

Desafios para a Clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal

Clara Correa Lima¹ , Valdelice Nascimento de França² 

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-DF, Brasil

Resumo: Entende-se que a prática clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), alicerçada nos pressupostos epistemológicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), considera a criança enquanto um sujeito, rompendo com seu lugar histórico de exclusão, a fim de realizar um cuidado ampliado por meio da ótica psicossocial e trabalho de equipe interdisciplinar. Apesar da criação dos CAPSis, conforme a portaria nº 336/2002, sabemos que o campo da saúde mental infantojuvenil é marcado pela inserção tardia do tema no âmbito das políticas públicas. Este estudo de campo foi realizado com o objetivo de compreender o trabalho clínico em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Foram entrevistados 13 profissionais de uma unidade do Distrito Federal, de forma a investigar as concepções e orientações clínicas dos profissionais e como se dá o processo de trabalho em equipe. Por meio dos relatos dos trabalhadores, foi possível perceber uma situação de precarização das condições de trabalho, que leva a equipe a uma “exacerbação no uso de si”. Além disso, a dificuldade de articulação de rede e a incipiência do campo infantojuvenil são fatores que retroalimentam a lógica ambulatorial nos processos de trabalho e dificultam a comunicação entre os profissionais de maneira a realizar uma atuação de equipe interdisciplinar.

Palavras-chave: clínica, saúde mental infantojuvenil, CAPSi

Challenges for the Clinic in a Child And Youth Psychosocial Care Center in the Federal District

Abstract: Based on the epistemological premises of the Brazilian Psychiatric Reform (RPB), clinical practice in Psychosocial Care Centers for Children and Youth (CAPSi) considers the child to be an agent, thus displacing it from its historical position of exclusion; this allows for more comprehensive care that is grounded in a psychosocial perspective and in interdisciplinary teamwork. Despite the implementation of CAPSis via the Ministry of Health’s Ordinance No. 336/2002, it is known that the field of child and youth mental health has suffered with its delayed inclusion in public policy. This field study aims to understand clinic work at a CAPSi. Interviews were conducted with thirteen professionals from a CAPSi unit in the Federal District in order to investigate their clinical concepts and guidelines, as well as the manner in which teamwork occurs. These workers’ reports conveyed a situation of precarious work conditions that leads staff towards an “exacerbation in the use of oneself”. Additionally, difficulties in the articulation of a multiservice care network and the relative recency of the field are other factors that reinforce an ambulatory approach to work processes and hinder the communication between professionals that is necessary to conduct interdisciplinary labor.

Keywords: clinic, children’s mental health, CAPSi

¹ Psicóloga e Bacharela em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Saúde Mental Infantojuvenil pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) / Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). *E-mail:* claracorrealima@gmail.com

² Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) / Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). *E-mail:* valdelicepsicologia@yahoo.com.br

Submetido em: 25/02/2022. Primeira decisão editorial: 09/05/2022. Aceito em: 06/06/2022.

Introdução

O tema da prática clínica institucional na saúde mental sob o enfoque da dimensão epistemológica foi historicamente discutido. Autores basilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como Paulo Amarante (2009) e Gastão Wagner de Sousa Campos (2003), discorrem sobre o campo teórico-técnico diverso que fundamenta o saber/fazer em saúde mental, trazendo contribuições fundamentais para este artigo. No entanto, percebe-se a necessidade de constante atualização no campo da produção de conhecimento da Reforma, uma vez que se constitui ainda como “rarefeito e frágil” (Delgado, 2016, p. 33).

Na pesquisa recente de Sampaio e Bispo Junior (2021) sobre os significados dado pelos gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca da dimensão epistemológica da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), é destacada a importância da discussão sobre esses saberes. Isto é, reafirma-se que a “compreensão dos sentidos e significados vigentes produz implicações em termos assistenciais, organizacionais e socioculturais” (p. 3). No âmbito da saúde mental infantojuvenil, a discussão sobre o que dizem os profissionais acerca da clínica que é desenvolvida nos serviços é ainda mais escassa.

A palavra “clínica” vem do grego *klinus* – “leito” ou “cama” – e contém o sentido de inclinar-se, estar próximo ao leito do paciente no dia a dia da evolução da doença (Amarante, 2009). Quando a clínica se torna mais associada à medicina, ela se instaura como clínica do olhar, estruturada a partir de uma nosologia e sustentada pela produção de patologias (França & Costa, 2017). Nesse paradigma, em que também se sustentam as ciências naturais, o sujeito (médico), detentor do saber, incide sobre o objeto (doença) a fim de *curar o paciente*. Desse modo, para a clínica médica, a relação que está posta é com a doença, tomando-a como um fato natural e objetivo, um conjunto de sintomas a ser decifrado.

Campos (2003) usa o termo Clínica Oficial para conceituar essa clínica própria da medicina,

que funciona no interior de seus limites, mas que pode operar de forma tão reduzida a ponto de trazer implicações negativas. Se o objeto da psiquiatria se restringe a uma doença ou transtorno mental, dará centralidade ao tratamento dos sintomas de uma psicopatologia, que, assim, poderá ser muitas vezes entendida como uma ocorrência separada da “existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (Rotelli, 2001, p. 90). Apesar de a psiquiatria tradicional trabalhar no registro da fala, nem sempre é possível garantir o espaço necessário para o paciente ser de fato escutado, ocorrendo aí uma operação de exclusão do sujeito.

Saindo do campo estritamente médico para adentrar nas outras ciências do campo da saúde, se abre um universo de desdobramentos e bifurcações no sentido de clínica. Clínicas para psicologia, para terapia ocupacional, para fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, entre outras, pois, para cada especialidade, existe uma delimitação do campo teórico e técnico.

Mas, o que se faz e se fala sobre a clínica no contexto da saúde mental pública brasileira? O fim do século XX foi marcado por transformações na saúde pública brasileira, que, advindas da criação do SUS em 1990, colocaram em prática o projeto pactuado desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), gestada no seio do movimento da Reforma Sanitária, desaguou na promulgação da Lei 10.216/2001, a chamada Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado. Apesar de ter levado mais de 10 anos para a sua efetivação, a sua promulgação é vista como um marco legal que realizou um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, dispondo também sobre a proteção e os direitos das ditas “pessoas portadoras de transtornos mentais”.

A partir do lema “por uma sociedade sem manicômios”, diversos hospitais psiquiátricos foram extintos e serviços substitutivos à internação foram criados. Anteriormente, a assistência para pessoas em sofrimento psíquico era pautada na internação prolongada em instituições fechadas, nas quais foram evidenciados diversos casos de violação aos direitos humanos, como os ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena, hoje amplamente conhecidos. A política

pública de assistência à saúde mental passou, então, a definir a pessoa “portadora” de sofrimento mental, de alguma deficiência e sua família como protagonistas de seu processo de emancipação e cuidado, sendo dever da esfera pública a ação protetiva e de efetivação de direitos de cidadania desses sujeitos (Ministério da Saúde, 2005).

Ao definir um novo modelo de assistência à saúde mental, denominado de psicossocial, a RPB tomou como inspiração o conceito de desinstitucionalização, que orientou o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, na década de 1960. A partir dos questionamentos de Franco Basaglia sobre o efeito segregador do hospital psiquiátrico, a Psiquiatria Democrática buscou romper com o modelo hospitalar, de forma a construir novas práticas de cuidado que destacavam a importância da reinserção em sociedade e a retomada do lugar de cidadania do paciente. O paradigma da desinstitucionalização realizou um deslocamento do conceito de doença para o de “existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social” (Rotelli, 2001, p. 91). Se o objetivo da psiquiatria tradicional é *tratar e curar* uma doença em um ambiente controlado de internação, o da RPB é cuidar e promover a saúde de um sujeito que está inserido em sua comunidade, a partir da lógica do tratamento feito em liberdade. Nas palavras de Amarante (1996), a ênfase é colocada “no processo de ‘invenção da saúde e de ‘reprodução social do paciente’” (p. 70).

Por meio dessa mudança de paradigma, ocorreu uma complexificação discursiva sobre o que vem a ser loucura, sofrimento e doença mental. Isso se deve muito à noção de sujeito presente no campo teórico-conceitual, político e institucional da RPB. Costa-Rosa (2013) propõe chamar de *sujeito de sofrimento* aquele a quem se dirigem as ações de cuidado, em vez do emprego das nomenclaturas clássicas, tais como “paciente”. O termo sujeito, por sua característica polissêmica, carrega uma ambiguidade criativa que permite alargar o entendimento sobre aqueles que buscam tratamento. Assim, desloca-se o foco da existência de uma doença mental e a ênfase passa a incidir na subjetividade e no laço social, e em como esses se relacionam com o sofrimento do sujeito. O sujeito

também é histórico, além de biológico e social: “as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas” (Onocko Campos, 2001). A desinstitucionalização também exige um grau de *não-saber* por parte dos profissionais, distância que se faz necessária de forma a não se apoiar unicamente no saber psiquiátrico (ou outro saber disciplinar), enquanto meio para compreensão do sofrimento do sujeito.

Enquanto existem autores que defendem uma delimitação precisa da clínica (Moebus & Merhy, 2015), e até sua redução no campo da atenção psicossocial, outros entendem que, a partir do processo de desinstitucionalização, a dimensão clínica dos serviços substitutivos de saúde mental foi, muitas vezes, negada. Para Onocko Campos (2001), “um projeto em um serviço de saúde deve incluir uma proposta clínica” (p. 108), a qual se relaciona também com a singularidade de cada equipe. Ao rememorar a história do Movimento Sanitário, a autora realiza uma crítica à falta de discussão sobre a dimensão clínica no âmbito da Saúde Coletiva, o que propiciava um olhar cindido acerca da dimensão social, que privilegiava o trabalho epidemiológico em detrimento da escuta do sujeito, do encontro com o singular. Uma vez que a Saúde Coletiva se estruturou a partir da oposição às práticas individuais, modelo em que a clínica tradicionalmente opera, o tema da clínica ficou à margem no planejamento dos serviços públicos de saúde, existindo a tendência à desvinculação entre clínica e gestão.

Recortando desse conjunto especificamente a saúde mental infantojuvenil, percebemos um campo ainda com pouca representatividade no debate político, uma vez que crianças e adolescentes foram incluídos tardiamente nas políticas públicas de saúde mental (Couto & Delgado, 2015): somente em 2005, no projeto da RPB por meio da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (PNSMIJ).³ Uma das especificidades da infância e adolescência é demonstrar que, invariavelmente, o cuidado em saúde mental necessita de um entendimento de saúde em conceito ampliado, demandando

³ Para saber mais, acesse https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/caminhos_politica_saude_mental_infanto.pdf

uma articulação viva entre os diversos setores da rede de garantia de direitos. A PNSMIJ entende a intersectorialidade como um princípio afinado com aqueles da RPB, problematizando o paradigma biomédico/asilar de forma a buscar “destituir,..., as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente, isolacionista” (Ministério da Saúde, 2005, p. 14) dos modelos de cuidado e assistência ao público infantojuvenil.

Através de marcos jurídicos como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), funda-se, com base nas diretrizes de assistência pública, a noção de que a criança ou o adolescente a ser cuidado também é um sujeito e um cidadão – ou seja, tem direitos, deveres e, acima de tudo, tem uma personalidade e uma voz. A criança e o adolescente deixam de ser objetos do Estado e da família. No entanto, uma das questões mais marcantes da clínica com crianças e adolescentes é que a demanda, na maioria das vezes, não vem do próprio sujeito, e, sim, de pais, escola, juiz e instituições diversas em busca de *tratamento e adaptação de comportamentos ou desenvolvimentos desviantes do sujeito*.

A realidade dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) evidencia a existência de uma demanda aflixa externa que pode levar as equipes a realizarem, de forma precipitada, “uma clínica pautada apenas na padronização de condutas reabilitadoras” (França & Costa, 2017, p. 763). Para uma determinada criança, a reinserção na escola pode ter uma função e um significado muito diferentes do que têm para outra; desse modo, é necessário o cuidado de não atribuir indistintamente a todas as crianças, a despeito de suas singularidades, um valor universal à sua reabilitação psicossocial. A clínica da atenção psicossocial visa o trabalho com o sujeito, e prováveis contradições entre reabilitação e cuidado podem emergir.

Se a saúde mental de crianças e adolescentes foi posta em segundo plano na agenda pública brasileira, não é surpreendente constatar também que a própria ideia de uma clínica psiquiátrica infantil é recente. Segundo Bercherie (2001), até a década de 1930, quando se inicia a chamada clínica pedopsiquiátrica, as crianças eram entendidas apenas pelos vértices da educação ou adestramento.

A disseminação da teoria psicanalítica na comunidade científica teve influência marcante na criação da psiquiatria infantil. Abriu-se uma janela, a partir da publicação do caso pequeno Hans (Freud, 1980), para o entendimento de que, já na infância, existia a formação de uma sexualidade e a emergência da angústia. A criança passa a ser vista pela psicanálise enquanto um sujeito e, não, um adulto em miniatura (Esper, 2020). Posteriormente, a ideia de desenvolvimento infantil é ainda mais estudada, sendo construído, assim, um campo clínico próprio da infância.

Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴, que ampliou os pontos de atenção à saúde, com o objetivo de realizar um cuidado articulado e humanizado. As diretrizes de funcionamento dos serviços da RAPS pressupõem a garantia de autonomia dos usuários do SUS, de inclusão social e equidade, fazendo isso por meio da diversificação das estratégias de cuidado e da ênfase em serviços territoriais e comunitários. Para ofertar essa atenção integral e em rede, os serviços devem ser compostos por equipes multiprofissionais, trabalhando de forma interdisciplinar, promovendo estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde.

Com a RAPS, a atenção básica em saúde ganha um papel fundamental no cuidado em saúde mental com a criação das equipes do Consultório na Rua, que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua. Além disso, foi instaurado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que trabalham de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família para apoiar as Unidades Básicas. Existe nesta mesma portaria a menção à criação de Centros de Convivência enquanto ponto de atenção da RAPS; no entanto, não temos exemplo desse serviço ativo no Distrito Federal (DF).

Na atenção especializada, o foco é a lógica psicossocial, tendo como carro chefe os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O novo mandato clínico institucional gerou impactos na atenção básica

⁴ Portaria nº 3088/2011.

e nos processos de trabalho dos ambulatórios, que deveriam passar a funcionar a partir da lógica psicossocial, com a formação de equipes para o trabalho interdisciplinar (ou interprofissional) e de articulação em rede. A perspectiva ampliada deve, então, orientar a prática clínica, se colocando em consonância com o modelo psicossocial, buscando fundamentar a sua *práxis* na singularidade e autonomia do usuário de saúde. Na organização da RAPS do DF, os ambulatórios, junto aos CAPSis, atuam na atenção especializada de saúde mental, dividindo a demanda por critérios de gravidade.

É importante realizar uma diferenciação entre o que seria um equipamento ambulatorial e o CAPSi para fins de entendimento desta pesquisa:

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (Ministério da Saúde, 2004, p. 23).

Existe uma especificidade desse equipamento quando comparado a outras unidades de saúde: “seu objetivo não é apenas o cuidado clínico, mas também a reabilitação psicossocial (com oficinas de geração de renda, por exemplo) e a organização da rede de saúde mental em seu território” (Ramminger & Brito, 2012, p. 151). Já o ambulatório, cuja definição no campo da saúde mental ainda é escassa, é um serviço que irá realizar tratamento de pessoas a partir do modelo de atendimento individual por agenda de especialistas. De acordo com a Nota Técnica vigente no DF (SEI-GDF – nº1/2018 – SES/SAIS/COASIS/DISSAM)⁵, os ambulatórios de saúde mental infantojuvenil oferecem a modalidade de atendimento não intensivo (geralmente mensal) a partir de consultas marcadas previamente.

Esse modo de acompanhamento difere de forma drástica daquele feito em um CAPSi, onde existe a prerrogativa de disponibilidade diária do

serviço para acolhimentos sem necessidade de marcação prévia. No serviço pesquisado neste trabalho – CAPSi –, esse dispositivo, chamado de porta aberta ou plantão, deve garantir a escala de profissionais em cada turno para a realização de acolhimentos. Além disso, no âmbito do DF, o CAPSi deve realizar acompanhamento intensivo, ou seja, ao menos semanal, efetivado por meio dos atendimentos grupais.

Entende-se que um CAPSi deve ter uma equipe técnica que atue de maneira interdisciplinar (Ministério da Saúde, 2004). A palavra interdisciplinaridade não é estranha às crianças e aos adolescentes; não por acaso, foi no trabalho com a infância que ela surgiu (Jerusalinsky, 1990). Associada à intersetorialidade, forma um par de conceitos intrínsecos à saúde mental infantojuvenil que se tecem por meio de um comprometimento coletivo. O conceito de interdisciplinaridade, que não tem sentido único, se localiza entre dois polos: o da multidisciplinaridade e o da transdisciplinaridade. Proponho que esses conceitos possam ser vistos a partir de duas perspectivas concomitantes, a de funcionamento/contínuo e a de estrutura. No polo multi, a simples justaposição de disciplinas em função de um trabalho e, no polo trans, “a criação de um campo novo, que idealmente seria capaz de desenvolver uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o originaram” (Lima & Ghirardi, 2008, p. 154).

Se a clínica de um CAPSi, afinada com o paradigma psicossocial, propõe-se a trabalhar com sujeitos e entre sujeitos, sendo esses concretos, históricos e sociais, mas também seres de experiência e existência-sofrimento, como se dá esse ofício na realidade cotidiana de um serviço? O que pensam os profissionais sobre o que seria a clínica de um CAPSi?

Através de pesquisa bibliográfica, é possível perceber que a discussão sobre o que dizem os profissionais acerca da clínica que é desenvolvida nos serviços de saúde mental é escassa no campo infantojuvenil. Há necessidade de melhor elucidação da *práxis* que é realizada, dos desafios enfrentados por esses trabalhadores e da dimensão clínica envolvida no trabalho. Ademais, se considerarmos a luta antimanicomial e a RPB como um processo

⁵ Para saber mais acesse <https://www.saude.df.gov.br/saude-mental-infantil>

em andamento, para que se alcance uma mudança radical do modelo asilar, não basta que ocorram mudanças nos dispositivos institucionais (Costa-Rosa, 2000) – é necessária uma constante discussão crítica sobre o tema, que dê sustentação à lógica psicossocial no âmbito da formação profissional.

Desse modo, o objetivo geral deste trabalho é compreender como está sendo realizado o trabalho clínico em um CAPSi do DF. Para isso, tem-se como objetivos específicos: 1) investigar as concepções de clínica da equipe; 2) compreender quais são os referenciais adotados pelos profissionais; 3) mapear o diálogo entre as diferentes orientações no trabalho em equipe e 4) propor contribuições frente aos desafios apresentados.

Metodologia

O presente trabalho é uma pesquisa de abordagem qualitativa e se configura como um estudo de campo, visando articular pesquisas bibliográficas sobre o campo-tema – a clínica do CAPSi – aos relatos de trabalhadores desse serviço. Baseada em um método focado na “compreensão da construção de sentidos no espaço de vida do indivíduo, grupo, instituição ou comunidade” (Spink, 2003, p. 36), a noção de campo não se restringe à de lugar. Nessa perspectiva, uma pesquisa de campo pressupõe a localização do pesquisador como parte do tema, bem como o reconhecimento das consequências de sua presença no campo, em detrimento da ideia de neutralidade em sua ação.

Foi utilizado para coleta dos dados um roteiro de entrevista semiestruturada, de forma a dialogar com os profissionais e entender os seus pontos de vista subjetivos sobre o tema (Flick, 2009). Como técnica de análise de dados foi realizada a Análise de Conteúdo (AC) conforme Laurence Bardin (1979), que, por meio de procedimentos sistemáticos, tem por objetivo chegar a “indicadores que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção destas mensagens” (p. 42).

Segundo Caregnato e Mutti (2006), essa técnica de análise de dados utiliza o método de dedução frequencial ou a análise por categorias

temáticas, passando por três etapas gerais: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise tem como objetivo definir o conjunto de dados a serem analisados. Posteriormente, é realizada a codificação do material e o agrupamento progressivo das unidades de registro em categorias, que possibilitam as inferências e a interpretação dos resultados a partir do referencial teórico.

O serviço onde foi realizado este estudo de campo atende crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade em sofrimento psíquico grave e menores de 16 anos de idade que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Como esta pesquisa visa escutar profissionais que atuam em serviços públicos de saúde mental, tomou como amostra 20 servidores públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) alocados em um CAPSi. Os profissionais da assistência, administração e gestão/supervisão foram entrevistados individualmente, adotando-se um roteiro de entrevista para gestão/supervisão diferenciado dos demais.

Para a inclusão dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios: ser servidor público da SES/DF; estar alocado no CAPSi pelo tempo mínimo de seis meses no tempo de coleta dos dados; estar desempenhando a função pelo tempo mínimo de seis meses no tempo da coleta dos dados, no caso dos profissionais que desempenham a gestão do serviço; e concordar em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização Para Utilização de Imagem e Som de Voz Para Fins de Pesquisa.

A coleta de dados foi realizada durante a pandemia de COVID-19, iniciada em março de 2020 e que segue em curso. Desse modo, foram tomadas as medidas para prevenir a transmissão e contaminação pelo vírus, por meio do uso dos EPIs adequados, distanciamento e ventilação.

Após a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e a aprovação do parecer substanciado (nº 4.718.175), iniciou-se a coleta de dados.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 13 profissionais, da amostra de 20 profissionais. Dentre eles: quatro técnicos de enfermagem, três enfermeiros, dois psicólogos, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social e um médico.

Os entrevistados têm de dois a oito anos de trabalho na unidade, e um deles fez parte da equipe fundadora do serviço. A maioria dos entrevistados vivenciou no CAPSi o primeiro contato com a saúde mental. Poucos profissionais têm experiência prévia no campo da saúde mental infantojuvenil.

A maioria dos entrevistados possui especializações e formações na área da saúde, bem como cursos de extensão em temas transversais à saúde mental, como intervenção em crise, acompanhamento terapêutico, práticas integrativas e bioética. No entanto, apenas dois dos entrevistados têm formação no campo da saúde mental infantojuvenil.

A partir da análise das entrevistas e da discussão dos resultados, foram elaboradas quatro categorias temáticas, sendo elas: 1 - Histórico do serviço; 2 - O que é o CAPSi?; 3 - Qual o eixo clínico político institucional adotado pela equipe? e 4 - Como se dá o processo de trabalho da equipe?

1- Histórico do Serviço

Dos 13 profissionais entrevistados, 6 deles trabalham no serviço há pelo menos 4 anos. Nos relatos dos profissionais foi frequente a referência à história e ao desenvolvimento do CAPSi.

O serviço iniciou suas atividades em 2013, em um contexto de criação de novos CAPSi e CAPS ADi no DF, impulsionado pelo Programa Nacional de Combate ao Crack lançado em 2011. Em sua maioria, esses serviços se originaram de forma pouco horizontal, sem efetiva construção ou discussão conjunta com a população e com os profissionais de saúde mental, o que se exemplifica no seguinte trecho: “O próprio surgimento do CAPSi foi num

‘empurra’, tipo, ‘olha, isso precisa existir’ e aí por uma demanda eles instituíram o CAPSi” (P11⁶).

Uma equipe bastante reduzida foi formada para fundar o serviço, composta de dois psicólogos, cinco técnicos de enfermagem e uma assistente social. O espaço físico onde está instalado o CAPSi serviu originalmente como moradia do administrador da região; em seguida esse espaço passou a ser utilizado como um local de filantropia ligado à igreja, para, posteriormente, tornar-se a sede do Conselho Tutelar. A partir de 2013, o espaço passou a ser dividido com o CAPSi até a transferência do Conselho Tutelar para outro local. Muitas das narrativas sobre a história do CAPSi relatam o esforço da equipe em tornar o espaço adequado para o acolhimento de crianças e adolescentes:

Era tudo escuro, como vou atender criança num espaço desse?... até nós transformarmos, colocar um quadro, algo aconchegante, foi difícil... porque primeiro nós andávamos de uniforme, toda de branco,...você já começa por aí, se despidendo da sensação hospitalar” (P4).

Essa transformação do espaço físico feita pelos trabalhadores, muitas vezes de forma autônoma e voluntária, indica a existência de uma percepção por parte dos profissionais da necessidade de uma ambiência imprescindível ao CAPSi, que extrapola a transformação do espaço físico e alcança também a postura dos profissionais, antes habituados com o modo do trabalho hospitalar.

A maioria dos servidores alocados não tinha experiência com o campo da saúde mental, tampouco havia na comunidade um conhecimento do que era esse equipamento. Na sua fundação, a equipe inicial buscou se apropriar do serviço. Isso se deu por meio de estudos e da parceria com outro CAPSi, único estabelecido no DF à época. Essa parceria ocorreu durante um breve momento formativo, com o objetivo de conhecer os processos de trabalho da unidade. Nesse período, em que o CAPSi era ainda desconhecido, foi possível reservar momentos de apresentação do CAPSi para fora, de forma a dialogar

⁶ As falas dos profissionais serão identificadas a partir da abreviação P, seguida do número correspondente.

com a rede e de se inserir no território: “O bom dessa época é que como não existia demanda, a gente foi conversar com a rede, com os Conselhos Tutelares, escolas, CRAS, CREAS, UBS” (P8).

No entanto, com o efetivo crescimento da demanda por serviços, grande parte dos trabalhadores ainda se sentia despreparada, sem conhecimento suficiente sobre a proposta do serviço. Somado a isso, a equipe passou por muitas mudanças de profissionais ao longo da sua história. Durante algum tempo, o serviço contava com poucos especialistas e não dispunha de médicos lotados naquele espaço, o que exigia intenso diálogo com outros equipamentos de saúde e também gerava angústia, principalmente frente aos casos graves: “A gente tinha uma dificuldade com casos graves, não tínhamos psiquiatra, . . ., muitos pacientes mantinham acompanhamento . . ., nos ambulatórios ou na UBS, o médico dava um jeito de manter a medicação” (P8).

Com o tempo, diante da crescente demanda por atendimento, a equipe foi se ampliando e se diversificando, tanto no que diz respeito a categorias profissionais, quanto à heterogeneidade de perfis e competências pessoais. Mesmo assim, a sensação de novidade e desconhecimento perante o CAPSi foi frequente em boa parte dos novos profissionais:

Nossa, mas o que eu vou fazer lá? Ela [coordenadora da gerência de sua categoria na SES/DF] tentava me explicar, mas é meio complexo, acho que nem ela sabia ao certo também... E aí ela só falava assim: é um serviço que é mais ou menos novo, então você vai contribuir para formar o serviço (P5).

Não há relatos de uma experiência formativa posterior à de fundação, apenas treinamentos e formação entre a equipe no cotidiano de trabalho. Uma parte dos integrantes veio direcionada por sua formação específica, experiência e/ou interesse na área de saúde mental; por exemplo, para contribuir com as demandas de autismo e infância, consideradas as mais difíceis.

Desde a eclosão da pandemia do COVID-19, o CAPSi teve que mudar os modos de ofertar cuidado, já que não era mais possível realizar atividades em grupos presenciais. Nesse período,

o serviço funcionou prioritariamente por meio de atendimentos individuais e na modalidade *online*. Em 8 anos de uma história permeada por entraves e dificuldades externas e internas, o CAPSi refere possuir hoje uma equipe estabelecida, reconhecida pela população e pela rede intersetorial.

2- O que é o CAPSi?

O CAPSi é descrito por seus trabalhadores como um espaço de acolhimento, aberto à comunidade, que trabalha em rede e em equipe multiprofissional. Esse trabalho tem como objetivo promover o cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psicossocial e acompanhar famílias por meio da escuta e disponibilidade, principalmente para sujeitos em risco, crise e vulnerabilidade. As intervenções de cuidado devem ser realizadas dentro e fora do CAPSi, por meio de atendimentos em grupos/oficinas/visitas ou de maneira individual, bem como articulações de rede, com fins de ampliar os espaços de vida dos usuários do serviço, conforme descrito a seguir:

Quando a gente tá falando de crianças e adolescentes, a gente tá falando de uma vulnerabilidade pela própria idade... então, pra fazer a engrenagem rodar, a gente precisa de muitos atores juntos... e aí a minha experiência aqui é isso, o quanto esse CAPSi é rico nessa tentativa de fortalecer rede, não dá pra fazer sozinho (P11).

Além de um lugar de cuidado, a equipe considera que um CAPSi deve desempenhar o papel de organizador da rede de saúde mental infantojuvenil do território, entendendo o apoio matricial⁷ como uma das principais estratégias de articulação da rede de cuidado. Essa tentativa, porém, nem sempre é bem-sucedida e, para os trabalhadores, isso ocorre

⁷ O Apoio Matricial ou Matriciamento se define enquanto um modo de produzir saúde entre equipes, destacadamente entre atenção básica e CAPS, de forma a construir uma proposta de intervenção de cuidado. Tal estratégia de articulação de rede tem como objetivo realizar o compartilhamento do cuidado e apoiar as equipes de referência das UBS de maneira horizontal (Pegoraro, Cassimiro & Leão, 2014).

por diversos fatores, sendo os mais relatados o enfraquecimento da RAPS e a área de abrangência muito maior do que a adequada.

Segundo as diretrizes da portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, a população de abrangência de um CAPSi deve ter cerca de 200 mil habitantes. Apesar disso, a área de abrangência do serviço em questão inclui as populações de três regiões administrativas, somando mais de 350 mil habitantes. Na prática, a unidade tem muitos empecilhos para se inserir de fato nos territórios, de forma a estar realmente disponível aos usuários e à comunidade, tanto pela grande demanda, quanto pela extensa área rural, o que complexifica ainda mais o acesso da população ao serviço e vice-versa.

Atualmente, essa região conta com apenas um carro da SES/DF a ser compartilhado por todos os equipamentos de saúde, tornando-se impossível a sua utilização por parte do serviço. Caso tenham que realizar ações externas, os trabalhadores têm duas opções: utilizar seus próprios recursos ou permanecer no espaço físico do serviço. Estudos recentes, como o de Silva e França (2022), demonstram uma situação semelhante no estado da Paraíba: relatos de trabalhadores que, diante da escassez de condições objetivas básicas, utilizam de seus próprios recursos para assegurarem a atuação profissional e uma possível efetivação da política de saúde mental infantojuvenil.

O CAPSi é geralmente descrito como um local de passagem ou transição na rede, a depender das necessidades dos usuários, de forma a acompanhar a estabilização diante de uma crise. No entanto, os trabalhadores relatam a dificuldade de realizar articulações com a própria rede de saúde, que se encontra enfraquecida, tanto em nível de atenção básica quanto de especializada: “Primeiro precisamos conversar com a própria política de saúde do território” (P12).

Se um CAPS é a Unidade Básica de Saúde da rede de saúde mental (Ramminger & Brito, 2012), como pensá-lo separado da atenção primária? Esse diálogo fundamental novamente parece depender quase sempre apenas da disponibilidade dos atores em questão, sem contar com muitos recursos estruturais.

O mandato de serviço substitutivo à hospitalização também fica prejudicado pela falta de capilaridade no território e a unidade relata dificuldades para lidar com situações de crises psíquicas: “Para atender de fato a crise, deveria ser de fato territorializado, com número adequado de usuários” (E13).

Hoje, o CAPS infantil para atender 200 mil habitantes, só a equipe de enfermagem tá completa, mas hoje atendemos mais de 400 mil habitantes, com a estrutura física inadequada e carga horária por especialidade deficiente... O psicossocial é muito negligenciado (P1).

Cabe destacar que o próprio fluxograma de intervenção em crise no DF ainda é pautado na internação, evidenciando a insuficiência de investimento público nos CAPS.

3- Qual o Eixo Clínico Político Institucional Adotado pela Equipe?

Os profissionais entrevistados relatam enxergar uma dimensão clínica no trabalho realizado – por meio de estudos de caso, escuta qualificada, educação em saúde (orientação, informação) e ofertas terapêuticas diversas. Alguns profissionais técnicos de enfermagem estão alocados especificamente para o trabalho administrativo, mas, mesmo assim, percebem que existe uma dimensão clínica ou de cuidado em seu trabalho: “Antes de ir pro passivo, eu vejo se talvez não seria necessária uma busca ativa” (P2); “Já na recepção a gente tem contato com os pacientes” (P4).

Sobre a gestão do serviço, a equipe compreende a necessidade de ações estratégicas de forma a facilitar o trabalho assistencial, por meio da organização da rotina, do espaço físico e da relação horizontal entre os profissionais. No entanto, não se sentem apoiados pelas instâncias superiores para a gestão da unidade e não têm recursos suficientes para a realização de discussões clínicas mais aprofundadas. Na verdade, essa atribuição seria de um supervisor clínico institucional e, não, da gerência do serviço.

Os serviços de saúde pública se organizam em níveis de gestão, que funcionam de maneira

hierárquica. Cada unidade deveria possuir um servidor no cargo de supervisor de serviços que exercesse atribuições administrativas e fiscalizadoras. Esse tipo de supervisão, entretanto, difere da supervisão clínico-institucional, que, como um dispositivo de formação em saúde mental, atuaria na análise dos processos de trabalho e discussões clínicas, função geralmente exercida por um colaborador externo, como um analista institucional. Destaca-se, portanto, a diferenciação entre a supervisão de serviços e a supervisão clínico-institucional, bem como a potencial contribuição dessa última para a concepção e o funcionamento da clínica no CAPSi.

Muitas das concepções de clínica apresentadas pela equipe, apesar de variadas, compartilham a ideia da clínica como um tipo de cuidado diferente, em contraste com a clínica hospitalar, biomédica e tecnicista. Nos atendimentos individuais, entretanto, os especialistas parecem ter estilos singulares, com perfis e referências diferentes, sendo a clínica entendida a partir de perspectivas individuais baseadas no olhar de saúde que cada um tem. As principais bases de atuação comuns parecem ser as atitudes humanista e ampliada, ou aquelas alicerçadas na postura empática, disponível e criativa.

O projeto clínico, político e institucional de um CAPSi atribui aos seus trabalhadores um duplo papel de “agente de cuidado e agenciador de uma rede de cuidados” (Ramminger & Brito, 2012), em que clínica e gestão se movimentam de forma intrínseca, precisando sempre “pensar para fora” e em parceria com os demais atores do território. Esse duplo lugar, por si só, é bastante desafiador. Ao contextualizar esse delicado trabalho em uma realidade de precarização, evidencia-se o que Ramminger e Brito (2012) chamam de “uso exacerbado de si”, em que o profissional tem como únicos anteparos sua própria inventividade e seus colegas de equipe – “não podemos contar com a rede” (P11).

Para configurar o conceito de “uso exacerbado de si”, é importante levar em consideração também a diferença conceitual entre área de abrangência e território: o fato de um serviço ser organizado geograficamente não gera automaticamente seu caráter territorial. Para

a efetividade da clínica no território, é necessária sua integração à dinâmica social, “desenvolvendo ao máximo suas atividades no território a fim de construir uma rede de relações com a comunidade na qual estão inseridos, favorecendo os processos de autonomia” (Cézar & Melo, 2018, p. 128).

O conceito de “uso exacerbado de si” também pode ser relacionado à lacuna teórico-clínica encontrada desde a formação da equipe fundadora, que, inicialmente, apesar de ter mais contato com a rede, sentia-se impotente em sua oferta de cuidados clínicos, seja pelo fato de não possuir profissionais *psi* na unidade, seja pela falta de formação em saúde mental da maioria. Atualmente, alguns profissionais relatam o incômodo com um modo de trabalho por demais pautado na abordagem individual, semelhante ao de um ambulatório, em decorrência do excesso de demanda imediata: “Sabe do que eu sinto falta? de uma compreensão de clínica ampliada, ... existe um vício no modelo biomédico” (P7).

Tais resultados parecem corroborar os dados da literatura, que afirmam ainda não existir um solo firme no que diz respeito ao aspecto epistemológico construído entre as disciplinas, que pudesse ser usado de forma comum entre os trabalhadores da saúde mental (Vasconcellos, 2010). Apesar de muitas diretrizes e regulamentos na saúde mental, a literatura aponta para uma lacuna de referências concretas do campo que orientem o trabalho cotidiano (Ramminger & Brito, 2012). Percebemos que isso decorre de fatores basais, como a falta de formação (pregressa e continuada) condizente com a proposta do CAPSi e a precarização do SUS e da atenção psicossocial.

4- Como se Dá o Processo de Trabalho da Equipe?

Os profissionais entrevistados demonstraram perceber o serviço como um local agradável para se trabalhar, creditando isso à relação amistosa, de reconhecimento e cooperação entre eles. A maioria relatou sentir que pode contar com a equipe, enquanto pessoas e profissionais, apesar de o trabalho em equipe ser desafiador. Um ponto diferenciado desse CAPSi é a atenção dada pelos próprios profissionais ao cuidado da equipe,

com momentos para a realização de práticas integrativas e confraternizações. Além disso, existe um tempo reservado para compartilhamento de saberes na reunião de equipe, por meio da educação permanente.

A educação permanente é um pilar da Educação Interprofissional no SUS e é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010)⁸ como o aprendizado que “ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde” (p. 7). Portanto, a educação permanente envolve os processos de aprendizagem compartilhada, trabalho em equipe e prática colaborativa. Essa não é uma tarefa fácil, principalmente quando temos em mente as formações cada vez mais especializadas dos profissionais de saúde (Malta & Merhy, 2003). No serviço em questão, os momentos de compartilhamento dos saberes de cada profissão são fundamentais para a internalização de conceitos de outras disciplinas.

Entende-se que o trabalho interdisciplinar no âmbito da saúde mental se define por uma intensidade de trocas e um grau de integração entre as disciplinas na oferta de cuidado. No entanto, há pouco direcionamento prático nesse sentido nas publicações do Ministério da Saúde, que muitas vezes equipara a equipe interdisciplinar à equipe multiprofissional. É necessário que ocorra uma dinâmica de troca eficaz, com ritmo e ambiência entre a equipe, sendo o sujeito que recebe o cuidado o denominador comum desse entrelace na prática assistencial.

Quando perguntados sobre os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, os entrevistados expressaram tanto a dificuldade de discernir as fronteiras que definem cada um desses conceitos quanto a falta de consenso sobre a qual desses modos de trabalho este CAPSi mais se aproxima. A maioria parece identificar o trabalho enquanto interdisciplinar, existindo momentos

em que se torna multidisciplinar: “Alguns profissionais ainda ficam em suas caixinhas” (P11); “Na reunião de equipe é inter, nos atendimentos é multi” (P12); “Existem atividades privativas de cada área” (P1).

O espaço das reuniões de equipe, que ocorre semanalmente, é considerado como importante, mas também como um momento insuficiente, nem sempre produtivo. Alguns acreditam que poderia ser mais resolutivo, em vista da grande quantidade de casos colocados para discussão; outros entendem que está por demais focado na definição de condutas e encaminhamentos. Para alguns, a definição conjunta das condutas já seria suficiente para se configurar um trabalho interdisciplinar e, para outros, não, necessitando para isso uma maior troca de conhecimentos e compartilhamento de bases teórico-clínicas em saúde mental.

Em sua maioria, os entrevistados parecem entender que existe um predomínio dos saberes *psi* (enquanto psicologia e psiquiatria) no trabalho e nas condutas do serviço: pela natureza do trabalho, pelo valor dado a esses saberes pela sociedade e pela demanda vinda da própria rede de saúde e usuários (encaminhamentos para psicologia ou psiquiatria, por exemplo). Essa assimetria que aponta para um domínio dos saberes *psi* é compreendida pelos entrevistados como uma tendência da sociedade em geral e externa ao serviço. No entanto, algumas falas revelam uma dificuldade no compartilhamento dos saberes *psi* e médicos, o que dificulta o diálogo entre a equipe. O papel do serviço social também é destacado nos relatos, pelo aspecto de vulnerabilidade social presente nas demandas.

Um tema frequentemente relatado, no que diz respeito ao período inicial do serviço, foi a dificuldade em lidar com os casos graves sem a presença de um médico psiquiatra. Recentemente, ocorreu outro período de longa duração sem o psiquiatra do serviço, o que trouxe efeitos diferentes dos iniciais, uma vez que já havia uma equipe bem estabelecida. No entanto, ainda existem relatos da necessidade de contar com mais médicos, pois a unidade só tem dois. Essa queixa nos faz refletir sobre um certo nível de centralização no saber médico no imaginário da equipe, como aquele que

⁸ Para saber mais, acesse <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>

pode agir adequadamente na intervenção para os “casos graves”.

Essa dinâmica retorna a uma questão basal da RPB que, na verdade, está ainda no centro das discussões sobre interdisciplinaridade. A possibilidade de mudança na cultura da sociedade e das equipes, não mais focadas no olhar biomédico sobre a loucura e o sofrimento psíquico. No entanto, visto que o modelo hierarquizado e hospitalocêntrico de gestão é estendido ao CAPS, torna-se uma consequência lógica o reforçamento da ênfase no conhecimento especializado e na priorização dos atendimentos individuais em detrimento de ações territoriais (Cézar & Melo, 2018). A resposta imediata para as necessidades de cuidados clínicos dos usuários parece ser a clínica médica ou psicológica, recorrendo à marcação de consultas com esses profissionais.

Determinados aspectos da dotação de recursos para o funcionamento dos CAPS também contribuem para aumentar as dificuldades relativas à interdisciplinaridade e ao compartilhamento de saberes. De acordo com a portaria nº 3089/2011, o financiamento dos serviços dos CAPS pelo Ministério da Saúde se dá por meio de indicadores de produtividade, de forma a monitorar e avaliar tais serviços e realizar o repasse de recursos. Na prática, esses indicadores exigem o lançamento das atividades juntamente a um CID para cada usuário do serviço. Essa inserção ou não de um quadro de doença impacta o retorno de investimento que o CAPSi irá receber, estabelecendo que o fator diagnóstico patológico irá demonstrar a validade do trabalho frente ao Estado. Trata-se de mais uma contradição complexa no campo da saúde mental, uma vez que essa mesma política preconiza um rompimento com a lógica da doença mental⁹.

A área da enfermagem também tem um papel importante no serviço, que abarca um grande quantitativo de servidores dessa área e que foi fundado inicialmente a partir do trabalho de enfermeiros e técnicos em enfermagem. A maior

contribuição desses profissionais parece ser no nível da gestão de serviço e equipe, prescrição e oferta de cuidado e “material humano”, o que inclui atenção, inventividade e disponibilidade.

A equipe relata, quanto à atuação dos técnicos em enfermagem, a necessidade de maior autonomia no processo assistencial, algumas vezes limitado pela sensação de insegurança dos técnicos de enfermagem em relação ao cuidado dos usuários para além das atividades de recepção, acolhimento e administração. Esse tipo de engessamento não é uma surpresa; na verdade, é uma tendência no funcionamento de equipes multiprofissionais de saúde. Segundo Malta e Merhy (2003), os profissionais técnicos tendem a funcionar como triadores, que avaliam riscos antes de passarem os casos aos especialistas.

Para além de áreas de formação, alguns profissionais entendem que existe um predomínio da modalidade de atendimento individual, tanto pelo perfil da equipe como pela demanda de emergência, que, por sua vez, desemboca na marcação de atendimentos individuais nas agendas (lotadas) de cada profissional, gerando um círculo vicioso e alimentando uma já existente tendência de uma clínica ambulatorial. Segundo Ramminger e Britto (2012, p. 155), “o modelo ambulatorial aparece como uma força centrípeta que puxa tudo para si”.

Levando em conta os conceitos de núcleo e campo (Malta & Merhy, 2003), podemos ensaiar a sua aplicação através de uma analogia: o núcleo seria o conjunto de saberes e atribuições de cada profissional e/ou da sua respectiva formação – a exemplo, o núcleo de psicologia ou o de enfermagem –, enquanto o campo – por exemplo, o da saúde mental infantojuvenil – se dá onde esses diversos saberes e atribuições são confluentes. Por meio dos resultados, podemos inferir que a maioria dos profissionais do CAPSi objeto desta pesquisa consegue compartilhar de um campo de competências comuns dentro da saúde mental infantojuvenil. Entretanto, no tempo dedicado aos atendimentos individuais, parece ocorrer um trabalho mais focado nos saberes de cada núcleo ou profissional específico.

Cabe ressaltar que no processo de trabalho do serviço não existem muitos dispositivos de participação

⁹ A construção de intervenções terapêuticas no âmbito da saúde mental se embasa na elaboração de um Plano Terapêutico Singular (PTS), o que preconiza a singularidade do sujeito em detrimento de condutas padronizadas e classificações nosológicas, em consonância com perspectiva da clínica ampliada.

social, no sentido de espaços de decisão conjunta com a comunidade, como espaço de assembleia. Em termos gerais, podemos dizer que a assembleia é um dispositivo de fomento à participação dos usuários na construção do serviço, o que inclui desde a tomada de decisões em seus projetos terapêuticos até as atividades e dificuldades relacionadas com o dia a dia do serviço e da comunidade (Bontempo, 2009). A assembleia difere de uma oficina ou grupo terapêutico, entretanto, pode agregar algum valor terapêutico, por seu caráter propositivo que objetiva mudanças de interesse coletivo.

Os servidores percebem um enfraquecimento do eixo político na unidade, no sentido de entender a sociedade como “o principal objeto para transformação” (Coelho, 2012, p. 142). O sujeito em sofrimento é, também, um sujeito social, o que não deve se desvincular do projeto clínico de um CAPSi. O entendimento de que a saúde é um direito social muda a relação que a população tem com os serviços públicos de saúde pelos quais é atendida, tornando-a capaz de compreender o acesso à saúde, não como uma concessão do Estado, mas como um direito conquistado a ser garantido e ampliado.

Conclusão

Finalizando, proponho que façamos uma reflexão sobre os tensionamentos e afrouxamentos apresentados, de forma a rascunhar o que pode estar aproximando ou distanciando a clínica do CAPSi da busca pela sua proposição eminentemente ampliada, psicossocial e política.

Penso que uma grande potência do trabalho realizado nessa unidade é sua equipe, enquanto força de trabalho viva, sensível e empática. Cada um dos profissionais, em sua trajetória singular, busca perceber e resolver os desafios cotidianos, sejam os dos usuários, sejam os dos colegas. Os servidores entendem a potência que existe na reunião de equipe, principalmente na sustentação da educação permanente. A equipe toma a si mesma como instrumento de cuidado, e parece ter internalizado o que Merhy (2013) chama de preservação do agir-usuário. Isto é, a necessidade de não se perderem de vista enquanto pessoas e usuários dessa

política, no momento em que estão inseridos como trabalhadores da saúde e agentes do Estado.

Apesar de o trabalho em saúde mental possuir mais variabilidades do que estabilidades (Ramminger e Brito, 2012), existindo sempre uma tensão entre o instituinte e o instituído, percebemos uma situação de precariedade estrutural, o que certamente não se limita a essa unidade. Estudos desenvolvidos em outras regiões do país demonstram que a estrutura física dos serviços e a falta de recursos necessários para a realização das suas ações estão entre as queixas relacionadas a condições de trabalho insatisfatórias (Anjos & Souza, 2016; Guimarães, Jorge & Assis, 2011). De acordo com Silva e França (2022), “trata-se de uma expressão da questão social que revela precariedades na relação serviço-profissional-usuário e desafio cotidiano de se garantir ou não a efetivação do direito ao acesso aos serviços de atenção à saúde mental infantojuvenil” (p. 156).

O processo de desmonte da política nacional de saúde mental vem tomando crescentes proporções nos últimos anos. A implementação da Emenda Constitucional nº 95 em 2016 e o conseqüente congelamento dos investimentos em saúde impactou sobremaneira o financiamento da política de saúde mental (Silva & França, 2022). A pandemia de COVID-19 não arrefeceu esse processo, e mesmo durante esse período de intensa fragilidade no campo da saúde, foram realizadas novas medidas de Contrarreforma Psiquiátrica¹⁰ que propõem outro modelo assistencial, em uma tendência de descaracterização dos CAPS em prol da lógica ambulatorial (Costa & Mendes, 2021).

Três fatores principais e interligados podem estar envolvidos na dinâmica de distanciamento do CAPSi da sua proposição clínica: a precarização da RAPS, manifestada na falta de investimento na territorialização da rede; a falta de apoio estrutural e formativo, que gera uma exacerbação no uso de si por parte dos profissionais e a incipiência do campo político e epistemológico da saúde mental infantojuvenil, que dificulta o desafio do trabalho interdisciplinar.

¹⁰ Tais como a Resolução 3/2020, que recomendou asilamento de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas.

A força centrípeta do ambulatório nos mostra, pelo cansaço, que sempre tende a um estado de conservação dos processos de trabalho de um serviço. No entanto, o serviço também é constantemente interpelado pela insuficiência desse modelo, traduzida na lotação das agendas de atendimentos individuais, dificultando, assim, a realização de um acompanhamento intensivo para os seus usuários. Pensar na coletivização dos processos de trabalho, tanto no que se refere às atividades ofertadas, quanto ao funcionamento interdisciplinar na relação da equipe, pode ser uma aposta para solucionar problemas, apesar dos riscos envolvidos. A inversão da predominância dos atendimentos individuais e a priorização dos espaços grupais podem romper com alguns vícios da lógica ambulatorial, tornando possível dedicar mais tempo ao cuidado dos usuários e à articulação em rede.

O que se coloca como desafio é, para além da precariedade de financiamento, a discussão e a formação acerca do fazer clínico em perspectiva crítica no âmbito da saúde mental. Se faz necessário sobrepujar o paradigma da clínica biomédica e da tradição *psi*, sem que isso signifique colocar em oposição indivíduo e sociedade; de forma que o trabalho de equipe possa ser um campo aberto para a circulação de conhecimentos não reducionistas, abrindo portas para a experiência do sujeito e seu entorno enquanto produtores de saberes e intervenções (Puchivailo, Costa & Holanda, 2019). No campo teórico-conceitual, noções importantes devem ser trabalhadas, entre elas a de território (Cézar & Melo, 2018) e interdisciplinaridade/interprofissionalidade.

São necessárias para isso, antes de mais nada, condições de trabalho adequadas. Além disso, também se mostra indispensável o apoio formativo para a criação e a condução de grupos, principalmente aqueles que se propõe terapêuticos, bem como os de participação social. A formação de um processo de trabalho coletivizado pressupõe também a possibilidade de maiores trocas entre os profissionais, usando como língua comum os fundamentos da clínica da atenção psicossocial e do campo da saúde mental infantojuvenil.

Essa mudança de foco, do sujeito individual para o sujeito grupal/coletivo, pode esbarrar em processos-chave pré-estabelecidos no trabalho e

gerar novos desafios a serem superados em equipe. Entre tais desafios, podemos elencar, por exemplo, a necessidade de repensar o modo como se realiza o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e como é revisado; refletir sobre a questão do técnico de referência do usuário e sobre como se dividem as atribuições entre técnicos e especialistas. Qualquer nova estratégia nos fará defrontar com limitações instituídas, como a dificuldade de dar vazão às demandas de acordo com o fluxograma, ligada à falta de territorialização da saúde e a outros problemas de comunicação com a rede.

As contradições sempre irão existir, o que não significa que o serviço deva ir contra a maré em um movimento de mudança apenas para dentro. Ao contrário, é necessário cobrar mudanças estruturais de responsabilidade do Estado, mas que devem ser defendidas por todos os atores envolvidos, em um compromisso político coletivo. É fundamental a construção de um serviço realmente comunitário, existindo nesses espaços democráticos o convite para a união da equipe com os usuários do serviço enquanto coletivo de sujeitos políticos.

A saúde mental infantojuvenil é um campo ainda incipiente no que diz respeito a uma área transdisciplinar, não se estabelece ainda como um terreno sólido e comum, disponível a todos que lá adentram. Até mesmo enquanto gênero profissional e coletivo de trabalhadores, não existe uma identidade delimitada, ocorrendo sempre o risco de fragmentação entre as profissões, destacando-se muitas vezes mais as diferenças do que as similaridades. A abordagem interdisciplinar pode ser um fio condutor para a criação desse trabalho, que, para ter uma identidade coletiva, precisa apontar sempre para a transdisciplinaridade.

É essencial que os espaços de reunião e educação permanente sejam protegidos e que a articulação de rede seja apoiada enquanto potência desse serviço. A parceria com o recurso da supervisão clínico-institucional pode trazer contribuições para a equipe, tendo como objetivo ser um facilitador na ampliação das discussões e práticas clínicas e na reflexão sobre os processos de trabalho, engessamentos e assimetrias na prática interdisciplinar. Não podemos deixar de frisar a importância das residências em saúde enquanto umas das principais fomentadoras da educação interprofissional na saúde mental,

sendo necessário seu contínuo fortalecimento, em consonância com a defesa do SUS.

Contribuição

Os pesquisadores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente*. Fiocruz.
- Amarante, P. (2009). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-7.
- Anjos, N. C. D., & Souza, A. M. P. D. (2016). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 63-76.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70; Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1977).
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In O. Cirino, *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura* (pp. 123-144). Autêntica.
- Bontempo, V. L. (2009). A assembleia de usuários e o CAPSI. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 184- 189.
- Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In G. W. S. Campos (Org.), *Saúde Paideia* (pp. 51-67). Hucitec.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15(4), 679-684.
- Cézar, M. D. A., & Melo, W. (2018). Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25, 127-142.
- Coelho, J. S. (2012). Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 138-151.
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. Pandemia e Luta Antimanicomial. *InSURgência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais*, 7(1), 125-145.
- Costa-Rosa, A. D. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio, Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade* (pp. 141-168). Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. Unesp.
- 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.
- De Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(1), 1-22.
- Delgado, P. G. (2016). São João del Rei: diálogo sobre os caminhos da reforma psiquiátrica. Entrevistadora: Michelle de Almeida Cézar. In W. Melo, P. Resende, S. Baeta & T. Souza (Orgs.), *Mobilização, cidadania e participação comunitária* (pp. 11-45). Espaço Artaud.
- Esper, M. V. (2020). Saúde mental na infância: contribuições da psicanálise. In M. V. Esper (Org.), *Experiências diante da saúde mental na infância* (pp. 47-59). Appris.
- Flick, U. (2009). *Qualidade na pesquisa qualitativa: Coleção Pesquisa Qualitativa*. Bookman.
- França, V. N. de, & Costa, I. I. da (2017). Da clínica do olhar à clínica da escuta: uma passagem pela clínica da reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. In D. M. do Amparo, E. R. Lazzarini, I. M. da Silva, & L. Polejack (Orgs.), *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 3* (pp. 761-778). Technopolitik.
- Freud, S. (1980). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (J. Salomão, Trad.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 11-154). Imago. (Texto original publicado em 1909).
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154.

- Jerusalinsky, A. N. (1990). Multidisciplina, Interdisciplina e Transdisciplina no trabalho clínico com crianças. In Centro Lydia Coriat, *Escritos da Criança n. 3* (pp. 39-44). Centro Lydia Coriat.
- Lima, E. M. F. A., & Ghirardi, M. I. G. (2008). Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(3), 153-158.
- Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2003). A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 7(1), 61-66.
- Merhy, E. E. (2013). Ver a si o ato de cuidar. In A. A. Capozzolo, S. J. Casetto & A. O. Henz (Orgs.), *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde* (pp. 248-267). Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (Série F – Comunicação e Educação em Saúde). Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. MS; CGDI; SAA; SE. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/caminhos_politica_saude_mental_infanto.pdf
- Moebus, R. L. N., & Merhy, E. E. (2015). A terceira margem da clínica: produção do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *DIVERSITATES International Journal*, 7(2), 24-35.
- 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.
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. OMS.
- Pegoraro, R. F., Cassimiro, T. J. L., & Leão, N. C. (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicologia em Estudo*, 19, 621-631.
- Puchivailo, M. C., Costa, I. I. da, & Holanda, A. F. (2019). A naturalização da experiência na atenção à saúde mental: uma questão epistemológica. *Revista do NUFEN*, 11(1), 1-21.
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2012). Cada Caps é um Caps: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 150- 160.
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In F. Rotelli, O. Leonardis, & D. Mauri (Orgs), *Desinstitucionalização* (pp. 89-100). Hucitec.
- Sampaio, M.L., & Bispo Júnior, J.P. (2021). Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25(1), 1-19.
- Silva, S. M. P., & França, M. H. O. (2022). Trabalhando com o mínimo: a saúde mental infantojuvenil no estado da Paraíba. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, 20(49).
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42.