

Verônica de Marchi

**A BUSCA DA INTEGRALIDADE NAS AÇÕES DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL:
UM DESAFIO COTIDIANO**

**Florianópolis /SC
2005**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado

**A BUSCA DA INTEGRALIDADE NAS AÇÕES DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL:
UM DESAFIO COTIDIANO**

Verônica de Marchi

Florianópolis, 2005



Verônica de Marchi

**A BUSCA DA INTEGRALIDADE NAS AÇÕES DOS
PROFISSIONAIS DE SAUDE MENTAL:
UM DESAFIO COTIDIANO**

Dissertação de mestrado
apresentada a Banca Examinadora da
Universidade Federal de Santa Catarina
como exigência para obtenção do título
de MESTRE em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo More

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Eliana Bhering, Faculdade de Educação, UFRJ
Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi, Departamento de Psicologia, UFSC
Prof.^a Dr.^a Marta Verdi, Departamento de Saúde Pública, UFSC
Prof.^a Dr.^a Andréa Vieira Zanella, Coordenadora do Curso de Mestrado, UFSC

Florianópolis, 2005.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. CARMEN L. O. O. MORÉ, pela orientação, compreensão, acolhimento e estímulo ao meu crescimento profissional e pela amizade construída neste caminhar.

Aos profissionais que participaram deste trabalho, pela forma carinhosa que me receberam e se dispuseram a colaborar.

À minha equipe do Capsi de Itajaí, SC, que tem me acompanhado passo a passo nestes anos, e em especial a Leda Lea Caldeira, que me acolheu tomando à frente do serviço nas minhas ausências, tranquilizando-me nestes períodos.

Ao meu amigo Adriano Horn Mosimann, que me desafiou a pensar no mestrado num momento importante da minha vida profissional.

À Fernanda Piccolo e Raquel Marchetti, por colocarem à minha disposição leituras fundamentais para a construção e elaboração desta tese.

À Dra. Rosalie Kupka Knoll, que me acompanha nesta trajetória desde o começo, com estímulo e carinho.

À todas as crianças e adolescentes que me permitiram caminhar juntos, conhecer suas histórias, sonhar, brincar, rir, chorar e aprender, meu mais profundo agradecimento.

Aos meus amigos, em especial Denise Labarthe e Renato Rossi, mais que amigos, irmãos de fé.

À minha família e filhos, pelo apoio, paciência e carinho sempre a mão.

À minha neta, Sofia, que está chegando.

“Tudo já foi pensado antes.
A dificuldade é pensar nisso novamente.”
Goethe

RESUMO

O presente trabalho se insere no processo cotidiano de equipes de saúde dos Capsi – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes e, mais especificamente, no exercício dos profissionais de saúde de construir uma prática que contemple as necessidades tanto do público alvo, quanto da própria equipe e do contexto institucional no qual estão inseridos. Nosso interesse maior foi o de investigar como estas equipes percebem os desafios presentes nas suas práticas diante das demandas das políticas públicas para a infância e juventude. Através de entrevista com roteiro semi-estruturado foram entrevistados 12 profissionais de dois Capsi, um de Santa Catarina e outro do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise de conteúdo dos dados resultou na sistematização de sete categorias e suas respectivas sub-categorias, que descreveram diferentes perspectivas e regularidades de aspectos considerados pelos profissionais como limites, possibilidades e desafios da atenção psicossocial. A partir deste estudo, podemos afirmar que encontramos profissionais comprometidos com os pressupostos da atenção integral à saúde e com os princípios da reforma psiquiátrica, cientes de seus limites e possibilidades e extremamente necessitados da atenção por parte dos gestores, para a garantia da integralidade nas ações de saúde a que se propõem os Capsi.

ABSTRACT

The present work is inserted in an everyday health team process of Capsi – Psychosocial Attention Center for children and adolescents, and more specifically to exercise health professionals in building up the practice that gazes the needs as for the target public as for the team itself and the institutional context in which they are inserted. The greatest interest was to investigate how these teams realize the challenges present in their practices in the public political demands for the childhood and youth. Through interviews with semi-structured schedules were interviewed 12 professionals of two Capsi, one in Santa Catarina and the other in Rio Grande do Sul. The interviews were recorded and transcribed. The data content analyses resulted in a systematization of seven categories and their respective sub-categories that described different perspectives and regularities of aspects considered by the professionals as limits, possibilities and challenges of psychosocial attention. From this study can be assured that it was found professionals committed with integral attention presuppositions and extremely in need of attention from the managers for guaranteeing the health action integrity which Capsi are proposed.

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	7
SUMÁRIO	8
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	15
2.1. Objetivo Geral.....	15
2.2. Objetivos específicos	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
3.1. A perspectiva ecológica do desenvolvimento humano segundo Bronfenbrenner. ...	19
3.2. O Modelo de Vigilância em Saúde e o Princípio da Integralidade.....	23
3.3. A Articulação entre a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner e a Integralidade na saúde.	29
3.4. A Reforma Psiquiátrica e o novo modelo de Atenção Psicossocial	31
3.5. A atenção psicossocial para crianças e adolescentes	35
3.6. A construção da interdisciplinaridade na atenção psicossocial	42
3.7 A intersetorialidade e os profissionais na saúde mental de crianças e adolescente.	45
4. RECONHECENDO AS UNIDADES PESQUISADAS.....	45
4.1 A cidade de Santa Catarina/SC.....	50
4.2 A cidade de Rio Grande do Sul/RS	51
4.3 O Contexto das Unidades pesquisadas	51
4.3.1 O Capsi de SC.....	52
4.3.2 O Capsi de RS.....	54
4.3.3 Planejando o dia a dia	55
4.3.4 Participantes.....	57
5. MÉTODO.....	63
5.1 Procedimento para Coleta de Dados.....	64
5.2 Instrumentos de coleta de dados	65
6. CATEGORIAS.....	67
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	73
7.1. ASPECTOS DO COTIDIANO QUE AFETAM OS PROFISSIONAIS NO SERVIÇO DE SAÚDE.....	74
7.1.1 Atuação da família no contexto do atendimento à criança e adolescente.....	75
7.1.2 As potencialidades e dificuldades das crianças e adolescentes	79
7.1.3 As necessidades de qualificação do profissional de saúde	81
7.2 A FUNÇÃO, ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE NO SEU COTIDIANO	85
7.2.1 Na relação com o usuário de Serviço.....	85
7.2.2 A abrangência das ações do profissional	86
7.2.3 A importância dos acordos da equipe para a dinâmica institucional.....	87
7.2.4 Das ameaças ao funcionamento da equipe	89
7.2.5 Das oportunidades para o funcionamento da equipe	91
7.2.6 Dos atributos fundamentais para as relações profissionais.....	93

7.3 PERCEPÇÃO SOBRE SEU DESEMPENHO PROFISSIONAL E PESSOAL	94
7.3.1 Do surgimento de vivências à luz da demanda.....	94
7.3.2 Dos limites das ações de saúde do profissional no contexto da instituição.....	97
7.3.3 Do aperfeiçoamento pessoal	99
7.4 DA ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS.	100
7.4.1 Indicadores para a articulação entre real e ideal	100
7.4.2 Indicadores para a integração da rede.....	105
7.4.3 Das estratégias para enfrentamento de conflitos.....	108
7.5. O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O CUIDADO DE SI MESMO.	110
7.6. ACOLHENDO UM NOVO PROFISSIONAL NA EQUIPE.	113
7.6.1 A apresentação do serviço e seu impacto na vida pessoal	113
7.6.2 Identificação pessoal com o trabalho.....	114
7.6.3 Capacitação permanente	115
7.6.4 Relação com a equipe	115
7.7. DA IMPORTÂNCIA DE SENTIR-SE OUVIDO AO PARTICIPAR DA PESQUISA	116
7.7.1 Da importância do trabalho.....	117
7.7.2 Da visibilidade do serviço nos contextos mais amplos.....	117
7.7.3 Da importância dos momentos de reflexão e avaliação da própria prática	118
7.7.4 Dos desafios da atenção em saúde mental	118
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
10. ANEXOS.....	132
10.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	128
10.2 Roteiro de Entrevista.....	129
10.3 Portaria 336/GM	131
10.4 Lei 10.216 - de 06/04/2001 da Reforma Psiquiátrica.....	137

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de dissertação se insere no processo cotidiano de equipes de saúde dos Capsi – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes e, mais especificamente, no exercício dos profissionais de saúde de construir uma prática que contemple as necessidades tanto do público alvo, quanto da própria equipe e do contexto institucional no qual estão inseridos.

Ao falarmos de processo, estamos nos referindo a um movimento dinâmico e recursivo das ações dos profissionais, no sentido de que toda ação, seja esta dirigida à demanda ou aos profissionais, tem uma ressonância nos mesmos, influenciando diretamente a efetividade e/ou a qualidade das ações de saúde propostas nos Capsi.

Quando focamos o cotidiano destas equipes, nos voltamos para os aspectos presentes num espaço determinado, compartilhado e construído entre as mais diversas pessoas e instituições, numa relação dialética de cooperação e conflito, que formam as bases da vida comum.

Os Caps são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-lo em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. A característica principal destes serviços é a busca pela integração destes pacientes a um ambiente social e cultural concreto, ou seja, no espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e familiares.

Portanto, os Caps constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, e nestes últimos anos, vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico, como componente estratégico de uma política que tem por objetivo

fazer frente à complexidade das demandas de inclusão dos que sofrem com a exclusão social por apresentarem sofrimento psíquico.

Este novo olhar para a atenção aos portadores de transtornos mentais, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente a sua doença, encontra na noção de integralidade proposta pelo SUS, um eixo norteador de suas ações.

Dentre todos os princípios propostos pelo SUS, o eixo da integralidade das ações em saúde, nos propõe refletir sobre as características específicas do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas com o propósito de distinguir o sistema de saúde que queremos, do que existe.

A noção de integralidade comporta vários sentidos e abarca um grande número de realidades e atores que, com suas críticas e necessidades, lutam por uma sociedade mais justa.

De modo geral, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, pois um indivíduo não se reduz a uma doença, a um diagnóstico ou a uma situação de risco. O profissional orientado pelo princípio da integralidade busca ampliar sua percepção das necessidades dos indivíduos e grupos, bem como procura as melhores formas de responder a tais necessidades.

Neste sentido acreditamos que o eixo da integralidade, ao propor o cuidado do indivíduo como um todo e não fragmentado pela sua doença ou situação, parece encontrar nos Caps, um exemplo prático das possibilidades de atenção integral ao ser humano.

As situações que emergem no cotidiano de um serviço de saúde mental, neste estudo voltado para crianças e adolescentes, exigem intervenções singulares e pragmáticas das equipes e do profissional de saúde. A articulação de seus saberes e práticas com as relações interpessoais que ali se estabelecem, diante da complexidade da demanda, exige uma formação destes profissionais voltada para a integralidade no sentido de envolver, além do domínio técnico, compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida.

O cuidado com esta população específica deve levar em conta que esta é constituída de sujeitos de direitos e deveres e, neste sentido, foco de ação de diversos agentes sociais, seja na educação, no direito, na família, na saúde, no lazer entre outros.

Deste modo, tanto a equipe quanto o profissional nela inserido, vivem a tensão de administrar os processos clínicos de acolhimento às demandas e ao mesmo tempo cuidar para que toda a rede de serviços necessários à intervenção proposta se faça presente, uma vez que a demanda desta população necessita de respostas pragmáticas e efetivas.

A organização de uma rede de cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes é um desafio ético que se impõe a todos que dela participam, pois implica a adoção de uma postura que inclua na sua prática, a compreensão do todo e suas especificidades para a construção de um conhecimento mais ativo e consciente.

O Capsi assume, portanto, um papel estratégico na conquista da integralidade de cuidados pela rede comunitária e, neste sentido, somente o exercício cotidiano de uma equipe, comprometida com a promoção de saúde de sua clientela, aliada a

intersetorialidade de ações, é que possibilita as transformações tão almeçadas no âmbito das instituições, dos serviços, das práticas e relações interpessoais.

A saúde mental que se pretende para os usuários do Capsi, passa pelas possibilidades dos profissionais de construir seu trabalho clínico. Para tanto, é preciso levar em conta as habilidades específicas da equipe: seus instrumentos de qualificação; as estratégias que utilizam no cotidiano, e as possibilidades de construção de uma atitude interdisciplinar/intersetorial na troca de saberes para a invenção de práticas inovadoras.

A complexidade em que se encontra inserida a demanda diária que chega ao Capsi requer uma necessária revisão dos parâmetros que sustentam o campo da produção científica, nas ciências humanas de modo geral.

O interesse maior desta pesquisa junto aos trabalhadores de saúde mental é investigar o processo em relação ao cotidiano destes serviços e suas práticas, bem como as relações interpessoais ali presentes. Nos interessa identificar como o profissional de saúde percebe sua vivência cotidiana, seus sentimentos, medos, dificuldades e também como cria estratégias destinadas ao manejo de situações complexas, em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo, ou seja, as estratégias que os profissionais de saúde estabelecem para alcançar suas metas.

Para este estudo, a hipótese é que, diante das dificuldades de intervenções conjuntas com a rede de proteção social à criança e ao adolescente, as equipes dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, percebem suas condições de trabalho como estressantes, afetando o desempenho profissional e a qualidade de vida do profissional.

O que pretendemos investigar é como as equipes de saúde mental percebem sua prática cotidiana diante das demandas das políticas públicas para a infância e juventude?

Acreditamos que, na medida que descortinamos o cotidiano das equipes, estaremos evidenciando elementos objetivos e subjetivos, por meio do qual estes profissionais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a vida institucional e que poderão nos auxiliar na melhor implementação de políticas públicas, muitas vezes reduzidas a portarias e palavras impressas em papel, porém quando levadas à ação, experimentam a ineficiência de seu alcance.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar, junto às equipes de saúde mental, a percepção que têm sobre suas vivências e experiências com relação ao cotidiano de suas ações, à luz das políticas públicas, no melhor acolhimento à demanda e na promoção de saúde da população.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar as vivências e sentimentos presentes nas relações de trabalho dos profissionais;
- Identificar a demanda das equipes através das estratégias pessoais e grupais, construídas e implementadas diante das dificuldades cotidianas, e para a manutenção de sua saúde;
- Identificar o impacto das propostas de saúde mental decorrentes da Reforma Psiquiátrica, no desempenho do profissional.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para o desenvolvimento deste estudo, partimos de um marco referencial que expressa concepções sobre os novos paradigmas da ciência ou paradigma emergente do pensamento científico, ou seja, que defendem a necessidade de mudança na forma de abordar o mundo, de compreender os fenômenos da vida.

Estas concepções apontam para possibilidades de olhares diferentes acerca da realidade que estamos construindo, através de abordagens menos lineares e mais flexíveis, mais complexas e integradas; compostas por éticas mais coletivas e estéticas: mais humanas. (Patrício, 1999, p.22).

Neste contexto, a ciência passa a ter um âmbito social, compreendendo as multiplicidades do conhecimento, incorporando a idéia da complexidade dos fenômenos em suas interações e conexões, a imprevisibilidade dos acontecimentos, a cooperação e a intersubjetividade pela interdisciplinaridade.

Encontramos na literatura sobre esses “novos paradigmas” inúmeras denominações como, por exemplo: Sistêmica, Holística, Ecológica entre outras. No entanto, o que as caracteriza enquanto essência é o questionamento que se faz sobre o caráter fragmentário e mecanicista da ciência tradicional na busca de verdades absolutas na produção de conhecimento.

Como proposta, estes novos paradigmas nos remetem a buscar a compreensão dos fenômenos através do conhecimento do todo, questionando a neutralidade do pesquisador, construindo o conhecimento através dos saberes e das práticas, resgatando assim, a subjetividade e a criatividade nos processos de reconstrução do conhecimento.

Enquanto ciência estes paradigmas abordam o conhecimento pelo método qualitativo integrando o quantitativo. Integram saber popular e saber científico, para uma qualidade de vida mais humana e mais saudável.

De modo geral, podemos afirmar que a ciência tem por objetivo último a busca por uma qualidade de vida que contemple a satisfação das necessidades humanas, diminuindo, inibindo o sofrimento.

O século XX foi marcado por conquistas tecnológicas, em todas as áreas que a ciência pode alcançar, para as mais variadas necessidades humanas. Mas o que podemos perceber é que a qualidade de vida humana tem sido cada vez mais complexa, afetada por uma conjuntura política-econômica mundial, que vem gerando cada vez mais a desigualdade social e o sofrimento humano. Como afirma Patrício (1999, p.41) “...nunca fomos tão insatisfeitos, tão infelizes, como nessa época.”

Não negamos a utilidade dos avanços tecnológicos, mas a extensão da visão mecanicista do mundo e o conseqüente sistema de valores da atual sociedade, centrado no individualismo e no consumismo exagerado, têm provocado estilos de vida profundamente patológicos (Capra, 1990).

Se quisermos qualidade de vida, é necessário mudarmos os paradigmas que ainda se fazem presentes na humanidade. Isso não é tão simples, nem tampouco utópico.

Patrício (1999) aponta alguns princípios básicos, que podem mediar a transformação tão almejada pela nossa sociedade, e encontramos entre eles o resgate da sensibilidade na Ciência. Resgatando razão e sensibilidade, possibilitamos a volta do sujeito e da subjetividade na produção do conhecimento com vistas à continuidade do paradigma científico.

Isso significa um pensar-fazer diferente e neste sentido, conceber saúde implica passar pelas nossas crenças, valores, conhecimentos, práticas e pelos sentimentos em relação ao que já vivenciamos e que percebemos nos outros.

Adotaremos aqui a concepção de saúde expressa por Patrício (1999, p. 47), que considera que ser saudável, ter saúde “é um conceito subjetivo, particular, concebido-elaborado pelo indivíduo, ou grupo, a partir de suas representações sociais e momento de vida”.

O pensamento sistêmico entende saúde como um processo contínuo, onde o organismo responde criativamente aos desafios ambientais e sociais. Portanto, saúde envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, interdependentes. O que não for saudável para um destes aspectos, não será para os outros (Patrício,1999).

Podemos dizer que este é um processo onde a complexidade se faz presente. Primeiro por que não podemos explicar tudo, pelo tanto de ações, interações e retroações existentes entre os aspectos mencionados acima. Nenhum deles pode ser analisado isoladamente, todos estão em relação. Como afirma Morin (1996, p.275) “cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas, de algum modo, contém o todo”.

Os grandes sistemas de crenças –científicos e políticos – hoje começam a admitir que não se pode explicar tudo. A imprevisibilidade dos fenômenos, como afirmam Schnitman e Fucks (1996, p.290) nos leva a ter que “construir novas metáforas que nos habilitem para reposicionar-nos como co-construtores das realidades que habitamos e que, ao mesmo tempo, pretendemos modificar”.

Na interação que os profissionais de saúde estabelecem com as crianças, adolescentes e seus familiares, existem mais dúvidas e incertezas quanto à efetividade de intervenção

proposta do que respostas. No entanto, é através da complexidade do cotidiano, da intensa troca que se estabelece nas relações humanas, da recursividade que emerge das interações, das descentralizações e conflitos, que podemos construir um conhecimento onde o sujeito retoma seu lugar nas ciências.

Neste processo de construção do conhecimento, a complexidade das relações humanas e da subjetividade, nos remete a um enfoque multidimensional envolvendo propostas terapêuticas em múltiplos domínios do sistema corpo/mente, compreendendo as metáforas comunicacionais diversas, enquanto espaço social com narrativas e práticas não só dominantes como também alternativas.

Resgatando o pensamento de Patrício (1999), acreditamos que os principais pressupostos que guiarão este estudo nos dizem que somente o profissional de saúde, neste caso o sujeito da história, será capaz de expressar os significados de *razão e sensibilidade* sobre sua vida, e que a vida do trabalho está interconexa com as outras dimensões de seu processo de viver individual-coletivo.

3.1. A perspectiva ecológica do desenvolvimento humano segundo Bronfenbrenner.

O olhar que daremos ao cotidiano destes profissionais está implicado epistemologicamente com o pensamento ecológico do desenvolvimento humano, ou seja, da interação que se desenvolve entre a pessoa em desenvolvimento e seu ambiente.

Para tanto, faz-se necessário analisar o conceito de ecossistema, formulado sob a influência da teoria geral dos sistemas, segundo a qual o todo representa mais do que a soma das partes, sendo essencial a interação que se estabelece entre os elementos que o compõem.

A perspectiva ecológica sistêmica na área da saúde possibilita a compreensão da saúde enquanto processo multideterminado, complexo e dinâmico, integrado às diversas áreas do conhecimento (Franco&Bastos, 2002).

No final da década de setenta, Bronfenbrenner (1996) apresentou os pressupostos da abordagem ecológica do desenvolvimento humano, definindo-o como uma mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente e este por sua vez é concebido como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, constituído de níveis crescentes interarticulados, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes.

Estas estruturas encaixadas uma dentro da outra, que Bronfenbrenner (1996) compara a um conjunto de bonecas russas, concebe o ambiente em quatro níveis:

- o nível mais interno, que é o ambiente imediato da pessoa em desenvolvimento, denominado aqui de *microsistema*, caracterizado por um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais;
- o próximo nível, de maior complexidade, o *mesossistema*, que consiste das relações vividas pelos membros da díade constituinte do *microsistema* no mesmo ambiente com outras pessoas;
- o terceiro nível constitui o *exossistema*, no qual um ou mais ambientes não envolvem a pessoa como participante ativo, mas o desenvolvimento desta pessoa pode ser profundamente afetado pelos eventos que ocorrem nestes ambientes;
- e por último, temos o *macrossistema*, que engloba todos os outros níveis e que é caracterizado por referir-se às consistências culturais na forma e conteúdo dos sistemas anteriores.

Tomando por base estes conceitos, podemos citar como exemplo, a criação dos Capsi no Brasil, através da Portaria 336/GM (MS, 2002) que regulamenta a atenção psicossocial em saúde mental e determina os requisitos básicos para a implantação destes serviços em todo o território nacional. Portanto, temos no Brasil, uma cultura, um macrossistema, determinando as características gerais de uma atenção psicossocial para crianças e adolescentes portadores de transtorno mental.

Qualquer alteração nos padrões de atendimento determinado por este macrossistema, repercutirá em todos os outros sistemas, ou seja, no exo, meso e microsistema onde se encontra esta população jovem, afetando o padrão de desenvolvimento dos mesmos.

Assim como vimos, no exemplo acima dos Caps, a influência do macrossistema sobre o microsistema, encontramos no sentido inverso, uma unidade básica de análise que é a díade, ou sistema de duas pessoas, inseridas nos demais sistemas, como elemento de grande importância para o desenvolvimento.

Segundo estudos de Bronfenbrenner (1996), na medida em que um membro da díade vive um processo de desenvolvimento, este repercute no outro. Portanto, as mudanças desenvolvimentais têm por base esta relação diádica, que pode envolver a relação entre mãe e filho, mulher e marido, irmão e irmã, chefe e empregado, colegas de trabalho e amigos, terapeuta e paciente.

Estes estudos também apontam a importância das estruturas interpessoais mais amplas, que dependem da presença e participação de uma terceira pessoa, na capacidade de uma díade de proporcionar mudanças no desenvolvimento humano.

Como exemplo, podemos citar como microsistema, a relação profissional de saúde e criança, que compõem uma díade e que depende da participação da mãe ou familiar

responsável. A partir do momento que a mãe procura o Capsi para atendimento de seu filho, ela vai entrar em contato com outros profissionais, que vão compor outras díades e tríades. A Unidade de Saúde estaria compondo o mesossistema, mas o projeto terapêutico proposto pelo serviço à criança vai depender dos horários de trabalho da mãe, configurando aqui a influência do exossistema sobre o meso e o microsistema. E como já vimos anteriormente, a atenção psicossocial proposta no Brasil, faz parte do macrossistema.

Além desta estrutura do ambiente ecológico do desenvolvimento humano, Bronfenbrenner (1996) identifica um fenômeno geral de movimento através destes espaços ecológicos, que ocorre sempre que a posição de uma pessoa no meio em que está inserida é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos. A este fenômeno chamamos de transição ecológica.

As transições ecológicas ocorrem durante toda a vida de uma pessoa e dentro da perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, são exemplos de um processo de mútua acomodação entre o organismo e seus arredores.

Conhecer o contexto em que ocorre o desenvolvimento humano, na abordagem a que nos propomos, implica numa reorientação da visão da relação entre ciência e a política pública.

Como afirma Bronfenbrenner (1996, p.9), o conhecimento e a análise da política social são essenciais para o progresso da pesquisa desenvolvimental, porque alertam o investigador para aqueles aspectos do ambiente, tanto imediatos quanto mais remotos, que são críticos para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da pessoa.

Para este autor, o pesquisador deve ter a preocupação de levar em conta em seus estudos a política pública, uma vez que esta tem o poder de afetar o bem-estar e o desenvolvimento dos seres humanos, ao determinar as suas condições de vida.

3.2. O Modelo de Vigilância em Saúde e o Princípio da Integralidade.

Neste ponto, faz-se necessário abordarmos a política de saúde brasileira, que com a Constituição de 1988, institui o Sistema Único de Saúde-SUS, como resultado do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, consolidando um novo paradigma para os serviços de saúde.

A crise estrutural do capitalismo na década de 70 desencadeou uma recessão generalizada no mundo todo, afetando a produção industrial, que segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico cai de 10 a 15% entre 1973 e 1975 (Mandel, 1990).

Como resultado, os países têm queda na arrecadação fiscal e passam a enfrentar dificuldades para financiarem o seu desenvolvimento, levando-os a avaliarem suas políticas sociais, entre elas as de saúde.

Na década de 70, a assistência à saúde é parte integrante dos programas sociais oferecidos à população pelo Estado de bem-estar social, expandido no pós-guerra e basicamente financiado com recursos públicos, constituindo-se assim, na esfera estatal uma arena de disputas dos recursos do estado, configurando um cenário de intensos conflitos de interesses (Franco&Merhy, 2003).

O cenário que se apresenta é uma crescente tensão sobre o Estado, pois de um lado os governos passam a encontrar dificuldades de financiamento de suas políticas sociais,

pela crise econômica recessiva, de outro, os custos crescem com a demanda de novas tecnologias, instrumentos, medicamentos e conhecimento especializado para operar a assistência. No centro deste cenário, encontramos uma população pauperizada por suas condições de vida prejudicada pela má distribuição de renda, desemprego, arrocho salarial, intensos problemas de saúde decorrentes da crise recessiva em que o Estado se encontra (Franco&Merhy, 2003).

Diante deste quadro internacional, vamos encontrar um movimento da Organização Mundial de Saúde, em 1978, que convoca a Conferência Internacional de Alma Ata (URSS), com o tema central de “Cuidados Primários em Saúde”, para fazer frente aos desafios na busca de solução para os problemas de saúde das populações em desenvolvimento.(Relatório OPAS/OMS, 2001)

A Conferência propõe uma estrutura mais ampla na formação de um Sistema de Saúde, através de um modelo organizado de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir de princípios básicos de ordenação, que incluem desde os cuidados primários, promoção da nutrição, água de boa qualidade, saneamento básico, atenção materno-infantil, planejamento familiar, imunização contra as principais doenças, controle de doenças endêmicas, educação para a saúde e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns (Franco&Merhy, 2003).

Surge então a proposta de prevenção, que aliada aos movimentos de reforma sanitária da época, ganha adesão de diversos setores e formuladores de políticas de saúde em muitos países, investindo-se num trabalho de equipe como alternativa ao trabalho médico-centrado.

Essa proposta vem ao encontro do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira intensificando a luta deste movimento pela redemocratização do país, pela universalização do direito à saúde e por estratégias de municipalização e de participação social no sistema de saúde.

Os ajustes fiscais no Brasil, decorrentes da crise econômica da década de 70, envolvendo a Previdência Social e a assistência médica aliada à mobilização crescente pela reforma sanitária e aos movimentos acadêmicos e sindicais da saúde aceleram os debates para a implantação do Sistema Único de Saúde. O processo de saúde-doença, passa a ser entendido pela abordagem de vigilância da saúde, que considera a saúde vinculada a uma gama extensa de determinantes socioambientais e que devem ser enfrentados pela superação de desigualdades (Cordeiro, H. 2001; Paim&Teixeira, 1992 e Teixeira, Paim&Vilasboas, 1998).

Bronfenbrenner (1996, p.9) também aponta a importância de se “examinar o impacto das questões de política pública na pesquisa básica sobre o desenvolvimento humano, uma vez que através desta análise podemos revelar suposições ideológicas subjacentes, e às vezes profundamente limitantes, na formulação dos problemas e planejamentos de pesquisa, e portanto no alcance dos possíveis achados”.

Em 1988, a Constituição Brasileira, incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, onde esta passa a ser entendida numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais e garantida como um direito social e universal de todos os cidadãos brasileiros, derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário.

Em 1990, a Lei 8.080, chamada de Lei Orgânica da Saúde, cria o Sistema Único de Saúde -SUS, regulamentando-o como um conjunto de ações e serviços que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, garantindo a universalização do acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde, através da consolidação de uma rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada.

Analisando os princípios do SUS, a garantia de acesso universal e igualitário a todos os serviços de saúde é dever do Estado e o grande norteador do processo de construção do sistema de saúde. A idéia de descentralização é muito importante, mas não pode ser tomada como um valor e sim como uma diretriz operacional. A participação popular tem sido objeto de uma controvérsia importante no interior do movimento sanitário. Aqui consideramos que a participação popular é operatória, mas também finalística já que o SUS com participação é diferente do SUS sem participação (Mattos, 2001).

Mattos (2001) considera a integralidade como o único princípio indiscutivelmente finalístico, um atributo do que se quer do SUS, ou seja, atenção integral ou integralidade não é simplesmente ter um consumo de bens de serviço de saúde e corpos funcionando melhor. Desta forma, ele propõe uma reflexão sobre os sentidos do princípio da integralidade e aponta três grandes eixos que devem ser considerados no cuidado à saúde: os atributos das práticas dos profissionais, da organização dos serviços e às respostas governamentais aos problemas de saúde da população.

Estes três eixos, considerados pelo autor como componentes do princípio da integralidade, implicam “uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”(Mattos, 2001, p.61).

Isto significa que o profissional de saúde, a organização dos serviços e as políticas governamentais devem buscar uma visão mais abrangente na relação que se estabelece com o sujeito “alvo” das ações em saúde. Isto significa um olhar para este sujeito que vai além de sua ferida e do seu sofrimento. Implica reconhecer este sujeito como portador de sonhos, aspirações e desejos.

A abertura ao diálogo com o outro é uma das chaves para a construção da integralidade, na medida que o estabelecimento desta relação, impede que o sujeito seja transformado em objeto.

Segundo Cecílio (2001), o desafio dos profissionais de saúde para uma melhor escuta das pessoas que buscam seus cuidados, seria fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada em seus cotidianos, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada.

O autor propõe que esta conceituação pode ser organizada em quatro grandes conjuntos: ter boas condições de vida; ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional e por último o grau de autonomia de cada pessoa no seu modo de levar a vida.

Podemos afirmar que a conceituação das necessidades de saúde faz diferença para todo o arranjo das políticas e justifica a integralidade como um eixo importante na construção do SUS.

Em relação à trajetória do SUS, Mattos (2001) afirma que avançamos muito na descentralização; foram criadas instâncias de participação popular, que ainda necessitam de uma prática mais coletiva, mas que estão crescendo e melhorando muito; o acesso

vem se ampliando, e apesar de ainda não ser universal e igualitário, está muito mais perto disso do que em 1988, quando o SUS foi criado. Já em relação à Integralidade, é mais difícil medir e apresentar mudanças porque ela não se tornou tão concreta na vida da população brasileira. É o desafio que continua se apresentando para nós na caminhada de construção do SUS.

Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários). Estes atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população.

Para Pinheiro (2001, p.65) a integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

A idéia de integralidade como sendo uma ação de construção social da demanda, nos remete também a pensar nos espaços cotidianos onde as práticas se desenvolvem que, como aponta Acioli (2001) ocorrem em lugares, são relações que acontecem em um espaço, no qual é preciso conviver e reconhecer as ações do grupo.

Consideramos, portanto, as instituições de saúde um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja

quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade (Pinheiro,1999).

3.3. A Articulação entre a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner e a Integralidade na saúde.

Os dados históricos que apresentamos anteriormente nos mostra como na década de 70 a grave crise econômica mundial afetou as populações de modo geral, obrigando os dirigentes políticos e agencias internacionais a repensarem suas estratégias de ajustes fiscais e de implantação de programas de desenvolvimento social, ao reconhecerem o quanto a estrutura do ambiente ecológico pode ser determinante do desenvolvimento humano.

A partir disto, nos colocamos o desafio de articular e demonstrar a proximidade entre o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996) e o modelo proposto pela abordagem de vigilância em saúde.

Os princípios que hoje regem o SUS, dentre eles a integralidade que veio reforçar a luta por um novo sistema de saúde coletiva, passam a não aceitar a existência de políticas que ofertam serviços assistências descompromissados com as conseqüências dessas ofertas sobre o perfil epidemiológico da população (Mattos, 2003).

Como Franco & Bastos (2002) destacam, o modelo de vigilância em saúde, com suas origens na reforma sanitária e na saúde coletiva, tomam como foco desta nova perspectiva de modelo de atenção em saúde, as ações do coletivo como possibilidades de inserção pela participação.

A participação do coletivo se dá pela inclusão do controle social, como proposto por Franco & Bastos (2002, p.70), através dos conselhos locais de saúde, como elemento essencial do processo de municipalização e descentralização da saúde, frutos principais da reforma sanitária.

A criação destes conselhos amparados por projetos de lei, sua estruturação e funcionamento, possibilitam à sociedade civil organizada formar opinião sobre o desejo comum e inserir na agenda governamental demandas públicas para que sejam processadas e implementadas sob forma de políticas para a área social. (Cunha & Cunha, 2003, p.19).

A participação deste coletivo, ou seja, da sociedade civil nos conselhos locais, vem ao encontro da proposta de Bronfenbrenner (1996) na medida que os conselhos aproximam os órgãos definidores de políticas públicas da população, que passa a ter acesso e possibilidade de inclusão e participação no exossistema e no macrossistema. A conquista da participação do indivíduo para este autor é determinante no desenvolvimento humano.

Quando observamos a composição de um conselho de saúde, nos deparamos com representantes dos usuários dos serviços, representantes dos trabalhadores de saúde, de gestores e de outros setores da sociedade civil organizada, numa trama relacional que perpassa o micro, o meso, o exo e o macrossistema.

Concordamos com Franco & Bastos (2002, p. 71) quando afirmam que o movimento da reforma sanitária impele e fortalece o desenvolvimento da população na medida que estimula a participação cidadã.

Como afirma Bronfenbrenner (1996, p.9) a política pública é uma parte do macrossistema determinando as propriedades específicas dos exo-, meso- e microsistemas que ocorrem no nível da vida cotidiana e governam o curso do comportamento e do desenvolvimento.

Ainda na perspectiva de Bronfenbrenner (1996) a capacidade de um ambiente funcionar efetivamente como um contexto para o desenvolvimento depende das interconexões sociais existentes entre os ambientes, da participação conjunta, da comunicação e informação em cada ambiente a respeito do outro.

No modelo de vigilância em saúde, a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas traz em si um enunciado de características do sistema de saúde e de suas práticas consideradas por Mattos (2003) como desejáveis, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa quando se propõe a superar uma realidade de exclusão das necessidades individuais e coletivas, através da participação e acesso de toda a população.

3.4. A Reforma Psiquiátrica e o novo modelo de Atenção Psicossocial

A história das políticas de saúde mental nos mostra que, de forma sistemática, a marginalização e exclusão econômica e social de setores da sociedade, sempre estiveram presentes. Este caráter segregador de uma parcela significativa da sociedade fez surgir, desde o século passado, críticas e reivindicações que acabaram gerando a Reforma Psiquiátrica, possibilitando a transformação da intervenção do Estado sobre os doentes mentais.

Com o advento da II Guerra Mundial, a situação de violência, abandono e a cronificação dos internos nos hospitais psiquiátricos aliada a necessidade de se tratar os soldados afetados pela guerra e devolvê-los rapidamente para as batalhas possibilitaram a médicos como Maxwell, Bion e outros, a criar novas bases teóricas e institucionais para o tratamento das doenças mentais (Bercherie, 1980).

As principais experiências foram a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria e Setor e a Psiquiatria Comunitária. Não cabe aqui discorrer sobre cada proposta, mas a despeito das transformações operadas por estas experiências e das diferenças entre elas, Bezerra (1995, p.171) afirma que “seu raio de ação respeitou os limites da instituição psiquiátrica....não puseram em xeque o sistema psiquiátrico: na realidade, procuraram aperfeiçoá-lo.”

Em meados dos anos 60, na Inglaterra e Itália, surgem experiências de comunidades terapêuticas, e vamos encontrar um movimento psiquiátrico muito afinado com a contracultura que pregava o encontro com o verdadeiro eu, baseado no existencialismo e sob influências de Foucault, Laing entre outros. O aspecto fundamental desta antipsiquiatria, como ficou conhecida, é que a doença mental é vista como resultado de uma interação familiar e social (BaremBlitt, 1995) e que para nós, vem ao encontro das idéias de Bronfenbrenner.

A antipsiquiatria nega o tratamento médico da loucura e propõe a criação de pequenas comunidades, cujo objetivo era tratar o paciente “mergulhando na viagem do indivíduo”. Neste movimento, havia uma dimensão política interessada em transformar as micro-relações.

Na Itália, a psiquiatria também começa a realizar experiências com comunidades terapêuticas. Acaba com os hospitais psiquiátricos e utiliza a comunidade terapêutica como ferramenta para atacar a violência e exclusão geradas pela hospitalização dos doentes mentais.

Franco Basaglia, em Trieste na década de 70, desmonta o manicômio da cidade e constrói mecanismos para a saída dos pacientes, através de centros de saúde mental, territorializados. Ao final deste processo, a cidade possuía 9 centros de saúde mental, funcionando 24 horas por dia, com equipe multidisciplinar, com atendimentos desde consultas, atividades e permanência do paciente no serviço até 72 horas.

Em 1978, a Itália aprova a Lei da Reforma Psiquiátrica modificando a assistência. Em Trieste, surgem cooperativas que integram o paciente psiquiátrico na vida social, produzindo produtos de qualidade para o mercado (Rotelli & Amarante, 1992).

Para Basaglia (1991), todas as instituições existentes na sociedade, como a família, escola, fábrica, universidade, hospital, etc, são instituições de violência onde há uma nítida divisão entre os que têm e os que não têm o poder. Para não expor abertamente sua face de violência, a sociedade chamada “do bem estar” delega o poder aos técnicos que vão exercê-la em nome da técnica. Dessa forma, os técnicos ajudam a perpetuar a violência global através de uma ação aparentemente reparadora.

Oury (1989), discípulo de Lacan, mas não ortodoxo, retoma o conceito da Psicoterapia Institucional e acredita que a instituição pode ser terapêutica, articulando o entendimento do sofrimento mental com o entendimento da instituição. Define e elabora as condições necessárias para se poder trabalhar o meio, o ambiente, para eliminar o patoplástico. Propõe reformar não só o aspecto físico da instituição, mas rever as

relações profissionais, eliminando os fatores que possam agravar a situação clínica dos pacientes.

Estas experiências de transformação do modelo clássico psiquiátrico em andamento em outros países influenciam de forma decisiva ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve início no final dos anos 70, concomitante ao movimento de reforma sanitária, às contribuições da medicina preventiva e social, a afirmação política dos direitos humanos e a própria prática de saúde mental.

Resumidamente, no primeiro momento da reforma psiquiátrica, as críticas dirigiam-se às condições de violência e negligência a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos, à ausência de recursos e às péssimas condições de trabalho dos profissionais da área. Apontava-se aqui a psiquiatrização do social como controle social.

No segundo momento, já inserido na trajetória da reforma sanitária, o objetivo maior era a busca de um modelo assistencial, de cunho preventivo, privilegiando os serviços extra-hospitalares. A idéia era a desativação progressiva e completa dos hospitais psiquiátricos, mas dentro de um contexto ideológico de política pública estatizante e não mais privatizante.

No terceiro momento, a desinstitucionalização era o foco do movimento, de forma utópica, por uma sociedade sem manicômios. Aqui surge a ruptura epistemológica do paradigma fundante da Psiquiatria, buscando a partir disto, a transformação da loucura em doença mental, desconstruindo saberes, instituições e culturas.

Deste terceiro momento, surgem as mais importantes experiências, dentre elas a construção dos Centros de Atenção Psicossocial. Na década de 80 no Brasil, os primeiros Caps começam a ser implantados como um projeto público de atendimento a

pacientes psicóticos e neuróticos graves que oferece uma clínica de cuidados como aponta Goldberg (1994, p.22) que conjuga num mesmo espaço o tratamento e a reabilitação e busca uma atuação mais globalizada frente às questões da saúde mental, com a implantação de setores de ensino e pesquisa.

Vimos, portanto, no final da década de 80 e início de 90, uma mudança de paradigmas relacionados com a atenção aos portadores de transtornos mentais, lidando com novos conceitos de inclusão, cuidados e integralidade. Segundo Alves (2001), a saúde mental é o primeiro campo da medicina em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersectorialidade.

3.5. A atenção psicossocial para crianças e adolescentes

No Brasil, mesmo com todas as adversidades impostas pelas condições socioeconômicas das últimas décadas, é inegável o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando através da aprovação de lei e portarias, dão início a desinstitucionalização de uma população que se encontrava sujeita a condições precárias de vida, sem perspectivas, sem direitos e sem dignidade.

O mais importante neste processo, talvez seja o de construir possibilidades de pensar a loucura e sua presença social a partir dos direitos humanos através do acompanhamento clínico e a reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A partir dos anos 70, o movimento de reforma psiquiátrica é crucial para a crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência, propondo e definindo estratégias para a

implantação de um novo modelo assistencial, significativamente diverso da lógica, dos conceitos, valores e estrutura da rede de atenção e introduzindo a questão dos direitos de cidadania das pessoas que vivem a experiência de transtornos mentais.

Este movimento foi sendo consolidado pela participação de inúmeros profissionais, técnicos, familiares e usuários dos serviços de saúde mental em todos os níveis de governo municipal, estadual e federal.

O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), que resulta de todo o movimento já citado, vem reafirmar a saúde como direito e dever do Estado, garantindo a sua inserção no SUS em sintonia com os princípios de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social. Além disso, a Conferência vem exigir o respeito às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais e a priorização da construção da rede de atenção integral a saúde mental.

Já vimos que no campo de atenção à assistência a criança e adolescente, o Brasil teve seu discurso marcado pela falta de responsabilização do Estado quanto a políticas intersetoriais, inclusivas e de proteção aos direitos de crianças e adolescentes. Somente com o Estatuto da Criança e do Adolescente, que podemos afirmar a consolidação de garantias de prioridade absoluta no trato com questões da área da infância e adolescência.

Já na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, apontava-se os efeitos perversos da institucionalização de crianças com transtornos mentais ou de comportamento e indicava-se a necessidade de adoção de políticas públicas voltadas para a garantia da cidadania e da inclusão social dos jovens.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994 indicou que estas políticas deveriam ser de caráter intersetorial e inclusiva, com base territorial, sensível à realidade sociocultural, garantindo a integralidade e a equidade (Relatório OPAS/OMS, 2001).

O Relatório sobre Saúde no Mundo da OPAS (2001) relaciona uma série de estratégias para melhorar a saúde mental das populações e prevenir distúrbios mentais. Entre elas vamos encontrar:

- programas de intervenção para o fortalecimento da qualidade das relações entre crianças e seus pais;
- grupos de população específicos, como idosos;
- intervenções nas escolas que preparem as crianças com aptidões na resolução de problemas;
- sensibilização do público no combate ao estigma dos que sofrem com problemas mentais;
- inclusão dos veículos de comunicação de massa para fomentar atitudes e comportamentos mais positivos da comunidade para com estas pessoas,
- além do investimento de outros setores e programas sociais como geração de renda, educação, moradia, benefícios e serviços da previdência social e outros.

No Brasil, a reorientação proposta para o modelo assistencial, na III Conferência Nacional é explícita: “as políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais (...) visando garantir o exercício pleno da cidadania (...) A efetivação da Reforma

Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.” (Relatório III Conferência 2002, p. 23-24).

A III Conferência estabelece também que “as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação.” (ibid, p. 24)

A Portaria 336/GM de 2002 do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes da criação dos Capsi, propondo um modelo de assistência integrado com as políticas intersetoriais e inclusivas, fortalecendo a necessidade de uma rede de atenção integral a criança e ao adolescente, bem como a multidisciplinaridade nas ações de saúde mental.

A atenção à saúde mental infantil, como parte integrante da assistência à saúde integral da criança, como vimos anteriormente, constitui um desafio importante na organização do atendimento cotidiano.

Como problemas prioritários e agravantes dos riscos quanto à saúde mental de crianças e adolescentes, encontramos algumas situações que podem ser destacadas: doenças crônicas que atinjam o desenvolvimento físico/mental; convivência com situações de violência, doméstica ou comunitária (violência sexual, maus tratos); pais com severos transtornos mentais; pais usuários de drogas; situação de ruptura ou de enfraquecimento de vínculos familiares levando-os a situação de rua; uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas; agravos produzidos por trabalho precoce; envolvimento com atos infracionais;

situação de risco psicossocial por dificuldades de aprendizagem escolar; gravidez precoce e não planejada.

Os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes indicam a necessidade de dados epidemiológicos. Apesar das limitações metodológicas de estudos que investigam a prevalência desses transtornos em diferentes culturas (instrumentos, definições de transtornos), vários estudos epidemiológicos indicam taxas entre 9% e 16% em países desenvolvidos (Bird, 1996).

No Brasil, um estudo recente encontrou taxas de aproximadamente 10% em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes (agricultura de subsistência), semelhantes à população de classe média dos países desenvolvidos. Entretanto, áreas urbanas e carentes (favelas) apresentaram taxas mais elevadas, em torno de 20%, sugerindo a presença de outros fatores socioculturais, além do econômico, que diferenciam as duas populações de baixa renda estudadas, como a área rural de subsistência e a favela (Fleitlich; Goodman, 2001).

A gravidade de repercussões dos transtornos mentais na infância e adolescência, assim como as altas taxas principalmente em regiões mais carentes, indicam a necessidade e a importância da implantação e implementação de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes.

O grande contingente de crianças e adolescentes, como indicam estes estudos, com patologias mentais graves, representará um pesado ônus para a sociedade em geral, diante da falta de mecanismos de proteção, prevenção e reabilitação que reverta este quadro e impeça o crescimento dos “desafiliados sociais” como denomina Castel (1998)

todos aqueles que se encontram desamparados pelas políticas sociais ou pela própria família.

Nestas condições, a segregação e o abandono desta população jovem à sua própria sorte, promove a quebra de vínculos sociais tão necessários à sobrevivência da humanidade, comprometendo profundamente o estabelecimento da noção de cidadania.

Na medida que se impede o ser humano de se desenvolver plenamente, dá-se início a um processo de violência, que se manifestará nas mais variadas formas, servindo-se de diferentes meios. Dados apresentados no I Simpósio sobre Violência (Tambosi & Zanella, 2000), no Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas (Senad, 1999) e nos estudos de Assis(1994), evidenciam que a violência impera dentro das famílias, no trânsito, no narcotráfico, na exploração do trabalho infantil, na mídia, contra a mulher, o negro e o pobre, no extermínio de crianças, na mortalidade infantil, na prostituição de meninos e meninas, na falta de oportunidade de escolarização de milhões de crianças entre outras.

Propor uma intervenção com crianças e adolescentes em situação de risco social, usuários de drogas, autores de ato infracional, portadores de transtornos mentais, violados e explorados sexualmente é ter consciência da violência latente em cada minuto da vida destes jovens, como afirma Arpini (1998, p.15) que se traduz tanto em âmbito privado, ou seja, nas relações familiares, como no âmbito social, por situações de pobreza, abandono, miséria, que os colocam em uma situação de exclusão social, em que seus vínculos estão fortemente fragilizados.

A prevenção e o tratamento de transtornos mentais na infância e na adolescência têm impacto concreto no futuro dos jovens, favorecendo a diminuição da criminalidade, do

abuso de substâncias, do fracasso, do abandono escolar, do desenvolvimento de transtornos de personalidade e de transtornos mentais na vida adulta, além de propiciar que se desenvolvam como sujeitos capazes de estabelecer bons vínculos identificatórios, de obter habilidades profissionais, formação escolar e de elaborar seus conflitos psíquicos.

Para trabalhar com problemas como os acima relatados, encontramos em Silva, Elsen e Lacharité (2003, p.155), estudos que nos apontam a relevância do conceito de resiliência para a saúde como uma possibilidade técnica de quebra de previsões e de expectativas de continuidades de problemas, já que a incorporação deste conceito, pelos profissionais, pressupõe a desconstrução de algumas crenças, de alguns conceitos e, principalmente, da desesperança atrelada à dimensão da negatividade do processo saúde-doença que, ainda hoje, dá sustentação às práticas profissionais em alguns setores da área da saúde.

Encontramos também em Sluzki (1997, p.65) a proposta de utilizar *nossa capacidade de ser (pro)ativos, mais do que reativos, isto é, nosso potencial para gerar mudança e prevenir conseqüências negativas por meio de nossas ações.*

A partir desta proposta os profissionais estariam gerando neles próprios e conseqüentemente naqueles os rodeiam, um sentimento de eficiência, a partir do desenvolvimento de práticas que incorporem as habilidades dos pacientes para alcançar as mudanças desejadas. Assim estaríamos favorecendo expectativas realistas e objetivos viáveis, criando um discurso e um efeito de esperança. (Sluzki, 1997).

Portanto, trabalhar com a saúde da população e suas necessidades, significa abrir espaço para as potencialidades dos seres humanos de forma prioritária, levando em conta as

adversidades contidas no macro contexto e a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade.

3.6. A construção da interdisciplinaridade na atenção psicossocial

Os profissionais que integram a equipe dos Caps, conforme designado na Portaria 336, possuem diversas formações em saúde e que vão do nível médio ao superior, obedecendo às necessidades de cada tipo de Caps (Caps – Centro de atenção psicossocial para adultos portadores de transtornos mentais; Capsi – Centro de atenção psicossocial para crianças e adolescentes e CapsAD – Centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas).

Ainda segundo a Portaria 336, à equipe cabe organizar-se para o acolhimento dos usuários, desenvolvendo projetos terapêuticos, atividades de reabilitação psicossocial e dar resolutividade aos problemas inerentes à demanda. Além disso, deve também trabalhar no sentido de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários que vão possibilitar a autonomia dos usuários no seu território e na sua comunidade.

Para alcançar estes objetivos, a Portaria preconiza a necessária inserção dos Caps em uma rede articulada de serviços e organizações que ofereçam a continuidade dos cuidados disponibilizados na atenção psicossocial.

Constatamos então que a reorientação do modelo assistencial proposto pela reforma psiquiátrica vai além da proposta de diversidade de profissionais, uma vez que esta diversidade por si só não garante a interdisciplinaridade da equipe, à medida que a integralidade da atenção envolve ações intersetoriais diante da complexidade das necessidades dos usuários.

A superação da fragmentação do modelo tradicional focado na doença exige um pensar saúde de forma a integrar os diversos saberes e práticas que transitam no ambiente do Caps. No entanto, a formação dos profissionais de saúde frente a este novo modelo de atenção integral privilegia mais as dimensões técnicas do que à compreensão do outro.

Esse distanciamento da formação acadêmica em relação às práticas em saúde, vem desafiando diversas instituições tais como o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal Fluminense, Centro de Saúde Escola Butantã, Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Santa Catarina, Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, entre outras, a desenvolver um conjunto sistematizado de estudos sobre as diversas experiências que vêm consolidando o princípio da integralidade, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e a formação de recursos humanos (Pinheiro e Mattos, 2003).

Segundo Ceccim (2005) o conceito de Integralidade ajuda muito a pensar a formação dos profissionais em saúde porque é por meio dele que dizemos que a formação dos profissionais não é só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação. O autor aponta que os profissionais chegam aos serviços sem essa formação, o que vem gerando esforços do sistema de saúde na formulação de políticas públicas no campo da gestão do processo de trabalho e também da gestão dos processos de formação.

Como Ceccim(2005), acreditamos que a criação de programas de capacitação não resolve por si só o problema da formação destes profissionais. A mudança também deve ser feita na gestão, no respeito e fortalecimento ao controle social, na formação da escola técnica ou da universidade.

Ceccim e Ferla (2003, p. 213) consideram ainda como aspectos importantes na formação e produção de competências, a questão da produção de subjetividade dos trabalhadores de saúde. Para os autores, os profissionais de saúde se encontram *num território de experimentação de si, de relações profissionais e de contato com a alteridade despertada pelos usuários das ações e serviços profissionais*, constituindo-se uma possibilidade de repensar seus saberes e práticas, reinventando a si próprio.

Neste sentido, a construção de um novo paradigma na atenção à saúde, pressupõe como afirma Moré (2000, p.13) a superação dos antagonismos e diferenças e do reconhecimento de que a realidade é, de fato, construída e constituída pelo observador e pelas escolhas que este faz.

Concordamos com Mattos (2003) quando aponta para a necessidade de valorizar a prática dos profissionais, de possibilitar o relacionamento com outros serviços, de incentivar o diálogo e a capacidade de ouvir o outro e discutir criticamente a produção e reprodução do conhecimento científico, como alguns dos caminhos para uma formação profissional mais integral.

A interdisciplinaridade requerida por este novo modelo em saúde, como aponta Moré (et al 2004, p. 66,) exige a resolução de problemas em conjunto, ou seja, a busca de um consenso das ações e no discurso.

Não pretendemos aqui realizar um aprofundamento da questão da interdisciplinaridade, mas salientamos a necessidade de apontarmos algumas convergências que encontramos sobre este conceito, como aquele proposto por Japiassu (1976) caracterizando a interdisciplinaridade pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa.

Para Vilela e Mendes (2003) a interdisciplinaridade pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano.

Ainda em relação a esta nova atitude, faz-se necessário o desenvolvimento de certos traços da personalidade, como proposto por Torres Santomé (1998) e Fazenda (1996) para a interdisciplinaridade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis.

Portanto, a possibilidade da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais inseridos numa equipe de saúde aludem ao que More (et al, 2004) denominam de *polifonia das equipes*, ou seja, o conjunto de diferentes vozes que se apresentam no contexto de uma equipe voltada para a promoção da saúde de seus usuários.

A polifonia dessas vozes, como Moré (et al, 2004, p.66) apontam, precisa necessariamente reconhecer e valoriza o saber e práticas de todos os que estão inseridos na equipe, e não simplesmente uma aceitação do discurso do outro em detrimento do seu, somando os pensamentos divergentes.

Neste sentido, o desenvolvimento de uma comunicação interpessoal, que considere as potencialidades do saber de cada membro desta equipe, torna-se o grande desafio a ser superado por todos os profissionais.

3.7 A intersetorialidade e os profissionais na saúde mental de crianças e adolescente.

Ao reconhecermos crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e vivendo uma fase peculiar de seu desenvolvimento fica, de certo modo, acordado que são diversos os setores que terão de dar sustento e proteção a este desenvolvimento, pela complexidade que se apresenta o ato de cuidar deste ser humano, agora dotado de direitos e prioridade absoluta.

Boff (2000, p.33) retoma o conceito de cuidar como sendo mais que um ato: “é uma atitude...abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo como outro.”

Ainda sob este foco, Alves (2001, p.168) propõe a substituição da palavra “tratar”, que pressupõe um diagnóstico, por “cuidar”, que incorpora um leque mais amplo de problemas a serem superados. O autor considera a intersectorialidade e a diversificação de ofertas de serviços, como componentes indissociáveis da integralidade quando nos propomos a lidar com a complexidade dos problemas relacionados aos portadores de transtornos mentais.

Neste sentido, é necessário que a rede de atenção esteja articulada entre os diferentes equipamentos sociais como escolas, instâncias jurídicas, unidades de saúde, programas de promoção e inclusão entre outros.

Para que esta rede se articule como proposto acima, é imprescindível que os poderes locais adotem modelos de gestão mais flexíveis e participativos, envolvendo usuários, profissionais e demais interlocutores nas negociações, decisões e ações desenvolvidas (Cunha e Cunha, 2003).

A rede de cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes se coloca como um desafio ético a todos os comprometidos, de técnicos a gestores, familiares e sociedade em geral, ficando para a equipe de saúde mental a função de articular estes diversos equipamentos.

A equipe de saúde mental, neste contexto, torna-se referência e suporte para todos os envolvidos, estabelecendo diagnósticos e projetos terapêuticos para estas crianças e adolescentes, realizando os acompanhamentos que se fizerem necessários, conduzindo o processo de reabilitação psicossocial bem como a desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em instituições asilares.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental estabeleceu para a construção de uma política pública de saúde mental para a infância e adolescência diretrizes éticas, assumindo publicamente uma postura ético-política para que se faça cumprir os princípios magnos constitucionais determinados pelo ECA e pela Lei da reforma Psiquiátrica Brasileira nº 10.216, convocando a sociedade e o estado para um amplo debate sobre o modelo de atenção a ser construído.

Dentre as considerações apontadas pela Conferência, o Caps, enquanto um modelo de atenção psicossocial, não deve se constituir como uma modalidade hegemônica de serviços, mas como um pólo de base territorial que está sempre em referência à pluralidade de modalidades de serviços existentes na rede, sempre tomando a intersetorialidade como recurso e, no campo específico da saúde mental infanto-juvenil, como marca distintiva e estrutural de cuidado e atenção, em relação à qual o Caps, deve assumir a responsabilidade pela gestão do atendimento.

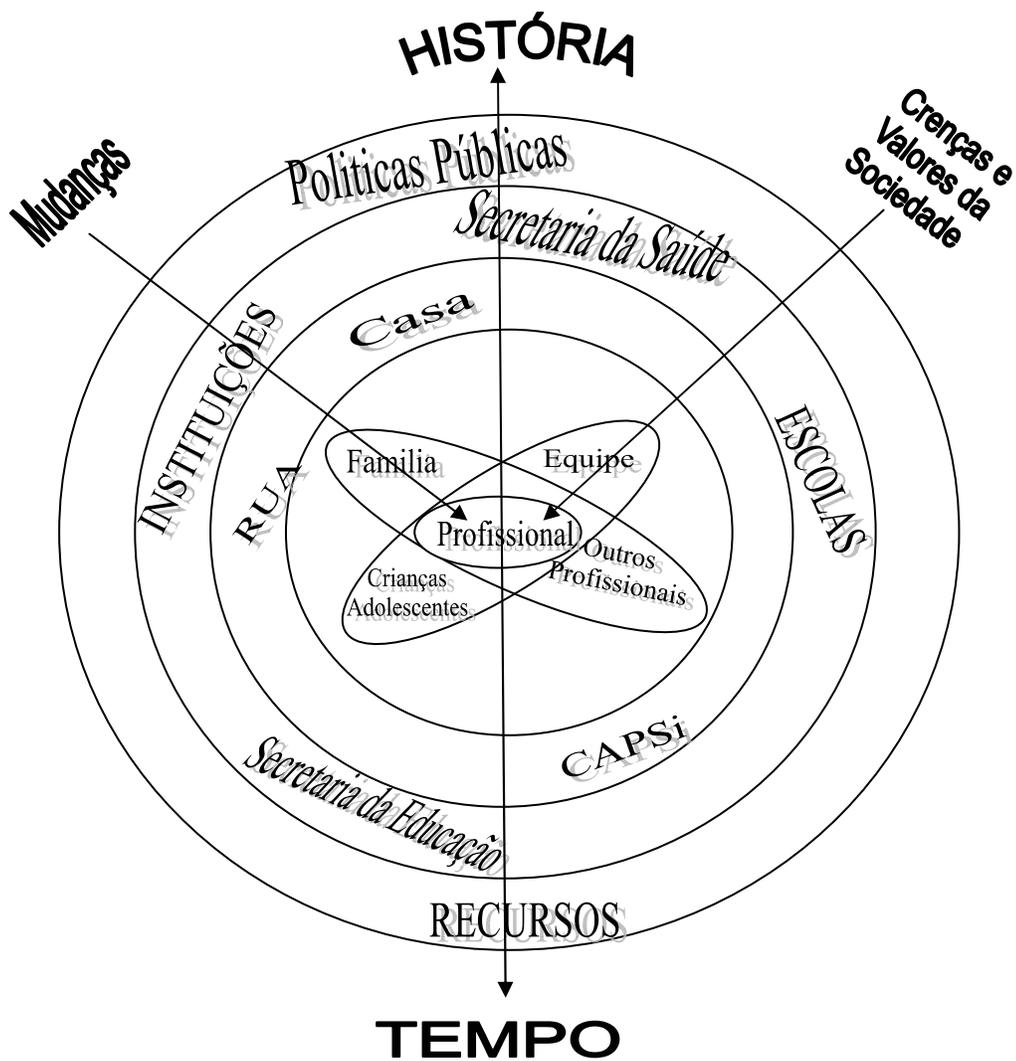
Sobre a política de recursos humanos, a Conferência propõe entre outras garantias, que se crie uma política nacional de formação de recursos humanos da área da saúde mental infanto-juvenil, que inclua capacitação, treinamento e supervisão dos profissionais da rede básica envolvidos no atendimento ao usuário.

Em relação às políticas intersetoriais, fica clara a expectativa quanto ao papel do profissional de saúde mental, quando se propõe que ele seja o articulador entre as várias instâncias ou setores, para assessorar o poder judiciário, criar diálogos com equipes técnicas de outros dispositivos, integrar o Capsi aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários, bem como construir indicadores clínicos e psicossociais de toda a clientela infanto-juvenil.

Desta forma, estamos falando em desencadear processos de transformação que incluem os sujeitos que carregarão a responsabilidade de pôr em movimento às diretrizes estabelecidas na Conferência e também pela Reforma Psiquiátrica.

Portanto, é preciso que se investigue as reais condições destes profissionais de exercerem suas práticas de forma a alcançar a atenção integral, proposta pelas diretrizes do SUS e da atenção psicossocial que hoje rege os serviços de saúde mental.

Abaixo apresentamos um esquema baseado na proposta de Bronfenbrenner(1996) que procura ilustrar essas intersecções do profissional de saúde mental no seu cotidiano, e que parece revelar a complexidade do contexto em que se insere o profissional e sua equipe diante dos desafios da atenção psicossocial.



O profissional de saúde mental poderá ser o integrador de várias áreas do conhecimento, mas para isso ele deverá desenvolver uma perspectiva inter-transdisciplinar. Isto só será possível a partir de indivíduos com disponibilidade para a troca de suas experiências ou problemas com outros profissionais e que desejam compartilhar suas crenças, desejos, medos, dificuldades e ações. O aprendizado e a construção de novas perspectivas na atenção à saúde pressupõe profissionais qualificados e comprometidos com o princípio da integralidade proposto pelo SUS.

4. RECONHECENDO AS UNIDADES PESQUISADAS

Este capítulo tem por objetivo caracterizar os serviços pesquisados, incluindo alguns dados sobre as duas cidades do sul do Brasil, como suas características geográficas e populacionais em que estão inseridos os Capsi, bem como o contexto destas unidades de saúde em relação à clientela, atendimentos realizados, recursos humanos e materiais disponíveis e atividades oferecidas.

Das três Unidades previstas para participarem deste estudo, uma em Santa Catarina e outra no Rio Grande do Sul participaram. O Capsi de Itajaí/SC participou do Piloto do questionário para o aperfeiçoamento do mesmo.

Atendendo as normas do código de ética, as cidades, onde foi realizada a coleta de dados, não foram identificadas.

4.1 A cidade de Santa Catarina/SC

Esta cidade hoje possui cerca de 251 mil habitantes (Censo Demográfico 2000 - IBGE), localizando-se a 140 Km da capital Florianópolis. Sua economia é centrada na indústria têxtil, cristaleria, informática, metalúrgica e do turismo.

A comunidade conta com uma universidade, 40 escolas municipais, 32 estaduais e oito particulares, sem contar os estabelecimentos de ensino técnico. Sua população é atendida por uma rede municipal de serviços de saúde e por quatro hospitais.

Apesar de possuir a visibilidade de uma cidade próspera, a Secretaria Municipal de Assistência Social (dados do ano 2004) tem em seus cadastros mais de 25 mil famílias que apresentam uma realidade de vulnerabilidade social, sendo muitas delas, atendidas

em abrigos e encaminhadas a serviços de saúde em decorrência da dificuldade de acesso a informações e conseqüentemente aos serviços.

O município experimentou nas últimas décadas, profundas alterações na sua composição populacional, resultado de um intenso processo de migrações internas e externas, caracterizada por deslocamentos do campo em direção à cidade, impulsionados pelo crescimento e atratividade urbana. Esse dado talvez explicasse a porcentagem alta de famílias em vulnerabilidade social.

4.2 A cidade de Rio Grande do Sul/RS

Com uma população acima de 1 milhão e 400 mil habitantes nos seus limites e 3 milhões e 700 mil habitantes (Censo Demográfico 2000 - IBGE) na área metropolitana, esta cidade é o quarto maior aglomerado urbano do país.

Nela encontram-se algumas das maiores e mais importantes empresas do país, como montadora de veículos, pólo petroquímico, indústrias de autopeças, plásticos, alimentícias, etc.

Segundo dados da Secretaria de Educação a Rede Municipal conta com 90 escolas (1999), a Rede Estadual com 250 (1998), a Rede Federal com 3 (1998) e a Rede Particular com 137 (1998). O município apresenta um índice de 91% da população acima de 10 anos alfabetizada.

4.3 O Contexto das Unidades pesquisadas

Os dados que caracterizam os Capsi apresentados a seguir, foram coletados entre sete e vinte e oito de julho de 2004 através do depoimento dos coordenadores dos Capsi, de

acordo com um roteiro previamente estabelecido. Para melhor identificar as unidades vamos adotar as legendas SC e RS para facilitar a leitura dos dados.

A caracterização que apresentamos a seguir foi configurada a partir dos depoimentos acima mencionados com o intuito de melhor nos aproximar do campo de pesquisa, através do olhar dos coordenadores de equipe sobre o contexto em que se encontravam.

Como mencionam Moré e Crepaldi (2004), o contexto constitui um campo de pesquisa complexo, pela diversidade de elementos que se conjugam no mesmo e que afetam decididamente, tanto a coleta de dados como a análise qualitativa destes dados.

Assim, procuramos contextualizar o campo, com o cuidado de observar a complexidade deste e no seu potencial de dar significação e sentido dos dados, bem como na construção de leituras diferentes e possíveis, que dimensionam e resignificam os mesmos (Moré e Crepaldi, 2004).

4.3.1 O Capsi de SC

O Capsi de SC foi criado em 2002 após uma conferência municipal de saúde mental, reorganizando um serviço de Saúde do Escolar existente desde 1994. Este serviço já havia passado por uma implementação de outros profissionais das áreas da psiquiatria, odontologia e nutrição em 1999.

De início sua clientela era composta exclusivamente de crianças e adolescentes inseridos na rede escolar. Com a criação do Capsi em 2002, o serviço passou a atender toda a demanda do município incluindo aqueles que provinham do atendimento que o Caps de adultos realizava com adolescentes dependentes químicos.

A integração do Capsi na Rede de Saúde se deu através de uma capacitação inicial com todas as unidades básicas de saúde e com o Programa de Saúde da Família, onde foram apresentadas a finalidade do serviço e a forma de encaminhamento, como dito anteriormente. As capacitações dos profissionais da rede básica ainda continuavam com propostas de implantar a supervisão na rede em saúde mental.

O Capsi estava instalado numa casa alugada, próxima a uma universidade, com amplos espaços internos e praticamente nenhum externo. A casa era uma construção recente, de arquitetura moderna, com amplas janelas e assoalho de madeira.

Em relação à sua clientela o Capsi vem atendendo crianças e adolescentes na faixa de zero a 17 anos e 11 meses, no entanto, a demanda maior é acima dos 4 anos. A maioria da clientela se caracteriza por sofrimento psíquico grave como esquizofrenia, distúrbios de conduta e também por transtornos de comportamento por uso de substâncias psicoativas. De maneira geral, estas crianças e adolescentes pertencem a uma classe econômica de baixa renda.

Todos chegam ao serviço já avaliados ou triados pelas Unidades Básicas de Saúde, pelo Programa Saúde da Família ou pelo Ambulatório Geral, sendo que nem sempre são casos graves de sofrimento psíquico.

Esta forma de encaminhamento ao serviço foi uma estratégia, elaborada pelos profissionais do Capsi, para vincular outros profissionais da rede de saúde no acompanhamento dos casos após os procedimentos do Capsi, através de formulário próprio de Referência e Contra-referência.

Este formulário de Referência apresenta dados como o histórico, queixa inicial, provável diagnóstico e, caso necessário, solicitação de algum outro exame. Os casos que

não são pertinentes ao Capsi são encaminhados, através da Contra-referencia, para a psicologia do bairro da criança /adolescente ou para um atendimento médico específico.

4.3.2 O Capsi de RS

O Capsi de RS iniciou suas atividades no segundo semestre de 2000, com a formação do Programa de Atenção Integral a Criança e Adolescente – PAICA.

O PAICA foi criado com o objetivo de oferecer assistência integral a crianças e adolescentes em situação de risco, composto por representantes da Secretaria da Educação, da Fundação de Assistência e Cidadania - FASC e da Secretaria da Saúde.

O Programa oferecia escola onde os meninos de rua podiam estudar, abrigo para estes adolescentes e o Capsi de RS oferecia assistência em saúde através da atenção psicossocial, compondo a rede de atendimento a essa população vulnerável.

Nesta cidade do RS, os adolescentes em situação de risco eram abordados por educadores sociais, que buscavam otimizar os recursos mais próximos, realizando os encaminhamentos em parceria com o Conselho Tutelar e os serviços do bairro de origem da criança ou adolescente.

O Capsi de RS estava localizado na região central da cidade, num imóvel bastante antigo, de quatro andares, com espaços internos pequenos e nenhuma área externa. As instalações, segundo os profissionais entrevistados, não eram adequadas ou apropriadas às necessidades e exigências das atividades ali realizadas.

No momento da coleta dos dados, a Secretaria da Saúde estava discutindo a junção de três serviços num mesmo local que está sendo construído para a atenção psicossocial de clientela diversas. A proposta era unir a clientela do Capsi de RS, as crianças atendidas

no Hospital de Clínicas e os adolescentes autores de ato infracional do Programa de Medidas Sócio-educativas, no mesmo espaço, previsto para estar pronto até o final deste ano.

O Capsi de RS atendia uma faixa etária entre 10 anos e 18 anos. As crianças abaixo dos 10 anos eram atendidas em outros serviços de referência, como o Hospital de Clínicas. A maior demanda desta clientela era o transtorno de comportamento por uso de substâncias psicoativas e também alguns adolescentes que apresentam transtornos mentais além do uso de drogas. Praticamente todos os adolescentes atendidos são meninos de rua, muitos já sem vínculo com suas famílias.

4.3.3 Planejando o dia a dia

Os dois serviços realizavam reuniões semanais, com a participação de todos os profissionais das equipes. Neste encontro semanal, eram apresentados os casos e todos juntos, estudavam, discutiam, avaliavam e montavam estratégias e ações terapêuticas para cada usuário inserido no Capsi.

Este planejamento incluía o acolhimento e a apresentação da proposta terapêutica ao usuário, os encaminhamentos para outros serviços médicos ou sociais e acompanhamento constante do andamento destas ações propostas.

No Capsi de SC, as atividades incluíam atendimentos individuais nas áreas da medicina, psicologia, fonoaudiologia, serviço social e enfermagem. Eram realizados também atendimentos em grupo envolvendo os usuários e/ou familiares. No momento deste estudo, a equipe estava montando atividades relacionadas à horticultura, passeios, vídeos e sessões musicais.

No Capsi de RS, a partir 2003, toda a estrutura e métodos de tratamento foram reformulados com a inclusão de planos terapêuticos específicos para a área psíquica e de drogadição. No momento da coleta de dados, encontramos as atividades individuais nas áreas da medicina, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem. As atividades grupais eram oficina de pintura, caminhadas, oficina de culinária, oficina de vídeo e terapia comunitária.

Os dois serviços recebiam os recursos materiais (material de expediente, medicação e material de limpeza) das suas respectivas Secretarias de Saúde. No entanto, os dois serviços careciam de material específico para as oficinas de reabilitação psicossocial, tais como papel, tinta, pincéis, jogos, brinquedos, entre outros. A solução apontada se deu no âmbito da busca de parcerias, doação e até a contribuição dos próprios profissionais para aquisição de parte destes materiais.

O Capsi de SC mantinha parceria com a Secretaria Municipal da Criança e do Adolescente, através dos vários programas que compunham a Secretaria, tais como o que trabalha com meninos de rua; o Centro de Internamento Provisório, programa para internamento de adolescentes autores de ato infracional, entre outros.

Uma entidade desta cidade, que trabalhava com crianças carentes, também era parceira do Capsi de SC, que tinha na entidade a oportunidade de encaminhar crianças e adolescentes que necessitavam de outras atividades para sua reabilitação psicossocial.

Também foi apontada pelo Capsi de SC, parceria com o Ministério Público e Conselho Tutelar no acompanhamento dos casos mais graves.

O Capsi de RS, tinha seus parceiros nas entidades que o compunham o PAICA. Além destes, foram apontadas parcerias com profissionais que trabalhavam voluntariamente

no Capsi de RS, e que ofereciam reforço escolar e também com duas locadoras de vídeo que forneciam fitas gratuitamente para as sessões de vídeo.

Na época da coleta dos dados, estava sendo oficializada uma parceria com uma lavanderia da cidade, que se propunha a fornecer um curso gratuito para um adolescente do Capsi com acompanhamento por um ano.

Ainda em 2004, também foi estabelecido um convênio com o Departamento de Habitação da cidade, que estava desenvolvendo um projeto para reutilização de madeiras cedidas por uma empresa particular, para construção de casas populares para a população atendida pelo Capsi, como tentativa de reinserir os meninos de rua nas suas famílias. O horário de funcionamento era o mesmo para os serviços, ou seja, das 8 horas às 18 horas.

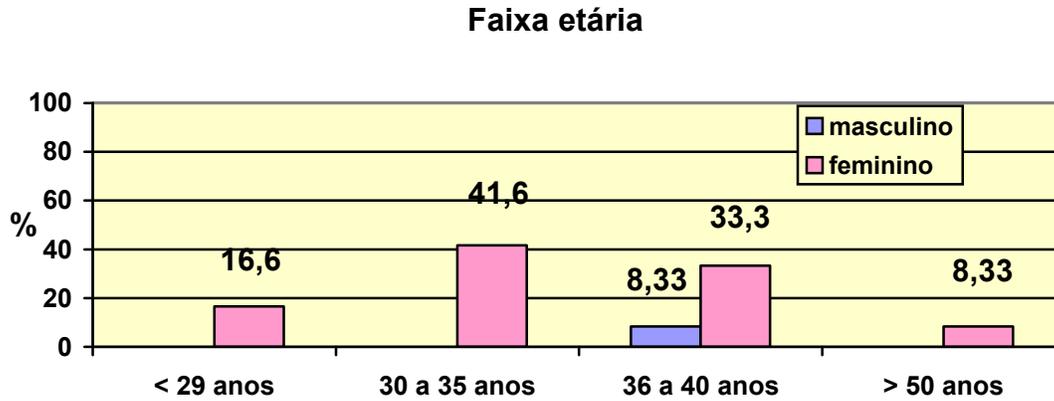
4.3.4 Participantes

Os profissionais foram contatados através dos coordenadores dos Capsi, depois de contato estabelecido pela pesquisadora com os coordenadores dos serviços. Os coordenadores, após aprovação das respectivas Secretarias de Saúde, apresentaram o projeto aos profissionais, que se dispuseram a participar das entrevistas.

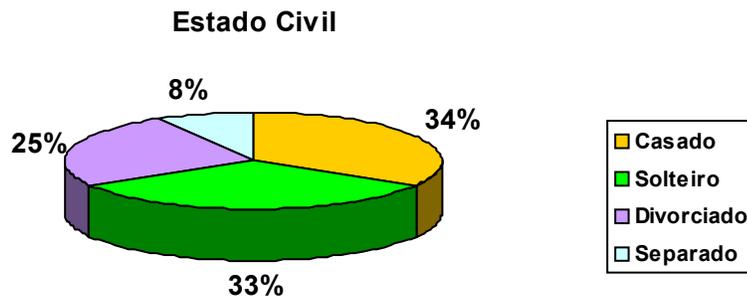
Estavam previstas 15 entrevistas nos dois Capsi. Destes, 12 participaram, pois alguns profissionais encontravam-se, no momento da coleta de dados, em férias ou faltaram naquele dia ao serviço.

De modo geral, as equipes eram compostas por profissionais de saúde de nível médio e superior, de diversas áreas. Como critério, buscou-se entrevistar profissionais de nível médio e superior, que estivessem no serviço há mais de dois anos.

Abaixo segue o perfil dos entrevistados:

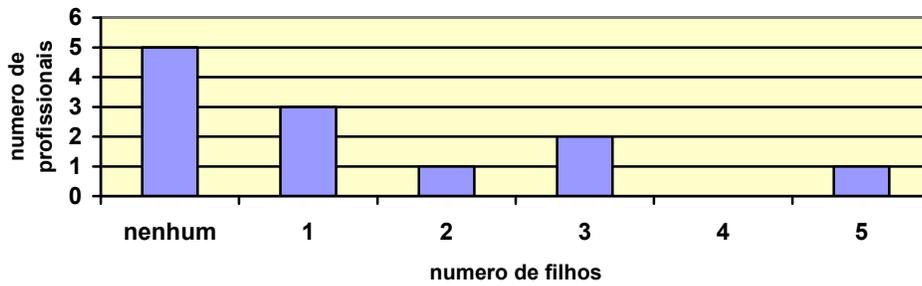


Notamos neste gráfico, uma concentração de profissionais na faixa dos 30 a 40 anos, ou seja, no auge da produtividade de um profissional e também o fato de apenas um homem ter participado da pesquisa. A presença masculina nas equipes era bastante restrita, e em geral estavam nas funções administrativas ou de segurança.



Em relação ao estado civil dos profissionais, há uma certa equivalência entre casados, solteiros e divorciados. Se considerarmos divorciados e separados juntos, vamos encontrar uma porcentagem maior de profissionais que tiveram seus relacionamentos afetivos desfeitos.

Composição familiar



Dos entrevistados, apenas dois moravam com familiares, todos os outros moravam com os filhos e companheiros, ou com o companheiro(a) ou somente com os filhos. Dois destes profissionais adotaram filhos, num total de 5 crianças adotivas.

Formação Profissional



A multiprofissionalidade estava presente nas duas equipes, conforme previsto na Portaria 336 do MS. No entanto, constata-se a falta de profissionais para o desenvolvimento das atividades de reabilitação psicossocial, como cerâmica, música, alfabetização, teatro, artesanato entre outras. O Capsi de RS tinha em sua equipe uma Terapeuta Ocupacional, mas lhe faltava espaço e recursos materiais. Em nenhum dos serviços existia a especialidade médica em psiquiatria.

No Capsi de SC a equipe completa estava configurada conforme quadro abaixo:

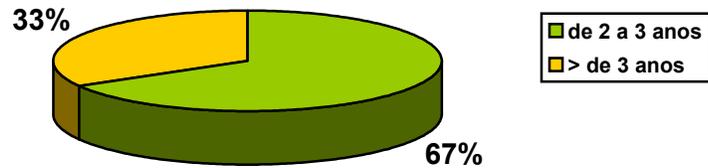
- 4 psicólogas
- 2 fonoaudiólogas
- 1 assistente social
- 1 enfermeiro
- 2 auxiliares de enfermagem
- 1 médica pediatra
- 2 auxiliares administrativos
- 2 estagiários de segundo grau – administrativos

O Capsi de RS tinha seu quadro de pessoal composto conforme abaixo:

- 1 médica pediatra
- 1 psiquiatra (está de licença e não foi substituído)
- 1 professora de educação física (que pediu para sair)
- 2 cozinheiras
- 1 recreacionista
- 2 auxiliares de enfermagem
- 2 técnicos de enfermagem
- 1 enfermeira
- 1 assistente social
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 psicóloga

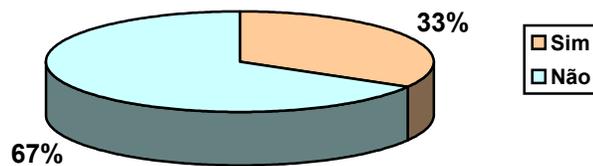
Obs.: os serviços de limpeza e portaria eram terceirizados.

Tempo de atividade profissional no Capsi



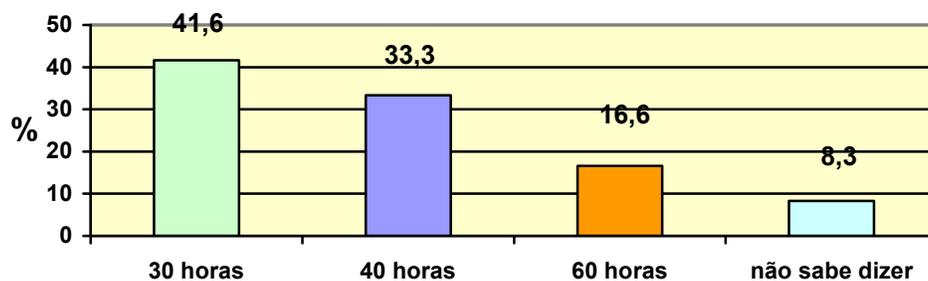
Segundo os depoimentos, a maior parte dos profissionais estava atuando na área de saúde mental com crianças e adolescentes há pouco tempo. Talvez isso se deva ao fato da criação da Portaria 336 de fevereiro de 2002, que cria os centros de atenção psicossocial para esta população jovem.

Tem outra atividade profissional



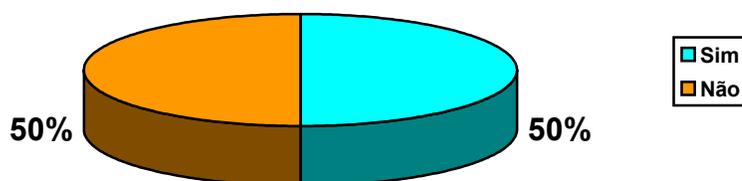
Os profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) que trabalhavam em mais de um local apontaram atividades em clínicas particulares, hospital, policlínica e serviço social.

Carga horária de trabalho semanal



No gráfico acima, observa-se que os profissionais que trabalhavam 60 horas semanais e o que não sabia informar quantas horas semanais trabalhava, possuíam mais de dois vínculos empregatícios.

Licença Médica nos ultimos 6 meses



As licenças médicas foram devido a problemas de saúde não explicitados, cirurgias, acidentes.

5. MÉTODO

Os desafios cotidianos de uma prática profissional em atenção psicossocial a crianças e adolescentes foram a base da qual partimos para compreender os processos e as possibilidades de produção de conhecimento, a partir da referência dos profissionais de saúde. Para o estudo desta realidade, adotamos a metodologia qualitativa a partir da concepção de uma ciência que reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento.

Segundo Rey (1997, p.14), a metodologia qualitativa tem um objeto de estudo que é consciente e interativo e cuja natureza ontológica é similar a do investigador, afetando-o no seu planejamento metodológico de diferentes formas.

O autor ainda salienta a importância de se definir os princípios epistemológicos contidos na metodologia qualitativa e aponta o vínculo entre o investigador e o investigado, o intercâmbio das idéias entre estes sujeitos e a motivação dos mesmos como condições essenciais para o desenvolvimento de um estudo qualitativo.

A comunicação entre investigador e investigado assume um importante papel na metodologia qualitativa, pois é através dela que se transcorre de forma integral a investigação. Portanto, a informação produzida a qualquer momento neste processo pode ser relevante para os objetivos do estudo e exige a presença do investigador de forma ativa em todos os momentos (Gonzalez Rey, 1997).

È através do método qualitativo que tratamos de identificar a natureza profunda das realidades, seus sistemas de relações, sua estrutura dinâmica, aquela que dá razão plena de seu comportamento e manifestações (Miguélez, 1999).

Como instrumento para a coleta de dados adotamos a entrevista por oferecer uma forma particular de relação que possibilita o estabelecimento do processo de comunicação a que já nos referimos.

Segundo Gonzalez Rey (1997), pela importância que a comunicação tem na perspectiva epistemológica qualitativa, a entrevista não deve ser considerada como um instrumento apenas, mas sim uma via permanente na qual se expressam as diferentes formas de continuidade do processo de investigação e/ou diagnóstico. Para o autor, a entrevista deve ser entendida como um indutor da expressão do sujeito e seu sentido deverá ser definido dentro de um conjunto de informações disponíveis sobre o mesmo.

Utilizamos a análise de conteúdo como proposto por Bardin (1979), para a melhor compreensão dos dados obtidos através das entrevistas. Na análise de conteúdo, como afirma Bardin (1979, p.119), é possível fornecer, por condensação, uma representação significativa dos dados brutos através da definição de categorias, o que nos permitiu ir além da simplicidade dos fatos para alcançar a profundidade contida nos depoimentos dos profissionais.

5.1 Procedimento para Coleta de Dados

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e das entidades envolvidas.

Conforme dito anteriormente, o contato inicial se deu através dos coordenadores dos dois serviços, que se dispuseram a levar para a reunião de equipe a proposta da presente pesquisa.

Com a total aprovação por parte dos profissionais, foram marcadas as datas para a coleta de dados. A coleta de dados no Capsi de RS se deu nos dias 7 e 8 de julho de 2004 e no Capsi de SC se deu no dia 28 de julho de 2004.

Foi combinado com os dois coordenadores que as entrevistas se dariam nos intervalos de atendimento dos profissionais, o que possibilitou acompanhar o dia a dia dos Serviços. Os dois Serviços procuraram reservar um espaço que disponibilizasse mais privacidade para as entrevistas.

Após as apresentações dos profissionais à pesquisadora, realizamos as entrevistas de acordo com as possibilidades de horário dos profissionais.

No momento da entrevista, o objetivo da pesquisa foi novamente citado, bem como a necessidade da gravação das entrevistas e a autorização do entrevistado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas tiveram duração entre 40 minutos e 1 hora e meia e, de modo geral, não houve nenhum problema com a gravação das entrevistas.

5.2 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista com roteiro semiestruturado conforme anexo. Este roteiro foi previamente aplicado na equipe de saúde mental do Capsi de Itajaí, com o objetivo de aperfeiçoar a compreensão do instrumento à luz dos objetivos deste estudo.

Foi feito um convite à equipe do Capsi de Itajaí, para que participassem como co-construtores do instrumento desta pesquisa, no sentido de apontarem as possíveis dificuldades de compreensão do roteiro, bem como a sugestão de itens considerados

importantes a serem abordados e ausentes no mesmo. Ao mesmo tempo, informamos que estes dados não seriam utilizados para a análise de conteúdo, uma vez que esta equipe mantém contato diário com a pesquisadora deste estudo.

A construção do questionário levou em conta três núcleos temáticos importantes como eixo norteador:

- A percepção das equipes de saúde a respeito dos desafios profissionais que emergem de seu cotidiano;
- Como estes desafios são considerados pela equipe no atendimento às demandas;
- Como o cotidiano da equipe de saúde afeta a vida pessoal dos profissionais envolvidos.

6. CATEGORIAS

Apresentamos a seguir, o esquema geral da percepção dos profissionais sobre os desafios cotidianos de suas práticas na atenção psicossocial a crianças e adolescentes, composto por sete categorias e suas respectivas subcategorias, que conformam os resultados desta pesquisa. A descrição, explicitação e análise delas são apresentadas no capítulo 7, desta dissertação.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	ELEMENTOS
<p>1 Aspectos do cotidiano que afetam os profissionais no serviço de saúde</p>	<p>1.1 Atuação da família no contexto do atendimento à criança e adolescente.</p> <p>1.2 As potencialidades e dificuldades das crianças e adolescentes;</p> <p>1.3 Necessidade de qualificação profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldades de relacionamento entre pais e filhos; ▪ Negligencia na atenção aos filhos ▪ Evasão e presença dos familiares na atenção psicossocial ▪ famílias desfavorecidas economicamente; ▪ desinformação da família e da sociedade; ▪ inteligência e criatividade; ▪ capacidade de superação de problemas; ▪ demanda crescente do uso de drogas; ▪ dificuldades de convivência em grupo ▪ revisão da formação acadêmica ▪ entendimento do processo de trabalho do Capsi; ▪ falta de conhecimento sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes; ▪ ampliação da atuação profissional/ação interdisciplinar; ▪ conhecimento de uma outra realidade social; ▪ desenvolvimento pessoal;
<p>2 A função, organização e o funcionamento da equipe no seu cotidiano</p>	<p>2.1 A relação com o usuário do serviço;</p> <p>2.2 A abrangência das ações do profissional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar apoio emocional ▪ levantar a auto-estima ▪ interagir com a criança ▪ construção do projeto terapêutico ▪ construção de uma visão integrada do sujeito; ▪ propagador da saúde mental; ▪ ação preventiva/promoção

	<p>2.3 A importância dos acordos da equipe para a dinâmica institucional;</p> <p>2.4 As ameaças ao funcionamento da equipe;</p> <p>2.5 As oportunidades para o funcionamento da equipe;</p> <p>2.6 Os atributos necessários para as relações profissionais;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ necessidade de trabalhar de forma multidisciplinar e integrada; ▪ objetivos comuns; ▪ construção de planos terapêuticos ▪ disponibilidade do profissional; ▪ a equipe é "alma" do trabalho ▪ importância das decisões em conjunto; ▪ dificuldades de integração; ▪ visão fragmentada e divergente do trabalho; ▪ receio de falar com os colegas; ▪ profissionais não disponíveis; ▪ funcionamento "umbiguista" da equipe; ▪ liberdade de comunicação ▪ troca de saberes; ▪ respeito ao tempo de cada profissional; ▪ possibilidade de conhecer um ao outro; ▪ exercitar a comunicação; ▪ busca de uma linguagem comum; ▪ possibilidade de estudar juntos; ▪ conhecimento da prática do outro; ▪ espírito de equipe; ▪ cooperação; ▪ solidariedade; ▪ companheirismo;
<p>3. Percepção sobre seu desempenho profissional/ pessoal (8)</p>	<p>3.1 Do surgimento de vivências a luz da demanda;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ angústia pela demora da melhora do paciente; ▪ sensação de incapacidade ou sentimento de

	<p>3.2 Dos limites das ações dos profissionais no contexto da instituição;</p> <p>3.3 Do aperfeiçoamento pessoal.</p>	<p>impotência;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dificuldade em separar vida pessoal da profissional; ▪ apoio da equipe na atuação pessoal; ▪ necessidade de falar com colegas <ul style="list-style-type: none"> ▪ dificuldade de trabalhar com as políticas; ▪ desvalorização financeira; ▪ limites da atuação; <ul style="list-style-type: none"> ▪ preparo acadêmico; ▪ visão de mundo / transformação pessoal; ▪ maturidade pra misturar vida pessoal e profissional; ▪ melhora no relacionamento com os próprios filhos.
<p>4. Da organização das equipes às políticas publicas</p>	<p>4.1 Indicadores para a articulação entre real e ideal;</p> <p>4.2 Indicadores para a integração da rede;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de investimento político na instituição; ▪ priorizar a atenção a criança e adolescentes; ▪ garantia de recursos humanos e materiais no Capsi; ▪ necessidade de geração de renda, escolarização, cursos, políticas de habitação; ▪ garantia de repasses de verbas federais e locais ao serviço; <ul style="list-style-type: none"> ▪ relação fragilizada; ▪ falta de diálogo; ▪ divergências de ponto de vista; ▪ desgaste; ▪ reconhecimento à distância; ▪ estabelecimento de estratégia de comunicação entre rede; ▪ integração com profissionais de áreas diversas;

	<p>4.3 Das estratégias para enfrentamento de conflitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ desenvolvimento da autonomia como valor institucional; ▪ estabelecimento de canal de comunicação com a Secretaria da Saúde ▪ organização da equipe; ▪ capacitação; ▪ maior comprometimento da equipe; ▪ levantamento de suas necessidades; ▪ supervisão psicológica; ▪ amadurecimento e crescimento profissional;
<p>5. O profissional de saúde e o cuidado de si mesmo</p>	<p>5.1 cuidado com o corpo;</p> <p>5.2 cuidado com o saber;</p> <p>5.3 cuidado com a saúde mental;</p> <p>5.4 atividades artísticas;</p> <p>5.5 Atividades de lazer;</p> <p>5.6 Atividades religiosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prática de taichi-chuan ▪ exercícios físicos; ▪ ioga; ▪ alimentação; ▪ estudar filosofia oriental; ▪ leitura; ▪ grupo de apoio; ▪ psicoterapia; ▪ pintura; ▪ artesanato; ▪ encontro com amigos; ▪ passeios com família e filhos; ▪ leitura da Bíblia; ▪ oração; ▪ apoio do pastor

<p>6 Acolhendo um novo profissional na equipe</p>	<p>6.1 apresentação do serviço e seu impacto na vida pessoal;</p> <p>6.2 identificação pessoal com o trabalho;</p> <p>6.3 capacitação permanente;</p> <p>6.4 relação com a equipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que é saúde mental? ▪ As dificuldades e a paixão; ▪ Desejo e vontade de se apropriar; ▪ Estar disponível; ▪ estudar dependência química; ▪ participar de eventos; ▪ escutar e observar a equipe com crítica;
<p>7. Da importância de sentir-se ouvido ao participar da pesquisa</p> <p>Esta categoria reuniu pedidos explícitos de profissionais diante da possibilidade de escuta</p>	<p>7.1 da importância do trabalho;</p> <p>7.2 da visibilidade do serviço nos contextos mais amplos;</p> <p>7.3 da importância dos momentos de reflexão e avaliação da própria prática;</p> <p>7.4 dos desafios da saúde mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ promoção da saúde e desenvolvimento da demanda e do profissional; ▪ divulgação dos dados de pesquisas para outros setores da rede; ▪ capacitação

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A idéia de dialogar com os profissionais a partir de suas práticas, permitiu colocar em jogo diferentes perspectivas acerca de temas cotidianos e ao mesmo tempo abrir espaços às certezas e às dúvidas que emergem deste processo de construção da integralidade na atenção psicossocial.

Entendemos os serviços de saúde como Pinheiro e Mattos (2003) os descrevem, ou seja, como *cenários vivos* onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre as necessidades da demanda e as possibilidades de oferta de serviços em saúde.

O diálogo com os profissionais sobre como percebem seu cotidiano neste cenário vivo, foi analisado a partir de uma perspectiva ecológica sistêmica, onde o que importa para o comportamento e o desenvolvimento humano é o ambiente conforme ele é percebido e não conforme ele poderia ser na realidade objetiva.

Esta perspectiva nos levou a focar nosso interesse de estudo não só na percepção dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos que confluem no processo da atenção psicossocial, mas também na dinâmica das interconexões presentes neste ambiente, tanto as mais imediatas quanto as mais remotas, e que podem ter uma profunda influência sobre o desenvolvimento das ações propostas para a promoção de saúde de crianças e adolescentes.

A análise dos dados desta pesquisa feita através de categorias (Moré, 2000), tentam nomear e descrever as regularidades ou elementos comuns que surgem nos discursos dos sujeitos, nesta pesquisa, dos profissionais de saúde, onde buscamos dar visibilidade

aos dilemas dos mesmos no seu cotidiano, considerando estes dilemas inseridos num processo dinâmico e recursivo em termos de ações, que revela a complexidade do mesmo.

As categorias aqui foram definidas a partir da fala dos profissionais, dos conteúdos que emergiram no discurso dos mesmos, revelando assim as convergências e respeitando as divergências presentes nas percepções sobre o cotidiano de suas práticas, e como este afeta o desempenho profissional e a qualidade de vida.

No material coletado nas entrevistas com os profissionais, foi possível perceber os aspectos considerados pelos mesmos como limites, possibilidades e desafios enfrentados na busca de garantia de uma atenção integral em saúde, uma vez que atribuímos aos profissionais, o papel de criadores do conhecimento, com base em suas experiências e em seus valores.

A seguir, apresentaremos as categorias, suas respectivas subcategorias e elementos de análise que foram construídas para melhor descrever nossa proposta de trabalho, revelando um conjunto de atividades que se interconectam e se afetam recursivamente, num movimento contínuo de descrição e análise de processos (Moré, 2000).

7.1. ASPECTOS DO COTIDIANO QUE AFETAM OS PROFISSIONAIS NO SERVIÇO DE SAÚDE.

Nesta categoria, apresentamos um conjunto de aspectos do cotidiano percebidos pelos profissionais como relevantes e marcantes nas suas práticas e que retratam as situações imediatas que afetam as interações que estabelecem com as crianças e adolescentes, com os familiares ou responsáveis e as condições profissionais presentes na instituição.

Compartilhamos com Pinheiro (2001) o conceito de cotidiano como o *locus* onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições em espaços e tempos determinados.

Compreendemos também, assim como Acioli (2001), que o espaço cotidiano apresenta possibilidades de estabelecimento de confiança, familiaridade e intimidade entre os sujeitos presentes no ambiente. Por conta disso, as práticas aí desenvolvidas, passam a ser de tal forma incorporadas pelos sujeitos, que muitas vezes estes não percebem a complexidade das ações desenvolvidas regularmente por eles próprios.

Portanto, a análise desta categoria procurou identificar a concepção que estes profissionais desenvolveram sobre o seu cotidiano e sua relação com ele, acreditando, como Bronfenbrenner (1996) afirma que, através desta percepção, a pessoa desenvolve uma crescente capacidade de descobrir, sustentar ou alterar as propriedades de seu meio ambiente ecológico.

7.1.1 Atuação da família no contexto do atendimento à criança e adolescente.

A família desempenha um papel relevante na composição das diferentes situações que marcam os profissionais em seu cotidiano, indicando a importância desta no desenvolvimento das ações de atenção psicossocial para a criança e adolescente.

As dificuldades de relacionamento entre pais e filhos e a negligência na atenção à criança e ao adolescente foram apontados como aspectos perturbadores do processo de atenção psicossocial, ou seja, os dilemas e conflitos familiares afetam os profissionais, gerando nos mesmos uma sensação de impotência nas suas ações e um efeito recursivo

na motivação dos profissionais de saúde na medida em que suas propostas não se efetivam.

Nos depoimentos abaixo, encontramos elementos que são percebidos como dificuldades para o estabelecimento de vínculo com os usuários, afetando as propostas terapêuticas dos profissionais, revelando a preocupação dos profissionais em estabelecer o contato com os usuários.

A ineficiência da prática se revela neste depoimento pela evasão no tratamento:

....o que me pega, assim, são algumas preocupações né...em relação à **evasão no tratamento**...das ausências no tratamento....porque assim, a partir do momento que não se tem contato a gente não pode falar, não pode avaliar....não tem muitos dados, **a gente não consegue absorver dados desta prática porque não está acontecendo efetivamente**...é também uma questão familiar complicada para fazer o tratamento e também **a ausência desses familiares**....às vezes o adolescente ou criança manifesta interesse, desejo e o familiar está negligente...então são coisas assim pra mim...extremamente graves...a minha preocupação está aí, é isso que está me marcando...**a gente não consegue de fato fazer a nossa prática...** (SC-4)

Aqui fica explícita a sensação de impotência do profissional;

....o que me marca é assim...o relacionamento entre as famílias, o mau relacionamento que tem entre eles...às vezes **eu me sinto impossibilitada...incapaz de poder estar ajudando eles...**(SC-1)

A preocupação com a presença dos usuários no serviço para a efetividade das propostas fica exposta neste depoimento:

....a presença deles (crianças e adolescentes) dentro do serviço...**a participação dos usuários... é de fundamental relevância** esta integração destes com os profissionais, com o profissional de referência dele, e com a equipe como um todo...a presença das pessoas que os acompanham... e a forma como eles compreendem o serviço...(SC-5)

A partir destas afirmações cabe refletir sobre a proposta terapêutica no Capsi, que se dá através da relação dos profissionais de saúde com as crianças e adolescentes em tratamento. Na perspectiva da ecologia do desenvolvimento, esta relação constitui uma díade, ou seja, um sistema de duas pessoas que pode ter a capacidade de servir como um contexto efetivo de desenvolvimento humano.

No entanto, no modelo sistêmico, esta capacidade da díade depende crucialmente da presença de uma terceira pessoa como a mãe, pai, avós ou responsáveis, formando um triângulo que, na perspectiva ecológica, é a unidade mínima de interação, capaz ou não de se tornar um contexto de desenvolvimento. Segundo Bronfenbrenner (1996), estas terceiras pessoas podem desempenhar um papel perturbador ou apoiador do processo desenvolvimental, valorizando ou não a relação da díade.

Os depoimentos apontaram para famílias que, ao se ausentarem do processo terapêutico de seus filhos, na percepção dos profissionais, afetam o processo de desenvolvimento da criança ou adolescente, tornando a prática dos profissionais de saúde mais árdua e levando-os a avaliarem suas ações como ineficazes, na medida que a ação em saúde não se dá de forma integral.

Ainda nesta subcategoria, outro aspecto marcante se refere às dificuldades socioeconômicas que afetam a sobrevivência do grupo familiar. A convivência com a demanda ampliou o olhar dos profissionais sobre a desigualdade social da demanda nestes serviços, fazendo-os repensar sobre suas relações com gestores, profissionais e usuários.

Os depoimentos em continuação evidenciam essas reflexões:

...a questão da marginalidade, da composição familiar muito prejudicada, a questão social extremamente prejudicada também, dentro da minha prática é **uma coisa assim que muitas vezes me faz pensar de como...existe uma atuação maior do que apenas a atuação técnica**, enquanto você técnico, terapeuta frente a uma criança, um adolescente...existe toda uma ligação muito maior do que isso, de pensar de refletir...**existe mesmo muita coisa das quais a gente não... realmente via**, quando digo... enquanto nós dentro de uma sociedade muito bonitinha, tudo certinho, com a nossa comidinha em casa, em casa com a família dentro do possível tudo certinho, faz refletir muito isso, quando se trabalha dentro de Caps....(SC-3)

...o que me marca mais ... é a vida que eles levam, né ... a gente no início, os três primeiros meses para mim foi extremamente complicado ...então, aquela coisa que eles trazem, aquela vivência da rua aqui para dentro, aquela coisa assim ... aquele instinto de defesa ...a luta pela sobrevivência ... eu acho que esse seria o termo...a gente tem uma vida muito cômoda, reclama das coisas...daí, daqui a pouco tu te depara com esses meninos assim, sabe ...às vezes, brigando por um prato de comida ... aí tu vê o que é, né ...a diferença da classe social e o que é a rua... o que a rua faz... mas a gente evoluiu muito, no tratamento com eles aqui dentro...nesses dois anos pra cá ...nós amadurecemos como equipe também... com os meninos... antes de eu trabalhar aqui eu nunca tinha nem parado para pensar sobre isso, sabe...o que é, o que eles passam... **essa diferença e essa visão quando a gente passa a trabalhar num Caps, tu vê e tu convive com uma criança que antes tu fazia questão de ...ou tu dava uma moedinha na rua, ou tu ignorava, né ...hoje em dia eu vejo com outros olhos, com certeza** (RS-1)

Alguns profissionais ainda apontaram algumas variáveis do macrosistema que afetam diretamente estas famílias. Estas variáveis estão relacionadas ao contexto mais amplo, que abrange todos os outros sistemas e que se apresentam como as crenças e preconceitos de um grupo cultural e a ideologia de uma sociedade, entre outros.

... os pontos negativos seriam justamente esses ..de como a sociedade vive, de como **a família é mal informada**, como **a própria sociedade, a instituição não têm informação sobre a maneira de ser dessas crianças**, isso me chama atenção também, essa precariedade da sociedade, não especificamente da instituição, mas a sociedade em geral é assim.(SC-2)

... eu percebo assim, **a sociedade vê eles de uma forma e a gente que está convivendo com eles vê de outra forma** ... e eu acho que a gente tem que mostrar para os outros... o por quê que um menino rouba na rua,

porque que...sabe...tu abre um prontuário, tu pega e tu lê aquilo e tu vê como é diferente ...o por quê das coisas, entende....(RS-1)

Consideramos que estas questões necessitam de um espaço de reflexão sobre a necessária capacitação desses profissionais de saúde para atuar junto às famílias e às crianças e adolescentes em situação de risco, no sentido de que as dificuldades abordadas recebam propostas de intervenção mais efetivas e que articulem a experiência dos sujeitos a partir das necessidades de cuidado e acolhimento.

Cabe considerar aqui a observação que Pinheiro e Mattos (2001) fazem sobre a concretização de ações de saúde integrais, que implica na organização dos serviços para o acolhimento da população com vistas a manter canais de interação entre serviço, profissional e demanda, valorizando suas experiências e práticas.

7.1.2 As potencialidades e dificuldades das crianças e adolescentes

Além das questões familiares da demanda, relatadas acima, os profissionais apontaram aspectos do desenvolvimento das crianças e adolescentes, que na perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, são compreendidos de maneira ampla e sistêmica e podem direcionar e fortalecer o desenvolvimento da mesma.

Um dos aspectos observados pelos profissionais diz respeito à capacidade destas crianças e adolescentes de interação com o ambiente e as habilidades e competências, que se constituem informações preciosas para o desenvolvimento das estratégias de uma equipe no desenvolvimento de suas ações de saúde.

...o que me chama muito a atenção...é **a capacidade que essas crianças têm...a inteligência, a criatividade**...que apesar, vamos dizer assim, das condições que eles vivem...eles têm **essa capacidade de luta**....alguns

deles, com pouca ajuda, eles conseguem superar problemas muito grandes....(SC-2)

De certo modo, podemos afirmar que alguns profissionais observaram nesta demanda o fenômeno da resiliência, aqui entendida como uma capacidade de responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, de se reconstruir e de se renovar a cada experiência (Silva, Elsen, Lacharité,. 2003).

Por outro lado, encontramos também uma percepção sobre o contexto de vida desta população e que reflete os efeitos dos ambientes em que estão inseridos sobre o seu desenvolvimento, conforme evidenciam os relatos abaixo:

...uma demanda crescente do **uso abusivo de substâncias psicoativas**...(SC-4)

...a questão da marginalidade, da composição familiar muito prejudicada, a **questão social extremamente prejudicada**...(SC-3)

...uma **dificuldade de conviver em grupo**...uns com os outros...(RS -1)

A análise desta subcategoria revelou o reconhecimento dos profissionais sobre a importância de um olhar integral sobre as possibilidades e limitações destas crianças e adolescentes.

Neste sentido, este reconhecimento dos profissionais representa uma possibilidade técnica para a intervenção em saúde, pois pressupõe a necessária desconstrução de crenças e conceitos atrelados às práticas profissionais decorrentes do conformismo e da aceitação de que estas crianças e adolescentes, em situação de vulnerabilidade, estão fadadas a desenvolver transtornos na vida adulta. (Silva, Elsen, Lacharité, 2003).

7.1.3 As necessidades de qualificação do profissional de saúde

Os profissionais que trabalham nos Caps possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional conforme preconiza a Portaria 336/MS de 19 de fevereiro de 2002. Alves (2001) afirma que a saúde mental é o primeiro serviço de saúde em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Como o Caps é uma proposta nova para a maioria dos profissionais entrevistados, o contato com este cotidiano motiva-os a pensar sobre o grande desafio de cuidar de pessoas como seres integrais, como ficou evidente nos depoimentos abaixo:

...saúde mental para mim é...algo novo, é o que me motiva a conhecer assim...cada vez mais a gente sabe que tem que aprender mais...(SC-4)

...o serviço é muito novo, a falta de conhecimento existe dentro do próprio município...**eu própria vim trabalhar aqui e nem sabia que existia...**(RS-1)

Nesta subcategoria, apresentamos depoimentos sobre como a formação profissional deveria desenvolver habilidades que passam por posturas profissionais no sentido de melhor acolher o outro.

Considerando que as necessidades de saúde da população, além das questões biológicas, são sociais e historicamente construídas, foi apontada uma necessária revisão dos parâmetros tradicionais da formação dos profissionais de saúde e que exigem uma qualificação permanente na superação de paradigmas, para o enfrentamento da complexidade das necessidades individuais e coletivas de saúde e no desenvolvimento de saberes e práticas interdisciplinares (Pinheiro e Mattos, 2003)

...que a gente reveja a formação acadêmica...ampliar tua ação...tem que ter criatividade para manter o ambiente...a coisa de ter flexibilidade

de desenvolver outras tarefas... a questão da criatividade em relação ao ambiente...(RS-3)

A vivência deste cotidiano revelou a percepção da ampliação da atuação individual do profissional através da troca com outros profissionais da equipe quando se tem que estudar um caso, ter que aprender coisas da atuação de outro profissional, por exemplo, o fonoaudiólogo compreender a atuação do psicólogo para atuar em conjunto (Moré, 2000).

...eu percebi que minha função antes do Caps, era uma função muito mais cortada do que **após estar no caps, a visão...ela se estendeu de uma maneira muito maior** e é claro as ações se estenderam de uma maneira muito maior....(SC-3)

...eu acho que muda a visão, é uma visão que não é só da enfermagem, daí **a gente passa a ser interdisciplinar e dividir com os demais profissionais**...(RS-7)

O conhecimento de outra realidade social marcou os profissionais na medida que também ampliou sua visão do mundo, como já foi apontado nos depoimentos da categoria 7.1.1.

... **tive um crescimento até para enxergar o outro lado da realidade social**...isso me fez mudar a maneira de pensar no geral...eu trato os diferentes pacientes até com uma nova visão, visão de tratamento, visão de aderência também...melhorou bastante pra mim....(RS-5)

Fica evidente a necessidade de uma qualificação prévia destes profissionais para amortizar o impacto da realidade atendida e do cotidiano da instituição sobre os mesmos para que possam desenvolver suas potencialidades técnicas.

Quando lidamos com dilemas humanos, com relações humanas, são necessários períodos de parada das atividades cotidianas para se reavaliar as posturas e estratégias adotadas pelos profissionais e equipes.

Para trabalhar com estas demandas e promover mudanças significativas é necessário que o profissional/equipe entre nestas realidades, e entrar nelas corre-se o risco de ser absorvido e perder o potencial de estranhamento. Daí a importância de uma supervisão destas equipes, não só quanto à capacitação, mas também no sentido de desenvolver parâmetros de ação em comum, pelo reconhecimento das reais necessidades da população que busca o atendimento em saúde (Moré et al, 2004).

A capacidade de ouvir e compreender as necessidades do outro, de estabelecer vínculo e propor uma ação integral de saúde, passa por processos de reflexão sobre as experiências de encontro com o outro, que vão além das questões meramente técnicas.

...é a capacidade de ouvir e separar essas...as histórias que eles contam e até o estado emocional que eles chegam aqui...tu sempre tem que ter um distanciamento pra entender porque esse adolescente ta chegando naquele momento...tu tem que saber ouvir...(RS-2)

...a dificuldade que nós temos de levantar a auto-estima dessas crianças...tem que ter muito carinho, muita dedicação, muita paciência...(RS-5)

...dentro da minha prática...muitas vezes me faz pensar de como... existe uma atuação maior do que apenas a atuação técnica...(SC-3)

O cotidiano destes profissionais trouxe a necessidade de aprender mais sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes.

...cada vez mais a gente sabe que tem que aprender mais...recuei um pouco até pra avaliar a minha pratica, pra conseguir identificar o serviço social aqui no caps infantil...(SC-4)

... trabalhar com limites e aprender a dar limites...(RS-6)

...a instituição não tem informação sobre a maneira de ser dessas crianças ... de como o trabalho é uma coisa... às vezes...que não fica bem definido, não fica esclarecido como que se trabalha...quem são essas crianças e adolescentes...o que eles tem de potencial, o que se pode trabalhar... ...(SC-2)

...se tu vai trabalhar com criança e adolescente no mínimo **você tem que ter conhecimento**, porque se não se torna difícil tu lidar com isto sem ter capacitação que te prepare...(RS-4)

Alguns profissionais relataram as mudanças que sofreram neste processo de reflexão sobre o cotidiano, revelando a produção de uma nova ética e de uma nova subjetivação. Surge aqui a produção da subjetividade como apontada por Ceccim e Ferla (2003), no momento em que nos deixamos saber pelo contato com o outro, com o novo, pelas sensações de descobertas e aprendizagem.

As afirmações abaixo, evidenciam as diferentes faces desse processo de reflexão:

...eu mudei meu tratamento com eles também...**tu já pensa neles mais como um ser humano, com vontade, com desejo**...tu começa a conhecer melhor o guri...tu aprende o limite daquela criança... a gente tem que ter paciência...(RS-1)

...a questão da espontaneidade...**acho que é o que mais tenho aprendido..o que eu aplico no dia a dia é a espontaneidade**...durante a faculdade de psicologia a gente aprende a perder a espontaneidade...a não mostrar o que sente.....**tinha muita dificuldade de expressar meus sentimentos, hoje em dia eu me sinto mais liberta...estou inteira ali naquele meu atendimento e não estou preocupada com o que meu psicanalista diria**eu me sinto muito livre para fazer esse improviso mas que **é mais que científico do que nunca ...porque eu tenho certeza de que tem a ver com o que eu estou sentindo é claro, em sintonia com o que o outro está sentindo**, afinal, o instrumento da gente é a subjetividade na saúde mental...(RS-6)

Nos relatos acima, constatamos a importância de valorizar o sentimento e a prática do profissional, de incentivar o diálogo e a capacidade de ouvir o outro e discutir criticamente a produção e reprodução do conhecimento científico para uma formação profissional mais integral, porque isso não é apenas uma questão técnica, mas, fundamentalmente, de vivência e reflexão sobre o vivido.

O reconhecimento do saber do outro pressupõe uma postura de humildade do profissional quando este se dispõe a sair da onipotência dos saberes específicos para dar espaço a *infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo de compreendê-las*, como afirma Cecílio (2001).

7.2 A FUNÇÃO, ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE NO SEU COTIDIANO

Nesta categoria, nos voltamos para os fatores de atividade, desempenho e relação interpessoal que constituem os elementos construtores de um ambiente conforme nos aponta a perspectiva ecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996).

Neste sentido, o que foi revelado pelas equipes inclui não só as características objetivas do ambiente, como também como este foi percebido pelos profissionais que interagem dentro dele e com ele.

7.2.1 Na relação com o usuário de Serviço

Este é um aspecto bem presente nas falas dos profissionais quando percebem as possibilidades das suas intervenções no desenvolvimento psicossocial dos usuários do serviço.

....a função da equipe é estar recuperando as pessoas que chegam aqui...**poder ajudar na estrutura...emocional, psicológica...**daquela criança....(SC-1)

....a função deveria ser essa...**de pensar que essa criança ou adolescente um dia vão ser adultos...**e não pensar no sentido de que ele tem que ser um menino ou menina bem comportada...na escola, por exemplo...(SC-2)

....a função pra mim, eu entendo que de todos aqui, **é levantar a auto estima deles que é baixa...**o empenho dessa equipe é conseguir que eles

queiram mudar de vida, queiram sair das drogas, que eles queiram ter um trabalho, um emprego, um documento, ser um cidadão, dito normal...(RS-5)

...a função dessa equipe **é poder interagir com essa criança, com esse adolescente, um verdadeiro processo de inclusão**...dele na sociedade...e sempre **vendo toda essa complexidade da vida**, que não é só a questão da doença mental...ou da dependência química. (RS-7)

A percepção dos profissionais de que a intervenção psicossocial tem potencial para o permitir e motivar o desenvolvimento dos usuários revela o surgimento entre estes profissionais de uma “cultura da esperança”, conceito que Sluzki (1997) estabelece para o necessário apoio emocional a uma população economicamente desfavorecida e desesperançada.

...eu acho que a **gente tem que ter esperanças** de melhoria..eu trabalho nesse serviço e tenho esperança ...**é uma alegria muito grande quando tu planta uma sementinha e colhe uma flor tão bonita**, sabe.. (RS-1)

As questões da integralidade em saúde vão além das ações no tempo presente. É a partir de uma análise acurada dos elementos construtores de um ambiente que podemos propor as bases para a construção de uma integralidade em saúde ou, como afirma Cecílio (2001), *a construção, uma quase “pactuação” mesmo, com boa participação dos trabalhadores, de um conceito mais operacional de necessidades de saúde já é em si, um bom dispositivo para qualificar e humanizar os serviços de saúde.*

7.2.2 A abrangência das ações do profissional

Neste estudo, partimos do pressuposto que a integralidade não é apenas uma diretriz definida no SUS, mas um conjunto de valores nos quais acreditamos e que se relaciona com um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Pinheiro e Mattos, 2003).

Para alcançar estes valores se faz necessário que as ações do profissional estejam sustentadas por uma visão integrada do homem para que se amplie a qualidade de vida da população, no entanto, segundo Ceccim (2003), a queixa maior do sistema de saúde é de que os profissionais não são formados para trabalhar para o SUS, com a atenção integral à saúde e em equipe.

Nos depoimentos abaixo encontramos a percepção do encontro das diferentes culturas presentes na atenção à saúde e que faz uma interface com a subcategoria 7.1.3 (A necessidade de qualificação profissional):

...a gente vem com visões de mundo, visões acadêmicas bem estabelecidas e aqui a gente tem que fazer essa miscigenação....um desmonte das situações pra se construir algo novo...a gente consegue ter uma visão integrada do sujeito....(RS-3)

...todo o profissional que está dentro de uma instituição que trabalha com saúde mental, ele é um propagador da saúde mental...ele é um propagador para a sociedade...fazer com que os casos que chegam no Caps não mais necessitam ser extremamente graves. (SC-3)

Ao tomar as necessidades da população como o centro de suas intervenções e práticas o profissional de saúde passa a compreender, como afirma Ceccim (2005), que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida. A partir do momento que os profissionais percebem que estão sempre lidando com histórias familiares, de vida, e não apenas eventos patológicos, a integralidade passa a ser construída no cotidiano e a resolutividade das práticas de saúde passa a ser direcionada às pessoas, sua história individual e coletiva.

7.2.3 A importância dos acordos da equipe para a dinâmica institucional

Nesta subcategoria, foram nucleados aspectos que sustentam uma dinâmica institucional que promova saúde, constituindo-se numa trama relacional na qual os profissionais estavam imersos.

Adotar a idéia da integralidade da atenção pressupõe um esforço de uma equipe multiprofissional no sentido de garantir a confluência dos seus vários saberes no espaço concreto e singular dos serviços, aqui entendidos como constituintes do microsistema, conforme a perspectiva da ecologia do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996).

Encontramos, através da percepção dos profissionais, os seguintes aspectos considerados importantes nas ações em equipe:

- a organização dos acordos e das decisões conjuntas,
- espaços de relacionamento das interdisciplinas,
- formulação de objetivos comuns,
- construção de projetos terapêuticos,
- disponibilidade do profissional.

Estes aspectos são importantes para a dinâmica institucional criar condições efetivas de promover saúde e pensar em equipe o seu fazer na atenção integral à saúde.

...a equipe é fundamental...ela é a alma do trabalho (*chora ao falar*)... é um trabalho que tu tem que estar disponível, tem que estar aberto pra aceitar tudo...se não fossem as pessoas, podia ter todo o recurso possível que não ia funcionar...se tu não fez o vínculo, se tu não acredita, tu podes ter caixas e caixas de ouro em pó ali que não vai funcionar...(RS-2)

...tudo é uma construção, eu acho que a equipe deve estar mais ou menos conectada...pensar mais ou menos da mesma forma para que funcione esse elo...de um pra outro...passar, falar a mesma linguagem...

“Caixas e caixas de ouro em pó” na percepção destes profissionais não resolvem os problemas dos serviços de saúde se não houver uma equipe comprometida na busca de uma atenção integral, focada nas necessidades da população, que na maioria das vezes vão além de consultas médicas, exames e medicação.

Os depoimentos trazem à tona a importância do papel de cada profissional das equipes de saúde mental, quando apontam que a troca destes saberes e práticas depende dos acordos destas novas vozes propostas pela reforma psiquiátrica. O surgimento de novos protagonistas nas equipes de saúde mental vai ao encontro de Moré et al (2004, p.66) quando afirmam que as equipes de saúde se tornaram polifônicas, ou seja, temos um conjunto de diferentes vozes, de diversas áreas, “que se conjugam para pensar saúde no contexto de uma equipe”.

7.2.4 Das ameaças ao funcionamento da equipe

As duas subcategorias a seguir representam os dois lados de uma mesma moeda, na medida em que as ameaças, se resolvidas pela equipe, oportunizam crescimento do trabalho.

O cotidiano destas equipes multidisciplinares revelou questionamentos em relação à postura dos mesmos frente à necessidade de se estabelecer ações comuns e integradas para que não se fragmente as intervenções em saúde como demonstra o depoimento abaixo:

...a gente é uma equipe multidisciplinar...mas **a gente não consegue trabalhar de forma interdisciplinar**...o saber do profissional tá muito pra cada um... porque se a gente não consegue dialogar aqui, como é que a gente vai dialogar fora e como é que a gente vai fazer a nossa pratica aqui e se conectar com a rede...(SC-4)

Levando em consideração que o trabalho interdisciplinar requer, por parte de cada profissional, o conhecimento e o reconhecimento da atuação das diferentes especialidades que atuam em conjunto e também uma relação grupal que possibilite uma comunicação e integração da equipe, encontramos no discurso destes profissionais elementos que são percebidos como obstáculos para se garantir um bom atendimento à população.

...quando a equipe não está integrada e não tem objetivos comuns, isso dificulta muito o andamento...é uma visão um pouco fragmentada...(SC-5)

...a gente tem dificuldade pra se organizar...a gente se esconde atrás das precariedades da Secretaria, da Prefeitura...**a gente tem um funcionamento meio umbiguista...**quando tudo é meta, nada é meta...quando tudo é prioridade, nada é prioridade na verdade...(RS-6)

...existem hoje **profissionais disponíveis** pra trabalhar e **profissionais não disponíveis...**e a dependência química precisa da equipe...(SC-5)

Vimos na subcategoria anterior o depoimento dos profissionais sobre a importância do trabalho em equipe na conquista da integralidade da atenção. No entanto, aqui são apontadas as dificuldades de organização da equipe e a indisponibilidade dos profissionais em trabalhar de modo integrado como entraves para o funcionamento da equipe.

Apesar da busca de capacitação apontada por vários dos profissionais, nenhuma das duas equipes passou por supervisão institucional na busca de melhor integrar seus saberes e práticas, bem como de estabelecer estratégias para lidar com as tensões do cotidiano.

Outro aspecto apontado com frequência refere-se às possibilidades de comunicação entre os membros da equipe. O medo de se mostrar para o outro faz com que o

profissional se feche em si mesmo, não se integrando, evidenciando um ponto nuclear, no caminho da construção da superação da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade.

Como aponta Moré et al (2001, p.95), *mostrar-se para o outro, em termos de objetivos e especialidade de seu trabalho na equipe seria o passo inicial para a interdisciplinaridade, a qual não precisa ser definida ou estabelecida a priori.*

Ainda segundo Moré et al (2001, p.95), a interdisciplinaridade se constitui na medida que os profissionais reconhecem e aceitam o saber do outro, e se sustenta *pela aceitação das diferenças e não por temor a elas.*

...**existe um certo medo**, um certo receio assim **de...falar** as vezes com o colega da equipe...(SC-2)

Acreditamos que a presença da Psicologia nas equipes de Saúde evidencia a importância e o alcance do conhecimento desta ciência como fundamental para um trabalho de integração dos diferentes saberes que transitam neste espaço multidisciplinar, bem como na superação da fragmentação decorrente dos diversos pressupostos epistemológicos que sustentam a produção do conhecimento. A Psicologia tem, como ciência, um olhar privilegiado para os fenômenos inter-relacionais e por consequência intersubjetivos.

7.2.5 Das oportunidades para o funcionamento da equipe

Como vimos anteriormente, um dos aspectos mais citados entre os entrevistados é a importância da comunicação entre os membros da equipe. Os conflitos e contradições necessitam de uma abordagem de forma profissional, sem dramas, no sentido da necessária separação da fronteira do papel profissional para o aspecto pessoal.

A opção de não falar dos problemas que fazem parte da realidade cotidiana, resulta no empobrecimento das relações profissionais e na permanência dos conflitos. Ao contrário, enfrentar os conflitos é favorecer a integração da equipe, a confiança e transparência nas relações profissionais, como indicam os depoimentos:

...que as pessoas tenham **liberdade de se comunicar**.... (SC-2)

...**liberdade de diálogo** entre os profissionais...(SC-5)

...**uma das coisas mais importantes é exercitar a comunicação**, uma comunicação saudável...a regra da não omissão...e porque é o lugar onde a gente tem pra descarregar e tem que ser dentro da reunião, não deve ser no corredor, porque se não vai dar muito mais trabalho de desfazer o ruído que vai ter na reunião...(RS-6)

A interdisciplinaridade se constrói a *posteriori*, ela surge como um desejo de querer se mostrar para o outro, ou seja, do desenvolvimento de uma atitude frente ao conhecimento que inclua a inter-relação com os outros profissionais e a aceitação da influência mútua decorrente desta relação (Moré, 2001).

...**o principal é conhecer um pouquinho do outro**...do que eu faço...do que eu posso fazer, até onde posso ir...respeito, conhecimento, a maturidade, estudar juntos, conhecimento da prática, da realidade...(SC-4)

...**procurar trabalhar como um todo...todos juntos**...todo mundo conhecendo todos os casos...ser uma equipe interdisciplinar (SC-1)

No discurso dos profissionais, fica claro o reconhecimento e valorização do saber e da importância da intervenção de todos os membros da equipe. A busca de um consenso das ações surge como um desafio a ser superado pela construção de uma linguagem comum a todos.

...acho muito importante as pessoas mais ou menos **falarem uma mesma linguagem**...a equipe tem que estar conectada...tu não tem uma função definida...(P-1)

...o trabalho conjunto, **as decisões serem tomadas sempre em conjunto...**(P-4)

...a interdisciplinaridade é fundamental...**não dá pra cada um ficar no seu canto...**tem que se passar as coisas que estão acontecendo, rever os planos toda semana, não deixar as coisas no ar...(RS-7)

...**o trabalho em equipe é a unidade..** é pegar junto...(RS-5)

Hoje, as demandas da saúde exigem dos membros de uma equipe multidisciplinar, uma ação baseada principalmente do diálogo e na troca de saberes, que segundo More et al (2001), se dará pelo reconhecimento e aceitação das diferenças e não por medo delas.

Nestes depoimentos ficou evidente uma série de condições pessoais consideradas importantes para a construção da interdisciplinaridade que supere a multidisciplinaridade, como a humildade de reconhecer a necessidade de aprender com o outro; o desejo de se expressar em grupo; a necessidade de aceitar as diferenças e a importância de acordos comuns.

7.2.6 Dos atributos fundamentais para as relações profissionais

Os atributos, aqui entendidos como as qualidades atribuídas aos indivíduos, revelaram-se como indicadores na transformação da postura que se espera do profissional.

...o **coleguismo...**a **questão da união...**(SC-3)

...é a **solidariedade**, o companheirismo...tu tendo solidariedade, tu consegue falar de maneira adequada e o colega também consegue ouvir...(RS-2)

...**cooperação**, acho que **disponibilidade**...tu poder perceber o tempo de cada um, que as vezes as pessoas pra entrar num processo...umas são mais rápidas do que outras...(RS -3)

...o entendimento e a **humildade de saber** que teu colega que está do lado possa estar te incrementado em alguma das tuas ações com teus pacientes...(SC-3)

Estes atributos, na abordagem ecológica do desenvolvimento humano, fazem parte da estrutura da pessoa e são chamados de recursos, ou seja, as características adquiridas e internalizadas pela interação da pessoa com o ambiente, bem como suas experiências, habilidades e competência social.

7.3 PERCEPÇÃO SOBRE SEU DESEMPENHO PROFISSIONAL E PESSOAL

Na dinâmica das interações que constituem o cotidiano do serviço de saúde, o profissional de saúde se depara com múltiplas dificuldades concretas que vão das necessidades da população às condições de trabalho entre outras, que os afetam física e emocionalmente.

Para a maioria dos profissionais entrevistados, o trabalho que desenvolvem têm importância no seu desenvolvimento pessoal e se afetam recursivamente, transformando-os enquanto ser individual e coletivo, como demonstram as subcategorias a seguir.

7.3.1 Do surgimento de vivências à luz da demanda

Nesta subcategoria, buscou-se identificar os elementos constitutivos da relação/interação existente entre os profissionais, em suas práticas cotidianas, as características da clientela atendida e as dificuldades da instituição propriamente dita.

Assim, a partir das observações e da prática de atendimento, estes profissionais se deparam com características dos usuários como instabilidade emocional, dificuldade de

cumprir acordos, famílias em crises, com problemas de toda ordem associados à violência, marginalidade e exclusão social.

A descrição das vivências decorrentes deste contexto afeta a equipe, como Cardoso (1999) aponta, seja nos sentimentos de angústias, fragilidades, impotência, na percepção da inconstância e descontinuidade do trabalho terapêutico, e no sentimento de fazer um trabalho sem importância, marginal e na dificuldade de separar o profissional do pessoal.

As afirmações em continuação revelam os diferentes sentimentos e efeitos desse cotidiano como um todo, seja no aspecto profissional ou pessoal.

...aqui no Capsi eu ainda tenho essa **angústia de que...o retorno, assim a melhora do paciente é mais a longo prazo...**(SC-1)

...a **impotência** de muitas vezes não poder fazer ações que você acredita serem as mais eficazes, **isso é muito frustrante...**(SC-3)

...**é um trabalho que te envolve muito emocionalmente...**tu sai daqui com o guri na cabeça...**isso no início me dava desespero**, meu marido diz...depois que tu foi pra CH, tu piorou...tu ta enlouquecida, isso ta te fazendo mal...tu acaba ficando sempre estressada, mais irritada, frustrada na verdade...**é uma frustração em cima da outra...**(RS-2)

....a gente tem que lidar muito aqui com o **sentimento de impotência...a impotência acaba afetando com certeza o pessoal...**(RS-3)

....quando a equipe meio que cai, se decepciona né, então leva todo mundo, todos os profissionais, porque as **vezes a equipe pega uma desilusão como se o nosso trabalho não estivesse dando frutos...**(RS-5)

Abaixo o depoimento revela a possibilidade de encontrar o apoio emocional da equipe, de realizar trocas, de obter acolhimento entre eles, como estratégia de reverter a sensação de impotência que surge no cotidiano.

...graças a Deus que sempre tem um, da equipe, que vai, levanta, e mostra o outro lado da realidade, que apesar de os números serem baixos, nós temos frutos bons, então dá pra levar...(RS-5)

...eu particularmente acho que tive um pouco de sorte...porque penso que é uma equipe muito boa nesse sentido da comunicação, da abertura...talvez se fosse uma equipe problemática, isso afetaria muito a minha vida pessoal...(SC-2)

...eu **tenho muita necessidade de falar mesmo que eu não queira** ...nem todos (os amigos) trabalham neste programa mas a gente se fala muito, faz jantar e bebe e tal e aí solta a língua e começa a rebubinar a fita das tragédias que a gente vê... **acho que re-significo o que eu vivi...**(RS-6)

O profissional sozinho não dá conta de realizar a intervenção necessitando de apoio de outro profissional, seja para discutir o caso, seja para conversar e trocar informações e de se apoiarem mutuamente.

O desgaste emocional vivenciado pelos profissionais de saúde necessita de um respaldo da instituição no sentido de propiciar um cuidado com o cuidador, como apontam muitos estudos sobre qualidade de vida do trabalhador (Patrício, 1999), em busca de soluções que priorizem ações de fortalecimento e crescimento de potencialidades pessoais e profissionais, que certamente reverterão em benefício de todos.

Estas afirmações são exemplo de como a própria equipe tem recursos para se acolher, mas que muitas vezes diante da sobrecarga da demanda, esta capacidade fica em segundo plano no que se refere a possibilidade de apoio uns aos outros. Acreditamos que o profissional da Psicologia deve estar atento a este aspecto para buscar um trabalho de desenvolvimento da equipe, ainda que este recurso tenha que vir como um pedido dos profissionais aos órgãos competentes.

7.3.2 Dos limites das ações de saúde do profissional no contexto da instituição.

Acreditamos que a implementação de um programa que tem por missão a promoção de saúde de crianças e adolescentes depende da capacidade institucional de articular mecanismos e instrumentos que possibilitem uma atuação coerente entre os diversos setores, instituições, grupos e indivíduos envolvidos com os objetivos do programa.

Os profissionais revelaram que às vezes não conseguem trabalhar porque as políticas não estão implantadas, suas ações vão até um determinado ponto e param. Esta constatação vem ao encontro da observação de Cunha & Cunha (2003) sobre as políticas sociais, quando afirmam que há pouca reflexão dos poderes locais quanto à sua capacidade de gestão, ou seja, das reais possibilidades que as administrações assumam a organização e condução dos sistemas locais das políticas sociais, seja nos aspectos políticos, administrativos e/ou financeiros.

Vários são os relatos dos profissionais sobre os limites das suas ações em saúde, como podemos ver abaixo:

..diariamente...**é impotência de ambos os lados**...na tua relação com o usuário...e em contrapartida existe também essa questão toda institucional...(RS-3)

... quando tu trabalha com a questão que é social, que tem o viés do social, tu fica pensando que **muita coisa poderia ser amenizada se fosse trabalhada a estrutura em que está inserida essa pessoa, e aí é uma situação que fica difícil**...(RS-3)

... a gente está com **uma falta muito grande de RH**, pra trabalhar e daí a gente tem que acabar dando o nosso tempo... (RS-7)

A leitura da Portaria 336/MS que implantou os Caps em todo o território nacional demonstra que para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam sofrimento psíquico, faz-se

necessário constituir uma rede de atenção, que inclui recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer.

A integralidade em saúde, portanto é fruto de uma articulação dos serviços de saúde com uma rede muito mais complexa e composta de outras instituições não necessariamente do setor Saúde. A integralidade precisa ser pensada no macrosistema, uma vez que entendemos que a melhoria das condições de vida é tarefa e um esforço intersetorial para atender a demanda.

Ainda encontramos entre os depoimentos dos profissionais, a desvalorização profissional e financeira como fatores que os afetam.

....a gente não é valorizado financeiramente, já não tem muitos recursos, muito apoio, não tem material para trabalhar, então...com certeza a nossa saúde mental fica muito comprometida... (SC-4)

....infelizmente a gente tem ainda discurso muito avançado, muito bom, mas na prática **o que é deixado pra esses meninos, pra essa infância ainda é muito resto** né, principalmente pra nossa unidade que atende **a gurizada que está na rua...já não tem nada mesmo então qualquer coisinha vai servir porque eles não vão reclamar...** é uma falta total de recursos. E o que acaba acontecendo? **A equipe acaba se sentindo extremamente desvalorizada, porque se não tem recurso, serve qualquer coisa também pra equipe, a equipe se vira com qualquer coisa, tem que dar conta de qualquer coisa, então se sente desvalorizada...** as pessoas acabam se esgotando por mais integradas no projeto, por mais que gostem de trabalhar né, por mais responsáveis que sejam, chega um ponto que não dá, é uma falta de limite total né...desde assim de grana que tu põe pra comprar material, pra tu poder sentir prazer com teu trabalho pra pelo menos dar certo alguma coisa ... **...o pior é frustração de não ser reconhecida enquanto trabalhador...**essa é a pior coisa que eu acho...(RS-2)

Nestes depoimentos constatamos que os profissionais encontram-se sem escuta e acolhimento por parte das instituições e respectivos gestores. Se o princípio da integralidade do sistema de saúde implica uma recusa à objetivação dos sujeitos e ao mesmo tempo propõe a abertura para o diálogo, ampliando assim as percepções das necessidades dos grupos e melhorando a capacidade de respostas a tais necessidades, é urgente que se abra espaço para a valorização deste profissional que carrega no cotidiano a missão de superar os reducionismos das práticas em saúde.

7.3.3 Do aperfeiçoamento pessoal

Esta subcategoria está alinhada com a subcategoria 1.5 Da necessidade de qualificação profissional.

Bronfenbrenner (1996) nos auxilia nesta reflexão quando em seus estudos enfatiza a relação diádica como elemento de grande importância no desenvolvimento humano, ou seja, na medida em que um membro da díade vive um processo de desenvolvimento, este repercute no outro.

.... eu acho que **tudo isso que eu vivo no trabalho me transforma completamente né, existencialmente eu acho que eu sou outra pessoa graças a este trabalho**... eu nunca tinha visto o mundo com os olhos de alguém que está na rua, eu vejo a rua com outros olhos e aí vejo o ser humano com outros olhos depois que comecei a viver e conviver com essa gurizada né...(RS-6)

...talvez assim pela minha idade...eu já tenha conseguido um pouco...não digo separar, eu digo **até misturar talvez o pessoal com o profissional sem que isso afete nenhum dos dois lados**...(SC-2)

...eu cuido bastante pra não afetar minha vida em relação à minha família...**Mas também me ajudou, como eu tenho filhos adolescentes, a cuidar melhor deles**...(RS-5)

Apesar das referências à exaustão emocional que vivenciam no cotidiano e dos limites objetivos da atuação profissional surgiram importantes relatos sobre o desenvolvimento pessoal alcançado pela interação entre todos os que transitam neste ambiente.

Esta análise nos revela uma certa contradição ou dicotomia na qual os profissionais estão imersos, pois de um lado há uma notória restrição ao movimento da equipe em promover saúde diante dos obstáculos apontados, e por outro lado vimos surgir um movimento de mudança pessoal que vai do relacionamento com filhos, amigos e parceiros e ampliando a visão de mundo evidenciando o efeito recursivo do ambiente no profissionais entrevistados.

7.4 DA ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Nesta categoria, buscamos junto aos profissionais, os aspectos que consideraram importantes para implementar ações de saúde visando um melhor atendimento à clientela.

Esta implementação foi observada pelos profissionais tanto nas ações da equipe quanto da instituição, uma vez que consideramos que as iniciativas das equipes não podem ser dissociadas da organização institucional e que esta deve permitir e incorporar a expressão crítica da equipe, na identificação de problemas e alternativas.

7.4.1 Indicadores para a articulação entre real e ideal

Para contextualizar esta subcategoria se faz necessário refletir sobre como essas equipes se movem entre efetivar um projeto terapêutico, o objetivo da instituição de promover

saúde e de tudo isso que está no papel e desejado pela equipe e pela instituição. Como ela se move entre o ideal e o real?

Quando falamos de real, falamos da demanda que a população traz ao serviço, com necessidades complexas e urgentes, e que exigem desta equipe compromisso e maturidade para compreendê-las de forma integral, bem como, capacidade de articular, dentro das ofertas de serviços existentes na comunidade, as possibilidades de promoção de saúde.

Consideramos os depoimentos dos profissionais como indicadores para encurtar esta distância entre o ideal e o real e assim construir a instituição possível.

Neste ponto, vamos encontrar uma interface com a subcategoria 7.3.3 quando os profissionais apontaram uma percepção sobre os limites dos poderes locais na condução das políticas sociais.

Pelos depoimentos, os profissionais apontam a falta de diálogo e participação nas decisões e organização dos serviços e programas sociais, indo ao encontro da análise de Cunha e Cunha (2003) quando afirmam que a adesão dos municípios aos modelos de gestão das políticas sociais de forma descentralizada e participativa ainda carece de uma renovação dos processos técnicos-burocráticos.

Quando perguntamos sobre a relação do Caps com a rede de atenção à criança e ao adolescente, os depoimentos foram quase unânimes em relação à fragilidade da articulação intersetorial.

...até a Portaria do Caps..está bem longe...da realidade que a gente ta vivendo... ..não depende da gente...depende das políticas públicas mesmo.. (SC-1)

...**não se tenta trabalhar junto**, fazer uma pressão pra que a coisa aconteça ... então ... **isso é da saúde, isso é da assistência...**e esse discurso é incorporado e atrapalha completamente o nosso trabalho...

...**há um processo assim de...**diálogo entre as políticas, mas ainda é fragmentado... **a gente não consegue dialogar** ...(SC-4)

...é uma relação sempre muito difícil..**as coisas ainda são muito no discurso...**(RS-2)

...**as políticas aqui não estão sustentando, não estão dando retaguarda na atenção do Caps...**essas políticas dão um grande furo na hora dos meninos saírem do programa...não dão sustentação como deveriam...(RS-1)

...**as políticas são muito isoladas...a educação trabalha com a educação...a saúde com a saúde...desintegradas...**muito voltadas para o benefício...o ganho . É muito difícil as políticas trabalharem em cima de uma conscientização...uma conscientização do usuário, da necessidade de compreender porque aquilo é importante pra vida dele...(SC-5)

...eu não estou muito a par, mas vejo que é um sistema que parece bastante complicado...**tem bastante discórdia**, bastante divergência quanto ao funcionamento...**a gente não consegue fazer aquilo que está no papel, é impossível...a realidade é diferente das normas técnicas, mas vai se levando...**(RS-5)

Vários são os desafios das políticas públicas do nosso País, voltadas para o atendimento à infância e à adolescência no que diz respeito aos aspectos jurídicos, históricos e sociais, tendo em vista a tradicional centralização dos recursos públicos frente as mudanças implementadas pelas novas diretrizes legais baseadas na Carta Constitucional de 1988.

O princípio básico de descentralização do poder público e da regulação social das políticas, baseado na interação entre o setor público e a sociedade civil ainda se encontra em transição como vimos em Cunha e Cunha(2003).

Constatamos em nosso estudo, dificuldades importantes na construção desta interação, com conseqüências imediatas para as ações dos profissionais de saúde.

...na prática...**existe todo um discurso sempre de se priorizar a questão do atendimento de crianças e adolescentes**, dos investimentos todos que a gente ouve, propagandas de repasse de verbas tanto federais como locais, **só que na pratica não tem todo esse investimento e essa mobilização...**(RS-3)

...falta priorizar esse programa de atenção a criança e adolescente em situação de rua....o princípio da equidade ser praticado mesmo...**a gente precisa se responsabilizar mais, parar de botar na chefia e no outro, projetar menos e se implicar mais...eu acho que crescer, amadurecer, funcionar com mais maturidade...**(RS-6)

...**as políticas públicas não priorizam o morador de rua, não priorizam essa população**, dentro desse universo de população em vulnerabilidade social...**no discurso a criança é prioridade absoluta, mas não é...**acho que as instituições não estão ordenadas pra cumprir o ECA, a doutrina de proteção integral ainda não está introjetada por nós todos...(RS-6)

A garantia de recursos humanos e materiais no Capsi, também foram aspectos apontados como relevantes para o desenvolvimento da atenção psicossocial.

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo, da Opas/OMS (2001), nos países em desenvolvimento existe uma carência de especialistas e trabalhadores em saúde com os conhecimentos e aptidões necessárias para o trato de transtornos mentais e comportamentais, constituindo-se numa significativa barreira à provisão de tratamento e atenção.

Neste mesmo Relatório, constata-se que embora a saúde mental deva ser financiada com os mesmos recursos e os mesmos objetivos com vistas à distribuição dos ônus financeiros na atenção de saúde, ainda encontramos problemas referentes à destinação de verbas para os serviços de saúde mental, devido à baixa prioridade aparente e a falsa impressão de que saúde mental não é importante.

Os profissionais entrevistados apontaram para um quadro que necessita de urgente investimento objetivando a capacitação de recursos humanos e a garantia de orçamentos

que incluam os serviços e suas necessidades específicas para atenção psicossocial conforme proposta pela Portaria 336 do Ministério da Saúde.

...nunca tem material, nunca pode contratar, nunca pode nada...me parece muito frágil porque nunca tem recurso....Mas também aquele outro lado de que as políticas né... **é aquela visão fragmentada...do ser humano...**(SC-4)

...nenhum médico da Secretaria da Saúde quer vir pra cá, porque trabalhar aqui as pessoas têm como horror...(RS-2)

..a questão da **falta de outros profissionais** trabalhando em saúde mental..(SC-3)

...ainda deixa a desejar...**sempre é uma promessa** A gente está aqui há 4 anos e sempre passando por momentos diferentes...vai mudando as pessoas da equipe, vai...reconstruindo a proposta de trabalho, mas **está sempre faltando o apoio principal...**a gente está de novo agora acreditando que vai ter mais apoio, que vai ser mais visto..que não estão banalizando nossas queixas..que as vezes chega lá como queixas..(RS-7)

..a gente **precisaria ter geração de renda, escolarização, cursos**, que é muito importante pra nos dar sustentação no momento que o menino sai, políticas de habitação, não tem é muito complicado...(RS-2)

...a saúde mental...ela ainda é vista como uma parte isolada...você faz ações dentro do Caos mas **as ações poderiam ser feitas dentro da comunidade onde está incluído o usuário do Caps**, elas as vezes não acontecem, e elas seriam o complemento e não acontecem. ..eu acho que a fragmentação do usuário é o principal e mais relevante...(SC-3)

Cabe refletirmos sobre os aspectos apontados no Relatório sobre Saúde no Mundo da OPAS (2001) que relaciona uma série de estratégias para melhorar a saúde mental das populações e prevenir distúrbios mentais e que são importantes para os profissionais dos Capsi, na medida que estes apontaram o isolamento e fragmentação da ações que realizam nos serviços, conforme os depoimentos abaixo:

7.4.2 Indicadores para a integração da rede

Como vimos anteriormente, os Caps, segundo a Portaria 336 do MS(2002), é definido como um dispositivo que deve estar articulado na rede de serviços de saúde e que necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

Entendemos, a partir desta definição, que o projeto dos Caps inclui um conhecimento científico mais ativo e mais consciente da complexidade em que está inserido e, diante disto, percebemos um desejo e uma luta dos profissionais entrevistados para que pudessem se incorporar a rede de atenção e cuidados à criança e ao adolescente. Quando perguntamos sobre como percebem a relação do Caps com a rede, encontramos diferentes visões entre os profissionais:

...o serviço em dois anos poderia estar mais integrado...**as políticas... são muito isoladas aqui...é uma relação de benefícios, não é uma relação de políticas...**(SC-5)

...**é a que está sendo possível no momento**...existe uma comunicação...não chegamos ainda neste consenso idealizado...isso é um processo que sempre vai estar mudando...isso é um movimento...um processo dinâmico...(SC-2)

...**Fragilizada** ...a saúde mental ainda é vista como uma parte isolada..(SC-3)

...**a relação da gente é boa**...(SC-1)

...**Tá melhor, já foi pior**.... mas nós temos algumas dificuldades ainda... como o serviço é muito novo, a falta de conhecimento existe dentro do próprio município...(RS-1)

...**é uma relação sempre muito difícil**..as coisas ainda são muito no discurso...(RS-2)

...eu acho que **há um desconhecimento da rede do nosso trabalho**, da forma como a gente trabalha e das nossas demandas...a gente tem vários

embates com outros serviços que na verdade poderiam ser colaboradores para facilitar os atendimentos...(RS-3)

...**nosso serviço hoje ele é reconhecido dentro da rede hoje** como um serviço de referência em drogadição e saúde mental para criança e adolescente em situação de rua...(RS-4)

...**que eu saiba está bem integrado**...tem suas divergências de pontos de vista, com algumas dificuldades...(RS-5)

...**não temos uma relação de fluidez dentro da rede da criança e do adolescente**... eu acho que tem altos e baixos (RS-6)

...**acho que tem muito desgaste dentro dessa rede**...porque não tem estrutura, que dê suporte, faltam muito mais coisas...por outro lado eu vejo essa rede também como um...dos melhores exemplos de rede...(RS-7)

Percebe-se que os profissionais não têm um discurso comum sobre como se relacionam com a rede. As equipes nos trazem pontos e itens que precisariam ser abordados para efetivar uma rede integrada de saúde, de cuidados, mas são perspectivas individuais e não do grupo.

A rede não existe por si, só se concretiza através de ações isoladas, pelas possibilidades de contatos e decisões individuais, revelando o “fenômeno da personificação das ações em saúde” já identificado por Moré (2000).

O depoimento abaixo exemplifica a situação da rede e do fenômeno a que nos referimos:

...eu pelo menos na minha área **o que eu preciso das outras redes**, o que é necessário eu tenho conseguido, **pedindo vai**...eu preciso de especialistas, **eu consigo** especialistas, consigo os tratamentos que nós não temos aqui,....tem dificuldades, não é muito fácil...(RS-5)

A equipe vivencia como necessidade a integração da rede para que suas ações se efetivem, se organizem, mas não se percebe uma proposta de abordagem da rede

enquanto equipe. Para o profissional de saúde que circula pelos corredores das equipes talvez estas falas já se naturalizaram. Mas qual é a mensagem implícita nestas falas?

Concordamos com Moré (2000) quando afirma que estas falas se naturalizaram tanto que não se está aprofundando o significado disto. A falta de diálogo, as divergências, a fragilidade das redes, viraram chavão. O que se pretende é ir além, procurar novas significações. O que está por traz desta falta de diálogo? Assumir que existe uma falta de diálogo implica ir além dela.

...eu acho que **a gente tem um funcionamento às vezes meio umbiguista, meio olhando para o próprio umbigo.....**a gente é admirado entre aspas pela rede, pelos outros caps....**admirar é olhar à distancia** né, admirar é mirar de longe **...não dá pra dizer que uma rede flui bem se eu fico mirando a distância alguém...** então a gente não tem intimidade com a rede...(RS-6)

Parece que a desarticulação da rede se transformou em um rótulo. E isto se torna um grande dilema na saúde. A questão do rótulo não fica restrita só ao diagnóstico, mas também o rótulo das ações de saúde – falta diálogo – que parece ser definidora das possibilidades/impossibilidades da equipe.

O Coordenador de uma equipe precisa ser necessariamente um motivador desta equipe, tem que ser qualificado e entender o que é ser um motivador da equipe, reproduzindo a revolução na microesfera. Como afirma Bronfenbrenner, essa microesfera está relacionada com a meso e a exoesfera – município, estado e políticas públicas

A impressão que passa é que os profissionais precisam de autorização para dialogar com as políticas existentes. Se falta diálogo é porque se faz necessário e quem é que propicia e organiza este dialogo?

A equipe de RS passou por várias coordenações até que por falta de uma indicação ou de quem pudesse assumir. A Secretaria de Saúde propôs que a própria equipe resolvesse e indicasse o coordenador. A equipe então propôs dois membros da equipe, ficando cada um num período, pois ninguém, a princípio queria assumir. A equipe pode então, eleger seus coordenadores, diante da dificuldade da Secretaria de Saúde de indicar um profissional para este cargo.

Aqui encontramos uma situação em que o poder local abriu espaço para que os profissionais de saúde pudessem tomar decisões que os levou ao gerenciamento do Caps.

7.4.3 Das estratégias para enfrentamento de conflitos

Nesta subcategoria, fica explícita a necessidade dos profissionais de uma supervisão institucional para que possam organizar estratégias, consideradas por eles, como fundamentais na construção de uma prática que promova saúde não só para a clientela, mas também para a equipe.

...os profissionais teriam que **ser mais treinados... ter um apoio psicológico...** da instituição acho seria um apoio aos profissionais, alguém não sei, que **pudesse nos apoiar e nos ensinar a trabalhar em equipe...**(RS-5)

...a equipe apontar as suas necessidades.... e poder levar isso sempre pra secretaria.... a secretaria poder se sensibilizar com isso e poder ter mais agilidade pra essa manutenção... de poder facilitar meios de comunicação com outros serviços que também é função do caps, mas acho que tem que ter alguma coisa interna da secretaria, que possa facilitar estes intercâmbios...(RS-3)

...a equipe precisa **aprender a se organizar melhor... e a instituição acreditar mais no trabalho da gente e implementar recursos...**(RS-1)

...a gente precisa se responsabilizar mais, parar de botar na chefia e no outro, projetar menos e se implicar mais...eu acho que crescer,

amadurecer, funcionar com mais maturidade...deixar de ser umbiguista significa a gente poder ser mais autônomo, menos heterônomo...(RS-6)

...a gente é tão criativo, a gente faz tanto com tão pouco... **dar mais vazão à nossa criatividade...**(RS-7)

Nos depoimentos acima constatamos alguns indicadores importantes, levantados pelos profissionais, para o enfrentamento dos desafios cotidianos, no sentido de romper com o que Moré (2000) chama de círculo vicioso da “impotência versus possibilidades” que acaba tomando conta da dinâmica das equipes diante das pressões da demanda e da instituição.

Na verdade o que estes profissionais levantaram como estratégias para o enfrentamento dos desafios cotidianos já estava previsto no Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental (2002).

Este Relatório apresenta um capítulo sobre princípio e diretrizes de uma política adequada de recursos humanos, integrada nos planos municipal, estadual e federal, para a valorização do trabalhador de saúde mental, possibilitando assim, a consolidação da Reforma Psiquiátrica através do exercício ético da profissão na produção dos atos de cuidar. Dentre as várias propostas apresentadas, além da capacitação e qualificação continuadas ficou estabelecida a necessidade de se garantir supervisão clínica e institucional para os trabalhadores.

A Portaria 336/MS que implanta os Caps, determina em seu artigo 1º, parágrafo 1º, “que as equipes deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes” e também define que todas as modalidades de Caps deverão “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica,

serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial”.

Cabe aqui refletir sobre estes dados, na medida em que estes profissionais, quando apontam a urgente demanda pela supervisão e qualificação profissional de suas atividades, explicitamente nos trazem as impossibilidades de cumprimento da Portaria 336, quando esta determina que esta mesma equipe supervisione e capacite a rede de atenção básica.

Portanto, resgatando Bronfenbrenner (1996), os direcionamentos do macrossistema, aqui no caso representado pelo Ministério da Saúde, parecem não repercutir no microsistema, ou seja no Caps. Parece ser necessária uma investigação mais acurada das possibilidades do exossistema como ponte para a efetivação dos princípios propostos pelo Ministério da Saúde para a reforma psiquiátrica.

7.5. O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O CUIDADO DE SI MESMO.

Nesta categoria, nossa preocupação voltou-se para as estratégias que estes profissionais estabelecem no cotidiano de seus afazeres, como meio de preservar a qualidade de suas vidas, frente a um trabalho que, como vimos, traz sentimentos diversos que vão da sensação de impotência à alegria de compartilhar o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes por eles tratados.

...é um trabalho que te envolve muito emocionalmente...(RS-2)

...a gente tem que lidar muito aqui com o sentimento de impotência...a impotência acaba afetando com certeza o pessoal...(RS-3)

De maneira geral, todos os profissionais relatam atividades que representam o que Patricio (1999) chamou de “respiradouros”, ou seja, aqueles momentos onde o ser humano se refaz, se recria e transforma a realidade.

Muitos foram os cuidados ou atividades de “respiradouros” citados pelos profissionais, tais como:

- O cuidado com o corpo/saúde;
- O cuidado com o saber;
- O cuidado com a própria saúde mental;
- Atividades artísticas;
- Atividades de lazer;
- Atividades religiosas.

Estes cuidados e/ou atividades se apresentaram de certa forma entrelaçados, ou seja, os profissionais relataram realizar mais de um cuidado ao mesmo tempo, como mostramos a seguir:

...sempre procuro...**estar lendo bastante**...vou, **me divertir**, tenho meu lazer....e ver que...que a gente não é Deus, né pra ta resolvendo tudo...É assim que eu me administro....(SC-1)

...em primeiro lugar a saúde, **ter um certo cuidado**... e eu procuro **também** ter lazer, me divertir, enfim, ter uma boa relação com as outras pessoas ... **isso é muito importante, né** ... com os meus filhos ... **eu acho que se pode trabalhar e ter uma boa qualidade de vida**....(SC-2)

...Eu **freqüento grupo de apoio, grupos psicoterápicos**... ...eu trabalho muito a minha qualidade de vida porque se eu estou aqui também trabalhando com a qualidade de vida para melhorar os que aqui estão sem ela eu tenho que preservar a minha para poder ajudar a eles senão de forma contrária eu vou prejudicar...(SC-3)

...eu tenho buscado **fazer artesanato** ... que é uma coisa assim que me dá muito prazer, que eu gosto... to pensando que **lazer não é supérfluo**, que é uma coisa importante que ... também é saúde mental ... e to tentando assim, num conjunto, **a alimentação** ... sei da **necessidade de fazer**

exercício físico, mas ainda não consegui... acho importante assim **fazer terapia**, só não ... não to fazendo agora porque não posso, a gente tem outras prioridades...(SC-4)

...eu **faço taichi, né, taichi-chuan**, desde noventa e dois, faço a doze anos ... eu **estudo filosofia oriental, voltei a tocar violão** ... tem as **viagens no final de semana** ... tem o meu marido e meus amigos... **pratico esportes, uma boa leitura, uma boa música** ... agora faz tempo que eu não tô na terapia, mas já houve tempo em que eu ... apelava pra uma terapia, né. (SC-5)

...Eu tento manter uma rotina de exercício físicos, tento fazer do meu fim de semana o máximo de atividades recreativas, com meu amigos e com meu filho...(RS-3)

...eu faço **acompanhamento psicológico** mais ou menos há quatro anos.... a gente tem que ter este suporte, eu acho importantíssimo ter este suporte de acompanhamento terapêutico fora...(RS-4)

...eu sou evangélica, sou cristã, então **eu me baseio muito nas palavras que Jesus dá na Bíblia né...então através de oração**, através de apoio do pastor, e de apoio de amigos, eu consigo me manter nesta situação...(RS-5)

...as válvulas de escapes são as conversas, os amigos, o afeto, o amor e o cigarro a bebida as vezes...(RS-6)

...primeiro entrei num atelier né ...e eu ..é a minha droga... eu tenho que pintar... meu sonho de consumo é conseguir fazer... é ioga, **to louca pra fazer ioga...**(RS-7)

Constatamos um amplo leque de opções de atividades que vão da cervejinha com os amigos, a uma boa leitura, a ouvir uma boa música, ou pintar, praticar exercícios físicos, passear com os filhos. Isso nos revela o quanto, para estes profissionais, é importante manter a qualidade de vida através de momentos de felicidade, de prazer, de alegrias e desejos que amenizem seus momentos de dor, frustração, tristeza e insatisfação.

Estas são as formas encontradas pelos profissionais para transcender as dificuldades do cotidiano, apontando para uma necessária mudança de contexto frente aos processos de produção em que se encontra inserido.

Acreditamos que o mundo do trabalho tem sido focalizado através de temas mais contextualizados, que vão além das questões salariais, jornada de trabalho e segurança no trabalho.

As discussões começam a se voltar, como aponta Patrício (1999), para a satisfação do trabalhador pelo próprio trabalho. Estamos vivendo um processo coletivo de resgate da subjetividade humana, onde se incluem os desejos, vontades e as possibilidades de expressão de emoções, crenças e valores, que contribuem na transformação e recriação de maneiras de pensar e agir.

Esta nova abordagem da saúde do trabalhador precisa ser necessariamente incorporada pela gestão pública a partir do que já está proposto, como vimos, pelo Relatório da III Conferencia Nacional de Saúde Mental(2002), pelo Relatório sobre Saúde no Mundo/OPAS/OMS (2001) e pela própria Portaria 336/MS(2002).

7.6. ACOLHENDO UM NOVO PROFISSIONAL NA EQUIPE.

Diante de todos os aspectos percebidos pelos profissionais, buscamos conhecer o que eles consideram significativo para apresentar o seu trabalho a um profissional que está chegando ao serviço.

7.6.1 A apresentação do serviço e seu impacto na vida pessoal

Apresentar o serviço e apontar o impacto que este serviço causa na vida pessoal dos profissionais surgiram como aspectos que devem ser explicitados para um profissional novo.

...explicar como é o tipo de trabalho...o que vai encontrar pela frente.
...porque **quando tu começa a falar do trabalho as pessoas se assustam um pouco...**(RS-2)

....**a princípio**, que ele não desista... porque é difícil ... **é um caminho difícil, é um trabalho longo...**eu poderia falar pra ele o que eu vivi... uma mistura de medo... é um trabalho que...é...tem pouco retorno...(RS-1)

...**é isso que eu digo sempre**, você pode se apavorar no início, mas com o tempo vocês vão se apaixonar pelo serviço, **pelo que fazem, pelos usuários, por tudo...**(RS-4)

...costumo falar a realidade do serviço, que é um serviço bom, que a pessoa tem que se cuidar pra não levar os problemas daqui pra casa... que dê tudo de si, mas que não vá tão fundo ao pote assim porque senão o tombo vai ser feio...(RS-5)

...a gente vê o quanto as pessoas sofrem, eu tenho visto pessoas sofrendo aqui...(RS-7)

Como já dissemos anteriormente, a maioria dos profissionais entrevistados tem pouco tempo de experiência em saúde mental, o que nos faz supor que os impactos e mudanças ocorridas decorrentes deste ambiente, precisam ser reconhecidas de imediato para que os novos profissionais tenham maiores possibilidades de pensar estratégias pessoais para o enfrentamento do sofrimento que emerge das interações no serviço.

7.6.2 Identificação pessoal com o trabalho

Um dos aspectos apontados foi a importância de “gostar do que faz”. Aqui o prazer no trabalho parece estar ligado à liberdade de escolha por esta profissão, para transcender e superar as limitações inerentes ao cotidiano destes profissionais.

...pra trabalhar com saúde mental **tem que gostar** em primeiro lugar...(SC -1)

... perceber se realmente ... **se é uma coisa que queres fazer, que tu gostas de fazer** ... ou pelo menos sentir se é isso ou não..(SC-4)

...a princípio tem que ver se esse profissional que vai entrar **está identificado com a proposta** que aí tu vai dizer uma coisa, **se ele não ta identificado com a proposta, não tem nem como...**(RS-2)

...Primeiro eu perguntaria **tu gosta? Tu tem vontade ? tu acha que tem a ver contigo? Quer estar aqui?...**(RS-6)

..eu digo..olha **se tu acha que não é teu lugar aqui não fica aqui...**(RS-7)

7.6.3 Capacitação permanente

A capacitação do profissional teve um destaque também, como já vimos pela própria experiência dos entrevistados.

...muitas vezes a pessoa chega no Capsi, mas não ... **nem sabe o que é saúde mental... o que é cuidar desse tipo de usuário...**(SC-1)

...que o início é muito difícil, principalmente se tu vens sem conhecimento nenhum, de nunca ter lidado com doença mental, ou drogadição... .. acho que uma das coisas básicas assim é que elas tem que **ter a vontade de se apropriar, de se capacitar também, de estar lendo, de estar aprendendo, de estar querendo saber, porque se ela não tiver isto certamente ela não vai ficar...** (RS-4)

...o que eu diria ... assim ... para estudar, que é o que a gente realmente precisa....tentar também estar participando de tudo que puder de eventos... (SC-4)

Mais uma vez surge a importância da capacitação continuada e da supervisão institucional diante do sofrimento psíquico que não está restrito só ao paciente, mas inclui todos aqueles profissionais que convivem com estas crianças e adolescentes e seus familiares, e que estão imbuídos pelo desejo de promover saúde a esta demanda.

7.6.4 Relação com a equipe

A comunicação e a convivência com a equipe também foram apontadas como elementos básicos na construção coletiva de um trabalho em saúde. Isto vai de encontro ao apontado na subcategoria 7.2.5, que fala da importância das possibilidades de troca e comunicação interpessoal na equipe.

...Primeiramente, **escutar todos os colegas que aqui estão**, eu acho que todos eles teriam muitos incrementos a dar a este profissional...(SC-3)

...Talvez fosse essa ... de que ... ele não esperasse receber ... todas as informações num dia só ou ... que **o nosso convívio é que ia fazer o trabalho dele em si** .. e o nosso trabalho também...(SC-2)

.... tentar **ter uma boa relação em equipe** ...(SC-4) ...

...se tu não ta **identificado com essa coisa de trabalhar em equipe**....se tu tem essa visão tu não consegue trabalhar num caps como deveria ser...(RS-2)

...Observar muito o ambiente, antes de agir, **observar o ambiente, ouvir bastante quem trabalha, ouvir com critério**...(RS-3)

7.7. DA IMPORTÂNCIA DE SENTIR-SE OUVIDO AO PARTICIPAR DA PESQUISA

Ao final da entrevista, deixamos em aberto para os profissionais um espaço de fala sobre o que gostariam de falar, caso sentissem necessidade. A entrevista realizada parece ter proporcionado um momento ímpar, pois segundo os profissionais, nunca se tem tempo para falar, para se pensar e refletir sobre o vivido.

Foi a partir da possibilidade de escuta por alguém de fora da equipe, que está fazendo um trabalho científico e que, portanto poderá ter alguma relevância na medida em que o resultado deste trabalho possa ser divulgado, surgiram conclusões e pedidos explícitos destes profissionais que procuramos reunir nesta categoria.

7.7.1 Da importância do trabalho

Ficou explícito nos depoimentos, a compreensão dos profissionais sobre a importância do trabalho que realizam, pela possibilidade de participarem do processo de desenvolvimento das crianças e adolescentes que atendem, na conquista de melhor qualidade de vida para os mesmos.

...é muito importante trabalhar com essas crianças ... é o futuro, é o amanhã.. ... eu acho que todo mundo tem potencial de ta conseguindo... resgatar esses adolescentes ...(SC-1)

... eles (os adolescentes) são muito melhores do que aparentam...(SC-2)

.. eu nunca tinha realmente imaginado de que a fonoaudiologia poderia ser tão eficaz e tão complementar para esses casos...(SC-3)

7.7.2 Da visibilidade do serviço nos contextos mais amplos

Aqui também aparece o desejo destes profissionais de serem reconhecidos pelos gestores pelo trabalho que realizam, na medida em que estes serviços encontram-se à margem das prioridades das Secretarias de Saúde, bem como a possibilidade de troca com outros serviços de saúde mental.

...Eu vou fazer uma sugestão: que você leve esse teu trabalho ao conhecimento da secretaria... se eles vão fazer uso eu não sei, mas eu acho importante que faça isso ... e, sei lá ...que se divulgue muito o seu trabalho, aprofunde mais e ... porque a psicologia precisa de um trabalho que deixe claro as raízes dela no serviço público; na atuação pública...(SC-5)

...é importante um Caps conhecer o outro, porque com certeza alguma coisa boa tu vai levar daqui .. e pode nos trazer alguma coisa boa...(RS-1)

7.7.3 Da importância dos momentos de reflexão e avaliação da própria prática

A entrevista possibilitou aos profissionais um momento de parada para reflexão sobre seu cotidiano, suas possibilidades e necessidades. Parece que as reuniões semanais que aconteciam nas duas equipes eram insuficientes para um olhar mais integral sobre as necessidades de seus usuários, bem como a dos próprios profissionais, revelando a exigência da supervisão, como já foi apontado nos depoimentos.

...Eu achei que foi muito rico isso pra mim (a entrevista) porque no dia-a-dia eu sinto isso ... **a gente não tem um tempo, não tem um espaço pra pensar muito a nossa prática**, a não ser quando ta indo pra casa de ônibus ou quando ta... fazendo alguma coisa em casa, fora ... a gente assim ... de conversar ... a gente não tem muito tempo... então assim ... **isso que a gente ta fazendo agora, isso me possibilita parar e pensar na minha prática** ... assim ... um pouco mais ... mais amplamente, ... uma coisa mais direcionada..(SC-4)

...Acho que **todas essas pesquisas, todos esses trabalhos vem pra contribuir** porque assim como você está nos entrevistando aqui, tu está entrevistando outros caps então através da leitura , depois de tudo que tu fizeres, a gente vai dar pra ter uma idéia se a gente ta indo certo se não está, o que temos que mudar, pra onde temos errado, onde temos acertado...(RS-5)

7.7.4 Dos desafios da atenção em saúde mental

A partir dos depoimentos apresentados pelos profissionais, revelando os conflitos interpessoais, os limites e desafios que surgem no cotidiano, da necessária mudança de atitude para a conquista da integralidade, o depoimento abaixo revela uma tarefa pessoal de cada um dos profissionais de saúde comprometidos com a integralidade de suas ações em saúde.

...acho que **o grande desafio dos caps é fechar o manicômio que tem dentro da gente** né...e admitir também quando ele se apresenta e que

não é de fora pra dentro é de dentro pra fora que ele aparece e é doloroso....eu acho que um dos desafios até da área da psicologia seria essa.. seria de criar espaços onde a gente passa os hospícios, os manicômios que a gente carrega dentro da gente senão a gente só reproduz...(RS-6)

O grande desafio da saúde mental é realmente a transformação interior no modo de pensar e agir individual e coletivo. No entanto, consideramos ainda maior o desafio de tornar a saúde mental uma questão de saúde simplesmente, sendo esta talvez, a principal condição para a integralidade em saúde mental, acabar com a dicotomia entre mente e corpo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que tínhamos vivido e experienciado em nossa vida profissional, a reflexão e elaboração desta dissertação de mestrado partiu da premissa de que, no cotidiano dos profissionais de saúde mental, encontram-se os elementos objetivos e subjetivos, que revelam a dinâmica do funcionamento destes serviços, bem como os desafios e limites da construção da integralidade na atenção psicossocial.

Portanto, investigar como os profissionais de saúde mental percebiam sua prática cotidiana na construção da atenção integral à criança e adolescente, nos permitiu ampliar o entendimento sobre as possibilidades estratégicas de se garantir a efetividade dos princípios tanto da reforma psiquiátrica quanto do Sistema Único de Saúde.

De modo geral, os profissionais entrevistados revelaram um extremo comprometimento com o trabalho que desenvolviam, apesar das condições precárias de trabalho apontadas por todos. Percebe-se que o conceito de integralidade estava bastante presente no entendimento que faziam dos cuidados necessários às crianças e adolescentes. Ao mesmo tempo apontaram diversos obstáculos para a efetividade da integralidade de suas ações, abrangendo um amplo leque de aspectos que iam da atuação das famílias no contexto terapêutico, à organização da equipe, às dificuldades de comunicação entre os profissionais, gestores e rede de atenção.

A seguir apresentaremos as considerações que resultaram da análise desta realidade complexa dos dois serviços de saúde mental e que respondem aos objetivos deste estudo.

1. A opção dos profissionais entrevistados, de trabalhar em saúde mental e com crianças e adolescentes, nos faz refletir sobre a caminhada que vem sendo construída no dia a dia

de cada um deles e ao mesmo tempo nos surpreende. Com certeza, o caminho por eles escolhido, e aqui nos incluímos, é árduo e doloroso para todos os que transitam no Capsi. Quando começamos a escrever esta reflexão, nos vêm à lembrança o choro contido de uma profissional durante a entrevista, quando emocionada fala da importância dos colegas de trabalho na batalha diária que travam para conquistar saúde para aquelas crianças e adolescentes negligenciados por todo um sistema.

Mas muito além deste sofrimento e da angústia reiteradamente presente na fala de todos os profissionais, percebemos um grupo de profissionais esperançosos com as possibilidades de intervenção e de mudança na qualidade de vida da população atendida.

A oportunidade de acompanhar a trajetória e o desenvolvimento de uma criança ou adolescente para estes profissionais nos parece o grande desafio e desejo de todos. O desenvolvimento destas crianças atinge em cheio os profissionais, como propõe a ecologia do desenvolvimento humano. Todos crescem, todos se tornam mais fortes, resistentes e se sentem mais capazes. Essa é a idéia, o desejo expresso nos depoimentos.

Como pesquisadores neste estudo e cientes da complexidade do campo que abordamos, pela nossa própria experiência profissional, nos surpreendemos com o fato de que a entrevista em si foi significativa para muitos dos profissionais, na medida em que se constituía um momento de reflexão sobre seu dia a dia e em que se sentiam escutados por alguém que sabia do que eles estavam falando ou sentindo.

2. Mesmo diante das condições estressantes do trabalho no Capsi, todos relataram realizar alguma atividade em benefício próprio, como nos mostra a categoria 7.5, para que suas energias se renovem para encarar o cotidiano muitas vezes árido do Capsi.

Acreditamos que se faz necessário abrir espaço de discussão e esforços institucionais na busca de soluções que viabilizem um cuidado ao cuidador, no sentido de permitir que as potencialidades presentes em cada um dos membros de uma equipe de saúde sejam resgatadas e refletidas em seu entorno.

3. A atuação ou participação da família no contexto terapêutico, marca a ação dos profissionais na medida que as dificuldades destes grupos familiares precisam ser analisadas, discutidas e transformadas pela ação de todos os membros e com o apoio de todos os envolvidos – família, instituição e profissionais. A evasão dos familiares do processo terapêutico de seus filhos deve ser analisado pela equipe que, por sua vez, deve enveredar esforços para melhor compreender tanto o processo de evasão como também o de vinculação dos familiares. É através deste processo que podemos detectar as fragilidades e potencialidades de uma equipe. Muitas vezes a equipe se encontra envolvida demais com as tarefas cotidianas e não abre espaço para olhar com atenção estas situações e propor estratégias de vinculação destes familiares.

Os profissionais, a instituição e a família devem refletir e agir em interdependência, quando se tratar da vida de crianças e de usuários em geral. O apoio a estas famílias deve pressupor o reconhecimento de suas estruturas, vínculos e padrões de interação, bem como de seus limites de atuação, com seus significados peculiares, mas é fundamental que o foco desta intervenção recaia sobre os recursos e potencialidades e não somente sobre suas dificuldades e problemas.

A possibilidade destes pais apresentarem um desempenho efetivo no tratamento de seus filhos, depende das exigências oriundas de outros ambientes. Portanto, o Capsi, deve ter a capacidade de funcionar efetivamente como um contexto para o desenvolvimento das interconexões sociais entre os vários ambientes que perpassam o contexto familiar,

incluindo a participação conjunta, a comunicação e a existência de informações em cada ambiente a respeito do outro. A família é componente importante no contexto do desenvolvimento da intervenção terapêutica proposta pelo Capsi.

4. O reconhecimento dos profissionais sobre as potencialidades e dificuldades das crianças e adolescentes, revelaram uma capacidade de escuta e de um olhar que não se fixa apenas na doença, mas que abre espaço para a saúde desta população, o que demonstrou a sensibilidade destes profissionais e a incorporação de um conceito de saúde onde o organismo responde criativamente aos desafios ambientais e sociais.

5. Em relação às equipes, podemos afirmar que encontramos equipes multiprofissionais basicamente implantada, apesar da falta de psiquiatras e profissionais de reabilitação em ambos os serviços, o que não significa que o trabalho seja interdisciplinar. Fica evidente nestas equipes o surgimento das múltiplas vozes (Moré et al, 2004) e olhares que se agregam no pensar-fazer saúde em suas práticas cotidianas.

A valorização da prática, o diálogo e a capacidade de ouvir o outro, o relacionamento inter-profissional na discussão crítica da produção e reprodução do conhecimento científico são alguns caminhos que foram apontados pelos profissionais para uma atenção mais integral em saúde. A defesa da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde não se faz apenas através de uma questão técnica, mas, fundamentalmente, de vivência e reflexão sobre o vivido.

Desse aprender fazendo, refletindo e discutindo em grupo poderá surgir uma postura interdisciplinar. Mas para tal é necessário uma qualificação permanente proposta pelos profissionais, diante da defasagem da formação acadêmica que fragmenta suas ações no

cotidiano. A necessidade desta capacitação abrange uma diversidade de aspectos tais como:

- possibilidades de abordagem e construção de vínculo com os familiares;
- compreensão do desenvolvimento da criança e adolescente;
- compreensão dos transtornos mentais na infância e adolescência;
- revisão do modelo assistencial na perspectiva da reforma psiquiátrica, através da análise das práticas e atividades que demonstrem efetividade junto aos usuários, seja pela inserção social, pela reabilitação psicossocial e pela conquista da cidadania;
- inclusão da supervisão clínica da equipe que possibilite o distanciamento necessário da demanda, na produção de estratégias de intervenção e também no sentido de aprofundar as relações grupais, possibilitando a construção de diálogos interdisciplinares na implementação de suas práticas.
- estabelecimento de um canal de comunicação com gestores e com a rede de atenção à criança e ao adolescente.

Diante do exposto, salientamos que o Ministério da Saúde vem formulando políticas públicas no campo da gestão do processo trabalho e também da gestão dos processos de formação para minimizar a queixa de que a formação acadêmica dos profissionais em saúde, não está voltada para o trabalho no SUS, com a atenção integral à saúde e em equipe. A cidade do Rio Grande do Sul estava investindo na capacitação dos profissionais de saúde mental em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Já os profissionais da cidade de Santa Catarina não relataram nenhuma

capacitação específica proposta pelos gestores, apesar de que muitos participam de cursos específicos nas suas áreas de atuação.

No caso da atenção psicossocial para crianças e adolescentes, a equipe além de saber trabalhar com os princípios do SUS, com a integralidade e em equipe, deve estar capacitada também para trabalhar com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com as políticas voltadas para esta população, que nos últimos anos, vem agregando um grande número de programas governamentais e não governamentais, para atender as vulnerabilidades e riscos que estas crianças e adolescentes apresentam, tais como: Programa Sentinela - de combate ao abuso sexual infantil, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI, Programa de Combate aos Maus Tratos, entre muitos outros do terceiro setor.

6. A criação de programas de capacitação e de supervisão aos profissionais pelas instituições de saúde, deve levar em conta que esta não é a única solução para enfrentar o desafio da construção da integralidade em saúde que o SUS propõe, uma vez que os maiores problemas dos Capsi são exatamente as condições de trabalho.

As categorias 2 – A Função, organização e o funcionamento da equipe no seu cotidiano e a 4- Da organização das equipes às políticas públicas, revelaram os principais aspectos tanto internos à equipe quanto os externos que de modo geral afetam a resolutividade das ações em saúde e por consequência fragmentam a atenção psicossocial.

Neste sentido, a capacitação ao nosso ver, deve ser ampliada também aos gestores, com o intuito de aproximá-los das reais condições e desafios cotidianos que os profissionais enfrentam nos Caps. Podemos afirmar que, em toda a nossa trajetória profissional,

raramente encontramos algum gestor que tenha participado efetivamente de Seminários, capacitações e encontros com os profissionais das unidades de saúde.

Ainda em relação aos gestores, acreditamos que a capacitação proposta permitirá uma mudança no respeito, reconhecimento e valorização que os profissionais solicitaram, bem como, o fortalecimento da intersetorialidade e do controle social tão necessários à integralidade da atenção em saúde. Cabe salientar aqui, que alguns serviços de saúde mental, sequer aparecem no organograma das respectivas Secretarias.

Acreditamos que na medida em que os gestores estabelecem vínculos com as equipes de saúde mental e passam a reconhecer os desafios cotidianos do serviço, poderão aumentar o potencial desenvolvimental do ambiente dos Capsi, através do investimento em recursos necessários à atenção em saúde proposta para as crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico. Portanto, quanto mais se trabalhar para o estabelecimento de vínculos com os gestores, maiores serão as possibilidades de promoção do desenvolvimento dos usuários dos Capsi.

7. A perspectiva do Capsi trabalhar em rede com outros setores, vai depender da capacidade das instituições envolvidas de construírem um caminho que não seja de mão única, e que considere as diversas interações e trocas constantes, simultâneas e necessárias ao enfrentamento das necessidades dos usuários, visando a construção de relações de cooperação, reciprocidade e de responsabilidade pessoal e coletiva.

De acordo com os depoimentos dos profissionais, as redes se apresentam fragilizadas, sem comunicação e conseqüentemente fragmentadas. Se levarmos em consideração os dados coletados, esta parece uma tarefa das mais árduas para todos, pois implica uma

mudança de paradigma que envolve aceitar as dimensões da complexidade, da imprevisibilidade e da intersubjetividade presentes na realidade.

O que podemos perceber é que diante das demandas cotidianas dos usuários e do serviço, os profissionais são de tal maneira absorvidas que mal resta tempo para si próprios. Só conseguem se articular através de relações pessoais e de amizades presentes nas outras instituições, o que reforça a importância da capacitação de todos os envolvidos para que se redimensione o conceito de rede e se efetive investimentos no processo de articulação e fortalecimento da mesma.

Estes sistemas podem ser modificados e expandidos como propõe a linha de pensamento da ecologia do desenvolvimento humano, quando reconhecemos e identificamos os obstáculos e oportunidades ambientais, bem como o potencial dos seres humanos de responder construtivamente, criticamente e criativamente a um meio ecologicamente compatível.

Ao final destas reflexões nos percebemos retomando todo o caminho até aqui percorrido. Nossa preocupação em descrever e analisar as situações, aqui apresentadas, sempre esteve vinculada à potencialidade deste campo de estudo em gerar significados que ampliassem o olhar de todos os envolvidos em programas de atenção à criança e adolescente. A sensação que temos é que chegamos perto deste objetivo, descobrimos muito e abrimos novas perspectivas pessoais e profissionais.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acioli, S. (2001) Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: Pinheiro e Mattos, org. **Os Sentidos da Integralidade da atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco.
- Alves, D.S., (2001) Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro e Mattos, org. **Os Sentidos da Integralidade da atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco
- Arpini, Dorian Mônica.(1998) - **Adolescentes em situação de risco: fronteiras entre um sujeito violento e um sujeito violentado**. *Insight-Psicoterapia*. p.15-21.
- Assis, S.G. (1994) **Crescer sem violência: Um desafio para educadores**. RJ: Fiocruz/ENSP/Claves.
- Bardin, L. (1979). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- Baremblytt, G. (1995) Por Una Nueva Clinica Para el Poveroso “PSY”. In: Lancetti, A. org. **Saúde Loucura – A Clínica como ela é**. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Basaglia, F. org.(1991) **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Bercherie, Paul. (1980) - **Os Fundamentos da Clínica- História e estrutura do saber psiquiátrico**. Ed. Zahar. Rio de Janeiro.
- Bezerra Jr,B. (1995) De Médico e de Louco Todo Mundo Tem um Pouco. O campo psiquiátrico no Brasil nos anos 80. In: Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80. (Guimarães, R.T.). pag 171-191, Rio de Janeiro:Relume Dumará.
- Bird HR. (1996) **Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context**. J Child Psychol Psychiatry . 37:35-49.
- Boff,Leonardo (2000) – **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela Terra**. Petropolis, RJ: Vozes.
- Brasil.(1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Senado Federal, Brasília.
- Brasil/MS. (2001) **Lei F de Saúde Mental nº 10.216 de 06/04/2001**
- Brasil/MS. (2002) **Portaria 336/GM em 19 de fevereiro de 2002**. Modelo Assistencial em Saúde Mental/Caps.
- Bronfenbrenner, Urie. (1996) **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Medicas, 2ª reimpressão.

Castel, R. (1998). **Os Marginais na história.** Ser Social 3: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social da UnB, Brasília, n.3,p.55-66,jul/dez.

Capra, F. (1982) - **O Ponto da Mutação – A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente.** São Paulo: E. Cultrix,

Cecílio,L.C.O. (2001). As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante. In: Pinheiro e Mattos,org. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado   Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco,.

Ceccim, R.B.; Ferla, A.A. (2003). Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção   saúde. In: Pinheiro,R. Mattos,R.A.(2003) **Constru o da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro:UERJ, IMS: Abrasco.

_____ (2005) **"A Integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida"** in: Boletim Lappis, IMS/UERJ.www.lappis.org.br

Cunha, E.P; Cunha, E.S. (2003). Políticas Publicas Sociais. In: Carvalho, A. et al. Org. **Políticas Publicas.** Belo Horizonte: Ed. UFMG; Proex. 1  reimpressão.

Cordeiro, H.(2001) **Descentraliza o, universalidade e equidade nas reformas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva,6(2):319-328,2001

Fazenda ICA.(1996) **Integra o e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 4  ed. São Paulo: Loyola;

Fleitlich BW, Goodman R. (2001) **Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey.** Br Med J;323:599-600.

Franco,A.L.S.; Bastos,A.C.S.(2002) **Um olhar sobre o Programa de Saúde da Família: A Perspectiva Ecológica na Psicologia do Desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o Modelo da Vigilância da Saúde.** Psicologia em Estudo, Maringá, v.& n 2, p.65-72, jul/dez2002.

Franco, T.B.; Merhy, E.E. (2003) Programa de Saúde da Família(PSF): Contradições de um Programa destinado à Mudanç a do Modelo Tecnoassistencial. In: Merhy et. al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano.** São Paulo: Ed. Hucitec.

Goldberg,J.(1994) **Clinica da Psicose.Um projeto na rede pública.** Rio de Janeiro: Te Cora Editora.

_____ (1999) Reabilita o como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. In: Pitta,A. M.F.org. **Reabilita o Psicossocial no Brasil.** RJ: Ed. Hucitec

Gonzalez Rey, F. (1997). **Epistemología cualitativa. Sus implicaciones metodologicas.** Psic. Rev.São Paulo, (5):13-32,dez.

Japiassu, H. (1976) **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro, Imago.

Mandel, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1990

Mattos, R.A. (2001) Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A.org. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco.

_____ (2003) Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro,R. e Mattos, R.A., org. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco.

Migueléz, M.M. (1999) **Cráterios para la Superación Del Debate metodológico “Cuantitativo/Cualitativo”**. In: Revista Interamericana de Psicologia. Vol. 33, nº 1, p.79-107.

Moré, C.L.O.O. (2000) **Atendendo à demanda: proposta de um Modelo de Sistematização de intervenção Psicológica junto a Postos de Saúde Comunitário**. Tese de Doutorado pela PUC de São Paulo.

Moré, C., Leiva,A., Tagliari,L.A; (2001) **Representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público-comunitário**. Paidéia – Cadernos de Psicologia e educação. Ribeirão Preto, 11(21):85-98.

Moré, C.L.O.O.; Crepaldi, M.A.; Queiroz,A.H.; Wendt,N.C e Cardoso, V.S. (2004) **As Representações sociais do Psicólogo entre os residentes do Programa Saúde da Família e a importância da interdisciplinaridade**. Psicologia Hospitar Vol.1(1);59-75.

Morin,E. (1996). Epistemologia da Complexidade. In: Schnitman, D.F. org. **Novos Paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Medicas.

OMS – Organization Mondiale de la Santé. **La Déclaration d’Alma-Ata**. 1978

Oury, J. (1989) **Création et schizophrénie**. Paris: Galilée.

Paim,J.S. & Teixeira, M.G.L.C. (1992) **Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do sistema único de saúde(SUS)**. Brasília: Informe Epidemiológico do SUS.I(5), 27-57.

Patricio,Z.M. (1999) Qualidade de Vida do ser Humano na Perspectiva de Novos Paradigmas. In: Patrício, Z.M.;Casagrande,J.L.; Araújo, M.F. org. **Qualidade de Vida do Trabalhador**. Florianópolis: Ed.do autor.

Pinheiro, R. (1999) **Modelos ideais x práticas eficazes: um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 191).

- Pinheiro, R. e Mattos, R.A. org.(2001) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:Abrasco, 2001.
- Pinheiro, R. e Mattos, R.A. org. (2003) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:Abrasco,
- Relatório do **1º Fórum Nacional Antidrogas**.(1999) Brasília: SENAD.
- Relatório da **II Conferencia nacional de Saúde Mental (1992)**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministerio da Saúde.
- Relatório Final da **III Conferencia Nacional de Saúde Mental. (2002)**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministerio da Saúde.
- Relatório **Sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. OPAS/OMS.2001.
- Rotelli,F; Amarante,P. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. In: Bezerra Jr.,B; Amarante,P. (org.) **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, relume-Dumará, 1992. p.41-56.
- Schnitman, D.F.; Fuks, S. (1996) . Reflexões de Encerramento: Diálogos, Certezas e Interrogações. In: In: Schnitman, D.F. org. **Novos Paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Silva,MRS; Elsen,I;Lacharité,C. **Resiliência: Concepções, Fatores associados e Problemas relativos à construção do conhecimento na área**. Paidéia, 13(26), 147-156. 2003
- Sistema Único de Saude. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III.CNSM. (2002) **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Sluzki, Carlos E. **A rede social na pratica sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- Tambosi, C.S.C , Zanella, V.A.P (2000) - **I Simpósio Regional sobre Violência**. Chapecó: MPC;SECOV.
- Teixeira,C.F., Paim, J.S. & Vilasboas,A.L. (1998). **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS. Vol.2 (2),7-28.
- Torres Santomé J. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artmed; 1998
- Vilela, E.M. e Mendes, I.J.M. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jul./ago. 2003, vol.11, no.4, p.525-531. ISSN 0104-1169.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é VERONICA DE MARCHI e estou desenvolvendo a pesquisa DESAFIOS COTIDIANOS DO PROFISSIONAL DE SAUDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES, com o objetivo de identificar as vivencias e experiências do profissional com relação ao cotidiano de suas ações no melhor acolhimento a demanda e promoção de saúde da população infanto-juvenil. Este estudo é necessário porque os cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes se constitui num desafio ético que se impõe a todos que dela participam, pois implica a adoção de uma postura que inclua na sua prática, a compreensão do todo e suas especificidades para a construção de um conhecimento mais ativo e consciente.

Portanto, serão realizadas entrevistas individuais, previamente agendadas com a Coordenadora da Unidade de Saúde, garantindo assim a não interferência na organização dos serviços. As mesmas serão gravadas e posteriormente transcritas para análise de conteúdo.

Isto não traz riscos e desconfortos, mas esperamos que traga dados que auxiliem a construção de uma atitude interdisciplinar/intersetorial voltada para o atendimento integral e integrado da criança e adolescente, possibilitando aos profissionais o desenvolvimento de uma prática cotidiana em favor da qualidade de vida do ser humano.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 47-348-7345 ou com a Coordenação deste Serviço. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais (ou material coletado) e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____
Pesquisador responsável _____
Responsável pela Instituição _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa DESAFIOS COTIDIANOS DO PROFISSIONAL DE SAUDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

_____, ____/____/____

Assinatura: _____ RG: _____

10.2 Roteiro de Entrevista

Dados Secundários:

Quantos anos você tem?

Qual seu estado civil?

Qual a composição da sua família?

Qual a sua formação?

Qual a sua função nesta Unidade de saúde?

Há quanto tempo você faz parte desta equipe de saúde?

Você tem outro trabalho além deste?

Quantas horas trabalha por semana?

Nos últimos seis meses, esteve afastado do trabalho por licença médica?

Você participa de cursos de especialização ou similares?

Roteiro:

1- Que aspectos, no seu cotidiano de trabalho com crianças e adolescentes você destacaria como relevantes na tua prática? (O que mais te marca neste cotidiano? Você acrescentaria mais alguma coisa?)

2- Como estes aspectos afetam a tua prática profissional no desenvolvimento das ações de saúde propostas para a atenção psicossocial?

3- Qual o teu entendimento da função da equipe de saúde no contexto desta instituição?

4- O que você considera importante para um trabalho em equipe nesta instituição?

5- Que aspectos precisariam ser implementados, pela própria equipe de saúde e pela instituição para um melhor atendimento à clientela?

6- Como você percebe a relação deste serviço com a rede de atenção a crianças e adolescentes do município? Quais as conseqüências desta relação para o desenvolvimento das tuas ações em saúde?

7- Como você percebe as políticas públicas na sustentação das ações do Caps?

8- Como as ações do cotidiano e da equipe levantadas anteriormente afetam teu desempenho profissional ou tua vida pessoal? Poderias dar um exemplo?

9- Que ações você realiza ou desenvolve para melhor lidar com essas questões no sentido de preservar sua qualidade de vida?

10- Com a tua experiência, se você tivesse que orientar um profissional nesta área de saúde mental, o que você aconselharia para o mesmo?

11- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

10.3 Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002

Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art. 1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro;
- c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b – 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
- h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art. 7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art. 9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

ASS JOSÉ SERRA

10.4 Lei nº 10216 - De 06/04/2001 (DOU 09/04/2001)

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant