apoio que eles têm. *“A gente vai convivendo e vai aprendendo que o nosso problema não é o único. A gente sente que aqui, a gente sai mais aliviada.”*

Quanto ao espaço físico do CAPSi, os pais acham que podia melhorar e ser bem mais aproveitado. Tem uma quadra que não é utilizada porque está em péssimo estado de conservação. Eles pensaram em outras atividades como: construção de uma horta, aulas de ginástica, dança, artesanato, sala de computação. Acham que poderia ter mais coisas para os pais fazerem. Eu faço outra intervenção e pergunto o que eles estão fazendo para isto acontecer? Eles dizem que nada. Proponho que eles façam uma assembleia de pais e discutam como eles podem ajudar para que essas coisas aconteçam.

### **4.3 CAPSi Recanto das Emas**

#### **4.3.1 Contextualização Sócio-Histórica**

O CAPSi Recanto das Emas, é o terceiro CAPSi criado no DF. Inicialmente sua equipe foi instalada em Samambaia, no local onde funcionava o CAPS II para adultos. Este serviço foi transferido para um outro local construído especificamente para um CAPS II. Assim, no local que já era precário para funcionar um serviço de adulto, instala-se uma equipe de cinco profissionais para criar um CAPSi. É óbvio que não daria certo, se o local não tinha condições estruturais para comportar um CAPS Adulto por que serviria para um CAPSi? Em virtude disto, conseguiram transferir o CAPSi para o Recanto das Emas, em virtude de o Administrador Regional do Recanto ter cedido um espaço no Centro de Saúde, pois a população desta localidade solicitava um CAPSi na região, já algum tempo.

Segundo a equipe, este serviço surgiu a partir da demanda do Conselho de saúde por conta do elevado número de crianças com transtorno mental nas escolas, este número foi enviado pela Regional de Ensino à Administração Regional. É interessante pontuar um fator da história desta região administrativa do DF. Nesta localidade, na época da construção de Brasília, foram oferecidas, pelo governo, casas para as pessoas com deficiência morarem. Em algumas ruas do bairro existe quase que um morador com algum tipo de deficiência em cada casa.

Assim criou-se o CAPSi Recanto das Emas, atualmente com 8 profissionais, ocupando um espaço do Centro de Saúde desta localidade, há seis meses, e sem ser credenciado pelo MS. Com as eleições distritais deste ano, foram nomeados novos Administradores Regionais. O

atual administrador que não fez parte do processo de constituição deste serviço, pois veio de outra regional e trabalha no hospital, segundo a equipe, não compreende o que é um CAPSi e não tem apoiado o serviço. A gerente atual do CAPSi tem participado de reuniões com este Administrador na tentativa de sustentar o serviço explicando a importância de um CAPSi nesta localidade.

#### **4.3.2 Análise Formal e Dinâmica da Comunicação no Grupo Focal dos Trabalhadores/ Técnicos**

##### **a) Termos e noções mais frequentes sobre o que os técnicos entendem por CAPSi:**

- *“Atendimento diferenciado”*;
- *“Sai da rotina do ambulatório”*;
- *“Trabalha com várias outras atividades”*;
- *“É um estar junto diferente”*;
- *“A técnica em si usada varia de profissional para profissional”*;
- *“Atendimento é de acordo com a necessidade do paciente”*;

##### **b) Vontade de trabalhar no campo da saúde mental infanto-juvenil:**

Apenas um técnico diz que pediu para vir para o CAPSi por conta do atendimento com crianças autistas (tinha experiência anterior com esses pacientes);

##### **c) Estruturas profundas de posicionamento quanto as temáticas abordadas:**

- **Formação dos profissionais e processo de trabalho**

Quando é perguntado se o serviço possui grupo de estudo com regularidade os técnicos mencionam o estudo de caso que fazem em reunião quinzenal. Quando pergunto se as questões políticas que envolvem o CAPSi são discutidas durante as reuniões, o grupo sorri e fica com receios de falar. Explico sobre o sigilo da pesquisa e eles relatam que estão passando por um momento político difícil. Uma nova coordenação assumiu a região do Recanto e segundo a equipe essa coordenação não apoia o CAPSi e tentou tirar a gerência e o espaço atual no Centro de Saúde.

Quanto à produção teórica sobre o que eles têm vivenciado, neste serviço, a equipe diz que um técnico produziu algum texto, mas não publicou. A equipe tem o desejo de usar uma produção escrita para articular uma troca com outros serviços.

A equipe conhece a legislação pertinente à RPB e sobre o funcionamento de um CAPSi, relatam que não possuem equipe mínima para funcionar e trabalham num espaço reduzido

dentro de um Centro de Saúde. Quando questiono sobre o que eles entendem por equipe mínima, já que possuem 8 técnicos, eles relatam que não tem médico (psiquiatra) e faltam três profissionais de nível médio. O Centro de saúde está passando por uma reestruturação e virando equipe de atenção básica o que fez com que mais profissionais viessem para o espaço aonde está funcionando o CAPSi, fora a equipe do Praia que atende Adolescentes desta região e também funciona neste Centro de Saúde.

Ninguém da equipe tem formação em atenção psicossocial, porém consideram a capacitação que realizaram no CAPSi Asa Norte como uma formação.

Quanto à participação em outros espaços de discussão/movimento social, um técnico menciona o movimento de saúde mental do DF e um curso que os técnicos chamaram de “*laboratório de psiquiatria*” que explica os transtornos mentais para os médicos de saúde da família, para eles terem um mínimo de segurança para prescrever medicação.

A equipe sente apoio da chefia do serviço para fazer cursos e se capacitar, mas não recebem o apoio financeiro da SES/DF. Os técnicos relatam que quando fazem algum curso trazem para discussão com a equipe e consideram isto importante.

Quanto à direção clínica teórica a equipe considera que é do campo da saúde mental, pois apesar das várias abordagens e do jeito de cada um trabalhar e pensar, há algo que eles consideram parecido pelo fato de fazerem tudo junto. Consideram que estão neste processo de construção teórica e que a reunião de equipe e a discussão dos casos facilita isto. “*É um eixo invisível, mas presente*”. Em função disto a equipe consegue construir um diagnóstico junto, o médico desta equipe é um clínico, não é psiquiatra, e isto também contribui para a construção coletiva do diagnóstico. Este médico participa dos grupos, oficinas, passeios com os demais técnicos da equipe. As relações de trabalho são horizontais, eles dizem que trabalham na “*circularidade*” e todos fazem todos os tipos de atendimentos, desde o médico até o técnico administrativo que já foi agente comunitário de saúde e teve muita vivência em casos de saúde mental, na saúde da família.

A porta de entrada do serviço é o acolhimento e é feita por todos da equipe, inclusive o médico.

A equipe considera que se aumentar o número de profissionais possibilita o aumento do número de atividades, inclusive as externas, como por exemplo ida ao museu e outras.

Devido à pouca quantidade de técnicos eles aceitam qualquer um que venha para equipe, não há um critério de avaliação da entrada de novos técnicos. Isto é preocupante pois sabemos que não é qualquer um que se adapta a este tipo de trabalho. Em função disto tem uma alta rotatividade de técnicos no serviço o que atrapalha a clínica a ser realizada. Também

mencionam a rotatividade em função de muitos técnicos virem de outras regionais. Recanto das Emas é um lugar distante do plano. Desta região, só tem um técnico que mora nela.

A equipe não tem supervisão clínico-institucional e ainda não tentaram promovê-la de outras formas, pois no GDF nenhum serviço tem supervisão clínico-institucional. Quanto à angústia que alguns casos acarretam nos técnicos isso é trabalhado na reunião de equipe e alguns técnicos recorrem a psicoterapia individual. A equipe também considera que o fato de trabalharem juntos ao invés de sozinhos, como em outros lugares, sentem-se mais apoiados pelos colegas.

Me parece que pelo fato da equipe ser pequena e coesa, ou seja, todos fazem tudo junto, isto cria um ambiente de trabalho mais acolhedor. Um técnico fala da sua experiência em outros CAPS da rede que possuía 70 técnicos e era dividido em miniequipes, e o quanto isto desarticulava o trabalho em equipe, pois nem sempre era possível conversar com todos os técnicos. Sem falar que vários de profissionais juntos não significa uma formação de equipe. *“Equipe é um processo de construção, não é uma célula por justaposição”*.

- **Organização do serviço**

As oficinas deste serviço são construídas de acordo com o interesse dos pacientes e dos técnicos por isto eles dizem que elas são muito *“plásticas”*, ou seja, flexível. Às vezes nem tem oficina e eles fazem um passeio por exemplo.

Outros espaços coletivos que eles possuem são os grupos terapêuticos que são divididos por faixa etária (crianças e adolescentes) e se configuram por diagnóstico, principalmente o de crianças (autistas e psicóticos). Apesar de mencionar que a faixa etária também não é rígida.

Eles fazem atendimento individual, mas não é feito por toda equipe. Apenas pelo psicólogo e médico. O acolhimento está parado, só atendem casos emergenciais.

Eles fazem atendimento domiciliar e festas com a participação dos familiares. Essas festas eles percebem como atendimento e aproveitam para fazer intervenções com o paciente e a família.

Quanto à frequência do paciente no serviço a equipe pontua que devido à falta de estrutura física e de pessoal não é possível que o paciente passe o dia no serviço ou venha mais de duas vezes na semana, como deveria funcionar o CAPSi, segundo eles, em situações de crise por exemplo. O que eles conseguem fazer é que o paciente venha pelo menos duas vezes na semana, para atendimento individual e para oficina. Aqui fica claro o quanto a estrutura física e de pessoal interfere na clínica realizada neste tipo de serviço.

A Principal dificuldade que este serviço sofre quanto a estrutura física é a falta de espaço por exemplo, para atividades coletivas. Também sofrem por falta de pessoal para conduzir as

atividades. Isto dificulta, por exemplo, o atendimento aos pais dos pacientes que não são atendidos enquanto as crianças estão em atendimento.

- **Projeto Terapêutico Individual (PTI)**

Eles chamam de PTS e esclarecem que ele não é construído sempre, mas tentam fazer na reunião de equipe que ocorre uma vez por semana. Ele é revisto, mas não tem sistematização nesta revisão, ela acontece de acordo com as demandas do paciente. Nem toda equipe toma conhecimento do PTS dos pacientes, porque nem toda equipe conhece o paciente, pois a maior parte dela trabalha apenas 20 horas semanais. *“Por mais que não conheça o paciente já ouvimos falar dele.”*

A equipe leva em consideração na construção do PTS questões como: transporte, passe livre, a não regionalização dos serviços e a dificuldade dos pacientes para chegar ao CAPSi por conta da falta de ônibus. Dentro do recanto das Emas tem uma razoável rede de transportes públicos, mas em alguns bairros o acesso ao recanto é limitado. Por isso eles constroem o PTS, junto com a família, atentando para todas essas problemáticas, mas o serviço não possui um formulário próprio para o PTS.

Quanto ao atendimento aos pais, eles relatam que as vezes a mãe, o pai e a família entra em crise também. Mas que por falta de espaço, não consegue atendê-los e acabam encaminhando para o médico clínico que os escuta e medica também. Conseguiram a parceria com uma psicóloga do centro de saúde que atende algumas mães, ambulatoriamente, porém, sem discussão do caso com a equipe do CAPSi

A equipe trabalha com o dispositivo de técnico de referência, todos os pacientes possuem um técnico de referência. Toda equipe faz esta função, com exceção da técnica administrativa que exerce outras funções, e segundo eles, a SES/DF não permite. A escolha do técnico de referência, na maioria das vezes se dá pelo acolhimento, de acordo com a experiência do profissional ou disponibilidade de horário. A equipe também está atenta para a escolha espontânea do paciente pelo técnico de referência.

Quanto a porta de saída a equipe usa o espaço de reunião para trabalhar as dificuldades da alta e os encaminhamentos para outros serviços. O serviço de referência do Recanto das Emas para adultos com transtorno mental é o ISM que tem um CAPS agregado a ele. Os encaminhamentos são de forma oficial e a equipe não sabe se os seus pacientes são absorvidos imediatamente ou vão para lista de espera. A conversa tem sido difícil com este serviço, segundo a equipe, e como são poucos casos para encaminhamento, a equipe não tem insistido em conversar com o ISM e acaba recebendo os pacientes de 18 anos. Como a equipe está

iniciando os atendimentos, nesta localidade, ainda não teve muitos casos de encaminhamento para a rede de saúde mental adulto.

A conduta adotada pela equipe, em situações de crise dos pacientes, é atender em dupla. Quando ficam em dúvida como proceder pedem ajuda de outros colegas. E em alguns casos encaminham para internação, segundo a portaria nº 185 de 12/09/12 que institui as normas para atenção às emergências em SM no âmbito do SUS-DF. Porém, relatam que o fluxo da portaria não funciona muito bem porque não tem psiquiatra nos hospitais regionais e os pacientes acabam sendo encaminhados para os hospitais de referência no plano piloto (Hospital de Base ou HMIB). A portaria foi criada para estabelecer um fluxo de atendimento, mas gestor local esqueceu de se capacitar os hospitais para receber esta clientela, em virtude disto, vários problemas ocorrem quando há necessidade de internação de crianças e adolescentes em crise.

A equipe faz intervenção em situações de crise na residência do paciente através do dispositivo visita domiciliar. Porém, por falta de experiência no manejo de casos de pacientes em crise, a falta de estrutura física para recebe-los no serviço, só terem um médico clínico e nenhuma retaguarda hospitalar, tudo isto leva à equipe ter muito receio de atender às situações de crise.

A equipe queixa-se que o CAPSi não tem um espaço de convivência em que os pacientes pudessem vir passar o dia no serviço.

Quanto à medicação, o psiquiatra que a prescreve é de fora da equipe (geralmente do Adolescente) logo a interlocução com ele fica difícil e em consequência disto fica difícil construir um diagnóstico e discutir a medicação, em equipe.

O que a equipe atribui como melhora do paciente, através do tratamento: maior verbalização do paciente, interação com a equipe e com outros pacientes, postura física diferenciada. A equipe atende mais adolescentes do que crianças. Quanto ao atendimento à criança, eles relatam que não sabem falar muito sobre isto pois quem faz esses atendimentos com esta faixa etária é uma psicóloga, que não estava presente naquele momento.

Quanto à alta, o serviço tem apenas um ano de funcionamento e pelo fato dos pacientes estarem na fila de espera há três anos, eles não acham certo dar alta em tão pouco tempo, segundo a equipe. Até o momento, tiveram um caso de alta de um adolescente que encaminharam para psicoterapia em um ambulatório pois acharam que este tipo de tratamento seria mais eficaz para o paciente.

- **Rede, território e direitos**

Este CAPSi é um serviço de difícil acesso e desconhecido pela população local. A estratégia que a equipe tem adotado é fazer reunião com as escolas da região uma vez por mês.

Eles possuem uma reunião de rede em que o conselho de saúde também participa. A criação deste CAPSi foi uma deliberação do conselho de saúde local, logo ele é um órgão deliberativo com quem a equipe faz parceria. A equipe também fez parceria com a clínica da família, discutem alguns casos e fazem visitas junto com o ACS.

Quanto aos benefícios e direitos dos pacientes, a equipe atribui esta função ao serviço social e como não tinham este técnico na equipe, não trabalhavam esta questão com os pacientes e os mesmos não demandavam porque também não tinham conhecimento dos seus direitos. A equipe também justifica a ausência de trabalhar esta questão porque a maioria dos benefícios precisam ser assinados pelo psiquiatra e como não tem um na equipe, não acham viável trabalhar isto.

Há alguns dias chegou uma assistente social para compor a equipe do CAPSi, ela participou deste grupo e relata que entende a dificuldade da equipe em fazer o diagnóstico para conceder o laudo, sem a ausência de um psiquiatra. Porém, juntamente com a e equipe, entende que os pais em alguns momentos fazem o uso da doença como um *“dinheirinho que entra”*. A equipe relata que muitas famílias omitem uma condição de vida melhor para receber benefícios do governo. A assistente social relata que tem trabalhado no sentido de entender essa diferença de quem realmente precisa do benefício. Neste CAPSi a maioria dos pacientes foram encaminhados do CAPSi Asa Norte e já vem com o benefício adquirido lá. Equipe pontua que Brasília tem uma visão muito assistencialista, um exemplo disto foi a doação de lotes para pessoas com deficiência no Recanto das Emas. Talvez por isto as pessoas dessa localidade acionaram o conselho de saúde para a implantação de um CAPSi no Recanto.

### **4.3.3 Interpretação e Reinterpretação**

Este CAPSi tem tentado, apesar de todas as dificuldades, configurar suas atividades no modo de produção psicossocial e isto, talvez se dê, pela aposta que a equipe faz em sustentar suas práticas segundo o eixo-teórico do campo da saúde mental, mesmo que não tenham nenhuma experiência no campo infanto-juvenil, aceitam o desafio de realizar esta práxis.

Porém, fica evidente as limitações da equipe no que diz respeito ao atendimento às crianças, ou seja, aonde mais se diferencia o manejo do atendimento, justamente na faixa etária infantil, se encontram as maiores dificuldades da equipe. Se a única psicóloga que atende as crianças do serviço sair de férias ou mudar de serviço, como essas crianças ficarão?

A equipe, em virtude de poucos técnicos conseguiu desenvolver uma relação de trabalho mais horizontalizada, onde se apoiam mutuamente uns nos outros. A postura do médico em se

engajar em todos os tipos de atendimento que esta equipe realiza contribuiu para isto e os fortaleceram enquanto equipe. Isto aponta para a potência das práxis transdisciplinares nos CAPSi. Questão que abordaremos detalhadamente na análise geral dos dados.

#### 4.3.4 Análise do Grupo Focal dos Familiares

##### a) Termos e Noções mais frequentes sobre o que os usuários entendem por CAPSi:

- *“É um centro de atendimento psicossocial que atende às crianças iguais as nossas, com problema”;*

- *“Não é só um profissional é uma equipe toda que atende”;*

- *“Um lugar onde diminui o preconceito e se aprende a lidar com isso”;*

##### b) Estruturas profundas de posicionamento quanto as temáticas abordadas:

- **Rede, território e direitos**

A maioria dos pacientes deste serviço vieram do CAPSi da Asa Norte e do COMPP, após o início do processo de territorialização dos serviços de saúde mental infanto-juvenil do DF em 2014. Participaram deste grupo seis usuárias, mães dos pacientes que são atendidos neste serviço.

Após leitura do TCLE com o grupo, as mães ficaram preocupadas com o sigilo da pesquisa e a partir daí falaram do preconceito que seus filhos vivem por estarem fazendo um tratamento para transtorno mental. A maioria das mães tem filhos adolescentes e acham que nesta fase a discriminação por ser *“doído”* é maior. Após explicar sobre o sigilo da pesquisa e que não mencionarei o nome delas e dos filhos elas começam as apresentações.

As mães se apresentam falando do transtorno e diagnóstico de seus filhos. Mencionam que *“o COMPP é o pai de tudo, tudo começou lá”*. Que ficaram na lista de espera por muitos anos porque *“a demanda de lá é muito grande”*. Por isto lutaram para abrir o CAPSi do Recanto. Elas consideram importante o diagnóstico e o tratamento precoce, ou seja, o quanto antes. Elas relatam a luta para conseguir o atendimento no COMPP e apesar delas terem sido encaminhadas de lá para cá, alguns continuam com o atendimento psiquiátrico no COMPP por não ter psiquiatra neste CAPSi. Quanto a isto elas reclamam dizendo que gostariam de ter todas as especialidades de atendimento na cidade onde moram, pois *“é estressante sair do Recanto para o Plano com o filho que fica muito agitado no ônibus”*.

Quanto ao atendimento que seus filhos recebem no CAPSi dizem que *“é o único lugar que ele tem ido sem reclamar e que as pessoas o recebem bem, pois sofreu preconceito e não*

*aceitam meu filho em outros lugares como a igreja, por exemplo*". Esta mãe também se queixa da saída de um profissional do serviço que ela não sabe o real motivo e a bateria de exames que pediram para fazer o diagnóstico do seu filho. Elas falam dos vários lugares que passaram para chegar até o CAPSi. Ninguém veio diretamente no CAPSi buscar atendimento. Elas não conheciam o serviço. Não sabem sobre a quantidade de CAPSi que deveria ter nesta localidade e não conhecem os demais CAPSi do DF.

Não sabem que o CAPSi de Samambaia saiu de lá e veio para o Recanto e que lá não tem outro CAPSi, ou seja, não conhecem a história do serviço em que seus filhos são atendidos. Logo elas também desconhecem a existência e localidade dos CAPSADi do Distrito Federal. Nesta entrevista aproveito para informar sobre a rede de saúde mental do DF, seus CAPS e suas funções.

Quanto à cobertura e acesso ao serviço este CAPSi inicialmente ficou de atender apenas a demanda de pacientes do Recanto das Emas, porém teve um caso de uma paciente muito grave, em crise, de outra cidade, que foi atendida pelo médico do Centro de Saúde que decidiu encaminhá-la imediatamente para o CAPSi. A mãe atribui isto a um *"milagre"*. É tão difícil o acesso aos serviços que ela se quer entende que isto deveria ser o procedimento normal. Aproveito a situação para explicar porque o CAPS deve ser um serviço de porta aberta.

Apesar do serviço ser um lugar de fácil acesso por meio de transporte público e ser mais perto para os usuários que residem no Recanto, o CAPSi estabeleceu não receber os pacientes de outras cidades próximas ao Recanto, em virtude das dificuldades de espaço e equipe técnica reduzida.

- **Atendimento e mobilização dos familiares**

Os responsáveis estão satisfeitos com a acolhida recebida no serviço, dizem que *"o atendimento aqui é bom, nunca ninguém atende a você com raiva"*. Porém reconhecem que a estrutura física é inadequada para o atendimento de crianças, *"não tem brinquedoteca"* *"aqui tem uma salinha que as meninas usam que é muito pequena"*. Uma responsável considera que o mais importante é ter um médico e diz não se importar com o tamanho da sala. *"Atendendo ele bem, qualquer espaço, até no corredor, está bom"*.

Percebe-se com estas falas que a carência de atendimento e a dificuldade de ter acesso ao serviço é tão grande que faz com que os pais aceitem o que vier e o mais rápido possível. Eles até reconhecem que o trabalho com crianças e adolescentes com transtorno mentais requer uma outra estrutura física, mas entre não ter nada e ter apenas o que pode ser oferecido eles ficam com a segunda opção. Apesar de nem todos os responsáveis pensarem assim, diz uma mãe:

*“Ele não vai conseguir trabalhar com ele em qualquer lugar. Porque a nossa situação dos nossos filhos não é para trabalhar em qualquer lugar. Ele tem que ter um espaço adequado. Não é igual a gente ir para um médico clínico e ele está ali, se você estiver sentindo uma dor, alguma coisa e passar. Não é dar hora. O nosso tratamento com os nossos filhos é de trabalho de formiguinha. É de dar tempo ao tempo, entendeu? Então não é qualquer espaço que a gente vai ter que querer que ele dá. Não. Tanto a gente quer para o bem do nosso filho para ele ter um aproveitamento, uma melhora. Tanto do nosso filho quanto do profissional.”*

Os responsáveis ficaram surpresos quando disse que o CAPSi era para ser um serviço onde os pacientes pudessem passar o dia, caso precisassem. Eles também não sabiam disto e ficaram surpresos com essa possibilidade e o que poderiam fazer num dia livre, sem os filhos, *“um descanso”*. Elas relatam sobre a ligação intensa com as crianças, dizem que até no colégio as mães precisam ficar *“não desgrudo dele não”*.

Essas mães falam da dificuldade de separação dos seus filhos e de perceberem que ele cresceu. *“Para mim é o meu neném”* mãe fala do filho de 4 anos autista. Neste momento faço algumas intervenções no sentido de coloca-las para pensar sobre o que estão dizendo, mas retomo para a questão do serviço perguntando se tem grupo de atendimento aos pais enquanto as crianças são atendidas. Elas dizem que só tem uma vez por mês, logo percebo porque as questões referentes as angústias vividas com seus filhos estão sendo trazidas neste encontro.

Penso que o CAPSi precise fazer em ato, uma intervenção nesses pais, e o grupo de pais, seria esse ato clínico, esse corte no real que eles vivenciam quando se separam dos filhos e podem falar sobre isto, como estão fazendo neste momento. Isto seria um manejo da clínica do ato no CAPSi. Abordarei essa questão no próximo capítulo da tese.

Ao serem questionadas pelo grupo de pais elas acham que deveria ter mais encontros e acreditam que não tenha por não ter profissional para fazer. Aproveito para propor a elas que sugiram ao serviço encontros como esses, nos dias que trazem os filhos para atendimento, enquanto esperam. Elas relatam que já conversam nesses dias, mas sem a presença de um profissional da equipe.

Quanto aos atendimentos individuais elas disseram que solicitaram, mas que isto partiu dos pais e não dos profissionais. E esses atendimentos sempre foram referenciados as dificuldades com os filhos, *“A gente não aguenta. É muita coisa para a gente.”*

Quanto aos direitos e benefícios sociais a maioria das mães não tem conhecimento deles pelo CAPSi, muitas delas conseguiram por conta própria, *“Eu fui atrás e pesquisei e teve que ter muito trabalho pois foi negado na primeira vez e só na segunda vez consegui com o laudo*

*de um médico do GDF*". Eles têm conhecimento sobre o passe-livre e sobre os tipos de transtorno que dão acesso a direitos.

Outra mãe diz que a bolsa-família foi substituída pelo BPC *"que é o salário que ele recebe hoje"*. O valor é um salário-mínimo e em algumas famílias é o único dinheiro regular que recebem em casa. As mães desse serviço parecem bem orientadas quanto aos seus direitos e de seus filhos, mas gostariam de obter mais informações sobre outras questões também, como por exemplo, quanto ao aluguel que pagam. Elas acreditam que recebendo essas informações elas podem passar para outras pessoas que precisam *"Até através da gente sabendo, a gente conhece outros casos e já pode ajudar também"*. Pontua para elas o quanto a informação é importante para ser divulgada na comunidade. Quanto a isto pergunto se o CAPSi é conhecido pela comunidade. Elas dizem que sim, *"muita gente sabe"* provavelmente pelo fato deste CAPSi ter sido reivindicado pelo conselho de saúde local.

Quanto ao técnico de referência o serviço ainda não utiliza este dispositivo, os pais recorrem a gerente do serviço ou a qualquer técnico. Os pais não conhecem todos os técnicos do serviço, mas se sentem acolhidos quando precisam.

O serviço faz articulação com as escolas e outros serviços da rede. Promove atividades esportivas e culturais, mesmo sem transporte próprio. A última atividade que fizeram pediram o ônibus emprestado do ISM, uma mãe diz *"Tudo tem que pedir"*. O serviço faz visita domiciliar com carro emprestado ou do próprio servidor, logo um carro próprio do serviço faz muita falta para o desenvolvimento das atividades.

Quanto a festas esse CAPSi não fez nenhuma ainda. As mães questionam se essa festa seria para todos ou só para os pacientes como na escola. Elas desejam participar e fazer festa junto com os filhos e os demais pacientes. Até sugerem fazer uma no final do ano.

Quanto a assembleia de pais eles nunca fizeram e aproveito para explicar a eles do que se trata. Alguns se interessam e perguntam como podem fazer para ir atrás disto e percebem que falta informação, *"mas talvez seja por falta de informação mesmo. Nós não sabemos quais os nossos direitos, aonde procurar, entendeu? É falta mesmo de informação. De conhecimento e informação. Agente correr atrás também de ter informação"*.

*"A gente não havia nem pensando nisso porque ninguém nunca nem colocou nenhuma luzinha na nossa mente"*. A partir deste encontro os pais decidem se reunir mensalmente e mencionam o *"Dia do desabafo"* que acontece algumas vezes no Parque da Cidade, organizado pelo ONG Orgulho Autista. Algumas mães aproveitam este momento para reclamar da ausência dos pais que trabalham de domingo a domingo e não ajudam no cuidado com os filhos. Queixam-se que só saem de casa para o Posto, ou seja, o CAPSi. Essas mulheres parecem se

queixar da sobrecarga do tratamento com os filhos que na maioria das vezes fica sobre elas. Nenhum pai participou deste encontro e na maioria dos grupos a presença das mães é maciça. Isso também é uma questão para os CAPSi pensarem e intervirem.

Quanto ao projeto geração de renda, elas também não sabem do que se trata. E quando explico sobre essa possibilidade de trabalho elas falam das dificuldades que tiveram em seus empregos anteriores, algumas demissões pela quantidade de atestados e outras não conseguiram continuar por conta do cuidado com os filhos. Uma delas continua trabalhando, mas entende seu caso como uma exceção por conta da “*benevolência*” do seu chefe que é considerado por ela e pelas demais do grupo como “*potencial humano*”.

A partir deste encontro, elas começam a perceber que se juntando para conversar sobre suas dificuldades e problemas podem encontrar soluções juntas. Uma delas sugeriu fazer um conselho de pais junto com a equipe. Achei esse nome mais interessante que assembleia. Para elas faz mais sentido pois se aproxima da realidade escolar “*conselho de classe*”. Como os pais utilizam de nomes do seu dia a dia, por exemplo da escola, para tentarem entender a proposta de trabalho oferecida pelo CAPSi. É importante que as equipes dos CAPSi se atentem para isto e não insistam em nomes que talvez não faça sentido, ou tenha outro sentido para eles, como por exemplo assembleia.

Uma delas diz que não existe melhor terapia do que esta: “*se juntar*”. Neste momento um dos presentes sugere criar um grupo, uma associação ou uma cooperativa e assim irem atrás de recursos. Elas percebem a melhora dos filhos com o tratamento no CAPSi e neste encontro puderam perceber que além do tratamento do filho o CAPSi pode promover outras mudanças na família, na sociedade, promovendo a inclusão de seus filhos. Terminam com a fala “*Seria bom a gente conversar mais vezes, com mais tempo*”.

#### **4.4 CAPS Adi Brasília**

##### **4.4.1 Contextualização Sócio Histórica**

Este serviço possui 28 técnicos e funciona há 3 anos num espaço físico, reformado e alugado pelo SES/GDF, para o atendimento de crianças e adolescentes que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. Este trabalho teve início no Adolescentro que era o serviço que recebia para tratamento, os adolescentes usuários de álcool e outras drogas. A maior parte da equipe e modo de atender e fazer a clínica, neste serviço, vem de lá.

O CAPSADi ainda não é credenciado pelo Ministério da Saúde. Em 2012, através do programa político de governo “Viver sem crack” verbas foram direcionadas para a implantação de serviços de saúde mental, para usuários de álcool e drogas. Isto provocou uma insatisfação

na rede de serviços do DF, na época, pois muitos serviços da rede de saúde mental não recebiam verbas para suas demandas. Outra problemática que este serviço enfrentou, assim que começou a funcionar, numa quadra comercial da Asa Norte de Brasília, ou seja, no plano piloto, foi que os comerciantes e moradores vizinhos da região não aceitaram o funcionamento deste serviço, nesta localidade, alegando que a área física não era destinada para esse fim. Na verdade, este discurso de utilização indevida do espaço público camuflava o receio de que naquelas redondezas começasse a circular pessoas usuárias de álcool e outras drogas, vindo a prejudicar o comércio e a “paz” da quadra.

Foi neste contexto que o CAPSADi foi implantado no DF e creio que estes foram um dos fatores que dificultaram sua articulação com a rede de saúde mental e a sociedade, o que veremos a seguir na fala dos trabalhadores deste serviço.

#### 4.4.2 Análise do Grupo Focal dos Trabalhadores/ Técnicos

**a) Termos e Noções mais frequentes sobre o que os técnicos entendem por CAPSADi e CAPSi:**

- *“Um intercâmbio entre a internação e a atenção primária”;*
- *“Um instrumento, um equipamento de saúde, uma unidade de saúde, que consegue, deveria pelo menos conseguir, atender a população infanto-juvenil de 0 a 18 anos que faz uso abusivo de álcool e outras drogas”*
- *“É um instrumento que tem uma equipe multidisciplinar”*
- *“A diferença do CAPSADi para o CAPSi, em geral é mais o público”;*
- *“Assim, do meu ponto de vista, eu acho que em termos de posicionamento metodológico são dois serviços muito próximos, assim, em termos de níveis operacionais. Todavia, eu concordo com a questão da diferenciação do público na seguinte questão. Primeiro acho que tem esse aspecto social que eles falam, não é? Por exemplo, uma criança autista não escolhe ser autista e a sociedade não entende isso, não é? Ela nasce autista. Mas um adolescente usuário de álcool ou drogas já não. Ele é visto como uma questão de escolha. Ele não tem muito a questão do estigma. Então, por exemplo, acho que tem essa diferenciação no público especialmente, mas claro, não é? A metodologia vai variar um pouco em relação ao grupo, mas eu acho, principalmente, em relação ao grupo. Assim, por exemplo, um CAPSi que atende, por exemplo, crianças com algum tipo de síndrome, alguma coisa assim, ela nunca enfrentaria, por exemplo, a resistência de uma comunidade. Um CAPSADI, para ele se instalar, tem toda uma mobilização social contrária. Então, do meu ponto de vista, a diferença principal não é no nível operacional, mas no público em si.”*

- “No CAPSi eles dão atenção maior às crianças menores e o adolescente fica num limbo dessa assistência. Então, os serviços, enquanto ADI, aqui hoje são poucas crianças. Dá o espaço para a saúde do adolescente, não é? Mas também à criança. Mas eu vejo que também inclui o adolescente na saúde porque fica uma coisa que não é de ninguém, ele fica sem uma assistência.”

- “Eu acho que está se pensando em vender isso aqui no DF, CAPS para tudo porque ele se fragmentou muito. Segmentou, não é? O CAPSADI, muito específico, o CAPSi e, assim, a gente, enquanto CAPSAD, a gente acolhe crianças e adolescentes que têm, além do uso, algum déficit de atenção, algum retardo, alguma questão que não seja ligada a álcool e drogas. Os CAPS que a gente chama de CAPS que são transtorno, mas nem é esse o nome, não é? Os CAPS têm mais uma dificuldade porque o público ADI é um público que exige uma outra abordagem. Pode até ser que a forma operacional seja parecida, mas quando você trabalha criança e adolescentes usuários de outras drogas, você trabalha com crianças que foram negligenciadas, crianças que foram abusadas, são crianças [...] e nem sempre você tem isso numa criança que tem um autismo, por exemplo. Às vezes, é o contrário. É uma criança muito amada, muito querida em que a família não mede esforços para conseguir as coisas. No caso do uso de álcool e drogas, a gente ainda percebe o preconceito da sociedade e que é assim: é malandro, é sem-vergonha, é bandido. Se associa muito o adolescente usuário de drogas a bandido. Então: “Esse vai dar coisa ruim, esse é ruim”. E você não tem esse preconceito com crianças que são Síndrome de Down. Tem também, lógico, mas não é tão gritante como é com adolescentes usuários de álcool e drogas.”

- “Porque hoje a gente tem um discurso contrário. Hoje a gente tem um discurso dos CAPS de transtornos que dizem assim: “Tudo é voltado para os CAPS álcool e drogas e a gente ficou em segundo plano”. Então, hoje a gente tem envolvimento dos CAPS de transtorno quererem atender álcool e drogas por conta dos recursos. Como se eles tivessem ficado esquecidos. Isso a gente ouve...”

- “A cognição de uma criança especial, digamos assim, você trabalha atividade para os pais dele. Aqui, a gente tem comprometimento cognitivo muito sério e comprometimento maior social porque essas crianças, ou esses adolescentes, se qualquer adolescente, da infância, um ponto aqui. Bom, os nossos adolescentes aqui, num grupo, eles vão agir da mesma maneira, não é? Só que a fala do nosso adolescente aqui é muito mais voltada para o crime, eles têm uma familiaridade muito grande quando a fala deles é voltada. Você não consegue fazer uma atividade”.

Parece haver uma rivalidade entre os serviços álcool e drogas e transtornos. Como se os CAPS ADi quisessem justificar a verba que receberam do governo, por terem sido esquecidos pelos CAPS Transtornos e por considerarem sua “*clientela*” mais difícil para trabalhar.

A equipe não conhece muito bem o funcionamento dos outros CAPS, só trabalham juntos a partir de casos que envolvam o uso de álcool e outras drogas. Como dito anteriormente este serviço vem passando por muitas dificuldades com os vizinhos de sua quadra e dificuldades quanto ao funcionamento organizacional. Apesar de possuírem um espaço físico bem equipado e uma equipe de 28 técnicos. Desde que começou a funcionar neste espaço, o serviço já está na sua terceira chefia, ou seja, três gestores já assumiram a gerência do serviço em menos de três anos de sua existência. No momento a equipe tem questionado se deve continuar atendendo crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas. Ou seja, o serviço está revendo sua finalidade e seus objetivos na rede.

Me parece que a demanda pelo sintoma álcool e drogas é o que esta equipe está mais interessada, ao serem novamente abordados por mim se gostariam de ser CAPSi ou CAPSADi eles dizem que gostariam de ser um CAPSAD que atenda adolescentes também. *“Porque a nossa faixa etária que mais é atendida aqui hoje é entre 16 para 18 anos, tá? Então foi por conta disso. Um menino hoje nessa realidade que a gente está vivenciando hoje, com 16 ou 17 anos, ele já é um adulto. Então, não difere muito ser menino.”*

Outra dificuldade que a equipe passa é o fato de não ser territorializado. A territorialização deveria ser a primeira questão a ser resolvida no CAPS, depois a modalidade. Pois, definindo-se o território deste serviço poderia se analisar qual é a real demanda das pessoas desta localidade.

A crise de indefinição do perfil deste serviço nos faz pensar que deveríamos definir o tipo de CAPS pela demanda da região. Para isto seria importante fazer um mapeamento da saúde mental no DF, por região de saúde e não serem criados aleatoriamente, a partir do desejo de trabalho de profissionais por esta clientela. Apenas o CAPSi do Recanto das Emas me parece que foi criado por uma demanda da comunidade local, os demais parecem terem sido criados por interesse dos profissionais em atender esta clientela que de alguma forma chegava até eles, por não terem opção de tratamento em outro local.

Este serviço passa por uma crise em não saber definir ao certo sua função na rede, por isto nos atentamos mais a esta questão e fugimos do roteiro de pesquisa. A equipe precisava falar sobre isto que a angustiava.

*“A gente está hoje vivendo uma realidade diferente. Esse CAPS está doente. Ele está no lugar errado. Ele não tem estrutura hoje física para atender crianças porque a gente não*

*tem estrutura. A gente não consegue enfrentar hoje o que uma criança usuária de álcool e drogas mereceria. Então, a gente precisa sair desse espaço físico, ir para um espaço físico adequado. Outra coisa, a nossa área de abrangência, ela abrange metade do Distrito Federal. Então, a gente não consegue fazer uma assembleia de usuários com atores tão diferentes em realidades tão diferentes. Outra coisa, a gente precisa e deveria atender nos locais. Então, a gente deveria ir lá para Sobradinho, ir lá para o Paranoá, ir lá para a Candangolândia atender in locus e a gente não tem carro que nos permita fazer isso de uma forma rotineira. Então, tenho carro para uma situação pontual, mas a gente precisaria semanalmente estar na Candangolândia. Semanalmente estar em Itapoã, no Paranoá, como se a gente fizesse parte da equipe de lá também. Então é por isso. A gente está numa área em que o transporte coletivo é difícil o acesso e que as pessoas não têm dinheiro para vir de ônibus para cá.”*

*“Outra questão importante. O CAPS foi pensado para ser o CAPS III e ter uma unidade de acolhimento junto. Então, quando tem uma unidade de acolhimento, quando funciona 24 horas, eu injeto mais opções para essa população. Então, a população não tem aqui a possibilidade. Porque, assim, muitas vezes eu preciso acolher e inserir essa criança porque ela está na rua.”*

*“A gente vive uma crise de identidade muito grande. A gente não é CAPS III. A gente não tem lugar de acolhimento e a gente também não é o CAPS II.”*

Uma equipe que não sabe o que é e o que fazer. Entre os recursos que possui, se comparado aos outros CAPSi, até tem um espaço físico bom, com problemas na estrutura física, como todos os outros CAPSi, mas a indefinição da proposta de trabalho pela equipe me parece ser o que mais os atrapalha, no momento. Por isto não conseguem responder o que é um CAPSADi, pois me parece que não são um.

#### **b) Vontade de trabalhar no campo da saúde mental infanto-juvenil:**

Ao serem interrogados se há um desejo em serem um CAPSADi eles dizem que sim pois lá no Adolescentro eles já desenvolviam esse serviço. Porém, os novos que chegaram quando o serviço foi transferido apenas um apontou o desejo em trabalhar em CAPS. Alegam não terem feito concurso para CAPS.

#### **c) Estruturas profundas de posicionamento quanto as temáticas abordadas:**

- **Formação dos profissionais e processo de trabalho**

Quanto a formação, quatro técnicos fizeram especialização em saúde mental, porém nunca tiveram experiência na área.

Eles atendem uma média de 400 atendimentos/mês e entre 3000 e 2500 prontuários, mas ativos no serviço uma média de 500. Porém não conseguem controlar a frequência desses pacientes no serviço porque não estão informatizados. O serviço nunca funcionou 24 horas porque a Vigilância Sanitária não autorizou o prédio a funcionar por não ter estrutura adequada. O serviço também quase fechou devido denúncias na justiça pela comunidade que alega que nesta localidade não é para ter centro de saúde.

Quanto ao processo de trabalho a equipe se reuni uma vez por semana, neste dia não tem atendimento marcado. O serviço funciona de porta aberta. Quanto ao grupo de estudo eles não fazem com regularidade só fazem quando têm necessidade de estudar algum tema específico.

Quanto ao conhecimento da equipe sobre reforma e os princípios e diretrizes da saúde mental no Brasil eles relatam que receberam um curso pela SES/DF e a maioria foi capacitada no Adolescentro aonde atendiam esta “*clientela*” antes de irem para o atual prédio. Porém, eles lembram que o Adolescentro não é um CAPS é um ambulatório de saúde mental que atende adolescentes. Um dos técnicos relata como foi esse processo:

*“Quando começou toda a história que iriam abrir um CAPSADi, quatro ou cinco meses antes. Que o Adolescentro seria o “matriciador”. A equipe do Adolescentro ia lastrear o CAPSADi. Inclusive vários do Adolescentro vieram para cá para mudar o prédio, para conversar com o engenheiro como é que seria, todo o movimento (ininteligível) [00:40:20] veio aqui para ver. (ininteligível) [00:40:22]. Durante muito tempo, essa estufa... Porque teve uma mudança que eles seriam como “matriciador”, nós iríamos receber o pessoal lá e ter profissionais de 40 horas. Dividiriam 20 horas para cá e 20 horas ficariam com essa aqui. Então, assim, seria a mesma equipe dividida, não é? E nisso foi muita discussão, muita razão em cima disso, mas quando a equipe chegou mesmo, assim, trabalharam junto, mas não, assim, matriciando. Ninguém quis vir. Eu falei: “Olha, eu quero as minhas 40 horas e eu quero ir para lá”. Assim, nem as 20 horas foi mais discutida de vir para cá. Foi aí que eu vim, uma permuta de uma colega para vir para cá. Que (ininteligível) [00:41:11] curso que viria para cá, porque aí foi uma coisa bem pessoal mesmo. Mas no início não era isso não. No início era para que toda a equipe de lá se dividisse para vir para cá matriciar e passar... Mas não tomou esse formato.”*

Este CAPSi foi o primeiro ADi de Brasília e depois foi construído o CAPSADi de Taguatinga, porém a equipe deles sempre foi a maior equipe e apesar de terem tido a capacitação pela SES muitos não se sentiram capacitados quando começaram a atender. Alguns começaram a buscar capacitação individual.

Eles relatam que tem poucos estudos sobre a prática de álcool e drogas na infância. A equipe não conseguiu escrever algo a respeito, mas se reuniam com o CAPSADi de Taguatinga para discutir casos. A equipe relata que não trabalha com diagnóstico, apesar de ter sido formada para isto. *“Eu acho que o diagnóstico é uma problemática, não é? O sujeito, o biopsicossocial. Então, não é o diagnóstico: “Ah, é isso, isso e aquilo”. Não. Tem mais a ver com as fragilidades que ele tem. As dificuldades. Vai trabalhar para que ele volte a ter uma vida, um projeto.” Se não trabalham com diagnóstico o uso das drogas seria então o quê? Um dos trabalhadores responde: “É um sintoma? Não é?”*

O serviço tem um médico clínico e um psiquiatra e quem dá o diagnóstico (CID) são eles os médicos, mas a equipe parece estar problematizando isto *“Tem o CID do uso de substâncias psicoativas e o CID é só pelo médico. Mas, assim, tem outros fatores que envolvem. Normalmente não tem só isso.”*, *“você percebe que a droga é muito mais uma consequência do que uma causa”*. Dentro desta perspectiva a equipe trabalha com a metodologia de redução de danos de forma bem singular com cada paciente.

- **Projeto Terapêutico Individual (PTI)**

A equipe elabora o PTI junto com o usuário e com toda equipe. Possui técnico de referência. Eles utilizam nomes como avaliação, investigação, especialidades para fazer o projeto terapêutico e o acolhimento. Apesar de eles afirmarem que não trabalham por especialidades eles usam esta terminologia várias vezes. A entrada do paciente no serviço segue este fluxo: *“Consulta de enfermagem, consulta com médico clínico e vão para a psiquiatria se houver necessidade, em seguida elabora-se o PTI”*.

Com exceção dos médicos e da técnica de enfermagem todos fazem acolhimento. A equipe se reunia no final dos turnos, mais isto não conseguiu se manter o que parece ser pela reestrutura que o serviço está passando. Fazem atendimento individual e distingue de psicoterapia. A clínica deste CAPSADi se configura em avaliação de enfermagem, avaliação clínica, atendimentos individuais e em grupo. Compreendem os atendimentos coletivos como oficinas e grupos e não fazem muita distinção entre ambos. Não realizam oficina de geração de renda.

Quanto as relações profissionais não são horizontais. Os médicos e os psicólogos possuem diferenciações do restante da equipe.

Os grupos são divididos de acordo com a demanda e o desejo do adolescente em participar, a maioria são adolescentes entre 16 e 17 anos. Atenderam apenas uma única vez uma criança de 8 e outra de 10 anos com problemática com as drogas.

Quanto ao atendimento aos pais eles fazem em grupo e consideram essencial eles serem trabalhados emocionalmente, pois segundo esta equipe eles precisam de apoio emocional e suporte. Em alguns casos atendem os pais mesmo que o adolescente não venha. Consideram que *“tem muito sucesso se o pai estiver junto”*. Os adolescentes em medida protetiva também são atendidos pela equipe, na unidade socioeducativa de Brasília.

Quanto a medicação é prescrita pelo médico e não é discutida em equipe pois ele prescreve durante a consulta e tem uma certa autoridade para isto. A equipe diz que não questiona medicação *“A gente questiona, mas não com relação à medicação específica ali. Se a medicação está certa ou não”*. Novamente aparece aí as disciplinas, os saberes divididos.

O serviço não tem autonomia gestora no que diz respeito a verba. Não tem manutenção, nem carro próprio.

Paciente em crise é encaminhado para internação. Ao serem questionados se a internação é o único tratamento para crise eles respondem que a desintoxicação que é encaminhada para o Hospital de Base ou o CAPSADi de Taguatinga. A equipe associa crise apenas aos casos de abstinência, logo não há muito o que ser feito pelo CAPS pois está associada a outras comorbidades. Quando ligam para o CAPS a orientação é ligar para o SAMU. Não há outra compreensão para crise pela equipe, logo a única saída é internação. A equipe diz está fazendo parceria com o CAPSADi de Taguatinga porque eles têm o acolhimento noturno. Ou seja, durante a crise o paciente fica sendo atendido pela equipe de lá e quando sai da crise volta para o CAPSADi Brasília. E a referência do paciente com as pessoas como fica? A equipe diz que o médico costuma fazer as visitas no serviço que o paciente está internado, mas me parece que apenas o médico faz isto. A equipe traz uma questão interessante, dizendo que o médico ou qualquer um que for ao hospital vai apenas fazer uma visita mesmo, pois não pode fazer interferência no atendimento que está sendo dado *“É. O médico vai, mas não vai fazer nenhuma interferência. Então vai fazer o quê lá?”*

Não há uma interlocução com os hospitais onde os pacientes são internados. A equipe relata que conseguiu discutir um caso com o Hospital da Criança uma única vez.

Quanto a porta de saída dos pacientes, os critérios de alta, a equipe questiona o termo alta: *“A gente não trabalha com a alta”, “A gente sempre está fazendo busca ativa desses pacientes que não estão vindo”*. A equipe trabalha com os termos *“inativo”* e *“convencimento”*. Sobre isto um técnico diz: *“Como ele está? Não. Ele está bem. Está bem como? A gente fica com convencimento, entendeu? Você não acha melhor voltar? Deixa sempre o CAPS de portas abertas.”* A concepção de alta para esta equipe é fechar a porta, por isso não usam esse termo. Os critérios que a equipe utiliza para que o paciente não precise vir

é ter trabalho isto com a família do adolescente. *“A questão do uso de drogas. Como a gente falou, a gente não trabalha com esse fim da abstinência total. Então, quando a gente entende que o problema está controlado, não é? Na redução de danos, não é?”*.

Logo, eles não fazem referência ao fato de usar ou não a droga para ter “alta” deste serviço. Eles também se oferecem para receber novamente o paciente caso precise retornar. Pergunto se o técnico de referência dele no passado é quem o recebe novamente, a equipe diz que não, é recebido pelo técnico de Enfermagem.

Os técnicos possuem muitos pacientes de referência e se queixam disto. Relatam que os profissionais que fazem 20 horas têm que ter 29 pacientes e quem faz 40 horas tem que ter 53 pacientes de referência, mesmo que isto fique numa média é utilizado este parâmetro pela equipe para averiguar o trabalho.

O referencial teórico utilizado é a redução de danos. Mas trabalham com análise sistêmica e Atitudes e Declarações (metodologia criada pelo Adolescentro) e a arte de construir relações.

- **Rede, território e direitos**

Quanto ao território a equipe relata que a cobertura populacional é 1 milhão de pessoas e que se dividiram em duas equipes na tentativa de oferecer alguma cobertura possível. *“Não porque a gente trabalha com um território muito grande com duas equipes, não é? Equipe norte e equipe sul. Então, equipe norte atende Paranoá, Itapoã, Varjão, Lago Norte, Fercal, Sobradinho, Planaltina, Arapoanga e Entorno”. “Equipe sul atende Lago Sul, Lago Norte, Guará...”*

A equipe de referência, além do técnico de referência é uma metodologia que atende a problemática do território extenso e ajuda a articular melhor com a rede, segundo a equipe. O CAPSADi desta forma consegue fazer um trabalho intersetorial, mas esbarra na dificuldade de não terem carro para fazer esses percursos.

Quanto a comunidade local, o serviço tem vivenciado algumas dificuldades pois fizeram uma queixa no Ministério Público para que o serviço fosse retirado desta localidade. A equipe relata que tentou trabalhar com os comerciantes da localidade, mas nada fez com que não deixasse de denunciar o serviço, ou seja, alegando que na quadra comercial não pode ter um serviço de saúde, mas no fundo a problemática é por ser um serviço de saúde que atende jovens usuários de drogas. *“A sociedade não quer conviver de perto com esta realidade.” “É preciso que se trabalhe mais projetos de impacto social e cultural sobre a loucura e a dependência química”*.

Quanto a direito e benefícios a equipe relata que não tem quase nenhum. Alguns pacientes, que estão estudando conseguem passe livre e só. Quanto aos adolescentes em medida socioeducativa muitos são informados sobre os seus direitos. Nem situação de vulnerabilidade da assistência eles conseguem benefício pois o que é alegado pelo serviço social é falta de recurso.

No final trabalho com a equipe a importância das intervenções do CAPSADi na legislação para o acesso a benefícios e direitos não apenas pelo CID, mas pela real condição de ausência de recursos das pessoas que sofrem seja por um transtorno, uma deficiência ou uso de drogas. *“O CAPS tem um papel fundamental que é o elo entre o usuário e a sociedade como se fosse um catalizador, que vai atrás dos recursos, não é? E, de preferência, com esse usuário, não é?”*

Quando interrogados a que campo eles se sentem pertencendo (Da infância? Da adolescência? Álcool e drogas?) Eles respondem os dois últimos: adolescência, álcool e drogas.

*“Os dois porque (ininteligível) [01:49:10] eu percebo, assim, que trabalhar com adultos usuário de álcool e drogas é uma coisa. Lá você consegue acessar ele mais fácil, você consegue que ele vá no CAPS mais fácil. Com a criança e com o adolescente, além dele, você depende da família. Então, outra coisa que a gente precisaria, muitas vezes, é deixar a criança e trabalhar a família”. Muitos pais preferem a internação do filho, do que ele ser preso ou morto. E vem com esta demanda para o CAPSi”*

A equipe faz uma importante avaliação crítica do seu trabalho dizendo:

*“E outra coisa, Valdelice, o que a gente tem para oferecer hoje é pouco. A gente está lidando com uma população que usa drogas e que isso dá prazer, dá segurança, dá uma série de coisas. O que a gente tem para oferecer em troca da droga? A gente teria, enquanto CAPS, ter mais coisas a oferecer. Mais coisas prazerosas. A gente teria que ter uma estrutura que tivesse um centro de convivência. A gente iria resolver o problema? Não. Mas, com certeza, de uma boa a gente conseguiria melhores resultados, não é? Mais interessante. Porque a gente não oferece nada interessante. Eles odeiam vir para o CAPS. Odeiam. Odeiam. Por quê? Porque não é prazeroso. Porque ele não tem a consciência. A demanda não é dele. Ou é familiar ou é de Justiça. Oferecer uma saída prazerosa. Tanto quanto. O CAPS não oferece prazer igual o adolescente já era adolescência de conversar com as pessoas. Então, se a gente tivesse um lugar lúdico, um lugar prazeroso aqui e que a gente pudesse, por meio dessas coisas, conseguir chegar neles, tenho certeza. A gente queria muito montar uma oficina de música aqui. Tem meninos que adoram isso. Então, com a música, a gente conseguiria, assim, coisas maravilhosas. A gente não tem isso. Então, é isso que eu digo. Assim, não dá para dizer que o*

*CAPS hoje... eu não sei o que te dizer. Poderia fazer muito mais coisas e a gente não faz, não é? E não é só recursos não.*”

*“Você se deparou com um CAPS que está doente. Está tentando se estruturar.”*

*“A gente sempre fala, não é? A gente hoje, essa é a minha visão, a gente atua hoje como uma unidade de saúde melhorada. Com uma visão mais ampliada e tal. Porque a gente não atua como CAPS. O papel do CAPS é outro”*

#### **4.4.3 Interpretação e Reinterpretação**

A equipe estar perdida na sua proposta de trabalho. Elaborar um projeto de trabalho assistencial (PTA) talvez pudesse ajudar a definir sua clientela e o tipo de clínica a ser realizada. Há duas questões que precisam ser definidas: serão serviço de álcool e outras drogas ou de transtorno? Atenderão crianças e adolescentes ou adultos. Sem esta resolutividade básica não conseguirão caminhar para lugar nenhum.

Este serviço que a princípio foi bem estruturado fisicamente e que contou com uma equipe inicial de 70 técnicos prova que ter pessoal e um espaço físico próprio por si só não constitui uma clínica de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico. É necessário que uma clínica se constitua a partir de sua clientela, do desejo de seus técnicos em atender esta clientela e de uma mínima direção de trabalho que defina o seu fazer diário, a sua *práxis*.

#### **4.4.4 Análise do Grupo Focal dos Familiares**

Foi feito este grupo com cinco responsáveis dos pacientes, os adolescentes não foram porque a equipe decidiu fazer a entrevista num dia de grupo dos pais, pois acharam que se eles fossem chamados apenas para pesquisa talvez não viessem. A equipe relata que é muito difícil os pais participarem com regularidade das atividades do CAPSADi por isso só foram cinco. Da equipe estavam presentes dois técnicos um terapeuta ocupacional e uma enfermeira.

##### **a) Termos e Noções mais frequentes sobre o que os usuários entendem por CAPSADi**

- *“Lugar de apoio”;*

- *“Lugar de médico, porque se fosse depender dos postos nós não conseguia os médicos”;*

Comparam o serviço com o posto com médico: *“Você procura um médico, não tem. Você marca uma consulta, chega lá não tem médico. Por exemplo, meu menino passou mal algumas vezes, a gente levou para dois hospitais. Aí vai atender numa UPA. Acharam um médico numa UPA? Aí internou no Hospital de Base. E aqui durante a semana tem”.*

- *“Eu acho que é a mesma coisa. Agora, só não exames, não é? Exames tem que ser lá.”*

- Lugar de psicólogo: *“Aí eu só queria que tivesse um psicólogo porque eu preciso mesmo de um psicólogo” “E não tem psicólogo aqui?” “Aqui tem não, não é?”*

- Lugar que o juiz encaminha: *“Eu fazia tratamento onde o juiz me mandou, não é? Sabe da minha menina, ele me mandou fazer, mas como eu acabou... E agora estou voltando a precisar de novo porque eu não estou comendo”*

Entendem que o CAPSADi é um espaço para tratamento dos seus filhos, mas falam que também precisam de ajuda e se sentem acolhidas no grupo *“Para adulto, não é? Até porque aqui é um serviço para adolescentes, não é? O espaço é o grupo, não é? E um atendimento individual com qualquer um dos profissionais para uma demanda mais específica, não é? De uma queixa mais particular, não é?” “Então, cada semana acontece uma coisa comigo. Estou muito abalada. Eu cheguei no serviço mesmo, segunda-feira, o pessoal perguntando o que eu tinha, eu falava chorando. Igual para casa mesmo. Não aguento ficar em casa. Não tem como ir para casa.”*

Elas falam da dificuldade de encontrar tratamento para elas na rede, apesar do serviço ter encaminhado, logo o CAPSADi, assim como a igreja acaba sendo lugares de ajuda, mas não de tratamento para elas.

*“Assim, eu vou na igreja, eu tenho grupo lá. Aí, no meio da semana e final de semana eu vou e assisto à missa. Me ajuda muito porque senão estava difícil. Mas me ajuda.”*

## **b) Estruturas profundas de posicionamento quanto as temáticas abordadas:**

- **Rede, território e direitos**

Os usuários consideram este CAPSi de fácil acesso por ter bastante transporte público. O problema é que eles precisam pagar a passagem e alguns chegam a pegar dois ônibus. Quem trabalha acha que isso não é um problema, pois tem o dinheiro para passagem, mas quem não trabalha considera um gasto importante com as passagens para vir ao serviço. Cada usuário entrevistado analisa sua situação individualmente e não conseguem perceber a dificuldade do outro e do direito que todos deveriam ter do fácil acesso ao serviço perto da localidade onde residem. Pontuo isto para o grupo.

O serviço não tem transporte que busque os usuários e um dos entrevistados diz que deveria ter transporte apenas para aqueles que não tem condições de pagar a passagem de ônibus *“É. Principalmente para quem não trabalhasse deveria ter, não é? Buscar.”*

Quanto aos benefícios eles se queixam do corte do bolsa família quando as crianças crescem, faltam à escola, mesmo justificando que estão afastados da escola em função do uso das drogas. Um dos entrevistados relata que só ganha um salário mínimo e já passou por situações difíceis e não conseguiu ajuda *“Não consegui. Pedi uma cesta básica. É uma dificuldade danada. Eu só trabalho mesmo para pagar o meu aluguel. Eu ganho salário-mínimo. Então, eles não me ajudaram. Eles falaram que não tem como voltar. Eu já cheguei lá chorando. No dia que fui despejada, o serviço social me ajudou no aluguel. Porque eu fui despejada uma vez no Riacho. E eu estou quase para ser despejada de novo porque esses meninos meu, aonde eu moro só me dá trabalho. Não é fácil. Aí eu fui lá pedir uma ajuda. Eles falaram que não tem como mais porque o governo cortou até as cestas.”* Eles relatam receber orientações quanto aos seus direitos pelo CAPSi, mas parece que só isto não é suficiente para que seus direitos sejam garantidos.

Quanto a articulação com a rede o serviço parece estar bem articulado com os seguintes setores: Adoloscetro (saúde), conselho tutelar (assistência social), juiz (justiça). Porém com as escolas os pais acham que não *“Inclusive o meu nem está estudando. Porque ele não quer ir para a escola. E ele também depois que foi para casa, ele teve problema daquela doença, quando a pessoa fuma. Na pele.”*

- **Atendimentos e mobilização dos familiares**

Os pais consideram o grupo de primeiro emprego uma boa estratégia para os adolescentes tentarem retomar as atividades da vida. Porém só participa deste grupo no CAPSADi quem não está fumando: *“Mas o meu ainda não tem não. Ele falou que era melhor deixar para o ano que vem. Até ver se ele recupera. Disse que é mais ou menos uns dois meses. E ela não está saindo, não está fumando. Está em casa e fica assim sem querer fazer as coisas. Ele está vindo. Ele está vindo e está tomando os remédios. Foi isso que o médico falou. Daqui a uns dois ou três meses, se ele não sair par fumar, ele vai ficar ótimo. Aí ele pode começar a ter vida.”*

Quando são indagados se o CAPSADi auxilia em outros tipos de tratamento, encaminhamento os pais dizem que nunca precisaram. Ao serem questionados um pouco mais sobre isto eles dizem *“A gente fica tão em cima daquilo, que a gente não pensa em outras coisas. Eu sei que isso acaba sendo a questão, o foco do momento”*.

Os usuários dizem que o serviço não promove atividades externa, esporte, culturais e os pais parecem não se importar muito com isto, pois dizem que depois que os filhos se envolveram com a droga perdem o interesse pelo restante *“O meu eu coloquei ele para fazer,*

*depois ele desistiu. Não quis, porque tudo dele ele joga fora. Não quer, não quer. Aí eu acho que perdeu a vontade”.*

Ao serem indagados se eles acham que poderia haver outro interesse que substituísse a droga na vida dos filhos, eles acham que o trabalho sim. *“É. Trabalho para eles, eles querem”.*

O serviço tem passado por uma rotatividade de profissionais e chefias desde que iniciou isto deixa os pais confusos, sem saber quem é a referência com que eles podem contar quando precisam de algo. Geralmente ligam para o serviço ou vão pessoalmente quando precisam de algo. Uma das mães diz está aflita porque o filho não quer fazer nada *“Queria saber porque o menino estava aqui e não fazia nada. Ele não fazia nada. Não queria vir aqui”.* Eu falei: *“Eu vou perguntar o que eles fazem com uma criança dessas. Não faz nada em casa. Não toma remédio. Fica só na rua andando para cima e para baixo. Porque eu queria saber o que eles iam fazer com esses meninos que não fazia nada, que não quer fazer nada.”*

Quanto ao projeto terapêutico os pais dizem que tem *“O meu, quando eu cheguei, eles fizeram acolhimento, fez o cartão. Aí eu tinha reunião com os grupos. Mas tinha vezes que eu não vinha porque eu trabalhava. Aí eu, (...) já trabalhava em outro. E trazia ele. Tinha dia que ele cismava, ele não vinha.”*

Quanto ao atendimento ou grupo de pais eles dizem *“Eu não trazia ele. Eu que vinha, não é? Eu não trazia ele, mas vi sim. Nós escrevia. Nós escreveu num papel, desenhava, não é? A gente fez um bocado de coisa boa.”*

Os pais consideram as festas que o serviço faz importantes como distração de vida *“Porque anima um pouco a gente, não é? Distrai um pouco. Não pode ser só aquela coisa, assim, casa, trabalho, família, não é? E também faz a gente ver que o problema da gente não é só da gente. Às vezes, o colega do lado da gente tem um problema maior que a gente, não é? E a gente pensa que a gente que sofre muito.”*

Os pais não estão preocupados com projeto de geração de renda para eles, preferem que isto seja oferecido aos filhos *“Eu ficaria satisfeita só para o meu filho. Eu ficaria satisfeita se eu conseguisse alguma coisa para ele, não é? Eu já estaria realizada porque era uma forma de tirar ele da rua, entendeu? De ocupar a mente dele.”*

Quanto a participação em associação de pais, grupos de usuários de droga, os pais falam sobre o constrangimento em dizer que seus filhos usam drogas, sentem-se culpados por terem deixados os filhos sozinhos em casa para trabalhar, nem com a família conseguem conversar e pedir ajuda *“Eu participo da igreja, eu ajudo, eu tenho esse grupo, mas eu estou com vergonha de falar que meu filho é um... Entendeu? Infelizmente, eu tenho esse problema. Eu não tenho coragem de chegar para a minha igreja, para o meu pastor e falar. Eu não tenho coragem.”*

*“Não sei porque minha família me condena porque eu trabalho demais. Eu faço 36, às vezes, eu faço 72 horas. Eu quase não vou na minha casa. E, às vezes, eu me culpo por isso. Por eu ser uma mãe ausente e ter pagado alguém para cuidar do meu filho. Entendeu? Às vezes, eu me culpo por isso. Porque eu trabalho muito, mas é porque eu sou pai e mãe para sustentar. E agora tenho dois netos que estão nas minhas custas. O pai deles está separado, desempregado. Eu acho que se eu não trabalhar vai ficar pior. Aí eu prefiro sustentar a casa entendeu?”*

O CAPSADi é o único lugar onde podem falar disto sem serem julgados, pois na própria família há um afastamento *“Porque quando eu cheguei e falei do meu problema, ela foi a primeira a me dar um abraço. Entendeu? E eu consegui ver de outra forma. Aqui no CAPSi, eu consegui ver luzinha que eu precisava ver. Não adianta. A gente não consegue sozinha. Tem que ter ajuda. Da família. De alguém”* *“Minha família é tão afastada. Quase ninguém vai mais na minha casa passar o final de semana por conta disso.”*

Alguns pais demandam internação para o filho, principalmente no período de crise *“É. Agora, ele já está melhor. Mas aqui agora está bom. Eu queria saber na época em que ele estava só na rua. Aí eu fui até perguntei para o médico. O médico disse não. Interna ele não porque fica pior. E não tem internação para adolescente. Se a senhora pôr ele lá, ele vai ficar revoltado nesses lugares”*

*“Não, mas eu acho que ele estava certo, mas eu penso assim. E para um jovem que está muito agressivo, precisar ser internado? Aonde é que a gente vai internar? Eu tinha que ter cuidado e o médico também falou: Toma cuidado. Eu falei para ele que tinha que ter um lugar para internar. Por exemplo, quando a criança ficar muito agressiva, tinha que ter”, mas ele disse que não tem. É melhor você ver ele internado do que ver ele no cemitério”*

Os pais acham que o CAPSADi é um lugar que ajuda, mas em algumas situações só a internação resolve, com medicamentos. É como se somente outra droga fosse possível livrar seus filhos das drogas ilícitas. *“Tem hora que ela precisa.”* *“É. Essa pessoa tinha que ficar no máximo, assim, um ano. Ou mais, mas sem as atividades. O que eles falam é que é só internar. Porque aí eles iam tomando o remédio”*

O CAPSADi precisa promover um debate amplo com os pais e os adolescentes sobre a internação, as medidas protetivas e a medicação eles parecem não compreender a diferença entre elas e a droga lícita pode acabar virando um substituto para as drogas ilícitas, assim como a internação para a medida sócio protetiva.

## 5. Discussão Geral dos Dados

Considerando a grande quantidade de dados coletados na pesquisa que inicialmente continha 133 questões/indicadores abordados em 05 grandes temáticas (ANEXO A e B), o que percebemos durante os grupos focais foi que as questões, dúvidas e angústias dos trabalhadores e usuários não apareciam conforme a proposta elaborada no questionário e por trabalharmos numa abordagem qualitativa e interventiva não nos preocupamos em segui-lo integralmente.

Os indicadores nos serviram como um farol que acabou nos guiando para outras questões que na análise dos dados foram nos direcionando para as seguintes categorias:

### 1) Formação Profissional

### 2) Processo de trabalho e Organização dos serviços

### 3) PTS

### 4) PTA (Dados do Avaliar CAPS Centro-Norte)

### 5) Rede, Territórios e Direitos

### 6) Eixo clínico-teórico, Dispositivos Clínicos e Modo de Produção do trabalho

### 7) Atendimento e Mobilização dos Familiares

A partir destas categorias, que construímos no decorrer da análise dos dados coletados é que podemos fazer uma análise geral e comparativa do funcionamento dos CAPSi entrevistados e elaborar algumas proposições para a construção de uma clínica nos CAPSi do DF. Segue abaixo sete tabelas, cada uma com dados referentes as categorias mencionadas.

<b>Tabela 1 - Formação Profissional</b>					
Temática	CAPSi Asa Norte	CAPSi Sobradinho	CAPSi Recanto das Emas	CAPSi Brasília	Adi
Total de técnicos/trabalhadores	17	10	08	28	
Vontade de trabalhar na SMIJ	02 técnicos	03 técnicos	01 técnico	Os técnicos que vieram do Adolescento e apenas 01 dos que não vieram deste serviço.	
Formação no campo da Atenção Psicossocial	04 técnicos	01 técnico	0 técnico	04 técnicos	
Curso / Capacitação	Processo de formação profissional	Todos profissionais conhecem os	Mencionam que receberam apenas uma	Fizeram um curso pela SES sobre princípios e	

	individualizado cada profissional busca o seu, não é construído em equipe	princípios e diretrizes da SMIJ;	capacitação do CAPSi da Asa Norte;	diretrizes da saúde mental e foram matriciados pelo Adolescente;
Produção científica	Pouca	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma

Com esta tabela podemos analisar que todos os serviços possuem equipe mínima de trabalhadores, como é preconizado na portaria 336, porém isto não parece ser o suficiente para o processo de formação de uma equipe. Isto foi dito claramente por um dos técnicos entrevistados “Equipe é um processo de construção, não é uma célula por justaposição”. Logo é importante pensarmos em processos de formação de equipes de trabalho para os CAPSi, como isto se processa é o que aponto no próximo capítulo deste trabalho, adentrando no campo da Gestão.

A maioria dos trabalhadores não manifestou o desejo de trabalhar no campo da saúde mental infanto-juvenil e alguns chegaram a verbalizar que estavam naquele serviço pela proximidade da sua residência. Isto nos levou a refletir o porquê do desinteresse por este campo. O CAPSADi de Brasília, no ano passado, não apenas foi extinto, como foi transformado num serviço de atendimento a adultos com transtornos mentais. O que do infantil não conseguiu ser sustentado por aquela equipe?

Quanto a formação no campo da atenção psicossocial poucos trabalhadores realizaram, quiçá no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. Para suprir esta deficiência os profissionais buscam formação por conta própria, pois as oferecidas pelo Gestor Local são pontuais, com exceção de um serviço que durante um bom tempo de sua existência foi matriciado por outro serviço de referência (CAPSADi e o Adolescente), mesmo assim, o processo que a equipe chamou de matriciamento, segundo eles, não aconteceu de fato. O resultado disto é pouca produção teórico/científica nos serviços, o que pode nos ajudar a pensar porque não encontramos muitos trabalhos publicados sobre os CAPSi, atualmente.

Os dados apontam para necessidade de formação profissional no campo da saúde mental infanto-juvenil e para necessidade de construção de um processo seletivo de trabalhadores para CAPS. Não é possível formar equipes de trabalho, nos serviços substitutivos da RPB, apenas por categoria profissional. Visto que é exatamente a desconstrução das disciplinidades com que trabalhamos em nossas *práxis*.

O processo de formação profissional das equipes de uma maneira generalizada é individualizado, cada técnico investe em sua formação no campo da atenção psicossocial, não

há um processo de formação profissional em equipe e isto aponta para alta rotatividade de trabalhadores nos serviços e para dificuldade inerente as construções coletivas que se fazem necessárias no CAPSi, como o PTA, PTS, diagnóstico e tantas outras questões que interferem no processo de trabalho em si e na organização dos serviços, como veremos a seguir.

<b>Tabela 2 - Processo de Trabalho e Organização do serviço</b>				
Temática	CAPSi Asa Norte	CAPSi Sobradinho	CAPSi Recanto das Emas	CAPS Adi Brasília
Relações de trabalho	Há diferenciação no processo de trabalho e as relações não são horizontais com todos os técnicos principalmente na Psicologia e Psiquiatria;	Relações verticalizadas, consideram que o diagnóstico é do campo Psi;	Relações de trabalho horizontais "circulariedade"; equipe se sente coesa pelo número pequeno que tem de técnicos faz com que trabalhem sempre juntos;	Não funcionam horizontalmente; processo de trabalho iniciou-se de forma fragmentada no Adolescente; nas relações de trabalho há uma predominância no campo psi (psicologia e psiquiatria);
Porta de entrada	Não funcionam de porta aberta (acolhimento agendado a partir da demanda que vem do COMPP); Porta de entrada é o COMPP;	Funciona de porta aberta Todos fazem acolhimento com exceção do administrativo;	Não funciona de porta aberta; o acolhimento é feito por todos na equipe, inclusive o médico que não é psiquiatra;	Funciona de porta aberta;
Rotatividade dos técnicos na equipe	Dificuldade de integração da equipe, muita rotatividade de profissionais; Respostas individualizadas para as dificuldades coletivas;	Alta rotatividade dos técnicos;	Alta rotatividade dos técnicos;	Alta rotatividade dos técnicos;
Supervisão Clínico-Institucional	Não	Não	Não	Não
Estrutura física do serviço	Espaço físico inadequado; falta de material; Não possui transporte;	Bom espaço físico, mas requer reforma e manutenção; não possui transporte;	Espaço físico inadequado; não possui transporte;	Bom espaço físico, mas requer adequações; Não possui transporte;

Modalidade de atendimento	Atendimentos coletivos por faixa etária, individuais e grupo de pais;	Atendimentos individuais, coletivos, grupos, oficinas; trabalham com a divisão etária crianças e adolescentes;	Atendimentos em grupos terapêuticos por faixa etária; atendimentos individuais são feitos apenas pelo médico e psicólogos;	Há atendimentos individuais por especialidades e em grupo; Avaliação de enfermagem e avaliação clínica
---------------------------	---	--	--	--

**Tabela 2 - Processo de Trabalho e Organização do serviço**

Temática	CAPSi Asa Norte	CAPSi Sobradinho	CAPSi Recanto das Emas	CAPSi Adi Brasília
Diagnóstico	Preponderância do Diagnóstico Médico	Preponderância do Diagnóstico “Psi” (psiquiatra e psicológico)	Dificuldade de construir diagnóstico em equipe, pois o psiquiatra é de outro serviço.	Diagnóstico feito pelo médico sem discussão com a equipe;
Crise	Geralmente é encaminhada para o hospital; acompanham paciente e família durante a internação	Encaminham para internação e acompanham paciente e família durante a internação;	Tentam atender pacientes em crise e o recurso que utilizam para isto é o atendimento em dupla, quando o manejo fica difícil encaminham para o hospital;	Não há manejo para crises é encaminhado para internação ou para o CAPSAdi Taguatinga que tem acolhimento noturno;
Articulação com a rede	Demoraram para fazer articulação com a rede devido a indefinição do território;	Boa articulação com a rede, iniciaram este trabalho assim que o serviço foi criado;	Fazem articulação com a rede;	Trabalho na rede fragmentado não há co responsabilização dos pacientes por mais de um serviço ao mesmo tempo;
Alta	Estabelece critérios para alta; Não há articulação com os CAPS adultos para encaminhamentos dos pacientes;	Ainda não começaram a trabalhar com alta;	Dificuldade para encaminhamento aos serviços de adulto;	Não trabalham com o termo alta;
Medicação	Temática da medicação pouco	A temática da medicação circula bastante	Não há circulação desta temática entre os técnicos	Não há circulação desta temática entre os técnicos

	circula entre os técnicos	entre os técnicos		
--	---------------------------	-------------------	--	--

Há uma primazia do saber psiquiátrico dentro das equipes. Os diagnósticos são feitos pelo médico e mesmo que ele seja desconstruído, geralmente é o primeiro a ser posto no prontuário e levado para discussão na equipe, isto quando ele é discutido. O que aponta para uma não horizontalização das relações de poder no trabalho. Há uma supremacia velada do campo Psi (Psicologia e Psiquiatria) na maioria dos serviços. O que aponta para a dificuldade da construção de uma proposta transdisciplinar neste campo.

Para Rinaldi (2000), “Se a pluralidade de orientações pode ser pensada como um fator positivo, que estimula a interlocução e a convivência com as diferenças, a inexistência de uma proposta explícita de direção clínica para o conjunto da instituição cria um vácuo onde se reafirma o tradicional discurso médico.” Este é o risco que o campo da reforma psiquiátrica corre se não conseguir sustentar uma técnica para os serviços de saúde mental infanto-juvenil.

O que percebemos com estes dados é que os trabalhadores dos CAPSi conhecem os princípios da RPB e os que não conheciam o gestor local informou-os nas capacitações oferecidas. Porém, uma técnica atrelada a uma ética é condição indispensável para o fazer diário nesses serviços e para que a RPB se concretize, pelo menos no campo infanto-juvenil.

Segundo Lalande, (1993, p.1109), técnica se define como “um conjunto de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis”, ou seja, a reforma possui pressupostos éticos reconhecido pelos seus trabalhadores, mas a operacionalização dos mesmos para constituir um campo de trabalho requer um conjunto de procedimentos condizentes com as proposições feitas a partir do arcabouço teórico da Reforma Psiquiátrica.

Conhecer o dispositivo CAPS, conforme é estabelecido no manual do MS (2004b), não é suficiente para o fazer diário desta clínica.

“O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” (MS, 2004b, p.13).

Nisto implica, a ideia de um cuidado personalizado, em uma posição ativa do paciente frente ao seu tratamento, cabendo a ele juntamente com a equipe que lhe oferece cuidados e com seus familiares construir o contorno do seu tratamento. Isto é a aplicação de uma ética

numa técnica. Logo, trata-se como estamos vendo na análise dos dados desta pesquisa toda a complexidade desta clínica na possibilidade de sustentar a construção de um espaço de cuidado, tratamento, como um lugar, no qual um sujeito singular, em crescimento, no caso infantil, possa vir a existir.

É claro que a técnica pode cair no lugar da alienação e repetição, isto não é novidade, mas é necessário que estejamos advertidos quanto a isto para que um fazer sem sentido, com profissionais alienados em atividades obrigatórias e com usuários obrigados a atividades alienantes, apenas para cumprir atividades do quadro semanal, não é o que esperamos de um CAPS. Uma reflexão acerca da alienação na técnica sempre é necessária. Mas isto, não pode nos afastar da necessidade de ela ser utilizada. No campo infanto-juvenil isto fica muito evidente, por exemplo, quando utilizamos o brincar no coletivo como técnica de intervenção com as crianças e os adolescentes e alguns profissionais não conseguem entender qual a função do brincar na constituição destes sujeitos. Por isto demos uma importância grande nesta pesquisa em saber como os serviços se organizam e estruturam seus processos de trabalho.

Não existe um formato pronto de CAPSi, nem deve existir, pois cada serviço deve se constituir a partir dos seus pacientes, sua equipe e seu território, e como dito anteriormente este é um trabalho muito singular e complexo, mas precisa ser feito. Minha supervisora, professora Sonia Alberti, durante os anos que estive na gerência do CAPSi Asa Norte sempre me alertou para a necessidade que os sujeitos em sofrimento psíquico, que se encontram na tentativa de construção de si próprios como sujeito, precisam de um serviço minimamente organizado e estruturado para se organizarem. Ou seja, algo do externo precisa estar organizado para que se possibilite uma organização interna.

Quanto a questão do diagnóstico, é uma problemática para as equipes dos CAPSi. O papel político exercido pelo saber técnico-científico dos especialistas manifesta-se nos diagnósticos por especialidades, segundo Castel, 1987, p.115 “Uma orientação diferente desenvolve-se a partir de uma transformação dos dispositivos médico-psicológicos que, autorizando uma dissociação radical entre o diagnóstico e o atendimento faz balançar a prática terapêutica para o lado de uma pura atividade de experts. O saber médico psicológico torna-se dessa forma o instrumento de uma política de gestão diferencial das populações, mais do que de cuidados”. Se faz necessário, que o discurso do especialismo se esvazie no campo da assistência, mas corremos o risco que com esse esvaziamento, o discurso médico volte a se apoderar dos diagnósticos e direção do tratamento. Temos vivenciado isto mais recentemente no campo infanto-juvenil com o retorno de antigas técnicas já suprimidas pela Reforma

Psiquiátrica, vindas com outra roupagem científica, como eletroconvulsoterapia, cirurgia no lobo frontal para diminuir agitação de criança autista sem resposta medicamentosa.

Interessante perceber que na equipe onde não tem psiquiatra ou médico a temática da medicação circula mais fácil, ou seja, me parece que aonde não aparece o “poder médico” do diagnóstico, esta questão circula livremente, exatamente por não ter alguém no domínio dela. Outra questão semelhante acontece com o assistente social, onde ele não é presente, a questão dos direitos e benefícios circulam mais entre os técnicos, todos sentem a obrigação de acompanhar essas questões, ao contrário da equipe que tem um assistente social e consideram que é função exclusiva dele tratar sobre isto.

Isto nos remete ao conceito da transdisciplinariedade que Costa-Rosa aborda na clínica da atenção psicossocial, considerando o quanto ele é importante para o desenvolvimento de uma clínica para além das disciplinas, no modo psicossocial.

Costa-Rosa (2013, p.164) aponta para “a necessidade da atitude transdisciplinar nas práticas da Atenção Psicossocial”, ou seja, é necessário um processo de produção de constituição de subjetividades que vá para além do trabalho feito por cada área profissional que compõe uma equipe técnica dos CAPSi.

País (1996), define a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade a partir de uma posição como cada especialista deve se colocar frente ao outro e ao saber que carrega.

“(...) pôr em jogo uma atitude ante o saber que possibilita a escuta de outros discursos (tanto os pronunciados pelos pacientes como os sustentados por outros profissionais) e a incorporação de algumas conceitualizações que, em princípio, não têm porque modificar corpo teórico de nenhuma disciplina, mas que permite ao profissional que reconhece as próprias limitações de sua especialidade colocar-se com relação à vertente epistêmica de seu desejo, de tal maneira que lhe seja possível recorrer no momento preciso a quem corresponda para produzir as intervenções que aparecem necessárias (...)” (p.29)

Neste texto, o autor propõe a transdisciplinaridade na clínica com crianças, em virtude da complexidade do sujeito com o qual se depara e a necessidade de se gerar um novo saber pelo trabalho das diversas especialidades em cada intervenção em particular com este sujeito. Ele propõe que cada um coloque suspenso o seu saber para construção de um novo saber, mas que se permita ser atravessado por uma concepção ética comum, ou seja, uma concepção acerca do sujeito que seja compartilhada por todas as disciplinas. Isto significa, segundo País (1996), que o que sustenta o trabalho transdisciplinar não está ocupado por uma teoria em particular, mas uma “ética própria da nova especificidade interdisciplinar”. Esta ética, para ele trata-se da ética

do sujeito como propõe a psicanálise, que em si trata-se de uma política para este tipo de clínica, como proponho e discuto mais à frente.

<b>Tabela 3 - PTS e PTA</b>				
Temática	CAPSi Asa Norte	CAPSi Sobradinho	CAPSi Recanto das Emas	CAPSi Brasília
PTS	Não é construído em equipe; Não utiliza formulário próprio para PTS	É cosntruído em equipe e possuem formulário próprio para isto	PTS é feito por parte da equipe, não possuem formulário próprio para isto e o revisam quando há necessidade	Elaboram após o fluxo de atendimento por especialidades (Enfermagem, clínica médica)
PTA	Possui mas não foi revisado pela equipe por não está sendo usado	Não possui	Não possui	Não possui

Quanto ao PTA, este foi um dado pesquisado no Avaliar CAPS, em que constatamos o quanto a sua construção na equipe é uma problemática. Novamente apontamos para o campo da técnica, ou seja, pelo fato de já ter sido dado a priori como deve funcionar um CAPS, os serviços compreendem que se fazem acolhimento, funcionam de porta-aberta e realizam grupos já pressupõe que funcionam como um CAPS. Muitos gestores também pensam desta forma, e talvez por isto não consigam monitorar efetivamente a clínica realizada pelos CAPSi e assim acabam apenas cobrando a produtividade e a quantidade de usuários ativos no serviço.

Dos serviços entrevistados apenas um deles sabia que havia a necessidade de um projeto terapêutico assistencial para o serviço ser credenciado no MS.

Quanto ao PTS a dificuldade na sua construção coletiva parece estar relacionada a discussão dos casos pela equipe, pois nem sempre é possível discutir todos os casos com toda a equipe. A ausência de supervisão também dificulta esta construção.

Como levar a equipe a perceber a importância da construção e transmissão dos casos na clínica do CAPSi? Para isto seria importante a sistematização do estudo dos casos. Devido ao pouco tempo disponibilizado para isto só os casos mais graves são revistos rotineiramente pela equipe. Se os demais casos não são revistos, isto interrompe a revisão do PTS que por sinal retarda a alta do paciente. Logo a questão do PTS tem toda uma ligação com a condução do tratamento do paciente no CAPSi.

Tabela 4 - Rede, Território e Direitos				
Temática	CAPSi Asa Norte	CAPSi Sobradinho	CAPSi Recanto das Emas	CAPSi Brasília
Rede	Trabalha pouco intersectorialidade;	Trabalha intersectorialidade;	Trabalha intersectorialidade;	Trabalha pouco intersectorialidade;
Território	Não é territorializado;	É territorializado;	É territorializado;	Trabalham com uma "falsa" territorialização pois na verdade só tem dois serviços que atendem esta demanda no DF, logo o território é extremamente grande o que inviabiliza ações clínico-territoriais;
Direitos	Benefícios e direito dos usuários é discutido em equipe e com os usuários;	Benefícios e direitos dos usuários fica a cargo da assistente social, não é discutido em equipe	Benefícios e direitos dos usuários é pouco discutido com a equipe	Relatam que o usuário de drogas não possui quase nenhum benefício;

A ausência de territorialização dos serviços compromete a prática intersectorial dos mesmos. Observamos que os CAPSi que já tinham um território definido, conseguiam trabalhar mais os outros dispositivos da rede intersectorial, do que os CAPSi que possuem um vasto território. O CAPSi Asa Norte durante muito tempo esteve voltado apenas para as atividades internas do serviço, pois o seu território, durante quinze anos, foi todo o DF e as cidades do entorno.

Segundo Carvalho, Gondim, Holanda e Alencar (2014) é possível abordar os avanços e desafios dos CAPSi por meio da divisão em espaço: intramuro e extramuro.

Para os autores o CAPSi intramuros se baseia na proposta de projetos terapêuticos singulares e acolhimento por equipe multiprofissional e o CAPSi extramuros representa a mobilização da comunidade para reinserção social das crianças e adolescentes, efetivação integral da reinserção social, expansão da assistência às famílias e fortalecimento das estratégias na comunidade, ampliação da parceria entre escolas e ESF por meio de matriciamento, implantação de ações para enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, além de estímulo às pesquisas científicas. O que percebemos em nossa pesquisa que além da necessidade dos

serviços serem territorializado para desenvolverem as atividades extramuros é necessário também que os serviços se organizem internamente, sua dinâmica clínica para que possam avançar no extramuros que esta clínica exige.

Podemos citar outro exemplo onde os CAPSi apresentaram muita dificuldade - o manejo das situações de crise - a maioria dos serviços entrevistados por não conseguirem manejar a crise, encaminham para internação. Como articular com os hospitais gerais, quanto a real necessidade de internação de uma criança e adolescente se os serviços não tentarem manejar a crise de outra forma? Uma das queixas que ouvimos com frequência dos hospitais do DF é porque os CAPSi não recebem os pacientes em crise? As equipes argumentam a precariedade dos serviços, ausência de espaço, medicação e outras questões que são verdadeiras, mas também há algo de um “não saber fazer” com uma criança ou adolescente em surto psicótico, por exemplo, que desestabiliza e angustia tanta os técnicos que a alternativa mais viável acaba se tornando a internação.

Segundo (Couto, 2008) o principal problema brasileiro dos serviços públicos para crianças e adolescentes é a desarticulação dos mesmos. A intersetorialidade deve contemplar a singularidade de cada território e o cuidado em rede deve funcionar com co responsabilização dos casos. É extremamente importante que os CAPSi, os hospitais e as equipes da rede de atenção básica trabalhem de maneira integrada para que ambas compartilhem a responsabilidade e garantam maior resolutividade no manejo das situações que envolvam intenso sofrimento psíquico de crianças, adolescentes e seus familiares.

<b>Tabela 5 - Eixo clínico teórico e modo de produção do trabalho (MPT)</b>				
Temática	CAPSi Asa Norte	CAPSi Sobradinho	CAPSi Recanto das Emas	CAPSi Brasília
Eixo clínico teórico	Prática entre vários e o coletivo;	Não há uma direção clínica apesar de considerarem importante;	Consideram seu eixo clínico teórico o campo da saúde mental;	Análise sistêmica; atitudes, declarações e a arte de construir relações (metodologia adotada pelo Adolescente);
Dispositivos clínicos	Coletivo, técnico de referência e atividades externas;	Trabalham com, técnico de referência, grupos, oficinas, acompanhante	Grupos terapêuticos, oficinas, psicoterapia, atendimentos individuais, não trabalha com técnico de referência;	Trabalham com técnico de referência e equipe de referência, devido a

		terapêutico, visita domiciliar		extensão do território; redução de danos;
MPT	Asilar	Psicossocial	Psicossocial	Asilar

Na avaliação dos CAPSi do DF nos propomos a analisar em qual modo funciona os serviços, a partir das lógicas diacrônicas e sincrônicas propostas por Costa-Rosa (2000). Este questionamento nos ocorreu a partir da pesquisa do Avaliar CAPS Centro-Oeste/Norte 2013, onde constatamos que muitos CAPS não estão funcionando de acordo com as estratégias da atenção psicossocial.<sup>3</sup>

Percebemos com os dados desta pesquisa que apenas a definição de um eixo clínico-teórico não é suficiente para que um CAPSi opere segundo o modo psicossocial. Assim, como a utilização de dispositivos clínicos inerentes ao campo da reforma psiquiátrica sejam o fator determinante para este tipo de funcionamento. O CAPSi de Sobradinho que alegou não ter um eixo clínico-teórico definido pela equipe consegue funcionar no modo psicossocial, o que o CAPSADi com eixo clínico-teórico definido e dispositivos clínicos do campo da reforma psiquiátrica não consegue. Isto nos fez questionar nossa tese inicial de pesquisa sobre o que realmente pode contribuir para que um CAPSi construa sua clínica nos modos da atenção psicossocial.

Para isto tomemos como exemplo o CAPSADi de Brasília, cuja própria equipe disse que ele não funcionava como um CAPS e que neste ano foi desconfigurada sua proposta e trabalho como CAPSADi e se transformou num CAPS II. Utilizamos este exemplo apenas como dado de pesquisa para nos ajudar a refletir sobre nossas *práxis*. Em nenhum momento pretendo julgar a equipe que fez parte deste dispositivo de trabalho, pois na escuta que fiz dos colegas de trabalho, percebi toda a angústia que sofriam pelas dificuldades que sentiam no dia a dia, em não conseguir colocar em prática um trabalho almejado, houve muito sofrimento e adoecimento neste processo. Por isso segue meu respeito e admiração por eles terem tentado e

<sup>3</sup>O Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial - Avaliar CAPS foi instituído pela Portaria GM nº

678/2006. O Ministério da Saúde realizou três edições do Avaliar CAPS (2004, 2006 e 2008 - Ministério da Saúde, 2011) e a quarta e última edição foi realizada por intermédio de parcerias com cinco instituições de ensino, dentre eles está o projeto “Avaliar CAPS Centro-Oeste/Norte”. O projeto foi desenvolvido com a coordenação do Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, por meio de um convênio firmado em 2010 entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília com o objetivo de avaliar os CAPS dos Estados das Regiões Centro-Oeste e Norte com cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em dezembro de 2013.

alguns ainda estarem tentando trabalhar num modo de atenção psicossocial em outra modalidade de serviço.

Na época que este serviço foi criado já havia uma equipe que atendia a demanda de adolescentes usuárias de álcool e outras drogas no Adolescentro (Centro de Saúde), ou seja, um trabalho já era feito com estes usuários. Quando o gestor local (DISAM) decide criar o CAPSADi, há verba para preparar a estrutura física do serviço, funcionar 24 horas. E há uma equipe de quase 70 técnicos que começa a compor este serviço. Ou seja, há espaço adequado, há pessoal mais do que suficiente e há capacitação para tal. O que faltou para sustentar o funcionamento no modo psicossocial deste serviço?

Um importante dado que a pesquisa aponta é que faltou uma territorialização viável de trabalho para esta equipe. E com isto, a intersetorialidade que é essencial para esta clínica ficou bastante prejudicada. A equipe deste serviço até tentou utilizar como dispositivo clínico equipes de referência por região de saúde na tentativa de cartografar o território e atender a extensa demanda que tinham. O que foi uma boa estratégia de trabalho, mas que não se sustentou.

Outro fator que considero importante e que esta equipe, não teve foi a supervisão clínico-institucional. Sobre ela pretendemos falar mais a frente, na tentativa de compreender sua importância para o trabalho em equipe feito nesses serviços.

Quanto à transdisciplinariedade foi também uma barreira difícil a ser construída no CAPSADi. O serviço parecia funcionar num modelo disciplinar em que a porta de entrada se sustentava em avaliações de enfermagem, psiquiátrica e clínica médica. Segundo Costa-Rosa (2013) nossa *práxis* cotidiana de trabalhadores do campo da atenção psicossocial é o *lócus* do exercício de superação das práticas disciplinares em que ainda estamos imersos. Para o exercício real de novos modos de vida social e institucional, e de divisão do trabalho nos novos modos de subjetivação, se faz necessário uma prática transdisciplinar.

“O maior problema não decorre, portanto, de se tratar de trabalho em equipe, mas por se tratar de um trabalho em que predomina o media-dor da relação na forma do Modo Capitalista de Produção, muito mais do que sujeitos do sofrimento e trabalhadores, que a atualizam. Por isso nossa insistência em sugerir atenção às formas em que se dão as relações intra-institucionais nos diversos âmbitos” (p.164)

O autor exemplifica duas propostas possíveis da clínica transdisciplinar dentro da atenção psicossocial, com referencial teórico e operadores distintos, que tentam superar os especialismos e as disciplinas nos seus efeitos de subjetivação: uma é baseada na psicanálise de Lacan e outra definida em algumas proposições da filosofia da diferença de Deleuze com elementos da psicanálise de Freud. Trata-se dos dispositivos chamados “prática ente vários” e

“plano da clínica transdisciplinar”. Esses dispositivos são, portanto, fundados em campos de conhecimento originalmente não disciplinares.

Quanto a “prática entre vários” trabalharemos a conceituação deste dispositivo no próximo item da tese, dentro da proposta de coletivos que sugerimos para os CAPSi, pois existem alguns serviços (CAPSi) que a utilizam na clínica com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Quanto ao “plano da clínica transdisciplinar” indicamos a leitura de Passos e Barros (2000). Esses autores fornecem importantes princípios e meios para construção de um Clínica Crítica Ampliada dos processos de subjetivação na Atenção Psicossocial através de uma articulação teórico-filosófica e ética.

<b>Tabela 6 – Usuários</b>				
Temática	CAPSi Asa Norte	CAPSi Sobradinho	CAPSi Recanto das Emas	CAPSi Brasília
Como entendem o serviço	Confusos quanto a ser COMPP ou CAPSi, não entendem a diferença;	Sentem no CAPSi um lugar de extensão da família onde podem até trabalhar a não aceitação dos seus filhos pelos demais familiares;	Usuários críticos quanto a territorialização dos serviços, mas desconhecem a rede e o serviço em que seus filhos estão inseridos;	Entendem o serviço dividido por especialidades (médico e psicologia, serviço social);
Participação na Organização do serviço	Não	Não	Não	Não
Engajamento político	Não se sentem participativos da política de saúde mental do DF e nem a conhece;	Pais engajados politicamente, atuantes e informados sobre a organização do serviço;	Pouco engajamento político, apesar de terem conseguido através de mobilização do conselho de saúde levar um CAPSi para sua localidade;	não abordam a questão dos direitos como algo coletivo, mas individual;

<b>Tabela 6 – Usuários</b>				
<b>Temática</b>	<b>CAPSi Asa Norte</b>	<b>CAPSi Sobradinho</b>	<b>CAPSi Recanto das Emas</b>	<b>CAPSi Brasília</b>
<b>Acesso</b>	Dificuldade de acesso, logo o que abrir a porta eles entram e não estão preocupados se é COMPP /CAPSi/CAPSADi; Não funciona de porta-aberta;	Fácil acesso ao serviço; funciona de porta aberta	Dificuldade de acesso físico e de ser atendido; tem lista de espera;	Dificuldade de acesso físico ao serviço, funciona de porta aberta;
<b>Direitos</b>	Usuários poucos informados quanto aos seus direitos e benefícios	Usuários são informados quanto aos seus direitos	Tem conhecimento e acesso aos direitos e benefícios	Recebem informação quanto aos seus direitos, mas necessitam de maior apoio do serviço para que os consigam de fato; há uma perda automática dos benefícios por serem usuários de drogas
<b>Assembleia</b>	Tem, mas os usuários não participam com frequência;	Não tem no serviço, mas gostariam de participar;	Não tem no serviço;	Não tem no serviço;

Quanto aos usuários dos serviços escutamos mais os responsáveis das crianças e adolescentes, poucos adolescentes participaram das entrevistas. Seria necessário mobilizar outro grupo focal com as crianças e os adolescentes para abordar essas questões e poder escutá-los melhor. Infelizmente, como esta pesquisa foi feita apenas por mim, não consegui abordar os usuários direto da pesquisa. Penso que numa próxima etapa, na devolutiva do trabalho, que me comprometi a fazer com todos os serviços, possa solicitar uma mobilização maior dos CAPSi para a participação das crianças e dos adolescentes.

Os pais, em sua maioria, utilizaram este grupo para falar de suas angústias quanto as dificuldades de acesso para tratamento dos seus filhos e do sofrimento que vivenciam por terem um filho com “transtorno mental” e se sentirem tão sozinhos e também adoecidos neste processo.

Nesse sentido, a pergunta inicial que faço para eles sobre o que entendem ser o CAPSi até parece meio sem sentido, pois para quem não tem atendimento nenhum “a porta que abrir se entra e pronto”, como diz uma das mães entrevistadas, seja ela CAPS, CAPSi, CAPSAdi, COMPP, Adolescentro, Hospital de Base ou HMIB. É difícil escutar isto, pois são tantas necessidades que os familiares enfrentam para cuidar de seus filhos, numa rede de serviços desarticulada. E aqui me coloco como integrante desta rede que vivencia essas dificuldades; por isso decido escutá-los, acolhê-los e fazer as intervenções possíveis, neste encontro.

Desta escuta percebemos que há uma forte necessidade de empoderamento dos usuários para reconhecerem a força política que possuem para promover ações no campo clínico, político e institucional. De maneira geral, os usuários estão desinformados sobre o processo de trabalho e de como lidar com os filhos em crise. Os pais anseiam por coisas que habilitem seus filhos socialmente, uma das apostas deles é o trabalho.

Percebemos que os pais mais engajados no processo de trabalho do serviço e no tratamento dos seus filhos são aqueles onde o CAPSi está mais organizado, ou seja, aonde a equipe compreende o que faz, isto é transmitido para os usuários automaticamente.

Há uma necessidade de politização dos usuários, para isto é preciso que a equipe cumpra o papel político do CAPSi que está associado diretamente a sua clínica como veremos no próximo capítulo.

A análise dos dados desta pesquisa também aponta para a necessidade de uma gestão da clínica e reafirma a importância de desenvolver critérios e instrumentos que permitam a análise constante dos serviços substitutivos, de acordo com a realidade local; bem como, adotar uma cultura para a utilização de indicadores no cotidiano de técnicos, gestores, usuários e familiares.

A gestão também é clínica, por isto considero as duas indissociáveis, mas para que ela ocorra é importante construir os referenciais teóricos dessa clínica da gestão. É nesta direção que escrevemos o próximo item desta tese, onde proponho pensarmos na gestão da clínica a partir de uma política e uma ética para os coletivos dos CAPSi.

### **5.1 Análise de dados a partir de uma perspectiva da Teoria Lacaniana dos Discursos**

Ainda, pensando em uma contribuição que a psicanálise pode trazer para esta pesquisa, proponho fazermos uma análise dos discursos presentes nas equipes dos CAPSi entrevistados a partir da teoria lacaniana dos discursos.

Neste trabalho percebemos que a estrutura dos serviços analisados, tal como seus sujeitos, são simbólicas e possuem sua própria condição discursiva. Assim sendo, todas as suas configurações, sejam elas políticas, medicamentosas, sociais, pedagógicas, clínicas, entre outras estão submetidas a um discurso operante nelas. Logo, concordamos com Lacan (1969/1970) quando diz que o “discurso é uma estrutura necessária” (p.10), pois cada realidade se funda e se define por um discurso e “que o amor é o signo de que trocamos de discurso” (Lacan, 1972-1973, p.23).

Desse modo, uma organização, ou serviço, possui uma estrutura discursiva que tenderá a prevalecer um tipo de discurso. Hoyer (2010), partindo da conceituação dos discursos de Lacan (1969/1970), afirma que a modalidade de discurso predominante na instituição é o discurso do Mestre:

Dessa maneira, o discurso do mestre inaugura a condição do humano na linguagem, ou seja, é a modalidade discursiva instituinte do sujeito e da instituição, a modalidade de discurso predominante nesta última. Isso posto, é possível afirmar que toda instituição se estrutura embasada pelo discurso do mestre. Retomando Freud, o mestre/líder, elevado à condição de ideal do eu – significante aqui representado como (S1) -, é, a um só tempo, o que se encontra na origem e que sustenta uma instituição. Ademais, o significante mestre (S1), no lugar do agente, submete o outro a seu discurso. E o que é o (S1)? É um significante considerado com base em sua propriedade de comando. Na composição de uma instituição pode-se dizer que S1 (significante-mestre) comanda os eu (s), (moi (s)), em posição de ‘escravos’. (p.112)

O líder, por não ter conhecimento da sua castração e buscar o poder, utiliza-se deste discurso para que tudo funcione conforme o seu gozo, sendo o ideal do eu dos seus “escravos”. Essa é a razão, segundo a autora, de o discurso do mestre ser por excelência o discurso da instituição. Hoyer (2010, p.114) diz que “consequentemente, o discurso do mestre – ou institucional – recusa a singularidade do sujeito e impõe a negação do um a um, exigindo que ‘todos’ renunciem ao gozo em nome e em torno de UM (S1) ideal coletivizante”. É isto que faz uma instituição, orientada por este discurso, não poder ficar sem um líder, ou seja, é preciso um apelo ao “Mestre/S1” que passa a funcionar como um operador da estrutura institucional.

Esta argumentação da autora me fez interrogar qual discurso estaria operando nos CAPSi que entrevistei e se haveria um discurso ideal a ser operado nesses serviços. É difícil em apenas dois encontros com grupos distintos de cada serviço, identificar o tipo de discurso que opera nas equipes dos CAPSi, porém nos grupos entrevistados observei que em todos os CAPSi da pesquisa perpassava o discurso do mestre, pois há uma necessidade de governo e poder que a todo tempo atravessou a fala das equipes, não apenas na posição dos gerentes dos serviços a

quem talvez pudesse ser atribuído esse lugar de S1, de mestre. As questões referentes ao poder e ao ato de governar apareceu na fala dos técnicos na luta que engendram para reconhecimento dos seus serviços. É como se pelo poder/governo pudessem ser reconhecidos pelo que fazem e receberem o que precisam para funcionar. Talvez se coloquem nesse discurso, com o intuito de fazer a lei, como significantes mestre de uma instituição, operar no lugar de agente, para que realmente pudessem funcionar como determina as regras, as normas das políticas públicas. Ou seja, se faz necessário em uma instituição uma lei que os autorize e os coloque a funcionar.

Penso que no caso dos CAPSi esta lei seja os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira as quais todo CAPSi deve se submeter para funcionar. A partir deles, cada serviço de acordo com o seu território, seus usuários e sua equipe pode encontrar seu estilo próprio de trabalho, seu modo peculiar de funcionamento. Mas se faz necessário uma lei maior que constitua esses serviços

Além do discurso do mestre, percebi nas particularidades e história da criação dos serviços a presença de outros discursos nas equipes. Alguns desses serviços operam fortemente com o discurso Universitário. Ao ponto de ser atribuído a eles a função de capacitar os demais serviços. Quando o gestor local solicita a alguns serviços da rede que capacite os demais, sobrepõe a estes um saber encarnado no lugar de agente que impõe um saber ao outro, tratando-o como objetos. A consequência disto são sujeitos divididos e impotentes em alcançar seus significantes-mestres que guiam seu modo próprio de funcionar na instituição, sem falar nas animosidades e rivalidades surgidas que este discurso pode provocar numa rede em que o saber precisa ser construído por todos e não pode ser detentor de apenas alguns serviços.

Outros serviços estavam fortemente atravessados pelo discurso da histérica pois a questão principal que se encontravam era numa demanda ao mestre para que ele produza algum saber, que a priori já estava definido em suas atribuições enquanto proposta de trabalho. Penso, que o que eles faziam com estes questionamentos e com o funcionamento desorganizado com que operavam era um sintoma de uma problemática muito maior sobre o desejo deles enquanto equipe. Ou seja, sustentar o desejo a que vieram. É isso que a histeria aponta, para a natureza conflitante ou autocontraditória do desejo. Por isso considerei fundamental ter iniciado as entrevistas fazendo-os refletir sobre a vontade de estarem naquele local de trabalho, no campo da saúde mental infanto-juvenil.

O que permite que uma prática clínico-institucional se estabeleça é a pergunta acerca do nosso desejo, ou seja, do quanto de desejo temos investido numa ação. Considero que mais do que trazer para a equipe o questionamento sobre o lugar que desejavam ocupar, levantar a questão acerca do nosso próprio desejo em articulação com a transferência é o que pode vir a

sustentar um trabalho clínico com sujeitos em grave sofrimento psíquico. Assim sinaliza Cavalcanti:

“Talvez o mais importante para os que trabalham neste campo da prática psiquiátrica seja um questionamento permanente a respeito do seu próprio desejo: ‘O que eu estou fazendo aqui?’, deveria ser a pergunta cotidiana. Só assim nos manteríamos numa dimensão ética, aquela que, como vimos, articula desejo e ação. Isto é de extremo valor porque coloca em jogo outra ferramenta fundamental que sem ela nada se passa - a transferência” (Cavalcanti, 1992, p.212)

Estes são apenas exemplos de como os CAPSi podem operar quanto ao discurso que estão inseridos. O que proponho a partir destas reflexões, como contribuição da psicanálise para o campo institucional é que existe um dos discursos, teorizados por Lacan, que melhor poderia produzir efeitos na prática dos CAPSi é o discurso do analista. Que é exatamente uma torção do discurso do mestre, como diz Lacan (1969/1970):

Em se tratando da posição dita do analista, é o próprio objeto a que vem no lugar do mandamento (lugar do agente). É como idêntico ao objeto *a*, quer dizer, a isso que se apresenta ao sujeito com a causa do desejo, que o analista se oferece como ponto de mira para essa operação insensata, uma psicanálise, na medida em que ela envereda pelos rastros do desejo de saber. (p.99)

É somente nesta posição de analista, ocupando o lugar de objeto *a*, um lugar esvaziado de saber, por isto, é suposto-saber, que o analista pode convocar o sujeito ao trabalho, em busca de seus significantes. É o saber do próprio sujeito quando interrogado que fabrica seus próprios significantes, por isso a psicanálise só pode ser feita através da escuta e da fala, que no caso das crianças que não falam podemos presenciar com seus atos. Logo é uma clínica que podemos chamar de clínica do ato. E isto não quer dizer que para operar o discurso do analista em uma instituição todos os seus técnicos tenham que ser psicanalistas. Pois o que pode operar neste estilo de clínica é uma posição discursiva de analista onde o saber além de suposto, deve ser suspenso, num exercício constante que cada técnico precisa fazer para que os sujeitos com os quais eles se deparam possam construir um saber a respeito de si. Para que apareça uma verdade do sujeito.

Neste discurso a torção que se faz é que no lugar de agente do discurso, não está situado o eu ideal do líder com o qual o sujeito se identifica. Ali deve estar o lugar causa de desejo, o objeto *a*, e não um sujeito. O analista se apaga como sujeito para fazer no outro emergir o sujeito. E como promover que o discurso do analista circule numa instituição? Segundo Hoyer (2010) toda instituição se inaugura através do discurso do mestre é necessário que haja uma

torção no discurso das instituições que se propõe a trabalhar com a singularidade de cada sujeito, com a escuta e a produção de desejo.

Lembrando o que foi dito anteriormente, isto não quer dizer que todos nesse lugar tenham que ser psicanalistas para que o discurso do analista opere, mas sim que neste lugar opere a ética da psicanálise que é a ética do desejo, onde a clínica seja soberana na construção singular dos casos e que ela direcione a gestão. É também importante sublinhar que nossas contribuições neste campo não são doutrinárias, nem categóricas, embora tenhamos certamente nossa própria opção ética com a qual trabalhamos e por isso sobre ela propomos um modo de fazer e pensar a prática clínica. Outros campos de saberes têm suas contribuições como citamos alguns na grade de referências teórica que construímos. Porém, neste momento é pelo viés da minha prática psicanalítica que tenho encontrado algumas respostas, para o fazer complexo que a clínica com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico demanda.

Penso então, que o trabalho de mudança discursiva de uma instituição só pode ser feito com o supervisor clínico-institucional, pois pode ser esta uma das suas funções numa instituição. Quando Lacan (1972-1973, p.23) diz que “o amor é signo de que trocamos de discurso”, me fez pensar que apenas o amor pode fazer o discurso girar. E o que é o amor que não seja a transferência. É com ela que o supervisor poderá operar uma mudança discursiva na equipe.

No trabalho institucional é a transferência de trabalho agindo no trabalho em equipe que pode promover o exercício da função simbólica através da circulação da palavra. Figueiredo (2010), esclarece que a parceria alicerçada na transferência de trabalho pode ser uma via para uma prática nas instituições de saúde mental e em suas equipes.

Para ir além desse embate constante e cotidiano, podemos recorrer a três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe, a saber: a posição subjetiva dos profissionais como ‘aprendizes da clínica’, uma posição estrategicamente vazia de saber a priori, um saber em reserva; a organização coletiva da equipe a partir da ‘transferência de trabalho’ que diz respeito ao trabalho com responsabilidade partilhada (e não simplesmente transferida para o outro) fazendo circular o saber que advém do sujeito e não do profissional; e, como corolário do processo, proceder à ‘construção do caso’ que se dá a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo produzem um saber sobre o sujeito. (Figueiredo, 2010, p.14).

Rinaldi, (2000, p.17) em seu texto ao responder a fala de um psicanalista sobre a vigência de um discurso universitário num hospital universitário e a necessidade de se fazer “um trabalho mais amplo” diz:

(...) “trabalho mais amplo” que se insinua nesta fala refere-se à possibilidade da psicanálise causar o desejo de alunos, funcionários, profissionais etc. provocando um deslocamento discursivo que rompa com uma prática normativa que anula o sujeito, tanto do lado do “paciente” como do lado do profissional. Há sempre alguma emergência do discurso analítico quando se muda de discurso. É esse movimento que deve atingir os próprios psicanalistas no trabalho que fazem na instituição, no sentido de ultrapassar as resistências e a cristalização de lugares que o discurso universitário impõe.

Pensando propriamente num CAPSi que opere no discurso do analista, é necessário que o processo de construção de uma transferência de trabalho seja viabilizada por um supervisor clínico-institucional que promova a circulação da palavra e sustente o não-saber na equipe para que todo saber parta de uma construção coletiva; que a equipe não enquadre os pacientes em métodos reeducativos prometendo a cura do sujeito e que seja um lugar esvaziado de modos e expectativas, mas sim aberto a fala de todos que fazem parte da instituição, para que novas invenções de cuidar surjam a cada encontro.

## **5.2 A Gestão da Clínica e uma Política para os Coletivos dos CAPSi**

### **5.2.1 A Gestão da Clínica e sua Governança, construindo um instrumento de monitoramento**

*“Se, por um lado, as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, os valores e as estruturas.”*  
Gastão Campos (1997)

Pretendemos tratar sobre a gestão e sua influência na clínica, pois acreditamos que o cuidado é ofertado da melhor maneira possível quando bem gerido. Assim como também abordaremos a política e o coletivo como importantes vetores que atravessam a clínica nos CAPSi.

Percebemos com esta pesquisa que a clínica e a gestão são processos indissociáveis em suas práxis, por isto propomos como parte deste capítulo a reflexão sobre a Gestão da clínica e sua governança. Este último termo “governança” resgatamos das práticas concebidas em redes de saúde em outros países e que nos inspiraram a aplica-las no campo da saúde mental de crianças e adolescentes.

Nas organizações profissionais há dificuldades para formalizar e controlar os processos de trabalho, por isso, a centralização e a burocratização são estratégias administrativas muitas vezes adotadas, quando não se deixa o serviço num total abandono. Como aconteceu com o CAPSADi de Taguatinga que ficou quase um ano sem gerente o que inviabilizou que ele não participasse desta pesquisa.

Se pensarmos nos CAPSi como organizações profissionais de saúde agregam-se a elas outras singularidades que verificamos durante esta pesquisa: elas atendem a necessidades complexas e variáveis, o que implica autonomia dos técnicos para adaptar os serviços às necessidades singulares dos usuários; há um grande desequilíbrio de informação entre os profissionais e as pessoas usuárias dos serviços; os resultados dos serviços são difíceis de estabelecer e medir; a prestação dos serviços comporta uma dimensão ética e moral inquestionável; e os profissionais tendem a ser mais leais à sua profissão que à sua organização, o que ocasiona dificuldades para o funcionamento transdisciplinar que esta clínica se propõe.

Nos grupos focais que realizamos percebemos esta realidade entre os profissionais entrevistados. Muito deles, sem terem tido qualquer formação em saúde mental, mas comprometidos com o que faziam nesses lugares, se agarravam avidamente ao saber adquirido em suas profissões.

Segundo Etzioni (1989), autor da corrente estruturalista, que classifica os serviços de saúde como organizações especializadas, com uma composição de técnicos e especialistas diversificadas, o que complexifica o processo de gerência, como resultado da singularidade organizacional dos sistemas de atenção à saúde, suas instituições devem apresentar uma série de características: não funcionar com mecanismos de coordenação autoritários ou excessivamente centralizados; devem ser organizações flexíveis e adaptáveis às mudanças externas; a autonomia dos profissionais deve ser submetida a algum tipo de controle; a autonomia dos profissionais é uma condição necessária para a oferta de serviços de qualidade; a participação da população usuária nas decisões é desejável; há de haver mecanismos de decisão por consenso; são necessários mecanismos de controle dos interesses corporativos; e os profissionais devem trabalhar por responsabilidade. Em síntese, as organizações de atenção à saúde, enquanto organizações profissionais, não podem ser burocratizadas, mas também não podem ficar sem nenhuma administração.

As organizações de atenção à saúde operam com um número grande de intervenções clínicas. Ocorre que essas intervenções clínicas, devido às leis e aos princípios do sistema de atenção à saúde, estão longe de serem únicas, especialmente no que concerne à variabilidade dos procedimentos de saúde ofertados à população. Por essa razão, instala-se uma permanente contradição: como organizações profissionais, as organizações de atenção à saúde não podem controlar demasiadamente as ações de seus técnicos, mas, por outro lado, não podem deixar que atuem com total autonomia.

Isso coloca a necessidade de uma gestão em sintonia fina que permita aos profissionais sentirem-se responsáveis pelos serviços para além dos atendimentos que realizam nele. Ou seja,

é importante que compreendam e participem do processo de gestão e entendam que ela faz parte da clínica que realizam nos serviços. Assim sendo, a natureza singular das organizações de saúde convoca a gestão da clínica por todos que delas fazem parte.

A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (Mendes, 1989).

A proposta da gestão da clínica, baseada em autores como Robinson e Steiner (1998) inspirou-se na atenção gerenciada trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que comprovaram, empiricamente, ser eficazes.

Essa convocação de certos aspectos da atenção gerenciada e sua adaptação aos sistemas nacionais públicos de atenção à saúde tem sido feita, contemporaneamente, em vários países, como Alemanha, Canadá e Reino Unido (Mendes, 2011). E tem recebido nomenclaturas as mais variadas. Destaco para este trabalho, pensando na gestão da clínica dos CAPSi dois modelos que vem sendo adotado em organizações de saúde um exemplo fora do Brasil a “Governança Clínica” e outro brasileiro “Práxis Paideia” como modelos a serem pensados para utilização na atenção psicossocial.

A Práxis Paideia é uma metodologia para a cogestão do trabalho e das redes sociais, desenvolvidas por Campos (2000) que tem como pressuposto a racionalidade da *Práxis* contra o domínio da razão instrumental. Ou seja, a racionalidade técnica possui utilidade quando o ser humano lida com coisas, nas relações interpessoais que regulam o campo da saúde, educação e outras políticas sociais ela não se mostra muito eficiente. Logo uma outra lógica se faz necessária baseada na *Práxis*, que não é tão nova assim, para a cogestão de serviços que envolvam grande complexidade como por exemplo os de saúde.

Para entendermos esta metodologia que pode ser adotada na gestão da clínica dos CAPSi busquemos o conceito de seus termos. Marx (1985) concebe a *práxis* como atividade humana prático-crítica, que nasce da relação entre o homem e a natureza. É uma atividade humana prático-crítica na medida em que é atividade sensível subjetiva; ou seja, uma atividade plenamente perceptível e consciente para o homem. A partir do pensamento do filósofo marxista italiano Gramsci (1978), o conceito de *práxis* adquire uma conotação diferenciada: *práxis* passa a ser entendida como história, como o fazer-se da própria história, processo que se

dá com interferência do gênero humano nas condições ambientais, para consecução dos seus propósitos e necessidades.

O termo Paideia é de origem grega, dentro do período clássico designava um dos conceitos essenciais para democracia ateniense, pois significava a necessidade de educação integral das pessoas, criando-se com essa finalidade um processo contínuo de ampliação da capacidade de participar da vida social. Segundo Campos, Cunha, e Figueiredo (2013) nessa metodologia de trabalho nomeada *Práxis Paidéia*, com grupos e equipes se considera o efeito Paideia como um processo social e subjetivo em que as pessoas ampliem sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, buscando compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações.

A metodologia Paideia advoga democracia institucional, sugere espaços coletivos de cogestão (cogestão sendo definida como compartilhamento de poder, não somente como terapia ou educação grupal) e tem a pretensão de ser empregada no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais, bem como na existência em geral (família, relação amorosa, amizade, etc.). (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013, p.16).

Seu uso não se restringe a espaços terapêuticos, pedagógicos ou de educação permanente. Portanto diferencia da terapia em grupo e da análise clínico-institucional, mesmo que possa ser usada nesses dispositivos. Para Campos Cunha e Figueiredo (2013) a metodologia Paideia apoia o desenvolvimento de pessoas e de instituições segundo alguns critérios fundamentais:

- Reconhecer que uma das finalidades principais da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e de justiça social, logo a ênfase dada neste método é o da eficácia que se difere da eficiência que regula a lógica de mercado atual.

- A política, a gestão e o trabalho deveriam ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições.

- Assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores diferentes sem o uso da violência, substituídos por instrumentos de convencimento e de negociação

- O método Paideia é uma proposta de reforma democrática das instituições, criando arranjos de cogestão de coletivos organizados para a consecução de alguma tarefa ou de algum objetivo. Logo se fundamenta em valores éticos e políticos como:

- O método assume um compromisso com a democracia institucional;

- A construção institucional democrática deve ter 3 finalidades: produzir alguma coisa, algum bem ou serviço que atenda a necessidade sociais de outros; mas que também contribua para construção de sentido e significado para própria vida e a sustentabilidade e reprodução da instituição. Existem três atores principais vinculado a esta metodologia: usuários, trabalhadores e os gestores;

- Crítica às organizações tradicionais baseadas no Taylorismo;

- Se sustenta também sobre o conceito de “coprodução”.

Campos (2000) utiliza o conceito de coprodução também para grupos ou “sujeitos coletivos”. Que difere do conceito de coletivo proposto por Lacan e Oury que veremos mais à frente. De qualquer forma há uma proximidade do método com a psicanálise e principalmente a análise institucional (Lorau, 1995), pois trabalha com a dimensão do inconsciente, do sujeito e da terapêutica. Esta prática possibilita a composição de diversas perspectivas e a construção transdisciplinar entre equipes multiprofissionais, entre profissional e usuários, entre governantes e governados, entre professores e alunos.

Utilizamos esta metodologia no programa de residência multiprofissional em saúde mental infanto-juvenil, em seu primeiro ano de implantação devido aos problemas de relacionamento entre alunos, preceptores, tutoria e coordenação, conflitos nos cenários que estavam recebendo residentes multiprofissionais pela primeira vez e dificuldades com a transmissão de conceitos e novas práticas para os alunos como: sujeito, coletivo, transdisciplinariedade e outros.

Inicialmente frente a essas dificuldades pensamos numa supervisão para a equipe pedagógica que coordena o programa, depois entendemos que todos precisavam participar de um trabalho que levasse a uma reflexão sobre o que estávamos fazendo nesta “instituição” chamada residência. Assim optamos por uma intervenção clínico-institucional e para isto convidamos uma analista institucional que trabalhou conosco semanalmente, durante quatro meses. Deste encontro produzimos várias práticas que estão ajudando na cogestão do programa, adotamos um colegiado gestor com representação de todos os atores que envolvem o programa de residência (preceptores, residentes, tutores e coordenação), melhoramos o relacionamento entre as pessoas a partir da possibilidade da fala dos não-ditos entre todos e dos pequenos grupos formados por cenário assim como conseguimos transmitir importantes conceitos que permeiam a política e a clínica na saúde mental como: metodologias ativas de ensino-aprendizagem, as contribuições da psicanálise na saúde mental, tecnologias leves e duras de trabalho, ética e outros. Este trabalho é descrito no artigo de minha autoria “Residência Multiprofissional uma forma de construção de uma ética de trabalho transdisciplinar em saúde” que foi aprovado para

ser apresentado no IV Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde, promovido pela OMS em Dublin, Irlanda, neste ano.

Penso que esta intervenção se deu a nível educacional/pedagógico, político, institucional e também clínico a partir dos casos que levávamos para a “roda”, além do nosso próprio caso “a residência”. Foi uma experiência ímpar que possibilitou uma mudança de posição em todos os atores envolvidos criando um melhor clima de convivência e trabalho no ano seguinte da residência. Como dizem Campos, Cunha e Figueiredo (2013):

“É por isso que a metodologia Paideia, também conhecida como método da “roda”, sintoniza-se com tradições libertárias da educação e da política ao afirmar que: ‘ninguém sai da roda (de cogestão) da mesma forma que entrou’ (p. 44).

Outro modelo de gestão da clínica adotado em serviços de saúde é a governança clínica. Segundo Santos (1997, p.341) “o conceito (de governança) não se restringe, contudo, aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado”. A governança refere-se a “padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico”, incluindo-se aí “não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como os partidos políticos e grupos de pressão, como também redes sociais informais (de fornecedores, famílias, gerentes), hierarquias e associações de diversos tipos” (Santos, 1997, p. 342). Ou seja, enquanto a governabilidade tem uma dimensão essencialmente estatal, vinculada ao sistema político-institucional, a governança opera num plano mais amplo, englobando a sociedade como um todo apontando para uma política da clínica que discutiremos mais à frente.

Segundo Mendes (2011) A governança clínica surgiu como parte da agenda modernizadora dos trabalhistas do Reino Unido, implantada no período pós-tatcheriano. A agenda da governança clínica sofreu uma forte influência de intelectuais ligados ao Partido Trabalhista, especialmente da London School of Economics, que haviam estudado a atenção gerenciada americana. Suas bases teórico-conceituais foram sintetizadas em alguns princípios gerais: universalidade; colaboração e foco nas pessoas usuárias; eficiência econômica; confiança pública; e melhoria da qualidade dos serviços. Ademais, teve a influenciá-la os conceitos de governança, conceitualizados e praticados, tanto na governança corporativa quanto na gestão pública. O vetor da qualidade dos serviços de saúde da agenda modernizadora do governo inglês foi denominado de governança clínica.

A governança clínica foi definida como uma estrutura através da qual as organizações de saúde são responsáveis pela contínua melhoria da qualidade dos seus serviços e pela

manutenção de altos padrões dos cuidados, criando um ambiente no qual a excelência clínica na atenção à saúde floresça (Mendes, 2011).

A governança clínica estabeleceu-se através de alguns princípios operativos: a oferta de serviços de qualidade a todos, independentemente de idade, gênero, classe social ou cultura; o estabelecimento de padrões nacionais de qualidade baseados em boas práticas; a obediência às necessidades da população, definidas localmente; o trabalho de parceria entre hospitais, comunidades de serviços e autoridades locais para colocar as pessoas usuárias como focos centrais do sistema de atenção à saúde; a garantia de provisão de valor para o dinheiro investido; a criação de uma cultura de qualidade no sistema de atenção à saúde; e o restabelecimento da confiança pública no sistema.

As atividades que compõem a governança clínica são: linhas claras de responsabilidade e compromisso, um extenso programa de ações de melhoria da qualidade, políticas dirigidas à gestão de risco e intervenções educacionais e gerenciais para a melhoria do desempenho dos profissionais (Ramcharam, 2010).

Para operacionalizar esses princípios foram propostas novas estruturas e sistemas: um conjunto de diretrizes clínicas nacionais, baseadas em evidências clínicas; padrões de desempenho construídos com indicadores de efetividade clínica, segurança e eficiência; instituição do Instituto Nacional de Excelência Clínica; instituição da Comissão de Melhoria da Saúde; e a formalização de um sistema de governança clínica, capaz de garantir serviços de qualidade em todos os níveis de cuidados do sistema de atenção à saúde (Mendes, 2011).

A governança clínica desenvolve-se, na prática social, através de uma ação ordenada e concomitante, em seis elementos fundamentais: a educação permanente dos profissionais de saúde; a auditoria clínica, subordinada a uma política de qualidade e realizada pelo método de auditoria que confronta a prática real com padrões de excelência predefinidos e busca reduzir a brecha entre eles; a efetividade clínica que é a medida da extensão em que uma particular intervenção clínica realmente funciona; a gestão dos riscos, seja para as pessoas usuárias, seja para os profissionais de saúde, seja para as organizações de saúde; o desenvolvimento de novas práticas clínicas e sua incorporação em diretrizes clínicas; e a transparência, quando o desempenho do sistema de atenção à saúde está permanentemente aberto ao escrutínio público (Mendes, 2011).

A proposta que sugiro para a gestão da clínica dos CAPSi poderia incorporar, da governança clínica, especialmente, a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde (Formação de equipes em Saúde Mental), a efetividade clínica

(Monitoramento) e o desenvolvimento de novas práticas clínicas e sua incorporação em diretrizes clínicas (PTA).

Começamos pelo processo de educação permanente dos profissionais de saúde, algo que já foi proposto e discutido no campo da Reforma Psiquiátrica. É considerada um dos principais desafios para a consolidação da política de saúde mental no Brasil. Segundo Lobosque (2011, p.459) “a formação permanente é indispensável aos gestores, aos trabalhadores e aos usuários: na sua ausência, permanecem impossibilitados de problematizar as questões advindas das inusitadas práticas que exercem”.

Porém, é importante destacar a diferença de uma “educação permanente” dos profissionais de saúde, que é oferecida através de cursos, aulas, treinamento em serviço, que geralmente é feita de forma individual e assim tem sido feito nos CAPSi do DF. De uma outra proposta de formação permanente de equipe dos CAPSi através do dispositivo das supervisões clínico-institucionais que nunca conseguiram colocar em prática nos CAPS do DF.

Nos serviços entrevistados poucos técnicos possuem algum tipo de especialização em saúde mental e os que possuem buscaram este conhecimento individualmente. A supervisão clínico-institucional difere da formação individual pois trata-se de uma qualificação das equipes técnicas, principal recurso tecnológico desses serviços. Vale salientar que a formação em saúde mental na Política de Educação Permanente foi instituída pela Portaria nº 1.996 de 2006, o que possibilitou o repasse de recursos para ações de formação diretamente aos Estados por meio dos Planos Estaduais de Educação Permanente.

No Distrito Federal, que difere do funcionamento administrativo dos demais Estados Brasileiros, o dinheiro da supervisão foi repassado para DISAM (Diretoria de Saúde Mental) e nunca foi disponibilizado para este fim. Na época em que fui gerente do CAPSi Asa Norte e recorri a DISAM para implantarmos este dispositivo em nosso serviço, fui informada que o dinheiro se encontrava inacessível no Fundo de Saúde da SES/GDF. Ou seja, o Gestor local não conseguiu disponibilizar a verba que foi repassada pelo Ministério da Saúde para esse fim. Considero esse um dos principais entraves burocráticos para os serviços não terem avançado na estruturação de sua prática clínica.

Na pesquisa que realizei nos CAPSi, em alguns momentos, com as intervenções que fazia enquanto escutava os técnicos dos CAPSi do DF muitos entendiam aquele momento como uma supervisão, chegando a apontar a necessidade disto. Desta prática de escuta e intervenção nos serviços, observei que o Gestor local poderia oferecer um lugar de escuta aos técnicos com uma proposta interventiva, como fiz na pesquisa, mesmo que isto não se configurasse numa supervisão propriamente dita. Em alguns momentos sugeri que alguns colegas mais

experimentados na prática dos CAPSi pudessem auxiliar as novas equipes que estavam sendo formadas, já que não contávamos com o trabalho de um supervisor clínico-institucional.

Estes fatos apontam para uma ausência de gestão no que diz respeito a promoção da formação permanente em saúde das equipes dos CAPSi. Visitas técnicas a outros CAPSi do Brasil também foi uma forma que a equipe do CAPSi Asa Norte encontrou para se aperfeiçoar em sua prática, na época em que assumi a gestão deste serviço. Ou seja, se a supervisão clínico-institucional não era oferecida como dispositivo de formação da equipe era necessário ser criada outras formas de transmissão de uma prática tão complexa como os cuidados a serem oferecidos a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Isto é fator preponderante para uma boa governança clínica: oferecer suporte para as equipes dos serviços em saúde.

Outra tecnologia sugerida pela governança clínica são as diretrizes clínicas.

As diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (Mendes, 2011).

Na realidade, o processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica (Mendes, 2011).

Apesar de sofrerem questionamentos frequentes – como os que as comparam a livros de receitas gastronômicas – as diretrizes clínicas me parecem ser imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, fechados, mas como trilhas, possíveis caminhos para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Não só os CAPSi, mas todos os serviços de saúde mental infanto-juvenil do Brasil possuem princípios que foram criados para a formação de uma política nacional de saúde mental infanto-juvenil e diretrizes operacionais para os serviços de saúde para crianças e adolescentes que foram publicados pelo Ministério da Saúde, em 2005, com o título “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”. Ou seja, a política foi criada, existe e é necessária sua implantação. Para isto é importante que o gestor local conheça as diretrizes e os princípios desta política para poder implantar serviços que funcionem sob esta lógica em seus territórios. As equipes desses serviços precisam fundamentar suas práticas nestes princípios, logo precisam conhecê-los.

Isto se relaciona com o princípio operativo que mencionamos anteriormente: educação permanente. Ou seja, ou selecionamos profissionais para trabalhar especificamente no campo

da saúde mental infanto-juvenil que já venham com uma formação específica para este campo ou ofereçamos uma formação antes deles começarem a exercer uma prática clínica de cuidado com crianças e adolescentes em sofrimento. Isto não desconfigura a necessidade da supervisão clínico-institucional como dispositivo permanente de formação e apoio das equipes.

No CAPSi Asa Norte quando o serviço foi instituído, além das visitas técnicas que realizamos em diversos CAPSi do país (Rio de Janeiro, Manaus, João Pessoa, São José dos Campos, Belo Horizonte e outros) elaboramos um projeto de recepção para os novos servidores que chegavam ao serviço onde apresentávamos: os princípios e diretrizes da política de saúde mental infanto-juvenil, nosso projeto terapêutico institucional e os principais textos que já havíamos lido e discutido em equipe. Somente após duas ou três semanas de recepção que os técnicos começavam a participar dos atendimentos.

Como mencionamos anteriormente uma das propostas de diretrizes clínicas a serem realizadas nos CAPS é o projeto terapêutico assistencial/institucional (PTA).

Quanto ao projeto terapêutico assistencial para os CAPS, o Ministério da Saúde (MS) determinou por meio da Portaria GM N° 245/2005 e de outros documentos oficiais a sua obrigatoriedade em todas as modalidades dos serviços (Brasil, 2004). Para se obter incentivo financeiro para a criação e expansão dos CAPS, a Portaria GM N° 245/2005 determina que o projeto terapêutico do serviço seja um dos critérios exigidos para que os gestores municipais e estaduais possam receber, mesmo antes da implantação efetiva do serviço, o recurso financeiro previsto para criá-lo no município.

A proposta de elaborar projetos terapêuticos institucionais para os CAPS surgiu a partir da criação dos NAPS em São Paulo, o que configurou estes projetos como dispositivos que surgiram num momento histórico específico de enfrentamento da instituição psiquiátrica. Os projetos terapêuticos institucionais dos NAPS se dispunham a transformar toda uma lógica amparada no saber médico psiquiátrico, representando um dispositivo heterogêneo que articulava dimensões políticas, sociais, jurídicas e culturais visando à transformação do trabalho em oposição às práticas manicomial (Campos e Amaral, 2007), pois no centro de cada projeto deveria estar o sujeito em sofrimento, fato que poderia romper definitivamente com o objeto da psiquiatria clássica, a doença mental.

Nesta perspectiva, a realização de tais projetos terapêuticos institucionais se aproximou da proposta de Basaglia (2005) ao colocar a doença “entre parênteses” para se ocupar da vida, da comunidade, dos problemas familiares, econômicos e sociais das pessoas em sofrimento, sendo, portanto, comprometido com a Reforma Psiquiátrica no que se referia ao seu objetivo: a desinstitucionalização da loucura.

Neste mesmo documento, a portaria nº 245/2005 o MS recomenda que cada CAPS deve ter um projeto terapêutico do serviço, o qual nesta pesquisa denominamos de projeto terapêutico assistencial (PTA) para diferenciar do projeto terapêutico individual (PTI), denominação que habitualmente trabalhadores e gestores locais do estado adotaram para este tipo de projeto no CAPS. Este projeto deve levar em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (Brasil, 2004).

Temos, portanto, duas perspectivas de projetos terapêuticos. A primeira se refere ao projeto terapêutico que é elaborado para e com o usuário – o projeto terapêutico individual. A segunda se refere ao projeto terapêutico do CAPS onde se planeja o processo de trabalho articulado à sua gestão, e que tem potencial para se estabelecer ou não como dispositivo - um projeto institucional com força instituinte que busque subverter a lógica manicomial através de diferentes cuidados nos novos serviços de saúde mental.

Nota-se que o processo de captura do projeto terapêutico institucional pelos discursos oficiais por um lado produz avanços, como a expansão numérica dos CAPS impulsionada, sobretudo, pelo financiamento, mas também implica na criação de serviços sem a problematização acerca dos seus limites e da impregnação da burocracia e da “trama” das relações no dia-a-dia. A falta de criticidade na lógica institucional que orienta a criação dos CAPS dificulta a transformação/avanço das práticas em saúde mental:

. . . Se o CAPS não executar seu projeto institucional de acordo com os princípios que a Reforma Psiquiátrica lhe atribui, rumo à inclusão social, a mudança de modelo ficará comprometida, atravancada, reproduzindo a lógica baseada na exclusão, não mais pela contenção física ou química, mas sim pela não viabilização de ações imprescindíveis a esse processo. . . Assim, o projeto institucional que sustenta as ações do CAPS também deve apresentar clareza em suas diretrizes (Leão & Barros, 2008, p. 101).

Se a necessidade de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, acreditamos que os projetos terapêuticos institucionais são uma estratégia de corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários no investimento para o avanço da política de saúde mental infanto-juvenil.

Segundo Merhy (2007) o projeto se caracteriza como uma estratégia que amplia as possibilidades de análise dos serviços e expressa uma modalidade de cuidado através da qual é possível analisar qual o recorte do saber, de ordens profissionais, de dimensões instrumentais ou tecnológicas empreendidas no ato de cuidar, enfim, permite delimitar qual a composição,

organização e sentido das práticas em saúde que estão intimamente associadas à política operante. Ou seja, o PTA é o que viabiliza a construção de uma clínica no CAPSi.

Na pesquisa que realizamos apenas o CAPSi da Asa Norte tinha construído o seu PTA, porém o mesmo já tinha dois anos que não havia sido revisto. Os demais CAPSi pesquisados não tinham PTA e alguns dos serviços nem sabia do que se tratava. A pergunta que me ocorreu durante a pesquisa é como esses serviços foram credenciados pelo Ministério da Saúde sem o PTA. Então lembrei que o primeiro PTA do CAPSi Asa Norte foi feito pelo COMPP em 1989 quando recebeu o credenciamento. Tive acesso a este projeto e era um projeto meramente técnico, burocrático com informações sobre profissionais, localidade, espaço físico sem ser dada devida importância ao teor clínico que dele deveria fazer parte. Assim sendo, é importante que o PTA seja construído pela equipe, mas que também ele não se torne um mero documento pró-forme para credenciamento dos serviços.

Nessa mesma perspectiva, Onocko-Campos e Furtado (2006) definem o projeto terapêutico do serviço como representativo de um modelo assistencial, pois propõem que a avaliação de um serviço de saúde mental, a exemplo do CAPS, seja feita a partir da relação entre os objetivos explicitados e os resultados alcançados pelo serviço, de forma a superar avaliações instrumentais fixas, normativas ou epidemiológicas. O projeto seria então a “caixa preta” onde esta relação se daria e através do qual é possível contemplar a pluralidade e interdisciplinaridade dos processos de gestão e assistência. Ou seja, somente com um projeto é possível fazer a gestão da clínica (definir o que se faz, como faz e para que faz).

Tanto o projeto individual/singular, quanto o institucional, na perspectiva da atenção psicossocial e da clínica ampliada, propõem a transformação de um modelo assistencial. Cada projeto deve colocar em prática os meios, tecnologias, saberes que qualifiquem o trabalho e explicitem os compromissos e vínculos estabelecidos entre usuários, familiares e trabalhadores/gestores, propiciando o movimento de autoanálise e monitoramento na organização do processo de trabalho.

A referência no projeto terapêutico institucional implica transformação das relações de trabalho, pois cada profissional vai desempenhar suas ações baseado no projeto coletivo que tem como objetivo desenvolver autonomia e vínculo (Carvalho & Cunha, 2006), tanto entre os trabalhadores quanto entre estes e usuários. No trabalho/cuidado em saúde mental, a autonomia não é tomada como um valor absoluto e estático de liberdade ou independência, mas sim como a capacidade que um sujeito tem de compreender e agir em relação a sua rede de dependências (Onocko-Campos & Campos 2006).

A elaboração do projeto terapêutico institucional deve, portanto, empreender o conceito de produção de saúde como um processo que é construído e cogido entre os sujeitos que atuam no cuidado terapêutico: gestores, trabalhadores, usuários e familiares, com a finalidade de desenvolver a responsabilização e vínculo entre eles (Onocko-Campos & Campos 2006).

É importante que os projetos terapêuticos institucionais possuam certa flexibilidade que substitua os saberes instituídos e que não tenha como finalidades o controle e as prescrições de ações à revelia dos sujeitos em sofrimento mental. É importante atentar que não se trata de uma instituição “sem regras”, mas uma atitude permanente de crítica que possibilite que regras organizacionais não venham obstruir as finalidades do trabalho em saúde mental que são a “invenção” da subjetividade e restauração dos laços sociais.

A terceira diretriz da governança clínica que pode ser incorporada aos CAPSi é a efetividade clínica. Do que trata a efetividade clínica?

Segundo Donabedian (1990), a qualidade do cuidado em saúde pode ser definida por sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Vejamos suas definições:

**Eficácia** - capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

**Efetividade** - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

**Eficiência** - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

**Otimização** - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.

**Aceitabilidade** - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

Legitimidade - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

Equidade - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Em minhas andanças pelas leituras sobre gestão percebi que todo modelo de atenção à saúde, deve levar em consideração os atributos supracitados, tendo em vista que a gestão competente dos recursos alocados é parte essencial do processo de democratização do sistema.

Para tanto, os processos de administração dos recursos também devem ser transparentes e as determinações das políticas de saúde amplamente discutidas e aceitas pela equipe de trabalho.

A gerência da clínica, vista sob o ângulo da qualidade, refere-se à ação que torna viável e factível o melhor uso dos recursos para atingir os objetivos sociais perseguidos, mediante um processo contínuo de tomada de decisão, que se fundamenta na definição e análise de problemas e na alocação dos recursos correspondentes para sua superação e controle, de maneira que as decisões se convertam em ações efetivas e que sejam monitoradas. Assim sendo, o monitoramento do funcionamento dos serviços torna-se uma ferramenta importante para a efetividade clínica.

Nos serviços de saúde em rede, o papel do controle ou monitoramento distancia-se daquele exercitado nas organizações burocráticas em que apresenta com um foco fiscalizatório. Ainda que considerado, aqui, separadamente, o monitoramento e a avaliação, são parte integrante do círculo da formulação de políticas: definição do problema, diagnóstico, desenvolvimento de políticas, decisão política, implementação e monitoramento e avaliação (Mendes, 2011). Neste trabalho, darei um enfoque maior ao monitoramento, pois muito tem sido dito sobre a necessidade de se avaliar os serviços e pouco sobre monitorá-los. Eu mesma atuei durante o doutorado como pesquisadora no projeto avaliar CAPS Centro-Oeste e Norte do Brasil. E constantemente me perguntava para quê e para quem esses serviços estavam sendo avaliados. Não considero que a avaliação não seja importante, mas a partir do momento que ela não retorna aos serviços em forma de discussão e melhoria perde sua finalidade. Quando iniciei a pesquisa do doutorado fazendo os grupos focais nos CAPSi com as equipes e os usuários percebi que esses serviços precisavam muito mais que uma avaliação e que a minha pesquisa já promovia uma intervenção nos mesmos. Logo comecei a questionar se o que estava fazendo era mais do que uma avaliação, era uma intervenção que produzia resultados, mas até o momento não sabia como nomear a ideia que estava me ocorrendo em oferecer aos serviços com aqueles encontros (grupos focais da pesquisa).

Foi no percurso do doutorado, após realização dos grupos de pesquisa que me deparei com as teorias da gestão em saúde e com a definição de monitoramento.

O processo de monitoramento e avaliação implica o julgamento de valor sobre uma intervenção para racionalizar o processo decisório. Uma intervenção é constituída pelos recursos humanos, físicos, financeiros e simbólicos estruturados para produzir bens ou serviços que possam modificar a situação-problema (Contradiopoulos, 1997).

O monitoramento é, muitas vezes, denominado de controle e se aproxima do conceito de avaliação normativa, e talvez por isto tenha uma certa negatividade em sua palavra. Também pode ser definido por acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços.

O monitoramento das intervenções faz-se de maneira contínua e periódica e, em geral, não exige análise estatística; no monitoramento das intervenções, as informações estão regularmente disponíveis nos sistemas de informação gerencial; o monitoramento das intervenções é uma atividade organizacional difusa, feita por todos que executam programas nas organizações; o monitoramento é, em geral, uma atividade interna à organização; e o monitoramento, normalmente, não produz evidências. O monitoramento faz-se em diferentes situações: a apreciação da estrutura, a apreciação dos processos, a apreciação da dimensão técnica dos serviços, a apreciação das relações interpessoais e a apreciação da dimensão organizacional (Contradiopoulos, 1997).

O processo de monitoramento exige, para seu funcionamento, que ele seja demandado pelo gestor local e possua um sistema de informação gerencial eficaz. Para isto é importante a construção de indicadores a serem monitorados pela equipe. A seleção dos indicadores para o sistema de monitoramento envolve três critérios fundamentais: a importância do que está sendo medido, a solidez científica do indicador e a viabilidade de se obterem informações comparáveis.

As ações de monitoramento são muito facilitadas quando são aplicadas como parte de um sistema de gestão estratégica. Há vários modelos de monitoramento dos sistemas de atenção à saúde, disponíveis na literatura internacional e, dentre eles, o modelo de Donabedian, nos pareceu mais apropriado para nos ajudar a pensar no monitoramento dos CAPSi

O modelo de Donabedian (1990) parte da clássica definição de estrutura, processo e resultados. Essas três categorias não são atributos de qualidade dos sistemas de atenção à saúde ou dimensões de performance, mas a explicitação de um processo de produção em insumos, processos e produtos. O modelo lógico é um avanço na concepção de Donabedian, representada

por uma hierarquia dos componentes de um programa. Esses componentes, organizados numa cadeia, são: insumos, atividades, produtos e resultados, onde os insumos levam a atividades que levam aos produtos que, eventualmente, levam aos resultados (Centers for disease control and prevetion,1999).

O monitoramento vem da palavra monitor vem do latim: *monitum* e significa “aquele que dá conselho, que faz pensar, que adverte, que lembra”. Esta foi a melhor definição que encontrei para a atividade de pesquisa avaliativa que realizei nos encontros dos grupos focais em cada CAPSi do DF. Foi para este caminho que apontou a pesquisa. Caminho inusitado e desconhecido para mim. Deste caminho que prefiro chamar de uma primeira experiência de monitoramento sugeriram outros indicadores que sintetizaram melhor os 130 indicadores que eu tinha utilizado da pesquisa realizada nos CAPSi do Rio de Janeiro. São eles: Formação Profissional; Processo de trabalho e Organização do serviço; Projeto Terapêutico Singular/Individual (PTS); Projeto Terapêutico Assistencial/Institucional (PTA); Dispositivos clínicos; Territórios, Redes e Direitos; Atendimento e mobilização dos familiares.

O conceito de indicadores segundo Oliveira e Reis (2016, p.25) “(...) medidas, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado”. A seleção de indicadores é parte crucial da construção de um painel de monitoramento, lembrando que a função de um indicador está normalmente atrelada à representação de um fenômeno pontual e específico, enquanto a função de um painel de monitoramento é a de representar uma dinâmica relacional entre indicadores, ou seja, o seu foco é a representação de relações causais, processuais e/ou de complementaridade dos fenômenos medidos pelos indicadores.

As premissas para construção de um Painel de Monitoramento são:

- O conjunto de indicadores não pode se pretender exaustivo e deve ser equilibrado entre as dimensões/componentes analisados;
- Os indicadores devem ter uma interpretação normativa claramente definida;
- Os indicadores devem ser mutuamente consistentes, isto é, não devem sugerir tendências inconsistentes;
- Os indicadores devem ser inteligíveis e acessíveis de acordo com o público usuário;
- Os indicadores devem ser organizados em painéis articulados em três níveis: indicadores chave (*lead indicators*), indicadores complementares e indicadores específicos.

As etapas de construção de um painel de Monitoramento são:

1ª Etapa – Definição do programa a ser monitorado, seus objetivos, suas ações, sua lógica de intervenção

2ª Etapa – Definição dos eixos analíticos e definição das unidades de análise

3ª Etapa – Coleta de dados e indicadores de contexto

4ª Etapa – Coleta dos indicadores do programa

5ª Etapa – Construção do painel de indicadores na forma de gráficos para análise comparativa no tempo e território. (Brasil, 2010, p.21).

O quadro 5 a seguir expõe um modelo de Painel de Monitoramento para os CAPSi do DF. É uma proposta de breve modelo inicial de um Painel de Monitoramento que pode ser melhor construído se feito conjuntamente com as equipes dos serviços.

Painel de Monitoramento dos CAPSi – Distrito Federal
- Formação Profissional (Eficiência)
- Processo de trabalho e Organização do serviço (Acesso e Equidade)
- PTS (Qualidade)
- PTA (Qualidade)
- Dispositivos clínicos (Qualidade)
- Rede, Territórios e Direitos (Necessidade da população local)
- Atendimento e Mobilização dos Familiares (Necessidade da população local)

**Quadro 5** - Painel de Monitoramento dos CAPSis no DF<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Indicadores da pesquisa realizada nos CAPSi do DF (Performance dos sistemas de atenção à saúde e os Princípios e Diretrizes da política nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil).

### 5.3 Considerações éticas e políticas da Clínica com Crianças e Adolescentes no Coletivo dos CAPSi

“Estar o mais próximo não é tocar:  
a maior proximidade é assumir o longínquo do outro.”  
(Oury, 2009)

De tudo que ouvi nos grupos focais com os usuários e técnicos dos CAPSi do DF um conceito a todo tempo atravessava suas falas, suas práticas e suas angústias: a política. E o que a política tem a ver com a clínica?

Em todo o século XX, teorias buscaram avançar numa compreensão do Estado e da política a partir de horizontes maiores que a sua própria empiria quantitativa ou que sua analítica institucional e jurídica. Tomemos o pensamento de alguns filósofos sobre esta questão, como Foucault (1979/1996), Marx (1985) e Gramsci (1978) para compreendermos melhor as contribuições da psicanálise em Freud e Lacan sobre a política na clínica.

No final do século XX, Foucault (1979/1996) abre espaço para a compreensão de fenômenos sociais até então pouco avaliados pela teoria política, como a constituição social da subjetividade, as práticas microfísicas ou a circulação do poder em rede, obrigando a espargir a compreensão do Estado e da política a outros tipos e formas de concretudes sociais que o tecem. Mas também Foucault, por meio de suas ferramentas teóricas, dados seus limites, não consegue alcançar a dinâmica total da política contemporânea.

Karl Marx (1985), em sua obra, aponta para uma mudança radical no modo de entender as categorias políticas e os fenômenos sociais como o Estado. No marxismo, para além de uma simples constatação da estrutura e do funcionamento da sociedade, a contribuição é teórica e prática. É no combate à exploração capitalista que são percebidos, concretamente, as dinâmicas e contradições extremas da estrutura política de nossos tempos. O marxismo não só entende a política por horizontes distintos daqueles tradicionais como, na verdade, reconfigura totalmente o âmbito do político e do estatal, atrelando-o à dinâmica da totalidade da reprodução social e capitalista.

Segundo Elbe (2010), revelam-se três grandes fases teóricas do marxismo sobre o campo da política: a primeira, o marxismo tradicional, que vai do século XIX até os tempos da Revolução Soviética; a segunda, largamente identificada com o chamado marxismo ocidental, que passa pelos meados do século XX; e, finalmente, a terceira, de uma nova leitura do marxismo, que procura extrair dos fundamentos da sociabilidade capitalista a própria natureza estrutural do Estado e da Política.

A primeira tradição do pensamento marxista quanto ao Estado e à política despontou, no final do século XIX, com Engels. É sua leitura que se torna canônica, consolidando-se como orientação das práticas revolucionárias. Vem dessa leitura a tendência a considerar genericamente o Estado como aparato do domínio da burguesia, devendo então ser tomado pelos trabalhadores. De algum modo Lenin é um tributário e um novo propositor dessa mesma corrente. De outro lado, por boa parte do século XX é Gramsci (1978) que, dentre outros, despontará com uma refinada compreensão da política, englobando a totalidade da vida social, revelando o entrelaçamento entre Estado e sociedade civil. De algum modo dialogando com Gramsci ou com seu horizonte, os autores do marxismo ocidental estão ligados necessariamente às tarefas, urgências e debates em torno das revoluções socialistas e, sobretudo, das circunstâncias das reformas do próprio capitalismo, dada sua persistência em novos patamares.

O avanço na compreensão do Estado e da política, na atualidade, se faz necessário, mas é preciso compreender suas principais fontes para refletirmos sobre os efeitos da política na clínica. Podemos dizer que Basaglia foi um pioneiro neste campo quando se sentiu obrigado a responder de maneira concreta à materialidade horripilante produzida pela psiquiatria aplicada em pacientes confinados nos manicômios. E foi recorrendo a Antônio Gramsci que ele conseguiu reinventar a clínica a partir de um movimento de negação e reinvenção das políticas e das práticas em saúde mental (Amarante, 1996).

Gramsci (1978) foi um dos pioneiros a falar em processos de mudança molecular: a educação, a cultura, o trabalho, a política, a igreja, os meios de comunicação, em todos estes espaços se construiria o novo ou se reforçaria a velha dominação. Sua prioridade era pensar o novo intelectual orgânico, o Maquiavel moderno: o partido dos trabalhadores, que para ele seria o partido comunista. Forneceu indicações valiosas sobre a complexidade das relações sociais. E Basaglia (1985) se aproveitou de tudo isto para repensar políticas e práticas em saúde e propor um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído, o doente. E as possibilidades de se “inventar” saúde para esses enfermos. Inventar saúde, para Basaglia (1985), implicou mais que uma intervenção técnica, estava ligada à noção de reprodução social do paciente. Noção esta profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo, ou seja, partia-se do reconhecimento do paciente como uma pessoa com direitos, mas ao mesmo tempo, argumentava-se sobre a necessidade de preparar-se para fazer valer os próprios direitos, construindo um mundo melhor para o Sujeito e para os outros. Uma miscelânea de atividades políticas, gerenciais, de promoção e de assistência à saúde (Basaglia, 1985).

É o nascimento da reforma psiquiátrica, que se passa pela reforma da clínica moderna, onde ocorre um deslocamento da ênfase na doença e passa a centrá-la sobre o sujeito. Um

sujeito concreto, político, relacional e que inclui a doença como parte da sua existência, uma nova clínica começa a se constituir, a clínica ampliada, clínica do sujeito. Inicia-se assim um importante movimento social, denominado Psiquiatria Democrática Italiana, em 1961 em Gorizia e Trieste, que foi a base para a reforma psiquiátrica brasileira, cujo objetivo principal foi o fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social, assim como o início do processo das práticas da atenção psicossocial de saúde mental. Um processo político que promoveu importantes mudanças na clínica, sendo a principal delas a colocação da doença mental entre parênteses para que se pudesse ocupar da pessoa do doente e suas experiências subjetivas e objetivas. Em seu texto “A Utopia e a realidade” Basaglia (2005) nos faz refletir sobre o conceito de reforma psiquiátrica como algo que transcende a mera transformação de serviços e tecnologias. Nele percebemos que a transformação das instituições e das políticas públicas só é possível na medida em que possamos transformar as relações entre a sociedade e os cidadãos, porque é aí que se insere a relação entre saúde e doença.

A utopia só pode existir no momento em que o homem tiver conseguido libertar-se da escravidão da ideologia, de modo a exprimir as próprias necessidades numa realidade que, por isso mesmo, se revele constantemente contraditória e de natureza tal a conter os elementos que permitam superá-la e transformá-la. Só então se poderá falar de realidade como o ‘verdadeiro na prática’ e de utopia como o elemento prefigurativo da possibilidade de uma transformação real desse “verdadeiro na prática” (Basaglia, 2005 p.227).

Para o autor, aí reside o significado da necessidade de uma tomada de consciência política dentro de toda ação clínica. Ou seja, o que deve mudar para que se possa transformar as instituições e os serviços é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Onde a finalidade primeira de toda ação é o homem com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que também se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos. Isto resume o que seja uma política para uma clínica do coletivo.

O que a psicanálise pode acrescentar a este campo? Freud (1976/1985) desde o início da sua obra sempre chamou atenção para o individual e o social, o singular e o universal apontando para a íntima relação entre o psiquismo e os fenômenos da cultura, afirma que o desamparo do bebê humano é a fonte de todos os motivos morais. Em “Psicologia de grupo e análise do ego” escreve:

Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que desde o começo a

psicologia individual, nesse sentido mais ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (Freud, 1921/1976, p.91).

Lacan, por sua vez, constrói uma teoria do sujeito baseada no inconsciente freudiano, que difere da concepção de sujeito, por exemplo, apontada por Gramsci e Basaglia. Não que elas sejam excludentes ou complementárias, mas são diferentes. E considero importante no campo da saúde mental pontuar esta diferença que traz conseqüentemente diferenças na clínica e na sua política. Até porque como o campo da saúde mental é marcado por uma pluralidade de concepções de sujeitos considero importante marcar suas diferenças para que pensamos para quais caminhos conduzem a política de sua clínica.

Se de um lado temos uma noção de sujeito como pessoa, cidadão que polemiza a noção de público e privado ou do singular ao universal e o lugar do reconhecimento do sujeito na sociedade, por outro lado temos uma outra concepção de sujeito proposta pela psicanálise que irá propor como nos diz Lacan (1958/1998, p.596) uma “política, estratégia e tática” para a clínica.

Zenoni (2000, p.28) também aponta para a distinção da dimensão do sujeito para a dimensão do indivíduo, ou seja, o cidadão que tem direito à assistência e à ajuda pro sujeito que está implicado a sua responsabilidade, ao seu inconsciente.

Os cuidados não são recusados a um indivíduo, mesmo que o sujeito não se implique. São dois planos diferentes e, quando distinguimos os dois planos, guardamos a chance do plano do sujeito. Se oferecemos a assistência e o acolhimento em troca de psicoterapia e o sujeito aceita o tratamento, será um tratamento pró-forma, um tratamento no qual o sujeito não se implica. É preciso que o sujeito tenha a assistência à qual ele tem direito, com liberdade de recusar o tratamento. É somente esta liberdade que garante a possibilidade do tratamento.

O que teria então a psicanálise a oferecer na clínica da saúde mental? Qual seria a sua política? Recorrendo ao filósofo Alain Badiou (1999) para pensar o conceito de política e suas implicações na psicanálise. Para ele, a política é a representação, por meio de organizações, do conflito de interesses e dos ideais de um determinado grupo. Ela é, antes de tudo, um mecanismo de representação; ora, se pensarmos na política da saúde mental como a reabilitação social, por exemplo, que é um modelo de inserção social e de recuperação da cidadania, nesse sentido, esta representação da cidadania precisa ser pensada numa construção própria para cada sujeito, ou seja, cada um a construirá como pode. E essa é a principal política que a psicanálise vem contribuir para o campo da saúde mental. Uma política que aponta para uma ética que se ampara na fala do sujeito com relação ao seu desejo.

A política do psicanalista é a política do desejo que aponta para um dever ético. A política está presente em todo laço social como forma de aparelhar com a linguagem o gozo. Vimos no capítulo anterior em que apresentei a teoria dos discursos de Lacan onde ele menciona que os discursos são aparelhos atravessados pela linguagem, pelo poder e pelo gozo. Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” Lacan (1958/1998) trata do poder do tratamento e quem o dirige é o analista através de três eixos: a política, a estratégia e a tática. A estratégia seria colocar o jogo para seguir com a palavra e com o seu desejo, não resistindo ao jogo, manejando a transferência. A tática seria a interpretação, onde ele é mais livre, cada analista usando o seu estilo. E onde teria menos liberdade seria na política que domina a tática e a estratégia e está referida a falta-a-ser e não ao ser.

A política da psicanálise é que dá a direção do tratamento a sua clínica. A política da falta-a-ser, se orienta pelo saber inconsciente do sujeito, que se produz pela sua fala, não há um saber prévio e o lugar do analista que é diferente do lugar do mestre, como foi apresentado nos discursos, é diferente do lugar do médico, do assistente social, do psicólogo onde o saber está no profissional e não no paciente. Também se distingue do saber do educador que parte de um saber já estabelecido sobre o que é melhor para o sujeito. Na clínica com crianças e adolescentes o lugar do mestre/educador muitas vezes é preenchido pelos técnicos com o intuito de se promover a cura para o sofrimento e na dificuldade de se entender que na criança e no adolescente também há um sujeito que precisa falar não necessariamente com palavras, mas também com seus atos, sobre si. Por isso é inadmissível nessa clínica acolhermos apenas seus pais/responsáveis e não escutar a criança e o adolescente que está em sofrimento. É a criança e o adolescente, enquanto sujeitos que devem conduzir sua “cura” através de um processo de elaboração.

Quanto ao analista Lacan aponta que ele deve ser orientado pela ética, não do bem ou da moral, mas uma ética do desejo que se sustenta pela política de não ceder sobre o seu desejo. E a relação que existe do desejo com a falta-a-ser é a causa do analista. No seminário 7 que Lacan dedicou à ética da psicanálise ele diz que o que o analista e o analisante tem a dar em seu tratamento é o seu desejo, com a diferença de que o desejo do analista é um desejo prevenido, uma vez que “ele não pode desejar o impossível” (Lacan, 1959-1960, p.360).

Essas questões são importantes para pensarmos qual é a contribuição da psicanálise para a saúde mental, onde a clínica se exerce numa instituição. A primeira questão que Zenoni (2000) nos aponta é que o psicanalista na instituição não deve reproduzir a clínica que realiza em seu consultório privado, pois essas instituições têm além da sua função terapêutica tem uma função social e por mais que as duas funções estejam articuladas, não se pode resumir a clínica

realizada nestes lugares a apenas uma delas. Elas são diferentes, mas uma não existe sem a outra. E que ambas apontam respectivamente para a dimensão de sujeito e a dimensão do cidadão, como citamos na fala do Zenoni anteriormente.

Vale a pena lembrar que (Freud, 1919/1976) em “Linhas de progresso na terapia analítica” afirma que diante da neurose que ameaça a saúde pública, o Estado deve oferecer tratamento psicanalítico gratuito para a população e que este tratamento deve ser um direito do cidadão e um dever do Estado.

(...) é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente quanto o tem agora à ajuda oferecida pela cirurgia, de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, e de que como esta, não podem ser deixados aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto ocorrer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados e tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso (Freud, 1919/1976, p.210).

Para Freud a clínica deve ser uma política de Estado que inclua o cidadão, mas não exclua o sujeito. Para isto a escuta do sujeito se faz necessária e uma nova prática deve ser inventada pelo analista, entre seus pares, “entre vários”, como propôs Di Ciaccia (2005) e no coletivo como propõe Oury (2009).

Jean Oury (2009) foi um psicanalista, representante do movimento da Psicoterapia Institucional, cujas formulações partiram do trabalho com pacientes psicóticos e podem ser valiosas para o contexto da clínica nos CAPSi. Para ele o trabalho em equipe possui uma condição paradoxal: colocar em prática sistemas coletivos e, ao mesmo tempo, preservar a singularidade de cada um. Priorizar o privado no público, ou o singular no coletivo, ou seja, por em prática sistemas coletivos que preservem a dimensão da singularidade de cada um. Nesse tipo de “bifurcação” é que Oury (2009) formula a noção de coletivo, como uma lógica que respeita uma quase infinidade de fatores de cada um e que parte dessa diversidade para sustentar uma aproximação específica a cada caso, a cada paciente.

. . . O coletivo não é ‘o estabelecimento’, no sentido de Tosquelles (quando ele distingue estabelecimento e instituição). Também não se trata de instituições diversas que somo levados a criar no interior de um estabelecimento, nem de grupos ou de subgrupos. Também não se trata, por exemplo, do clube ou de estruturas similares. . . é mais uma função certamente muito complexa, cuja finalidade essencial é fazer funcionar todas as estruturas institucionais em uma dimensão psicoterápica.” (Oury, 2009, p. 93)

Mas o que é mais importante, é que tenha lá, neste lugar, um espaço do dizer, que tenha uma possibilidade para se exprimir, mesmo que não se diga nada; que tenha alguma coisa, uma forma de estar à vontade; isto supõe evidentemente não se deixar enganar; porque o que se passa nestes grupos, se não se é vigilante, é que - pelo fato mesmo de estarmos em grupo e de nos olharmos assim, mais ou menos de frente ou atravessado - há sempre situações de prestância, de rivalidades que são frequentemente não ditas e que tornam completamente ineficazes, senão perigosos, este gênero de grupo. Ou seja, teria aí uma condição essencial que seria preciso tentar formular: o que é necessário, num grupo de pessoas que têm convicção para que ele possa funcionar de modo eficaz e positivo e para que ele possa articular-se com algo do registro de uma estrutura complexa (onde há um clube, etc.) tal como a subjacência? (Oury, 2009, p.86)

A característica principal de um coletivo é ele ser constituído, essencialmente, de heterogeneidade, polifonia e variadas referências, isto é, de tonalidades, de estilos de abordagem, de atenção e de possibilidades de encontros diferentes um dos outros.

Ele vai propor o coletivo como estratégia terapêutica, principalmente para os psicóticos, os esquizofrênicos, pois para ele o atendimento individual desses pacientes onde fica condensado a figura única do analista ou terapeuta torna-se insuportável para o paciente. Sobre isto Oury (2009) diz:

(...) as coisas se passam melhor quando se investe, mesmo parcialmente, em diferentes lugares. Isto coloca em questão um certo número de significantes. Na multiplicidade disjunta dos seus investimentos transferenciais, o recurso provocado de uma maneira muito artificial arrisca acentuar a dissociação por um modo de erotização maciça e dispersa (transferência erótica psicótica). É então necessário encontrar para ele outros modelos de acolhimento baseados na multiplicidade de pessoas que devem cuidá-lo, assim como encontros materiais que, de certa forma complementares, devem ser separados e mais leves. (p. 225).

Arriscando esta orientação, atendi em meu consultório particular, durante 7 anos um adolescente psicótico que se recusava, juntamente com sua mãe a frequentar o CAPSi. Em supervisão, propus iniciar a análise deste paciente. Para minha surpresa, a dinâmica da clínica que realizava com ele era extremamente diferente dos demais pacientes. Talvez, pela minha experiência no CAPS, ou pela configuração do caso, não consegui atendê-lo sozinho. Encaminhei para um colega psiquiatra, com quem discutíamos o caso regularmente, dois acompanhantes terapêuticos faziam saídas com ele semanalmente, e sua mãe iniciou análise. Além das entrevistas que fazia com os pais e a pessoa que ficava com ele em casa. Discutia o caso com os professores das escolas onde estudava, com os AT e atendia o paciente duas vezes por semana. Era exaustivo pois cabia a mim a articulação do caso com os demais profissionais que atendiam o paciente, assim como com seus cuidadores, escola e outras instituições. Experimentava uma intersetorialidade ímpar em meu consultório particular. Penso que na

instituição estas tarefas são mais diluídas na equipe, o que não se torna tão pesado para apenas um profissional gerir.

Para Oury (2009), os membros da equipe devem desenvolver uma capacidade de levar em conta a si mesmo e ao outro, para construir um ambiente de convivência e respeito, capaz de acolher e articular as diferentes possibilidades e os jeitos próprios de cada profissional. O autor afirma que esse reconhecimento da potencialidade de cada um é possível quando a equipe consegue desenvolver aquele espaço de jogo de que falou Winnicott (1975), no qual, a partir da troca, do fazer conjunto e da conquista de uma relação de confiança, os profissionais poderiam se manifestar singularmente e reconhecer o estilo e a originalidade de seus pares. Esse “saber experimentado” por meio da convivência permite que o itinerário e a história de cada um possam se integrar numa história da equipe, resultando numa relação de complementaridade, que para Oury (2009) possui uma dimensão inconsciente.

(...) na própria equipe já existe uma forma de colocar em prática permanente as relações complementares, assim como as complementaridades (mas não as complementaridades tais como: ‘sou especialista nisso, ele naquilo, etc...’). Trata-se, com efeito, de um registro quase material: de um lado a articulação de diferentes competências, de outro as condições de uma certa forma de convivência. Aí existe uma armadilha: não se trata de uma complementaridade (...) do gênero ‘estamos todos do mesmo lado’, que se perde no especular, mas de uma complementaridade inconsciente (Oury, 2009, p.98).

No coletivo é importante promover a heterogeneidade nos espaços de oficinas, nas relações, nas funções, etc. Colocar em prática a distinguibilidade que favorece a passagem de um sistema para o outro, de um lugar para o outro, de um técnico para o outro. No CAPSi Asa Norte dividíamos o coletivo por faixa etária, de crianças e adolescentes. Como o espaço físico era muito reduzido com poucas salas disponíveis, decidimos organizá-las por cores e proposta de atividades. A ideia era que cada sala, pintada de uma cor, oferecesse uma atividade, que o paciente poderia escolher qual realizar. Não se configurava em oficinas prontas, com propostas fechadas, mas por temas. Tínhamos a sala de brinquedos, sala de jogos, sala de artes com o espaço dividido com objetos musicais, televisão e pinturas diversas, todas de portas abertas. A proposta é que os pacientes pudessem escolher qual atividade queriam realizar ou mesmo não escolhendo nenhuma sala poderiam ficar apenas no corredor caminhando, brincando ou sentado sem fazer nada. Com esta proposta as crianças é que fazem a regulação de suas aproximações e distanciamentos em direção aos adultos. Um certo abrandamento do sentimento de invasão era proposto com este tipo de funcionamento, propiciado pela escolha das crianças, o que permitia uma aproximação gradual, determinada pela criança e dentro de suas possibilidades,

em direção aos adultos, às atividades e às outras crianças. Com os adolescentes as atividades eram mais direcionadas, mas sempre procurávamos oferecer mais de uma atividade, as quais também ficava livre a participação.

Outro aspecto importante que Oury (2009) destaca como efeito do coletivo é o encontro. Aquilo que ele chama de “estar com o outro”, que se refere a respeitar o outro aí onde ele está. E mesmo nas ações mais objetivas, como “aplicar uma injeção, prescrever medicamentos, não são senão modalidades do ato de encontro com o outro em seu estado de sofrimento” (Oury, 2009, p.8). Isto exige da equipe técnica uma competência para estar com o outro.

Num contexto de convivência e respeito, permite-se que o sujeito possa se expressar e falar sobre seu sofrimento. Contudo esse respeito pelo outro não significa se colocar numa atitude passiva, mas exige uma espécie de atenção trabalhada, que a torna sensível a diversidade dos discursos, dos atos e mensagens que o paciente a todo momento expõe. Para Oury (2009), essa atenção trabalhada se adquire pelo exercício de uma *tekné* e necessita de ferramentas conceituais que ajudem o profissional a “estar advertido” para decifrar, naquilo que se apresenta, o que é importante acolher e como acolher. Trata-se, portanto de uma “espera ativa”, uma “espera instrumentalizada”, que permite ao sujeito uma emergência do dizer. É importante atentar para uma dialética que existe entre o próximo e o distante.

“uma maior proximidade frente ao outro em sofrimento, (...) garantindo uma distância que não seja nem um afastamento, nem um evitamento, nem uma mistura confusa ou comunhão com o outro.” (Oury, 1991, p.9). Esse encontro se é verdadeiro, provocará mudança estrutural. O autor cita que podemos desenvolver as correlações entre o conceito de encontro e as diferentes formas de transferência.

As dificuldades que enfrentamos para sustentar os encontros coletivos que tentamos adotar no CAPSi Asa Norte, foi primeiramente, porque as pessoas não tinham “convicção” da proposta, as portas das salas de atividades começaram a se fechar, foi aí que percebi que seria impossível continuar com a clínica que foi proposta inicialmente. Num segundo momento, a ausência de supervisão clínico-institucional permanente – fizemos alguns encontros com supervisores variados, em diversos momentos, mas não conseguimos sustentar nenhum deles pela inviabilidade de pagamento pela SES - isto torna quase que impossível a tarefa do coletivo pois as rivalizações reais e imaginárias entravavam o trabalho que por si só já é extremamente complexo e difícil. O encontro, não apenas com os pacientes, mas entre os técnicos começou a tornar-se difícil. Subgrupos formavam-se onde escolhia-se com quem queria trabalhar e tudo isto não era verbalizado na equipe.

Segundo Figueiredo (2010):

Para ir além desse embate constante e cotidiano, podemos recorrer a três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe, a saber: a posição subjetiva dos profissionais como ‘aprendizes da clínica’, uma posição estrategicamente vazia de saber a priori, um saber em reserva; a organização coletiva da equipe a partir da ‘transferência de trabalho’ que diz respeito ao trabalho com responsabilidade partilhada (e não simplesmente transferida para o outro) fazendo circular o saber que advém do sujeito e não do profissional; e, como corolário do processo, proceder à ‘construção do caso’ que se dá a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo produzem um saber sobre o sujeito. (p.14).

A relevância da transferência de trabalho que opera nas instituições pode atenuar a tendência que há nos grupos de se pautarem nas identificações imaginárias ou nas rivalidades, assim como reduzir as possibilidades de que os laços de trabalho se estabeleçam somente a partir de semelhanças narcísicas e, com isto, tentar superar dificuldades inerentes ao trabalho em equipe. Assim, esta ação de trabalho pode auxiliar a medida que tomamos como foco principal o trabalho com os sujeitos e não os confrontos com os técnicos. Outro ponto importante é que a transferência de trabalho agindo no trabalho em equipe pode, no seio da instituição, promover o exercício da função simbólica através da circulação da palavra.

E como se constrói uma transferência de trabalho na equipe? Como o trabalho no CAPSi necessariamente precisa desenvolver-se interdisciplinarmente, pressupõe-se deste profissional disponibilidade para trabalhar em equipe, uma aposta que tem algo de si, da sua especificidade profissional, da sua própria experiência a transmitir para a equipe, porém é preciso que cada um se coloque na discussão a partir de seu não-saber, mais do que seu saber. É necessário por parte do técnico do CAPSi uma suspensão do saber prévio para poder influenciar-se pelos demais saberes e contribuir para a construção de uma clínica que não existe a partir de uma única especialidade que detenha o saber sobre o sujeito que nos procura. É necessário que haja uma circulação nas relações de saber e poder entre os técnicos e assim tomados a partir do questionamento sobre o que estão fazendo ali reassegure a pergunta sobre o desejo que os habita e viabilize a construção de uma clínica. E isto tudo só pode ser realizado pela intermediação de um terceiro, um “êxtimo”.

Êxtimo é um neologismo criado por Lacan (1959/1960) para indicar algo do sujeito que lhe é mais íntimo, mais singular, mas que está fora, no exterior. Trata-se de uma formulação paradoxal: aquilo que é mais interior, mais próximo, mais íntimo, está no exterior. A primeira vez que Lacan parece ter usado este termo foi em 1960, no Seminário 7: a ética da psicanálise. Ao falar da arte pré-histórica, diz que é de se admirar que uma cavidade subterrânea com tão pouca iluminação e com tantos obstáculos à visualização, como a caverna, fosse escolhida como

o lugar das primeiras produções artísticas. Diz, então, que aquilo com que ele vinha trabalhando ao longo desse seminário “como sendo esse lugar central, essa exterioridade íntima, essa extimidade, que é a Coisa” (Lacan, 1959/60, p. 173) pode nos ajudar a esclarecer a função do supervisor na equipe de um CAPSi. Ou seja, alguém de fora, mas que esteja íntimo a equipe, e que ajude no processo político de construção da clínica. Lugar de escuta, apontamentos, interrogações, acolhimento da angústia dos técnicos e principalmente um lugar vazio de saber para que se possa fazer o saber emergir como resposta ao real em jogo, ou seja, para que o saber possa ser construído por todos. Não é tarefa simples, é delicado e complexo, pois como Lacan apontou para a estratégia, a tática e a política da clínica, o supervisor também terá que lidar com esses três elementos, onde pode até ser livre na estratégia e na tática, mas a política é a política do caso único, da singularidade e da surpresa do acontecimento em jogo, que surge a cada vez que nos encontramos. Portanto a clínica que se constrói e que não é dada a priori, para funcionar precisa deste dispositivo que passa a ser fundamental para estruturar os serviços que devem ter a clínica como norte e não apenas a organização funcional de um serviço.

Oury (2009, p.111), também traz outra importante contribuição para o trabalho no coletivo apontando para a importância do diagnóstico, ou melhor, do “diagnóstico preciso”. No CAPSi Asa Norte o diagnóstico era dominado pela psiquiatria. Foi preciso construirmos um caminho para dialogar com a psiquiatria e poder refletir sobre um diagnóstico estrutural, mas para que isto tomasse sua devida importância, como menciona Oury (2009), era preciso que todos da equipe estivessem engajados nesse processo de desconstrução e construção do diagnóstico dos pacientes. No campo infanto-juvenil a questão do diagnóstico é recorrente pelos pais, pela escola, pelos pacientes pois encontram-se numa fase de desenvolvimento e a apreensão quanto ao futuro das crianças e dos adolescentes sempre estavam presentes. Logo, neste campo, mas do que nunca a questão do diagnóstico se faz circular e a equipe não tem como fugir dela, mesmo que em muitos momentos queira.

Fazer um diagnóstico preciso é poder sentir um monte de coisas, saber com quem lidamos, e não confundir um esquizofrênico com a sua avó. Não misturar tudo, é o mínimo. Então é preciso fazer um diagnóstico, que pode ser revisto, mas que é uma abordagem estrutural. É o mínimo de respeito que podemos ter em face do esquizofrênico. (Oury, 2009, p. 112)

Para o autor, o coletivo é um método, e como tal precisa ser compreendido pela equipe que o adota para que seja construído por ela. Pois os coletivos não são iguais e nem podem ser. Eles devem ser construídos em cada equipe de acordo com a necessidade dos pacientes que se

apresentam e com o estilo próprio da equipe. Logo, não é apenas de um grupo de pessoas e um local/instituição para que ele comece a funcionar. É preciso a construção de uma equipe e de um processo de trabalho nesta abordagem, caso desejem trabalhar com ela, e a supervisão é o único “lugar” onde este trabalho pode ser construído.

No CAPSi Asa Norte havia um desejo de alguns da equipe em construir este trabalho, não era desejo de todos, este foi o nosso primeiro impasse, o segundo foi a ausência da supervisão sistemática deste processo. Portanto, esses apontamentos nos convocam a fugir da banalização do trabalho em equipe e reitera a necessidade de a gestão cumprir seu papel de garantir e institucionalizar as supervisões nos CAPSi, juntamente com a estratégia de monitoramento, que propus neste trabalho para que esses serviços sejam continentes para lidar com as várias dimensões que estão em jogo nas decisões e nos conflitos no âmbito do trabalho em equipe e na vida institucional.

Ao meu ver, a dimensão do coletivo de Oury (2009) com os demais conceitos apresentados aqui, pode muito contribuir na construção de uma clínica para o CAPSi.

Outro autor que também traz importantes contribuições é Antonio Di Ciaccia (2005) com a “prática entre vários”, que começou em 1974 na instituição chama Antenne 110, na Bélgica, que atende crianças autista e psicótica que se encontram em dificuldade de estabelecer laço social. Há também duas outras instituições Le Courtil e Nonette, na Bélgica e na França respectivamente que trabalham com a prática entre vários. Essas instituições fazem parte de uma Rede Internacional de Instituições infantis, a R13 (Pinto, 2007).

A prática entre vários é uma estratégia para operar com a transferência na clínica institucional com psicóticos e autistas. A clínica que se pratica nas instituições que utilizam esta abordagem não se exerce através de atendimento individual, mas dispendo as crianças e os adolescentes entre muitos pacientes e muitos técnicos. Que difere dos atendimentos em grupo ou em oficinas. A prática entre vários acontece no coletivo e o que a distingue das outras modalidades de atendimento é a circulação entre o significante e o gozo na linguagem (Di Ciaccia, 2005).

Segundo Di Ciaccia (2005) essa modalidade de trabalho faz referência à psicanálise de Freud e Lacan, porém ele não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito. Ele diz que não se pede, nem se impõe a equipe a formação em psicanálise para trabalhar com esta prática. Basta o desejo de trabalhar em equipe sob esta direção, ou proposta de tratamento. O que se faz é uma “prática entre vários” e não uma “psicanálise entre vários”. Nesta prática é importante ter a clareza que a psicanálise pode ser oferecida como um dispositivo que dá acesso ao sujeito falante ou não, seu funcionamento e suas modalidades de laço social.

A prática entre vários é uma bricolagem que serve para preencher os furos da estrutura e permitir à criança autista tanto dizer não ao Outro em sua vertente de gozo mortífero quanto dizer sim ao Outro do encadeamento significativo, o qual se desdobra em um Outro com suas prerrogativas e conotações imaginárias que propiciam a ela um mínimo de reconhecimento, suportado pelo simbólico e capaz de fazer frente à invasão do real. Trata-se, portanto, de uma modalidade de trabalho que oferece à criança autista a possibilidade – uma possibilidade que tenta acompanhar as curvas da estrutura – de se inscrever com um traço, ainda que particular a ela, que lhe permita estar o mais inserido possível no laço social, ou seja, em um social que tenha os requisitos próprios à humanidade (Di Ciaccia, p.52).

Zenoni (2000), indica ao falar sobre a prática entre muitos nas instituições, que a proposta de parceria alicerçada na transferência de trabalho pode ser uma via para uma prática nas instituições de saúde mental e em suas equipes, quando nos diz:

Uma prática feita por muitos tem por efeito, inicialmente, tratar os efeitos imaginários próprios a todo coletivo. Constituir uma comunidade de trabalho fundada na clínica não é simplesmente uma teoria da equipe, mas realiza condições propícias ao acompanhamento do sujeito que ela acolhe. Não é uma teoria da equipe, de como vão se colocar no trabalho, mas considera que há uma incidência sobre o tratamento, enquanto ela presentifica o Outro, cujo saber e o poder são esvaziados. Inscrever-se nessa prática feita por muitos pode ser para o analista uma ocasião mais eficaz de transmissão da operação freudiana na clínica do que se ele passar seu tempo reivindicando sua especificidade (Zenoni, 2000, p.24).

Podemos dizer que o trabalho dos membros da equipe se baseia muito mais numa posição desejante, a serviço de uma oferta de encontro entre outros, ou seja, neste trabalho cada membro da equipe deve estar à altura de fazer destituir da posição de ser o único parceiro da criança ou adolescente, em prol de um revezamento contínuo entre um parceiro e outro. Trata-se então não de uma posição de analista ou de terapeuta, mas de um sujeito desejante em intercâmbio com outros.

Di Ciaccia (2005) propõe quatro eixos para a instituição da “prática entre vários”: a parceria de cada membro da equipe, a reunião de equipe, o papel do diretor terapêutico e o ponto de referência teórico-clínico.

O primeiro eixo, uma parceria de cada membro da equipe, vale como parceiro do paciente, não com base em sua especificidade de educador, especialista ou qualquer outra coisa, e sim com base na sua própria posição subjetiva, na qual está em primeiro plano o desejo do encontro, o desejo de usar tudo o que a estrutura significativa oferece. Ela tem como prerrogativa o intercâmbio entre os diversos membros da equipe.

O segundo eixo é a reunião de equipe. A função desta reunião não deve se limitar a ser um lugar apenas administrativo, de informação ou coordenação dos trabalhos. Ela possui algumas funções fundamentais.

Uma das funções da reunião de equipe é que seja um lugar em que se fala da criança e do adolescente, para se sustentar a articulação de um discurso sobre eles.

Em segundo lugar a reunião tem a função de operar uma separação em relação ao saber que se acredita ter sido obtido ao acompanhar o paciente. Essa separação leva a uma diferenciação entre o saber obtido, que se torna ultrapassado em relação ao paciente, embora possa ser classificado como saber adquirido, e um outro saber, que permanece à espera de ser verificado e que se refere, mais diretamente, à posição subjetiva da criança.

Em terceiro lugar a reunião tem a função de ser o único lugar em que se toma em consideração o que dizem os membros da equipe em relação à sua posição de sujeito do dizer. A fala tem possibilidade de se tornar um ato para a equipe apenas quando é um dito de um dizer responsável. De outro modo, trata-se de um blablabá de gozo infrutífero.

Em quarto lugar a reunião tem como função elaborar um saber. É essa elaboração que se confronta, por meio da contribuição de cada membro da equipe ao circunscrever o real em jogo, caso a caso, com cada paciente.

O terceiro eixo de trabalho da prática entre vários é o responsável terapêutico. Tal função será “encarnada por qualquer um, mas não um qualquer da equipe”. Aquele que encarna deve permitir a cada um da equipe atuar na primeira pessoa, bem como confirmar, ou não, o axioma de Lacan (1959-1960) sobre um vazio central, vazio de saber, o qual permite, para cada um dos membros da equipe e ao conjunto da equipe se destituírem de um saber objetivante e totalizador, permanecendo, todavia, plenamente responsáveis, um a um, pelo ato que o trabalho comporta. Ou seja, seu objetivo é fazer a máquina institucional funcionar.

No CAPSi Asa Norte instituímos a função de coordenador clínico há um técnico da equipe, que tinha mais tempo de CAPSi conosco, ou seja, mais experiente nesta clínica, para exercer a função e convocar durante as reuniões de equipe os técnicos para o fazer clínico. Assim como coordenar o grupo de estudo que realizávamos para construção do referencial teórico da equipe, que segundo Di Ciaccia (2005) é o quarto eixo de trabalho.

A experiência de coletivo da prática entre vários tem importantes contribuições para se pensar a clínica no CAPS, tais como a distinção entre o atendimento coletivo e grupal, as reuniões clínicas, a questão da pluralização do Outro pelo atendimento entre muitos técnicos e pacientes que difere da equipe multidisciplinar com seus especialistas e etc.

Alguns CAPSi no Brasil têm adotado essa prática. Constatamos isso em algumas visitas técnicas que realizamos a esses serviços: CAPSi Pequeno Hans e CAPSi Eliza Santa Rosa ambos situados na cidade do Rio de Janeiro, com uma clínica inteira e estritamente dirigida pela psicanálise.

A equipe do Pequeno Hans tomou por base dois princípios para dar direção ao seu posicionamento que se resumem:

(...) em realizar o mais rigorosamente possível as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas de Saúde Mental no que diz respeito a um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil, bem como realizar o mais rigorosamente possível as diretrizes teórico-clínicas e ético-metodológicas da Psicanálise quanto ao que seja o exercício de sua práxis, tomando com campo deste exercício uma unidade de saúde mental infanto-juvenil sob a forma institucional de um CAPSi (Santos & Elia, 2005, p.111).

O que os psicanalistas e pesquisadores que atuam com a prática entre vários verificam é que na clínica com muitos sujeitos, em um mesmo espaço, favorece-se a emergência do sujeito. Em um dispositivo com muitos, desde que o psicanalista se matenha em seu lugar, o sujeito tem a chance de comparecer no laço com este analista na posição de analisante. Embora permaneçam entre muitos pacientes e entre muitos técnicos do CAPSi, ocorre com frequência que dois se destaquem em posições respectivas de analista e analisante, sem necessariamente estar em um consultório, em uma sala fechada com quatro paredes, com apenas o analista em uma poltrona. Por vezes os técnicos poderão optar pela configuração espacial definida por uma sala de consultório, porém ela não será adotada por se achar que é a configuração espacial que determinará o que é setting analítico ou que determinará se uma prática é psicanálise. É modificado o dispositivo apenas em sua configuração espaço-temporal, mas não em sua estrutura (Elia, 2000).

Outra instituição que atende crianças e adolescentes em algum tipo de sofrimento psíquico que também se utilizou do conceito de coletivo para desenvolver suas práticas, a partir do referencial teórico da psicanálise é a *École Experimentale Bonneuil sur Marne* foi fundada em 1969, por Maud Mannoni e alguns colaboradores. Seu objetivo era acolher crianças e adolescentes em dificuldades, numa faixa etária de cinco a treze anos de idade, quase todos constituindo casos graves de psiquiatria. Segundo Mannoni, a ênfase sobre o *em* indica uma condição que pode ser modificada. E o uso da preposição *com* mostraria uma maneira de ser do sujeito e, no caso, imutável. Conclui-se, então, que ser considerada uma criança com dificuldades implica no fato de ela se ver excluída da instituição, posta no lugar do objeto *a* no

discurso do mestre. Em contrapartida, considerar uma criança *em* dificuldade significa tratá-la como sujeito, pois “todo sujeito enquanto sujeito, é um sujeito em dificuldade com sua divisão”. Até 1975, a equipe institucional era inteiramente composta por voluntários não-remunerados, impulsionada por internos e, sobretudo, por estudantes da Universidade de Paris VII, alunos de Pierre Fedida. Maud Mannoni dizia que estes ali compareciam por lhes ser oferecida uma aventura clínica à margem do já estabelecido. Os profissionais que ali trabalhavam eram simplesmente chamados de adultos, pois Mannoni (1988) afirmava que a única possibilidade de encontro entre adultos e crianças é o adulto despojar-se do saber especialista.

A noção de “instituição estourada/explodida” introduzida por Bonneuil, visa o trabalho dividido entre o que acontece dentro da instituição e o que se passa fora, isto é, a instituição não oferece exclusivamente a permanência, oferece “aberturas para o exterior, (...), o essencial da vida desenrola-se em outro lugar, num trabalho ou num projeto no exterior”. A esse respeito diz Mannoni (1988): “Através dessa oscilação de um lugar para o outro pode emergir um sujeito que se interroga sobre o que quer”. Quanto ao lugar da psicanálise nessa instituição, afirma:

o paradoxo de Bonneuil é que não se pratica aí a psicanálise, mas tudo o que aí se faz baseia-se rigorosamente na psicanálise, à qual não se recorre como técnica de ajustamento, mas, outrossim, como subversão de um saber e de uma práxis (Mannoni, 1988, p.16).

Bonneuil se reconhece como uma instituição de prática educativa, na qual a psicanálise tem um lugar fundamental ao considerar o sujeito ao mesmo tempo como sendo formado pela sociedade e como sujeito que vivencia a vida subjetivamente.

Para concluir relembro as recomendações de Freud sobre a impossibilidade de governar, educar e curar, na tentativa de tentar entender porque elas se impõem constantemente em nossas práticas. Freud declara que no trabalho com o inconsciente “a ambição educativa é de tão pouca utilidade quanto a ambição terapêutica” (Freud, 1976/1912, p.158). Quando a psicanálise aponta para o impossível de realizar desses ofícios, talvez esteja nos alertando que não há medidas em conjunto, nem regras para todos, mas para isto temos que de saída tentar entender que há um desconhecimento no encontro que se tece entre usuários e técnicos, só aceitando que um saber se constrói no dia-a-dia, no reconhecimento experimentado das crianças e adolescentes como sujeitos e não como mero objeto de medidas e dados, é que poderemos começar a ouvir as recomendações de Freud, colocando o sujeito no centro da clínica, para que

ele possa ter lugar nas estratégias políticas, na gestão, na condução dos casos e na relação entre os serviços da rede.

Isso nos induz a pensar que a gestão e a clínica são inseparáveis em sua função. Logo ao gestor cabe sustentar a sua ética, que no caso da psicanálise - ética do sujeito - investida de desejo, sem romper com a posição que transitoriamente ocupa, viabilizando uma política e uma gestão que sempre passe pela clínica.

## 6. Considerações Finais

*“O que torna belo um deserto  
é que ele esconde um poço em algum lugar”  
Saint Exupéry (1983).*

É chegado o tempo de concluir, após o tempo de ver e o tempo de compreender a clínica nos CAPSi do DF. Meu percurso de escrita deste trabalho iniciou-se na assistência, no CAPSi/COMPP. Neste lugar, fui movida pela equipe a torná-lo um serviço: CAPSi Asa Norte. A experiência na gestão deste serviço, sem ter conseguido uma estrutura física adequada para ele e implantar um processo de territorialização, mesmo tendo conseguido, na época, configurar uma nova equipe e um novo processo de trabalho, deixou em mim uma frustração enorme que apenas consegui elaborá-la no processo de escrita desta tese.

No tempo de compreender, saí da gestão e voltei para a academia, na tentativa de correlacionar os campos da assistência e da pesquisa para encontrar algumas respostas. Como resultado da correlação destes campos, propus em 2015 à SES/DF a criação de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infanto-Juvenil. Que considero uma das formas de contribuição desta tese para implementação de um trabalho conjunto da assistência e da pesquisa, na formação de profissionais para a saúde mental infanto-juvenil do DF. Pois é assim que acredito que se deve fazer a assistência na saúde pública brasileira: cuidando, pesquisando e transmitindo

No tempo de concluir esta tese considero importante retomar este triple: cuidado, pesquisa e transmissão, pois foi através desta trajetória que consegui chegar as pontuações que considero necessárias para a construção de uma clínica no CAPSi.

No tempo de ver, constatamos que são muitas as dificuldades encontradas nos CAPSi do DF e isto se deve há vários fatores relacionados com as singularidades, particularidades e a história de construção do campo da saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil como aponta Vicentin (2006):

- 1) As formas sócio-históricas de produção e reprodução das crianças são muitas. O conceito de infância é uma construção cultural relativa aos modos pelos quais cada formação sócio-histórica organiza a reprodução de suas condições materiais e culturais de trabalho e de vida. Esta construção varia de sociedade para sociedade e em cada época histórica;
- 2) É tardia a entrada da criança no campo específico da assistência pública em saúde mental, de tal forma que uma clínica psicopatológica da criança se constituiu apenas após os estudos sobre o desenvolvimento psicológico da criança e uma psicanálise de crianças já terem se formulado, conforme apresentamos nos textos de Becherie (2001);
- 3) O reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos só ocorre no Brasil no século XX;
- 4) As crianças foram prioritariamente cuidadas e referidas às práticas disciplinadoras: as escolares, pedagógicas, pediátricas, psicológicas e familiares que as lançaram num complexo campo interinstitucional e de atravessamentos sócio-histórico-políticos;
- 5) As crianças, porque estão nessa encruzilhada de excesso de demandas pelo lado do mundo adulto e de inúmeros atravessamentos institucionais, têm seus conflitos e seus sofrimentos transbordando para todo o campo social, pondo em questão os ideais adultos e implicando os adultos. Ou seja, porque fazem crise nas famílias e nas instituições, os “transtornos” da infância têm a potência de desafiar o mundo adulto a analisar permanentemente seu posicionamento no mundo;
- 6) A rede de danos que trama o sofrimento da criança é ampla. Por isso temos o desafio de pensar uma clínica que não fique restrita apenas aos mecanismos psíquicos. Nem o sofrimento, nem o tratamento deve ser entendido como sendo apenas da criança. Daí pensarmos que de todos ‘se trata’: da criança, de sua família, de seus entornos, de seus terapeutas, e da própria instituição de tratamento e dos processos sócio-político-institucionais;
- 7) Nenhuma criança se constitui sujeito fora do campo do Outro, nem pode se desenvolver sem ter assegurados laços sociais em torno de si;
- 8) Particularmente no DF constatamos: ausência de incentivos da política pública no campo infanto-juvenil (gestão); a centralização das ações (a ausência de municípios no DF dificulta a territorialização nas ações de saúde); dificuldades no processo de construção de uma rede intersetorial; ausência de incrementos na formação dos profissionais para lidarem com a questão dos transtornos mentais infanto-juvenis e do

trabalho em equipe no âmbito público; sucateamento dos serviços destinados a saúde mental infanto-juvenil;

A partir destas proposições constatei que a Reforma Psiquiátrica Brasileira criou um consistente arcabouço legal, desde a Declaração de Caracas, cuja dimensão epistemológica oferece sustentação teórica para um fazer clínico nos serviços públicos de saúde mental, apresentamos isto na construção de uma grade de referência clínico-teórica, com dispositivos clínicos e institucionais do que vem sendo feito na clínica desses serviços, no Brasil. Porém, há algo da operacionalização destes conceitos que se faz necessário, no dia a dia da clínica com crianças e adolescentes.

Ficou evidente nesta pesquisa que um serviço pode funcionar no modo psicossocial, mesmo sem uma direção clínica a priori, como foi o caso do CAPSi Sobradinho. Logo o eixo clínico teórico não é o determinante para o modo da atenção psicossocial. Assim como também não é o dispositivo clínico utilizado pela equipe. Por exemplo, o CAPSi Recanto das Emas utiliza como dispositivo grupos terapêuticos, e este tipo de dispositivo pode ser usado no modo asilar também. Nem o fato do serviço funcionar num lugar chamado CAPSi é determinante para que ele funcione sobre os princípios da Reforma psiquiátrica num modo psicossocial. O CAPSi/COMPP foi o primeiro CAPSi credenciado pelo MS no DF e funcionou durante 15 anos como uma proposta mais ambulatorial do que de um serviço substitutivo.

No decorrer da pesquisa, na escuta das equipes do CAPSi no DF percebi que algo da clínica precisava ser construído em equipe, mesmo que a clínica da atenção psicossocial já tenha sido dada de antemão pela reforma psiquiátrica. Penso que pela particularidade do público (crianças e adolescentes com transtornos mentais) algo a mais desta clínica precisava ser construído. Então o que esta pesquisa pôde nos ensinar?

Nos serviços entrevistados constatamos que todos são regidos por uma política pública, seguem as diretrizes e os princípios da reforma psiquiátrica, utilizam dispositivos clínicos da atenção psicossocial, mas mesmo assim não conseguem operar totalmente num modo psicossocial. Há uma política pública, mas falta uma política particular a ser construída por cada equipe de trabalho. Além do modo operante psicossocial que Costa-Rosa propõe para esta clínica, se faz necessário a construção de uma política particularizada para clínica, segundo o que apresentamos como política.

Em função disto, reelaboramos nossa tese inicial de pesquisa propondo não apenas a construção de um eixo clínico-teórico para a construção de uma clínica nos CAPSi do DF, mais dois eixos de trabalho que nomeamos como: Eixo Clínico-organizacional e Eixo Clínico-

funcional. Em cada um desses eixos esta tese oferece instrumentos/subsídios que consideramos importantes para a construção de uma prática clínica nos CAPSi.

O que proponho chamar de Eixo Clínico-Organizacional dos serviços dos CAPSi é a estrutura de gestão que precisa ser construída e monitorada pela equipe e pelo gestor local, para que este processo possa acontecer de forma integrada e em rede. Ou seja, seria o eixo que trataria da técnica e sua organização.

O cotidiano do serviço de um CAPSi exige da gestão da clínica, que sejam levados em consideração inúmeros fatores: como a macropolítica, incluindo fatores sociais, econômicos, políticos de gestão de saúde, noções do SUS, articulações com o gestor local, acrescido disto o trabalho na equipe, a relação entre os técnicos (ou seja, os laços sociais e a forma como cada sujeito lida com as dificuldades que atravessam o seu percurso de trabalhador no campo da saúde mental), entre várias atividades burocráticas, além dela também estar inserida nos atendimentos clínicos e na orientação clínica do serviço.

No âmbito da Reforma Psiquiátrica este eixo propõe a construção de uma técnica baseada em uma ética, ou seja, a criação de uma tecnologia necessária à sustentação de uma prática clínica. Isto não significa enumerar uma série de atividades sem sentido para o serviço, correndo o risco de acabarem numa alienação da técnica. Mas atentar para uma organização e sistematização do funcionamento do serviço no seu dia a dia. A construção do PTA é uma tecnologia proposta para os CAPS que pode ajudar a construir uma técnica própria para cada serviço.

Dentre as categorias analisadas nos CAPSi do DF, a que deu mais trabalho para analisar foi o Processo de Trabalho e a Organização do Serviço. Nenhum dos serviços entrevistados tem um projeto terapêutico atualizado, revisto e seguido pela equipe. Nesta categoria de pesquisa foi onde observei os serviços mais “perdidos”, sem saber aonde e como caminhar. Mesmo todos eles fazendo o PTS dos pacientes, usando dispositivos clínicos no modo da atenção psicossocial, a clínica parecia confusa e de difícil condução.

No Capítulo cinco propus um modelo de governança clínica para os CAPSi, apenas como uma sugestão de ferramenta que ajude a levar a equipe e os usuários do serviço à construção de um PTA. Penso que possa haver outros instrumentos de gestão que colaborem neste processo, sugiro o conceito de governança clínica, pois além de ser preconizado nas organizações de saúde, pela OMS, me pareceu muito consonante com os princípios da RPB.

Outro instrumento que pode ajudar neste Eixo-Organizacional é o monitoramento das atividades, que como dito anteriormente, é mais válido que a avaliação dos serviços porque ele permite que mudanças ocorram durante o processo de trabalho. O monitoramento permite a

mudança de estratégias no caminho e a avaliação não. Logo, a construção de um painel de monitoramento pela equipe e os usuários do serviço, baseado no PTA e sendo apoiado pelo gestor local são importantes ferramentas para a construção do Eixo Clínico-Organizacional de um CAPSi. Ofereço como sugestão para construção de um painel de monitoramento dos CAPSi do DF, as categorias de análise dos dados desta pesquisa: Formação Profissional; Processo de Trabalho e Organização dos Serviços; PTS e PTA; Rede, Territórios e Direitos; Dispositivos Clínicos; Atendimento e Mobilização dos Familiares.

O Eixo-Organizacional de um CAPSi vai de encontro ao que os autores Carvalho, Gondim, Holanda e Alencar (2014) propõe para um CAPSi, a divisão do espaço em intramuro e extramuro. Ou seja, há algo de interno na clínica intramuros do CAPSi que precisa ser construído para que a clínica extramuros possa se efetivar. Que no caso especificamente dos CAPSi do DF, é eminente a necessidade de uma maior intersectorialidade, uma presença articulada dos serviços públicos da infância e adolescência com as equipes da atenção básica, através de um processo de co-gestão e co-responsabilização do paciente e sua família pelos serviços de saúde.

Quanto ao Eixo Clínico-Funcional ele nos remete ao campo da linguagem, da ética e da política. Vimos que no campo da saúde mental os fenômenos encontram-se atrelados a realidade linguística, são compostos por palavras, atos e não apenas por tecidos e órgãos. Logo a intervenção que se faz necessária neste campo é da ordem da linguagem. Por isto no capítulo cinco desta tese abordamos a análise dos discursos presentes nas equipes dos CAPSi, propondo uma nova posição discursiva para as equipes. Que conseqüentemente poderá levar os pacientes a uma mudança discursiva também.

A história do sujeito doente é uma narrativa que adentra na história de um serviço e na sua posição discursiva. Logo, é necessário um giro na posição discursiva desta equipe, que sugeri como exemplo, a entrada no discurso do analista, proposto por Lacan (1969/1970), para que a equipe pudesse funcionar com uma ética e uma política do cuidado a partir da escuta do sujeito que se apresenta em sua clínica. Este trabalho de mudança discursiva da equipe só pode ser feito através de um trabalho de supervisão clínico-institucional, pois requer uma mudança subjetiva da equipe e não apenas organizacional, e este é o minucioso e essencial trabalho a ser feito por um supervisor clínico-institucional, através da transferência de trabalho e de uma política particular, a ser construída em cada serviço.

A política que proponho para construção dos serviços dos CAPSi do DF é a política da psicanálise. Não é a única política que pode ser aplicada aos serviços, mas é uma das possíveis. Pensando na definição do estadista germânico Otto Von Bismarck de que “a política é a arte do

possível", a psicanálise pode ser uma das teorias que viabilizem esse estado de arte possível na clínica com crianças e adolescentes. E o que a política da psicanálise pode nos oferecer para isto?

Como apontou Lacan (1958/1998), a direção da clínica requer três eixos: uma estratégia, uma técnica e uma ética. Quanto a ética o que a psicanálise propõe é uma ética do desejo, ou melhor, uma ética "em que não se ceda do desejo", Lacan (1959/1960). Este é o paradoxo, ou a diferença da ética da psicanálise, pois ela não diz respeito apenas às questões de âmbito privado ou moral. Ela está centrada no desejo, enquanto movimento que pode fazer emergir um sujeito. E as contribuições que ela pode trazer para a clínica nos CAPSi é conduzir o trabalho da equipe sempre a partir do sujeito. É acreditar na aposta que ela faz que em criança e adolescentes há um sujeito de desejo que deve conduzir o seu tratamento. Através desta ética, que é a política da psicanálise, podemos definir a estratégia e a tática do tratamento.

Rinaldi (1996), nos adverte que "Trata-se, então, não de crença na psicanálise enquanto determinada constelação significativa, mas de fé no discurso do psicanalista, como operação que faz surgir o desejo a partir de um real impossível, não sendo necessário que este se encarne em um profissional, referido ao corpo teórico da psicanálise". Ou seja, a proposta que faço para esta clínica é a possibilidade da utilização destes conceitos como manejo de uma técnica de atendimento, de escuta e não necessariamente que os serviços sejam compostos por psicanalistas.

Portanto, neste eixo que denomino como Eixo Clínico-Funcional, proponho que seja atravessado por conceitos como: transferência, sujeito, coletivo, ética, discurso do analista, que podem ajudar no manejo clínico com crianças e adolescentes em sofrimento, num CAPSi.

Sobre isto Oury (1988/1989, p.12) diz: "(...)essas noções fazem parte de um arsenal conceitual, com a ajuda do qual podemos procurar separar o que há de mais específico em cada um e considerar cada indivíduo que está aí numa dimensão ética". Ele nos apresenta a ideia de que supor a criança e o adolescente em sofrimento psíquico como um sujeito, supor que ele tenha inconsciente e desejo, supor que faça transferência e que eu posso manejar essa transferência de forma diferenciada num coletivo, antes de tudo, antes da técnica a ser empregada, são decisões de uma ética daqueles que os acompanham. Esta é uma da política que pode ser usada nos CAPSi.

Isto não quer dizer que eu tenha que abrir mão de conceitos outros, como por exemplo do campo de gestão para organizar o serviço. A diferença é que os dispositivos organizacionais da clínica funcionando sob a égide deste engajamento ético e político tendem a não entrar na alienação da técnica. Essa é a nossa aposta.

Para concluir retorno ao título desta tese “Da clínica à Gestão: uma política para os CAPSi do DF” considerando que é importante partir da clínica para pensarmos a gestão. E esta ordem que proponho não é aleatória, mas tem o intuito de nos advertir que não podemos iniciar nenhuma gestão que seja alheia à clínica. Por isto defendo que o gestor deva ser alguém experimentado no campo clínico e que procure recursos da gestão para administração da clínica. Não acredito em “experts” em gestão administrando uma clínica que nunca tenha vivenciado suas dificuldades na prática. Assim como não consigo entender um gestor que tenha muito experiência na clínica, mas que não entenda sobre as mil e umas facetas da gestão. A junção dos dois se faz necessária para a construção de uma clínica eficaz e não apenas eficiente em procedimentos e consultas. Logo, no campo da saúde percebemos uma necessidade enorme de que os gestores sejam preparados para administrar pessoas e serviços em suas singularidades. E que sejam sujeitos atravessados pela experiência clínica.

A organização institucional é ancorada em valores universais, normas, cujo empuxo-ao-saber recai muitas vezes sobre o gestor. E vimos com Hoyer (2010) que isto faz com que o discurso do mestre seja imperativo na constituição das organizações. Como fazer vacilar esse saber na função de gestor é o trabalho mais difícil a realizar para que a heterogeneidade institucional apareça e possa sustentar uma clínica singular dos sujeitos.

Ao meu ver, esta é a principal contribuição que a psicanálise pode trazer para a gestão da clínica, ou seja, através da supervisão clínico-institucional fazer com que um serviço gire do discurso do mestre para o discurso do analista, pois somente nesta posição discursiva é que permitirá à transmissão da ética da psicanálise.

Historicamente no campo da reforma psiquiátrica podemos observar certa oposição entre a clínica e a política. Como se para existir uma a outra deveria ser extinta. Como se a clínica nada tivesse haver com a política. Neste trabalho propomos exatamente ao contrário a partir da ética da psicanálise, podemos contribuir para uma política na saúde mental que não fique apenas no âmbito universal, mas que parta para uma política do singular de cada sujeito na construção particular da clínica. Alguns autores como Viganó (1999) Figueiredo (2004) apostam na construção do caso clínico como uma possibilidade de fazer advir o particular de cada sujeito dentro do universal da instituição.

Dentre as produções realizadas durante este doutorado, além da publicação de artigos e apresentação de trabalhos em congressos nacionais e internacionais, um dos objetivos desta tese foi oferecer instrumentos para a construção de uma clínica nos CAPSi do DF. Um desses instrumentos foi a implantação de um programa de residência em saúde mental infanto-juvenil no DF cujo objetivo é preparar pessoas para o exercício de uma clínica com crianças e

adolescentes em sofrimento psíquico utilizando os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, a partir de dispositivos institucionais diversos como ambulatório, CAPSi, Centro de Saúde, Hospitais e outros; outra contribuição que este trabalho aponta é a construção de um sistema de monitoramento com as equipes dos CAPSi e os demais serviços de SMIJ no DF, com o apoio do Gestor Local (DISAM), para auxiliar esses serviços na gestão de suas clínicas e na construção de uma rede intersetorial de cuidado em saúde. Assim, quem sabe, possamos encontrar alguns poços neste imenso deserto chamado saúde mental de crianças e adolescentes no DF.

Concluo refletindo com Gagnebin (1997) sobre o que a clínica com crianças e adolescentes pode nos ensinar é sobre a política da falta-a-ser e esta é a ética da diferença que propõe a Psicanálise e que permite a invenção da clínica como propôs Basaglia.

“Essa fraqueza infantil também aponta para verdades que os adultos não querem mais ouvir: verdade política da presença constante dos pequenos e dos humilhados que a criança percebe, simplesmente porque ela mesma, sendo pequena, tem outro campo de percepção. (...). Ela é o signo sempre presente que a humanidade do homem não repousa somente sobre sua força e poder, mas, de maneira mais secreta, mas essencial, sobre suas faltas e suas fraquezas. É porque a infância não é a humanidade completa e acabada que ela nos indica o que há de mais verdadeiro também no pensamento humano: a sua incompletude, isto é, a invenção do possível” (p. 98-9).

## 7. Referências

- Alexander, F. G., & Selesnick, S. T. (1968). Desenvolvimentos na psiquiatria infantil. In *História da Psiquiatria* (p. 478–495). São Paulo: Ibrasa.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Aristóteles. (1984). *Metafísica*. Barcelona: Iberia.
- Assis, S. G., Deslandes, S. F., Minayo, M. C. S., & Santos, N. C. dos. (2005). Definição de objetivos e construção de indicadores visando a triangulação. In M. C. S. Minayo, S. G. Assis, & E. R. Souza (Orgs.), *Avaliação por triangulação de métodos. abordagem de programas sociais.2* (p. 105–132). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Badiou, A. (1999). Ética e política. In *Conferências de Alain Badiou no Brasil*. Belo Horizonte: Autênciã.
- Banks-Leite, L., & Galvão, I. (2000). Uma introdução à história de Victor do Aveyron e suas repercussões. In *A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard*. (p. 11–24). São Paulo: Cortez.
- Baremblit, G. (1998). *Compêndio de análise institucional e outras correntes. teoria e prática*. (4º ed). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Barths, R. (2001). *A aventura semiológica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2005). A utopia da realidade. In *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica. história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança. estudo histórico. In O. Cirino (Org.), *Psicanálise e psiquiatria com crianças. desenvolvimento e estrutura* (p. 128–144). Belo Horizonte: Autentica.
- Binet, A. (1911). *Les idées modernes sur les enfants*. Paris: Flammarion.
- Binet, A., & Simon, T. (1916). *The development of intelligence in children: The Binet-Simon Scale*. Williams & Wilkins Company.
- Bosi, M. L. N., & Mercado-Martinez, F. J. (2011). Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In R. Onocko-Campos & J. P. Furtado (Orgs.), *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp.

- Brasil. Constituição da república federativa do brasil. (1988). Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
- Brasil. (1988b). *Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relafinal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf)
- Brasil. Lei nº 8.069 (1990). Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)
- Brasil. (1994). *Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)
- Brasil. Lei nº 10.216 (2001). Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)
- Brasil. (2001b). *Relatório final dos Seminário Nacional da Política de Saúde Mental para Infância e Adolescência*.
- Brasil. Portaria 336 (2002). Recuperado de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>
- Brasil. (2002b). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. Recuperado de [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf)
- Brasil. Portaria 1.608 (2004). Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608\\_03\\_08\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html)
- Brasil. (2004b). *Saúde mental no SUS. O centro de atenção psicossocial*. Brasília: Editora MS. Recuperado de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)
- Brasil. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infante juvenil*. Brasília: Editora MS. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos\\_politica\\_saude\\_mental\\_infanto\\_juvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_politica_saude_mental_infanto_juvenil.pdf)
- Brasil. (2005). Portaria GM/MS nº 245 de 17 de fevereiro de 2005.
- Brasil. (2005). Portaria GM/MS nº 1174 de 07 de julho de 2005.
- Brasil (2006). Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2006.
- Brasil. (2010). *Indicadores de programas. Guia metodológico*. Brasil: Editora MP. Recuperado de [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324\\_indicadores\\_programas-guia\\_metodologico.pdf/view](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324_indicadores_programas-guia_metodologico.pdf/view)
- Brasil. (2012). Portaria GM/MS Nº 121 de 25 de janeiro de 2012.
- Brasil. (2014). *Fórum Nacional de Saúde Mental Infante Juvenil. Recomendações de 2005 a 2012*. Brasília. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_nacional\\_saude\\_mental\\_infantojuvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf)

- Brasil. (2015). *Saúde mental em dados*. Brasília. Recuperado de [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)
- Brasília. (2010). *Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal*. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do DF.
- Brasília. (2012). Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012
- Brasília. (1995). Lei distrital nº 975 de 12 de dezembro de 1995.
- Brito, G. L. (2015). *Análise do Orçamento da Política de Saúde Mental no Distrito Federal, no período entre 2012 a 2014*. Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília UnB. (Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social).
- Campos, G. W. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(4), 849–959. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). *Práxis e formação Paidéia. apoio e co-gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6ª ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária. Recuperado de [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/O\\_Normal\\_e\\_o\\_Patológico.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/O_Normal_e_o_Patológico.pdf)
- Carvalho, M. C. B. (1999). Avaliação participativa. uma escolha metodológica. In E. M. Rico (Org.), *Avaliação de políticas sociais. uma questão em debate*. (p. 87–94). São Paulo: Cortez.
- Carvalho, S. R., & Cunha, G. T. (2006). A gestão da atenção na saúde. elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drummond Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carvalho, I.L.N.Gondim, A.P.S. Holanda, T.T. Alencar, V.P. (2014). CAPSi: avanços e desafios após uma década de funcionamento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Florianópolis, 6 (14), p.42-60.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos ricos. da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Cavalcanti, M. T. (1992). *O tear das Cinzas: um estudo sobre as relações entre a psicose e instituição psiquiátrica*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ.
- Cecílio, L. C. O. (2007). O “trabalhador moral” na saúde. reflexões sobre um conceito. *Interface comunicação em saúde e educação*, 11(22), 345–63.
- Chauí, M. (1981). *repressão sexual. essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

- Chizzoti, A. (1991). *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez.
- Cirino, O. (2001). *Psicanálise e psiquiatria com crianças. desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autentica.
- Clastres, G. (1991). A criança no adulto. In J. Miller (Org.), *A criança no discurso analítico*. (p. 136–140). Rio de Janeiro: Zahar.
- Clavreul, J. (1983). *Ordem médica*. Paris: Seuil.
- Contradiopoulos, A. (1997). A avaliação na área da saúde. conceitos e métodos. In Z. M. A. Hartz (Org.), *Avaliação em saúde. dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática. uma revisão narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 34(6), 428–31.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial. um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio. subjetivada, saúde mental, sociedade*. (p. 141–168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica. contribuições à um clínica crítica dos processos de subjetivação em saúde coletiva*. São Paulo: Unesp.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial. rumo à um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (p. 13–44). Rio de Janeiro: Nau.
- Costa, J. F. (1989a). *História a psiquiatria no brasil. um corte ideológico* (4º ed). Rio de Janeiro: Xenon.
- Costa, J. F. (1989b). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Costa, J. F. (1996). Apresentação. In J. Goldberg (Org.), *Clínica da psicose. um projeto na rede pública* (2º ed, p. 2–18). Rio de Janeiro: Te corá.
- Couto, M. C. V. Duarte, C.S. Delgado, P.G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (4), 390-398.
- Couto, M. C. V. (2012). *Política de saúde mental para crianças e adolescentes. especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. UFRJ.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira. inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17–40.
- Cunha, P. F. L. (1981). A longa história da repressão sexual. *Revista Psicologia em Curso*, 8(1), 19–26.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. São Paulo: 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1991). *O que é a filosofia?* São Paulo: 34.
- Delgado, P. G. (1997). A psiquiatria no território. construindo uma rede de atenção psicossocial.

- FOCO*, 4(16), 41–43.
- Delgado, P. G. (2007). Por uma clínica da reforma. concepção e exercício. *Cadernos de saúde mental*, 1, 59–65.
- Demo, P. (2005). *Argumento de autoridade x autoridade do argumento: interfaces da cidadania e da epistemologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Demo, P. (2006). *Pesquisa e informação qualitativa. aportes metodológicos*. Campinas: Papyrus.
- Di Ciaccia, A. (2005). A prática entre vários. In M. L. Mello & S. Altoé (Orgs.), *Psicanálise clínica e instituição*. Rio de Janeiro: rios ambiciosos.
- Donabedian, A. (1990). the seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114(11), 1115–8.
- Dunker, C. I. L. (2001). Clínica linguagem e subjetividade. *Revista distúrbios da comunicação*, 12(1), 39–61.
- Dunker, C. I. L. (2011). Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume.
- Elbe, I. (2010). *Marx im westen. die neue Marx-Lektüre in de Bunderspublik seit 1965*. Berlin: Akademie.
- Elia, L. (2000). Psicanálise. clínica & pesquisa. In S. Alberti & L. Elia (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: rios ambiciosos.
- Elia, L. (2007). O dispositivo psicanalítico ampliado e sua aplicação na clínica institucional pública da saúde mental infanto juvenil. *Revista estudos e pesquisa em psicologia*., 7(3), 613–20.
- Elia, L. (2009). *A psicanálise com muitos na clínica institucional pública de saúde mental infanto-juvenil. relatório prociência triênio 2005-2008*. Rio de Janeiro.
- Etzioni, A. (1989). *Organizações modernas*. São Paulo: Pioneiras.
- Facct. (1997). The FACCT Consumer Information Framework: Comparative Information for Better Health Care Decisions. Recuperado de <http://www.policyarchive.org/collections/markle/index?section=8>
- Figueiredo, A. C. (2001). O que faz um psicanalista na saúde mental. In *Saúde mental. campos, saberes e discurso*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Figueiredo, A. C., & Cavalcanti, M. T. (2001). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Figueired, A. C. (2010). Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*.
- Fleury, S. M. T. Ouverney, A. M. (2007). *Gestão de redes. a estratégia de regionalização da*

- política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV.
- Foucault, M. (1961/1987). *História da Loucura* (Perspectiv). São Paulo.
- Foucault, M. (1979/1996). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1926/2013). *O nascimento da clínica* (7º ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1895/1976). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: imago.
- Freud, S. (1912/1976). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. imago.
- Freud, S. (1938/1976). Esboço da Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. imago.
- Freud, S. (1919/1976). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. imago.
- Freud, S. (1916/1976). Psicanálise e Psiquiatria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. imago.
- Freud, S. (1921/1976). Psicologia de grupo e análise do ego. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. imago.
- Freyre, G. (1978). *Casa grande & senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Furtado, J. P. Passos, E. Onocko Campos, R. (2011). Avaliação de uma Rede de Serviços de Saúde Mental. Efeitos de pesquisa. In *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp.
- Gagnebin, J. M. (1997). Infância e pensamento. In: Ghiraldelli Jr. (Org.). *Infância, escola e modernidade*. São Paulo: Cortez, Editora da Universidade Federal do Paraná
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Goldberg, J. (1996). *Clínica da Psicose. Um Projeto na Rede Pública*. (2º ed). Rio de Janeiro: Te corá.
- Gondim, S. M. G. (2002). Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação*, 12(24), 149–162.
- Gramsci, A. (1978). *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gregersen, E. (1983). *Práticas sexuais. a história da sexualidade humana*. São Paulo: Roca.
- Hoyer, C. (2010). *A função paterna na instituição. do individual ao coletivo*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*. Washington: The National Academies Press. Recuperado de [http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality Chasm 2001 report brief.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20report%20brief.pdf)
- Januzzi, G. (1992). *A luta pela educação do deficiente mental no Brasil*. São Paulo: Autores Associados.
- Jannuzzi, P. M. (2005). Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Revista do Serviço público*, 56(2), 137–160.
- Januário, L. M. Tafuri, M. I. (2009). O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(2), 527–550.
- Kaës, R. (1991). Realidade Psíquica e sofrimento nas instituições. In *A instituição e as instituições* (p. 1–39). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kanner, L. (1943/1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In *Autismos* (p. 111–170). São Paulo: Escuta.
- Klein, M. (1930/1996). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In M. Klein (Org.), *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (p. 249–264). Rio de Janeiro: Imago.
- Kramer, S. (1992). *A Política do pré-escolar no Brasil. a arte do disfarce*. São Paulo: Cortez & Autores Associados.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 7. a ética da psicanálise, 1959-1960*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, 1964*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise, 1969-1970*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder, 1958. In *Escritos*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 20. Mais ainda, 1972-1973*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lalande, A. (1993). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Leão, A. Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95–106.
- Lima, R.C. Couto, M.C.V. Delgado, P.G.G. Oliveira, B. D. C. (2017). Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis*, 26(1), 196–207.

- Lobosque A. M. (2003). *Clínica em Movimento. Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque A. M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(12), 4590–4592.
- Lorau, R. (1995). *Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Mannoni, M. (1988). *Educação Impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Martins, A. (2000). Criação e psicose. refazendo a metapsicologia das psicoses. In P. Amarante (Org.), *Ensaio. subjetividades, saúde mental, sociedade*. (p. 75–94). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Marx, K. (1985). *O capital. crítica da economia política*. São Paulo: nova cultura.
- Mendes, E. V. (1989). A reengenharia dos sistemas de serviços de saúde no nível local. a gestão da atenção à saúde. In E. V. Mendes (Org.), *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília. Recuperado de <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido. micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. *Anais do Congresso Latino America no Medicina Social*.
- Merhy, E. E. (2007). Os caps e seus trabalhadores. no olho do furacão antimanicomial. alegria e alívio como dispositivos analisadores. In E. E. Merhy & H. Amaral (Orgs.), *Reforma psiquiátrica no cotidiano II*. (p. 55–66). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E., & Moebus, R. L. N. (2015). a terceira margem da clínica. produção de cuidado em centros de atenção psicossocial (CAPS). *diversitates international journal*, 7(2), 24–35.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento. pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec.
- Monarcha, C. (2009). *Brasil arcaico, escola nova. técnica, ciência e utopia nos anos de 1920-1930*. São Paulo: Unesp.
- Müller, T. M. (1998). *A primeira escola especial para crianças anormais do Distrito Federal. o pavilhão Bourneville do Hospital Nacional de Alienados*. UERJ.
- Oliveira, E. F. Reis, R. S. (2016). *Gestão pública em saúde. monitoramento e avaliação no planejamento do SUS*. São Luís: UNA-SUS/UFMA.
- Onocko-Campos, R. T.; Campos, G. W. . (2006). Co-construção de autonomia. o sujeito em questão. In Y. Campos, G. W. S; Akerman, M.; Drumond Jr, M.; Carvalho (Org.), *Tratado de saúde coletiva*. (1º ed, p. 669–714). São Paulo: Hucitec.
- Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J.P; Passos, E.; Barros, R. B. (2008). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental. desenho participativo e efeitos da narratividade* (1º ed). Aderaldo &

Rothschild Editores.

Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental. um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053–1062.

Onocko-Campos, R. (2001). Clínica. a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98–111.

Oury, J. (1988/1989). A transferência. Transcrição de seminário apresentado na Clínica de La Borde, Cour-Cheverny.

Oury, J. (2009). *O coletivo*. Aderaldo & Rothschild.

País, A. (1996). Interdisciplina e transdisciplina na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. In: *Escritos da criança*. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat.

Penido, C. M. F. (2005). A clínica e a formação dos CERSAMs de Belo Horizonte. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental* (2º ed, p. 91–112). Rio de Janeiro: Nau.

Pessotti, I. (1984). *Deficiência mental. da superstição a ciência*. São Paulo: Edusp. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672008000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005)

Pinto, R. F. (2007). *CAPsi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos. a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo analítico*. Rio de Janeiro: Museu da república.

Pitta, A. M. F. (1996). Cuidando de psicóticos. In *Clínica da psicose. um projeto na rede pública* (p. 153–168). Rio de Janeiro: Te corá.

Póstel, J., & Quérel, C. (1987). Historia de la psiquiatria. In J. Póstel & C. Quérel (Orgs.), *Nascimento de la psiquiatria infantil* (p. 507–525). Cidade do México: Fondo de Cultura Económica.

Prevention, C. for D. C. and. (1997). *HIV/AIDS prevention case management*. Georgia. Recuperado de [stacks.cdc.gov/view/cdc/13299/cdc\\_13299\\_DS1.pdf](http://stacks.cdc.gov/view/cdc/13299/cdc_13299_DS1.pdf)

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Zahar.

Ramcharam, P. (2010). Gobierno clínico y gestión eficiente. perspectiva del usuario. In S. Pyckering & J. Thompson (Orgs.), *Gobierno clínico y gestión eficiente. como cumplir la agenda de modernización*. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier.

Ramos, A. (1934). *Educação e psicanálise*. São Paulo: Atualidades pedagógicas.

Resende, T. I. M. (2015). *Eis-me aqui. a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. UnB. Recuperado de [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21117/1/2015\\_TaniaInessaMartinsResende.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21117/1/2015_TaniaInessaMartinsResende.pdf)

Ribeiro, P. R. M. (1999). *Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Arte&ciência.

- Ribeiro, P. R. M. (2006). História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11(1), p. 29-38, jan/abr.
- Rinaldi, D. (1996). *Ética da diferença*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, EdUERJ.
- Rinaldi, D. (1998). *A ordem médica. a loucura como “doença mental”*. Rio de Janeiro: Pauta.
- Rinaldi, D. L. (2000). *O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário*. Recuperado em 12 de março de 2008, de [www.interseccaopsicanalitica.com.br](http://www.interseccaopsicanalitica.com.br)
- Rinaldi, D., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*., 60(2), 32–39.
- Robinson, R., & Steiner, A. (1998). *Managed health care*. Buckingham: Open University Press.
- Russo, J. A. (1985). Assitência e proteção à infância no Brasil: a moralização do Social. *Espaço: Cadernos de Cultura USU*.
- Santos, K.; Elia, L. (2005). Bem-dizer uma experiência. In *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: rios ambiciosos.
- Santos, M. H. C. (1997). Governabilidade, Governança e Democracia. Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós- Constituinte. *DADOS*, 40(3), 335–376.
- Sartre, J. P. (1963). *Crítica de la razón dialé*. Buenos Aires: Ed. Lousada.
- Silverman, D. (1995). Validity and Reliability. In D. Silverman (Org.), *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interation* (p. 144–170). Londres: Sage Publications.
- Stevens, A. (2007). *A prática do ato. Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: rios ambiciosos.
- Texeira, J. M. (1876). *Mortalidade na cidade do Rio de Janeiro*. *Typografia Central*. Brown & Evaristo.
- Thompson, J. (1995). *Ideologia e cultura moderna. teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes.
- Ussel, J. V. (1981). *Repressão sexual*. Rio de Janeiro: Campus.
- Vasconcelos, E. (1995). Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(4), 189–197.
- Veronese, M. V., & Guareschi, P. A. (2006). Hermenêutica da profundidade na pesquisa social. *Ciências Sociais Unisinos*, 42(2), 85–93.

- Vicentin, M. C. G. (2006). *Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr.
- Viganò, L. C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*, 1(13), 39–48.
- Weber, M. (1997). *Ciência e Política. duas vocações*. São Paulo: Cultrix.
- Westphal, M. F. (1992). *Participação popular e políticas municipais de saúde. Cotia e Vargem Grande Paulista*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Imago.
- Yasui, S. (1989). CAPS. Aprendendo a Perguntar. In A. Lancetti (Org.), *Saúde e Loucura* (p. 47–59). São Paulo: Hucitec.
- Zenoni, A. (2000). Psicanálise e instituição. a segunda clínica de Lacan. *Revista Abre campos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, 1(1), 12–93.
- Zgiet, J. (2010). *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. um estudo sobre os principais obstáculos no processo de implementação*. UNB. Recuperado de [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7719/1/2010\\_JamilaZgiet.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7719/1/2010_JamilaZgiet.pdf)

## 8. ANEXO A - Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores/técnicos

**DATA:**

**CAPSi:**

**PARTICIPANTES:**

**QUANTIDADE DE TÉCNICOS NA EQUIPE:**

**TEMPO DE EXISTÊNCIA DO CAPSi:**

**HISTÓRICO DO SERVIÇO:**

**ABORDAGEM PRELIMINAR:**

1)O que vocês entendem por CAPSi?

2)Quantos vieram trabalhar no CAPSi por desejo em trabalhar no campo da saúde mental infanto-juvenil num CAPSi?

### **1º TEMA: Formação dos profissionais e processos de trabalho**

#### **Subtema: Capacitação, estudos e formação:**

103)O CAPSi possui um espaço para grupo de estudos que aborde temas articulados com a prática diária? Esse espaço também é usado para reflexões sobre o papel político do CAPSi na sociedade?

104) O CAPSi funciona como um lugar de construção e produção de um saber teórico-clínico? Esse saber é partilhado com outros serviços e espaços de discussão?

105) Os profissionais do serviço têm conhecimento da legislação da Reforma Psiquiátrica e dos princípios e diretrizes do SUS?

106) A prática clínica realizada no CAPSi está em consonância com a política pública nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes?

107)Os profissionais que atuam no CAPSi têm formação no campo da atenção psicossocial?

108) Os profissionais do CAPSi frequentam outros espaços de discussão, sejam políticos, clínicos ou acadêmicos?

109) Há apoio do CAPSi e da gestão local para a busca de formação/capacitação da equipe? Há pessoas que fazem capacitação subsidiada pelo serviço ou pela gestão local?

111) Os trabalhadores que realizaram algum tipo de capacitação trazem um retorno para equipe sobre seu aprendizado?

112) O CAPSi busca divulgar sua produção teórico-clínica em meios científicos?

#### **Subtema: Circulação do conhecimento e processo de trabalho**

113)O CAPSi tem uma direção clínica que permite a circulação do saber entre os membros da equipe? A equipe do CAPSi debate sobre os referenciais teóricos presentes de forma explícita ou implícita no cuidado oferecido pelo serviço?

132) A equipe do CAPSi percebe de que maneiras as concepções de sujeito presentes no serviço afetam os pacientes, as famílias dos usuários e o território?

114) A construção do diagnóstico é realizada em equipe?

115) O CAPSi investe na promoção de relações horizontais entre os diversos técnicos, de modo a evitar que algum profissional ocupe um lugar hierarquicamente superior em relação aos demais?

117) As atuações dos profissionais vão além do campo tradicional de suas respectivas especialidades?

120) O médico se inclui na equipe como técnico de saúde mental, ou seja, não limitando suas intervenções aos campos do diagnóstico e medicação?

121) A organização do serviço possibilita que todos os profissionais, das diversas categorias presentes no CAPSi, participem da recepção ou porta de entrada?

122) Todos os profissionais, inclusive o médico, participam dos dispositivos coletivos oferecidos pelo serviço?

123) O CAPSi tem a equipe mínima de funcionários prevista na Portaria GM nº 336/2002 e demais normatizações vigentes, incluindo pelo menos um médico permanentemente?

124) O aumento no número de profissionais no serviço, quando ocorre, leva também ao aumento nos projetos externos do CAPSi?

125) Há critérios claros para avaliar a entrada do profissional no CAPSi?

126) Há rotatividade dos profissionais no CAPSi, caso isso esteja acontecendo isto afeta a qualidade do atendimento dos pacientes? Há projetos para evitar essa rotatividade?

### **Subtema: Supervisão clínico-institucional**

127) Há supervisão clínico-institucional no CAPSi? É um espaço formador e de construção coletiva de trabalho?

128) Todos os profissionais participam da supervisão/reunião de equipe?

129) A supervisão clínico-institucional tem produzido mudanças no trabalho da equipe com os pacientes?

130) A angústia dos profissionais em relação às dificuldades na clínica com os pacientes é trabalhada em supervisão?

## **2º TEMA: Organização do CAPSi**

### **Subtema: Espaços individuais e coletivos de cuidado**

1) As oficinas e demais espaços terapêuticos são construídos com a participação dos pacientes, levando em conta seus interesses e habilidades?

3) O serviço tem flexibilidade para conciliar a oferta de espaços coletivos com a de atendimentos individuais?

4) Há flexibilidade na revisão da frequência e na duração dos atendimentos de acordo com a demanda e necessidade do paciente (por exemplo, aumentando a frequência de idas ao CAPSi nas situações de crise)?

5) Há possibilidade de atendimentos domiciliares para os pacientes que não conseguem frequentar o serviço?

6) Há atividades externas no cuidado com os pacientes?

7) Há organização de festas? Se toma medidas para facilitar a presença de todos os pacientes e suas famílias? A festa é percebida como local de intervenções e tratamento para a equipe?

### **Subtema: Estrutura física/infraestrutura**

8) Os espaços físicos dos serviços se adequam às necessidades dos pacientes e esse tema é discutido pela equipe em seus espaços de reunião?

9) Há espaço físico destinado aos pais, dentro do serviço (sala de espera, sala para oficina de geração de renda, espaço para grupo de escuta ou troca de experiências, etc.)?

10) O CAPSi tem autonomia gestora que lhe permita a compra de materiais diversificados de consumo, necessários no cotidiano do tratamento com os autistas e demais usuários (brinquedos, papéis, jardinagem, argila, culinária, etc.)?

11) Há manutenção diferenciada para a estrutura física do CAPSi, devido à intensidade e particularidade de sua clientela, o que facilmente causa desgastes na casa na qual está o serviço?

12) Há transporte e motorista exclusivo para uso do serviço?

13) O espaço externo e interno do serviço é adequado para cadeirantes?

#### **Subtema: Integração e diversidade etária**

14) Os espaços do CAPSi garantem a integração das crianças em seus diferentes transtornos?

15) O CAPSi está preparado para receber a crescente demanda para tratamento de crianças bem pequenas (primeira infância)?

16) A divisão dos espaços por faixa etária, caso existente, é flexível, respeitando as peculiaridades de cada caso e a avaliação do risco de conflitos entre crianças maiores e menores?

#### **Subtema: “Porta de saída”**

17) A equipe usa os espaços de reunião e supervisão para trabalhar suas dificuldades de encaminhar os pacientes adultos para outros serviços?

18) A equipe prepara os pais para o encaminhamento dos pacientes adultos?

19) O CAPSi tem um projeto articulado com o CAPS II ou III do território para a transferência dos pacientes adultos?

20) Os técnicos de referência assumem a tarefa da articulação da transferência dos pacientes adultos, acompanhando-os ao CAPS ou ao outro serviço de destino?

### **3º TEMA: Projeto Terapêutico Individual (PTI)**

#### **Subtema: Construção e reavaliação dos PTIs**

22) O PTI é discutido e construído em equipe?

23) Toda a equipe está ciente da direção do caso e do PTI de cada paciente?

24) O território é levado em conta na elaboração do PTI?

25) O PTI inclui necessariamente um trabalho intersetorial?

26) Os PTIs são reavaliados ao longo do tratamento?

27) O CAPSi inclui no PTI a avaliação dos diferentes fatores (financeiros, transporte, passe livre, etc.) que facilitam e dificultam o aumento da frequência do paciente e da família ao serviço?

28) O PTI é construído junto com os pacientes e seus familiares, visando à singularidade de cada caso, levando em consideração o tempo dos pacientes, o que eles demandam e permitindo que eles mostrem como se deve tratá-los?

Tem um formulário próprio para o PTI?

62) Faz parte do PTI a construção, junto aos pais e demais responsáveis, de outras possibilidades e interesses de vida que não se limitem aos cuidados do filho?

61) O CAPSi consegue elaborar estratégias de atendimento aos pais quando há resistência por parte deles ao tratamento?

63) A questão da sobrecarga dos familiares é considerada na elaboração do PTI e no manejo cotidiano do caso, havendo estratégias para aliviá-la?

#### **Subtema: Técnico de referência**

31) Todo usuário tem um técnico de referência?

32) O processo de trabalho no CAPSi permite que outros profissionais da equipe, além do técnico de referência, possam se autorizar a fazer intervenções clínicas com o paciente?

33) A escolha do técnico de referência leva em conta as preferências, vínculos e afinidades demonstradas pela própria criança?

34) O papel do técnico de referência inclui o atendimento dos familiares e o diálogo com outros setores?

35) Trabalhadores de diversas categorias profissionais podem ocupar o papel de técnico de referência dos pacientes?

#### **Subtema: Manejo das crises e internação**

36) A crise é acolhida no CAPSi, fazendo do serviço o lugar do manejo das situações de urgência dos pacientes?

37) Os profissionais são capacitados para atender os momentos de crise da clientela?

38) Todos os profissionais atendem a situações de crise, e não apenas o médico? 39) Há a possibilidade de a equipe do CAPSi fazer o acolhimento da crise fora do espaço do CAPSi?

40) Há aumento da intensividade dos cuidados na crise?

41) A equipe se esforça para contextualizar a crise e enxergá-la como expressão e trabalho psíquico da criança ou adolescente, ao invés de tomá-la como expressão inevitável da doença?

42) As crises podem ser contornadas sem o uso de medicação, com a aplicação de outros recursos?

43) A equipe esgota as abordagens para a crise antes de encaminhar a criança ou adolescente para a emergência psiquiátrica ou para a internação?

44) Durante a internação, quando necessária, é feito um acompanhamento diário pela equipe do CAPSi no local em que ela é realizada?

66) Em um eventual processo de internação do usuário, os pais são acompanhados pela equipe do CAPSi?

#### **Subtema: Lugar da medicação**

45) O tema da medicação circula entre os membros médicos e não médicos da equipe?

46) A equipe avalia como importante que os profissionais não médicos entendam a função do medicamento?

47) É explicada aos pais ou aos próprios usuários a função da medicação no tratamento?

48) O PTI inclui a revisão periódica da medicação?

#### **Subtema: Objetivos do tratamento e percepção de seus efeitos**

49) O tratamento tem promovido melhora na circulação em outros espaços além do circuito “casa-CAPSi-casa”?

50) Na avaliação dos efeitos do tratamento, quais são os sinais que vocês percebem a melhora dos pacientes? (ampliação da interação social do paciente; a mudança da percepção das mães e pais sobre o filho; a maior adesão da família e entendimento sobre o tratamento; a melhora da auto e heteroagressividade; os avanços sutis da clínica do paciente com transtornos mentais)

### **4º TEMA: Rede, território e direitos (Técnicos e familiares)**

#### **Subtema: Cobertura e acesso ao serviço**

78) O CAPSi é bem localizado no município, em região de fácil acesso?

79) O CAPSi conta com boa cobertura da rede de transportes públicos?

80) O CAPSi conta com transporte próprio para deslocamentos de equipe e usuários?

81) O CAPSi de seu município/região está designado a uma cobertura populacional de acordo com a Portaria Ministerial nº 3.088/2011 ou outras normatizações vigentes? Ele é suficiente para a cobertura adequada da demanda do território a ele atribuído?

82) O CAPSi é conhecido pela população? Ele promove a divulgação de seus serviços para a população?

83) CAPSi tem estratégias para ser reconhecido pela comunidade em seu entorno e pelos demais equipamentos públicos do território como o lugar adequado para o tratamento dos pacientes com transtornos mentais?

84) O CAPSi se concebe como lugar primordial de acolhimento para os transtornos mentais graves sem ter que, necessariamente, assumir o tratamento de todos os transtornos mentais do território que chegam ao serviço?

85) O CAPSi dá conta das especificidades e particularidades da clínica com os pacientes com transtornos mentais graves sem se transformar em serviço ambulatorial ultraespecializado e não territorial?

### **Subtema: Articulação com a rede pública e a comunidade**

86) Os demais equipamentos da rede (escolas, justiça, assistência social, abrigos, conselhos tutelares, etc.) conhecem o trabalho do CAPSi? Esses equipamentos reconhecem o CAPSi como local de referência no atendimento do paciente com transtornos mentais graves?

87) O CAPSi contribui para a educação da população e de profissionais da rede ampliada (professores, conselheiros tutelares, outros profissionais de saúde, etc.) quanto ao paciente infante-juvenil com transtornos mentais graves?

88) A equipe do CAPSi consegue conjugar o cuidado oferecido dentro do CAPSi com a articulação intersetorial?

90) O CAPSi mantém diálogo, reuniões e intercâmbio com os demais equipamentos da rede, de modo regular (escolas, justiça, assistência social, abrigos, conselhos tutelares, etc.)?

91) O CAPSi mantém um diálogo, reuniões e intercâmbio com as equipes do Programa de Saúde da Família, de modo regular? Há cuidado compartilhado nos casos cobertos pelo PSF?

92) O CAPSi auxilia os pacientes e seus familiares no acesso aos demais dispositivos de saúde (hospitais clínicos, dentistas, exames laboratoriais, etc.)?

93) A articulação do CAPSi com os possíveis atendimentos complementares feitos na rede (como neurologistas, fonoaudiólogos, equoterapia, por exemplo) ocorre de maneira satisfatória, com diálogo e troca de informações?

95) O CAPSi participa regularmente de algum fórum intersetorial? Consegue utilizar esse espaço para a consolidação de parcerias?

96) O CAPSi considera as parcerias com os outros equipamentos eficientes?

97) O CAPSi utiliza os recursos comunitários, esportivos e culturais (casas de cultura, vilas olímpicas, etc.) quando estabelece o PTI dos pacientes?

98) O CAPSi promove eventos com o objetivo de integrar a comunidade ao serviço e seus usuários? Eles ocorrem com frequência regular?

### **Subtema: Direitos e benefícios sociais**

99) A discussão sobre concessão dos benefícios – Benefício de Prestação Continuada (BPC), Passe Livre ou outros – está incluída em cada PTI? Há discussão sobre o momento e as condições para essa concessão, em cada caso?

100) O CAPSi auxilia os usuários e familiares na obtenção desses benefícios, quando esses são indicados, junto aos órgãos responsáveis?

101) Há espaços para avaliar se a concessão do BPC favoreceu o tratamento, ou seja, se houve avanço no tratamento após sua concessão?

102) O laudo fornecido para o Passe Livre contempla todas as necessidades de transporte para o tratamento e também para o acesso a atividades culturais, esportivas, educacionais, etc.?

## 9. ANEXO B - Roteiro para o grupo focal com os usuários e familiares

**DATA:**

**CAPSi:**

**PARTICIPANTES:**

**ABORDAGEM PRELIMINAR:**

1) O que vocês entendem por CAPSi?

### 4º TEMA: Rede, território e direitos (Técnicos e familiares)

#### Subtema: Cobertura e acesso ao serviço

78) O CAPSi é bem localizado no município, em região de fácil acesso?

79) O CAPSi conta com boa cobertura da rede de transportes públicos?

80) O CAPSi conta com transporte próprio para deslocamentos de equipe e usuários?

81) O CAPSi de seu município/região está designado a uma cobertura populacional de acordo com a Portaria Ministerial nº 3.088/2011 ou outras normatizações vigentes? Ele é suficiente para a cobertura adequada da demanda do território a ele atribuído?

82) O CAPSi é conhecido pela população? Ele promove a divulgação de seus serviços para a população?

#### Subtema: Articulação com a rede pública e a comunidade

86) Os demais equipamentos da rede (escolas, justiça, assistência social, abrigos, conselhos tutelares, etc.) conhecem o trabalho do CAPSi? Esses equipamentos reconhecem o CAPSi como local de referência no atendimento do paciente com transtornos mentais graves?

90) O CAPSi mantém diálogo, reuniões e intercâmbio com os demais equipamentos da rede, de modo regular (escolas, justiça, assistência social, abrigos, conselhos tutelares, etc.)?

92) O CAPSi auxilia os pacientes e seus familiares no acesso aos demais dispositivos de saúde (hospitais clínicos, dentistas, exames laboratoriais, etc.)?

93) A articulação do CAPSi com os possíveis atendimentos complementares feitos na rede (como neurologistas, fonoaudiólogos, equoterapia, por exemplo) ocorre de maneira satisfatória, com diálogo e troca de informações?

97) O CAPSi utiliza os recursos comunitários, esportivos e culturais (casas de cultura, vilas olímpicas, etc.) quando estabelece o PTI dos pacientes?

99) O que vocês entendem por PTI?

98) O CAPSi promove eventos com o objetivo de integrar a comunidade ao serviço e seus usuários? Eles ocorrem com frequência regular?

#### Subtema: Direitos e benefícios sociais

100) O CAPSi auxilia os usuários e familiares na obtenção desses benefícios, quando esses são indicados, junto aos órgãos responsáveis?

102) O laudo fornecido para o Passe Livre contempla todas as necessidades de transporte para o tratamento e também para o acesso a atividades culturais, esportivas, educacionais, etc.?

### 5º TEMA: Atendimento e mobilização dos familiares (Só para os familiares)

#### Subtema: Estratégias individuais e grupais de cuidado

- 51) O cuidado com a família é incluído no PTI do paciente?
- 52) A família participa da construção do PTI do paciente junto com a equipe?
- 53) O PTI e o funcionamento do CAPSi são discutidos frequentemente com a família?
- 54) Há grupos de família no CAPSi? Eles ocorrem várias vezes na semana, de modo a facilitar a presença dos pais?
- 55) Há no CAPSi atendimento individual para os pais?
- 56) Os atendimentos com familiares, caso existam, têm repercutido na melhora do quadro dos pacientes?
- 57) As famílias reconhecem seu técnico de referência como uma referência de fato, acessível a elas no cotidiano do serviço, e não apenas como designação burocrática?
- 58) Quando a equipe do CAPSi avalia ser necessário um atendimento individual para os responsáveis em outro serviço, é feito um encaminhamento de forma implicada?
- 59) Existe um espaço físico para os familiares serem acolhidos?
- 60) Há alguma atividade regular de acolhimento aos pais na sala de espera/recepção?
- 64) O CAPSi estimula a criação de espaços de convivência e sociabilidade para os pais, dentro e fora do serviço?
- 7) Há organização de festas no CAPSi?
- 8) Se toma medidas para facilitar a presença de todos os pacientes e suas famílias?
- 9) Os familiares participam da organização de atividades recreativas e comemorativas do serviço (festas, etc.)?
- 10) A festa é percebida como local de intervenções e tratamento?

**Subtema: Espaços para informação e educação em saúde**

- 67) O CAPSi inclui a família nas estratégias de articulação com a rede psicossocial ampliada (escola, CRAS, conselho tutelar, etc.)?
- 68) O CAPSi desenvolve espaços de discussão com os pais sobre temáticas relativas à saúde, como sexualidade, higiene, medicação, diagnóstico, etc.?
- 69) O CAPSi esclarece os familiares e desenvolve espaços de discussão sobre os direitos e benefícios sociais do paciente?

**Subtema: Iniciativas de cidadania, mobilização e organização**

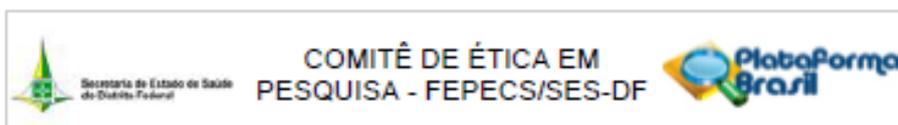
- 71) Existe no CAPSi alguma estratégia de geração de renda para os pais?
- 72) O CAPSi desenvolve assembleias de familiares?
- 73) O CAPSi estimula os familiares a exercerem uma participação na política pública?
- 74) O CAPSi estimula os familiares a se integrarem formando grupos, associações ou cooperativas?

**Subtema: Participação na gestão do CAPSi**

- 75) Os familiares participam das decisões sobre a organização e gestão do serviço?
- 76) Os pais são convocados a ajudar a cuidar do espaço do CAPSi?
- 77) São escutados no momento da realização de obras no serviço?

## 10. ANEXO C – Parecer consubstanciado Conselho de Ensino e Pesquisa

---



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF

Plataforma  
Brasil

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Construção de uma Clínica Institucional para os CAPSI

**Pesquisador:** Valdelice Nascimento de França

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39863314.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

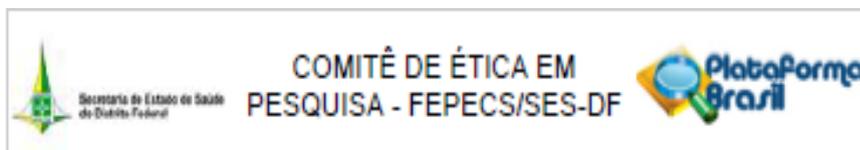
**Número do Parecer:** 994.839

**Data da Relatoria:** 09/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

A Construção de uma Clínica Institucional para os CAPSI. A partir da minha inserção no campo da saúde mental, há 10 anos como técnica e, também como gestora, sempre me questionei sobre a clínica realizada nos serviços públicos de saúde mental. Temos acompanhado neste campo várias formas de institucionalização de suas práticas ligadas às muitas maneiras de regulação que ocorreram através de portarias ministeriais e legislação própria que corroboram e potencializam ações tanto políticas quanto clínico-institucionais, porém esta é apenas uma das faces desta moeda. É preciso que estejamos advertidos das outras formas de manifestação deste mesmo processo, ou seja, dos riscos clínicos que essas normas institucionais podem trazer ao trabalho com os sujeitos em tratamento. É preciso também que os trabalhadores destas instituições estejam atentos aos riscos e às

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4055 Fax: (33)3325-4055 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 964.839

possibilidades de formação de grupo de trabalhos fundados em identificações Imaginárias que acentuam disputas rivais e trazem como consequência a paralisa da clínica.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Pesquisar como a clínica vem sendo exercida nos CAPSI, a partir do trabalho realizado por uma equipe técnica Interdisciplinar. Pensar quais seriam os dispositivos possíveis para a proposta de uma clínica Instituída, mas sem abrir mão do particular de cada situação.

**Objetivo Secundário:**

Pesquisar como essa clínica tem sido realizada nos CAPSI do Distrito Federal. Utilizaremos este território em função do Distrito Federal, durante muitos anos ter sido o último colocado na listagem do Ministério da Saúde, em que indica a quantidade de CAPS por Estados Brasileiros, e recentemente temos a criação de vários serviços nesta localidade, o que me leva a interrogar como a clínica tem sido pensada na implantação desses

novos CAPSI. Criar novas metodologias de trabalho nos CAPSI que possam repensar as políticas públicas em saúde mental e reinventar práticas. Riscos: Acredita-se que a análise e avaliação dos atuais serviços (CAPSI) do Distrito Federal essa pesquisa possa contribuir na Implementação da Reforma. Analisar a ser feita nos CAPSI, apostando na possibilidade de uma clínica coletiva

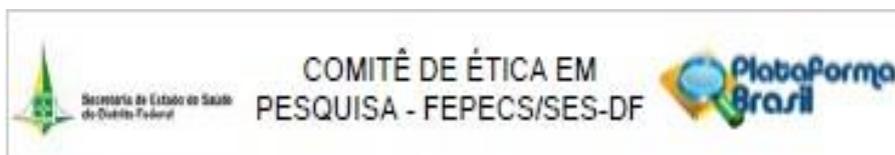
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: foi informado que não há riscos envolvidos.

**Benefícios:**

Acredita-se que a análise e avaliação dos atuais serviços (CAPSI) do Distrito Federal essa pesquisa possa contribuir na Implementação da Reforma Psiquiátrica nesta localidade, no campo da saúde mental Infantojuvenil.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4055 Fax: (33)3325-4055 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 204.030

Assim como, também contribuir para as futuras iniciativas de implantação de novos serviços, principalmente no que diz respeito aos atendimentos clínicos-institucionais oferecidos pelos CAPSI a essa população

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados.

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendência cumprida.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 23 de Março de 2015

---

Assinado por:  
Helo Bergo  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

## 11. APÊNDICE - Revisão de Literatura

Autor	Ano	Título do documento
Abreu	2008	A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental
Aguiar, Sá	1999	A dimensão do urbano no Serviço e a configuração sócio espacial das guerras e suas fronteiras simbólicas: a perspectiva das crianças
Albuquerque, Campos	2010	Saúde mental no currículo integrado do curso de enfermagem do UNIFESO: diversificação de cenários e de estratégias de ensino-aprendizagem
Almeida	2005	A mulher que não existe no laço social: um caso de paranoia
Almeida et al.	2014	Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar
Almeida, Santos	2001	Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: impasses e perspectivas de uma prática em construção
Almeida-Filho et al.	2015	Trajectoria histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil
Altoé	2012	Les enjeux d'une clinique de l'enfant et de l'adolescent en situation de vulnérabilité sociale à Rio de Janeiro
Altoé, Silva	2013	Características de uma clínica psicanalítica com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social
Alvarenga, Paravidini	2008	Acompanhamento Terapêutico (AT) e saberes psicológicos: enfrentando a história
Anjos-Filho, Souza	2017	A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil
Baltazar	2003	Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade. Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental
Barbosa, Carvalho	2015	Psicose e o atendimento do CAPS
Barreto	2005	O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental
Barros et al.	2015	Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território?
Barros, Dimenstein	2010	O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica
Barros, Gomes	2004	Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado
Bassani	2011	Amor bandido: Cartografia da mulher no universo prisional masculino
Batista	2007	Responsabilidades, obrigações e engajamentos: uma reflexão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira
Beez	2015	Acompanhamento terapêutico e internação no hospital psiquiátrico de Jurujuba
Bezerra, Darriba	2016	Política brasileira sobre drogas: segregação e clínica em Mato Grosso
Bizeril, Barbosa	2008	Vínculo e psicose: uma articulação entre a etnografia e a clínica psicoterapêutica

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título do documento</b>
Brazão	2014	A transdisciplinariedade como perspectiva metodológica para uma clínica das subjetividades
Bursztyn	2011	O Tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental
Campezatto, Nunes	2007	Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre
Cardoso	2004	O discurso de Peplau e o discurso atual: uma compreensão sobre o cuidado de enfermagem e o movimento da reforma psiquiátrica brasileira
Carlo, Pollo	2010	O CAPSi Dom Adriano Hipólito : uma instituição atravessada pela psicanálise?
Carvalho, Costa, Bucher	2007	Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise
Castro	2005	Reflexões sobre a clínica no ambulatório público
Castro, Maxta	2010	Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro
Chiavagatti et al.	2012	Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e serviços de atenção básica de saúde
Cimino, Leite	2016	Psicologia e saúde pública: cartografia das modalidades de prática psicológica nas policlínicas
Coelho	2005	Práticas clínicas e modos de subjetivação-Reflexões ético-estético-políticas
Coelho, Holanda	2002	Quando o usuário é autor: reflexões sobre depoimentos redigidos por pacientes com esquizofrenia
Coimbra et al.	2011	Reflexões sobre os ruídos presentes no processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial
Conte	2008	Passes e impasses: adolescência–drogas–lei
Costa	2009	O cansaço da civilidade: os primeiros deslocamentos dispersivos na geometria do esquadro moderno do urbanismo e da saúde mental
Costa, Fonseca	2013	Cidades sutis: dispersão urbana e da rede de saúde mental
Costa, Limana	2015	Mentes em Reforma: o silenciamento da Lei Federal de n. 10.216/01
Costa, Poli	2010	Dos discursos no laço social: a construção de uma moradia possível na psicose
Costa-Rosa	2012	A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade
Costa-Rosa	2011	Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan
Costa-Rosa, Pastori	2011	O grupo psicoterapêutico além do Imaginário: a psicanálise de Lacan, laços sociais e revoluções de discurso
Couto, Alberti	2008	Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira
Cunda et al.	2013	Ensaio de uma rede ampliada entre os circuitos de exclusão dos adolescentes
Cunha	2010	O Diagnóstico diferencial e o processo de desmedicalização: práticas de acolhimento psicológico a pacientes psicóticos em tratamento
Cunha, Resende	2007	Visita domiciliar em Saúde Mental – o papel do psicólogo em questão
Dassoler	2012	Com a palavra, os analistas: a psicanálise nos CAPS

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título do documento</b>
Dassoler, Palma	2011	Contribuições da Psicanálise para a Clínica Psicossocial
Del Porto et al.	2007	Fluvoxamina no transtorno depressivo maior: um estudo multicêntrico aberto
Delgado	2008	A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção psicossocial
Deschamps, Rodrigues	2016	Política de saúde mental e projeto terapêutico singular
Dimenstein, Zamora, Vilhena	2004	Da vida dos jovens nas favelas cariocas. Drogas, violência e confinamento
Dutra	2016	Psicologia e clínica-política no campo das TRANS diversidades
Ferigato et al.	2016	As residências terapêuticas e a clínica do cotidiano: contribuições da terapia ocupacional
Fernandes, Freitas	2009	Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira de Salvador - Bahia
Ferreira	2002	O Hospital-Dia e os Espaços de Convivência como Interfaces da Assistência em Psiquiatria
Ferreira Neto	2008	Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental
Ferreira, Araújo	1999	Saúde mental: considerações sobre a medicalização no processo de aprendizagem
Figueiredo	2012	A Psicanálise Dos Psicólogos No Rio De Janeiro Dos Anos 1970.
Figueiredo	2006	Os Serviços Residenciais Terapêuticos na rede como novos dispositivos de inclusão social
Figueiredo, Frare	2008	A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos
Furtado	2006	Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS
Furtado, Onocko-Campos	2005	A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços
Gazabim et al.	2010	Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008
Gomes	2009	O lugar ocupado da Psicanálise nas novas instituições de Saúde Mental
Gomes	2010	Resistir é possível: Winnicott e os processos de constituição subjetiva
Gonçalves, Barros	2013	Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica
Grigolo et al.	2015	O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial
Grigolo, Pappiani	2014	Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina
Guerra	2009	A escrita na psicose e seus efeitos no encontro com um psicanalista na atenção psicossocial
Guerra	2005	A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil
Iglesias et al.	2009	Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES)
Jacobina	2004	Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica
Jaeger, Fonseca	2012	Vidas reduzidas à doença mental e a transversalização da clínica
Jucá et al.	2010	Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título do documento</b>
Jucá, Lima, Nunes	2008	A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais
Kirschbaum	2009	Las conceptos producidos por los agendes de enfermeria sobre el trabajo em salud mental com sujetos psicóticos em um Centro de Atención Psicossocial
Kyrillos-Neto	2003	Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas
Leal	2013	A Lei do Pai: um desafio na contemporaneidade/um viés psicanalítico
Leal	2000	O campo da reforma psiquiátrica brasileira: noções de sujeitos e mundo presentes no discurso dos agentes do cuidado
Leal, Serpa-Junior, Muñoz	2007	A clínica da disfunção social: contribuições da psicopatologia do senso comum
Leite	2008	As resistências do psicanalista (e outras) na saúde mental
Lemke, Gonçalves	2008	Relato de uma experiência de intervenção em crise psíquica na estratégia de saúde da família
Lemke, Silva	2010	A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território
Lemke, Silva	2013	Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado
Lemke, Silva	2011	Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil
Levy, Pegado	2004	Plantão psicológico e luto: a escuta da urgência subjetiva
Lima	2013	Prática lacaniana numa instituição de saúde mental
Lima, Brasil	2014	Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização.
Lobo	2011	Psicoterapia breve gestáltica para homens com HIV/AIDS em contexto de clínica ampliada
Lopes et al.	2012	O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial
Luchese, Barros, Forcella	2001	A trajetória do serviço público de saúde mental no município de Fernandópolis nos tempos de Reforma Psiquiátrica: um retrato atual da atenção ao doente mental no interior do Estado de São Paulo
Lüchmann, Rodrigues	2006	O movimento antimanicomial no Brasil
Luppino et al.	2013	Abordagem de usuários de drogas e redução de danos: atualização do conhecimento de agentes comunitários de saúde em Sorocaba - SP
Luzio, Rozendo, Abe	2009	O ritmo da loucura-Oficinas de expressão rítmica com usuários da saúde mental
Macedo, Fernandes, Costa	2013	Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: Estudo exploratório
Magaldi	2016	Entre o Inconsciente e a Cidadania. Arte e loucura na reforma psiquiátrica brasileira a partir de uma etnografia no Museu de Imagens do Inconsciente
Mariotto, Bernardino	2012	Detecção, prevenção e tratamento de riscos psíquicos precoces: Desfecho de um programa acadêmico
Mello, Santos	2015	Construção de uma Clínica do Território na Rede Pública de Saúde Mental
Mendonça	2007	As intervenções nas Residências Terapêuticas: o que a psicanálise tem a dizer sobre essa clínica?

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título do documento</b>
Merhy et al.	2008	O dentro e o fora - transcender os limites dos Muros manicomiais :o relato de situações sobre a relação entre o Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira e a Comunidade
Meurer	2010	Crime e violência: aspectos clínicos
Minozzo, Costa	2013	Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis
Miranda	2010	Os CAPS, a promoção de (Re) inserção social e a contribuição possível de um profissional “psi” no campo da saúde mental
Moehlecke	2010	Por uma duração do gesto: novas abordagens para a clínica e para a dança
Moehlecke, Fonseca	2011	Oficinas de dança contemporânea: um convite à reinvenção das práticas
Moniz, Tavares	2006	Análise de fatores estressantes entre usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS)
Monteiro, Queiroz	2006	A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental
Moraes, Lima, Mansolo	2011	Variações sobre ver e não ver: dois relatos de casos
Moreira et al.	2009	Quem tem medo do lobo mau? Juventude, agressividade e violência
Moretti-Pires, Corradi-Webster, Furtado	2011	Consumo de Álcool e Atenção Primária no Interior da Amazônia: sobre a Formação de Médicos e Enfermeiros para Assistência Integral
Mrech, Rahme	2009	A roda de conversa e a assembleia de crianças: a palavra líquida e a escola de educação infantil
Murta, Marinho	2009	A Clínica Ampliada e as políticas de assistência social: uma experiência com adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família
Nali	2002	A sutileza da transferência no contexto hospitalar
NC	1999	O artesanato dos discursos: aprendendo a ser terapeuta ocupacional em um CAPS AD
Neves, Omena	2016	A clínica de família no centro de atenção psicossocial III: psicose e configurações vinculares
Nunes	2007	Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária
Nunes et al.	2008	A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil
Nunes, Torrenté	2013	Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental
Nunes, Torres, Zanotti	2015	O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas
Oliveira	2012	Política, psiquiatria do desenvolvimento e resiliência: novos arranjos epidemiológicos primeiras anotações
Oliveira, Passos	2007	A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe um problema clínico-político

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título do documento</b>
Onocko-Campos, Furtado	2006	Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.
Outeiral	2005	Adolescência: modernidade e pós-modernidade
Outeiral	2007	Famílias e contemporaneidade
Pan, Zonta, Tovar	2015	Do individual ao institucional - relato de experiências de atendimento terapêutico (AT)
Paoli	2000	Psicanálise e contemporaneidade: a clínica e os novos sintomas
Passos, Barros	2000	A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade
Paulon et al.	2011	Práticas clínicas dos profissionais psi dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos
Pereira	2008	Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira
Périco, Costa-Rosa	2015	Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial
Périco, Costa-Rosa	2014	Sujeito, subjetividade e ciência em Freud e Lacan: algumas considerações teóricas prévias a uma intercessão-pesquisa no campo da saúde mental coletiva
Pinheiro, Vilhena	2007	Entre o público e o privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar
Pinheiro, Vilhena	2007	Nem público, nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar
Pitta	2011	Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Política. Ciência e Saúde Coletiva
Poelman et al.	2009	A Clínica de Psicologia—Unidade Coração Eucarístico
Prandoni, Padilha	2006	Loucura e complexidade na clínica do cotidiano
Quebra, Chaves	2015	A Loucura entre a Psiquiatria e a sua Reforma: uma relação de continuidade
Rahme	1999	Formação de professores e criança-sujeito: a invenção de uma prática
Ramos, Brito	2015	A internação psiquiátrica compulsória de um familiar utilizada como medida protetiva a idosos
Rauter	2009	Por que chamar de morte o que é transbordamento de vida?
Rauter, Peixoto	2009	Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo
Reinaldo	2012	Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem
Reis-Neto, Pinto, Oliveira	2011	Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber
Ribeiro, Fernandes	2013	Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica
Rinaldi	2015	Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental
Rinaldi, Alberti	2009	Psicanálise, saúde mental e universidade
Rinaldi, Bursztyn	2006	A Reinvenção da Clínica
Rinaldi, Bursztyn	2008	O desafio da clínica na atenção psicossocial

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título do documento</b>
Rinaldi, Cabral, Castro	2008	Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação
Rinaldi, Lima	2006	Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental
Rodrigues et al.	2016	Oficinas com trabalhadores em situação de afastamento do trabalho
Romanini, Roso	2012	Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo
Rosa, Lustosa	2015	Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental?
Russo	2014	Psychoanalysis in Brazil-Institutionalization and Dissemination among the Lay Public
Sandemberg	2008	O Encontro nos Grupos: efeitos de um conceito-ferramenta para o dispositivo grupal
Santos, Almeida	2013	Interface do discurso da Saúde e Justiça: Uma Experiência no Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas
Santos, Martins	2016	Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial-CAPS na Bahia
Santos, Mota, Dutra	2005	Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses
Schmidt, Figueiredo	2009	Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental
Schneider et al.	2016	A clínica na comunidade: Uma experiência de intervenção intersetorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial
Serpa Junior et al.	2014	Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário
Shimoguiri, Périco	2014	O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade
Silva	2005	Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental
Silva	2013	Promoção da saúde e intersetorialidade: a construção do cuidado ao usuário de crack, álcool e outras drogas no campo da saúde mental
Silva, Costa	2010	A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção
Silva, Freira, Oliveira	2012	O Programa de Volta pra Casa como política de desinstitucionalização e inclusão social
Silveira	2008	Para além de anjos, loucos ou demônios: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia/Brasil.
Sousa et al.	2013	Cuidado ao portador de transtorno mental sob a ótica do enfermeiro da atenção básica
Souza	2008	Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas
Souza, Macoratti	2015	A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades
Souza, Schneider	2016	Estilos parentais percebidos e o consumo de álcool entre adolescentes: revisão sistemática de estudos empíricos
Tavares, Ferreira	2009	Governabilidade liberal e o papel da psicanálise no contexto da reforma psiquiátrica brasileira

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título do documento</b>
Teixeira	2014	Trabalhando a transdisciplinariedade na clínica do cuidado em saúde
Tenório	2002	A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos
Tokuda, Peres, Andreo	2016	Família, Gênero e Emancipação psicossocial
Trapé, Onocko-Campos	2017	Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação
Vasconcellos	2011	O imaginário do trabalho em saúde mental: Elementos para discussão
Veloza, Serpa-Júnior	2008	O Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental
Venâncio	2012	La asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña
Vieira	2012	Construindo Casas—As Residências Terapêuticas como dispositivo operado pela Psicanálise
Vieira-Filho	2005	A Clínica Psicossocial e a Atenção de Cuidados Religiosos ao Sofrimento Psíquico no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira
Vilhena	2002	Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade
Vilhena	2007	Psychoanalysis and low-income populations: Territory, uprootedness and the production of subjectivity
Vilhena	1999	Tá tudo dominado? Cidade, segregação e subjetividade
Vilhena et al.	2013	A (Des) confiança no ambiente de trabalho: um estudo de caso à luz da Teoria Winnicottiana
Vilhena, Amaral	2002	Em busca de uma certa singularidade: reflexões acerca da psicanálise infantil em uma instituição
Vilhena, Pinheiro	2008	De paciente a sujeito: a difícil passagem do público para o privado. Reflexões sobre o atendimento psicanalítico em ambientes hospitalares
Vilhena, Rosa	2011	A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS
Wachs et al.	2010	Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para os serviços residenciais
Zaniani, Luzio	2014	A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil