

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Atenção Voltada à Crise de Crianças e Adolescentes:
Noções e Práticas**

Marianna de Francisco Amorim

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências
Área de Concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade
Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo
Advincula Reis**

São Paulo
2020

Atenção Voltada à Crise de Crianças e Adolescentes: Noções e Práticas

Marianna de Francisco Amorim

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências**

**Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

Versão Revisada

São Paulo

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Amorim, Marianna de Francisco
Atenção voltada à crise de crianças e adolescentes: noções
e práticas / Marianna de Francisco Amorim, orientador
Alberto Olavo Advincula Reis. -- São Paulo, 2020.
133 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2020.

1. Crise; Criança; Adolescente; Saúde Mental; Serviços de
Saúde Mental. I. Advincula Reis, Alberto Olavo, orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram ao seu modo para a realização dessa dissertação.

Aos profissionais e gestoras dos CAPSij participantes, que me abriram não só as portas dos serviços, mas que também compartilharam abertamente suas histórias.

Ao meu orientador Prof. Dr. Alberto Reis, por ter aceitado esse desafio sempre com muita paciência, bom humor e confiança. Obrigada pela generosidade em compartilhar tanto conhecimento.

Aos funcionários da FSP/USP, especialmente à Carmen e Lígia, que sempre me atenderam e me orientaram nas mais diferentes questões da pós-graduação.

Aos membros da banca de qualificação Profa. Dra. Ianni Scarcelli e Profa. Dra. Patrícia Delfini, que enriqueceram o projeto com suas sugestões, mostrando a importância de ampliar os olhares.

Aos membros da pré-banca, Profa. Dra. Fabiola Zioni, Profa. Dra. Ianni Scarcelli e Profa. Dra. Patrícia Delfini, que gentilmente aceitaram o convite para leitura e construção conjunta desse trabalho.

À UFMS, que possibilitou o afastamento das minhas atividades durante o período do mestrado.

A todos os colegas membros do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) e demais colegas da pós-graduação, pelos momentos compartilhados, reflexões, questionamentos e acolhimento nas horas de desassossego. Especialmente à Tatiane, pelas importantes contribuições no texto.

Aos meus pais, José Antônio e Sandra, por me permitirem sonhar alto e apoiarem incondicionalmente minhas escolhas. Sou grata por todo amor.

À minha irmã preferida, Marcella, ainda que distante geograficamente se faz presente nos momentos mais importantes. Meu orgulho e admiração.

Às amigas que são “matéria de salvação”: Carolina, Danielle e Raqueli. Por serem quem são e por me aceitarem como sou. Por serem presença e leveza nos meus dias.

Aos amigos de vários lugares, presentes durante esse processo: Aline, Carolline, Francisco, Mariele e Raissa. Pelas conversas desarmadas, por tantas alegrias e momentos compartilhados.

À Sabrina, minha terapeuta, por ter sido um porto mais seguro em meio ao meu caos e ao caos paulistano.

*O rio que fazia uma volta
atrás da nossa casa
era a imagem de um vidro mole...*

*Passou um homem e disse:
Essa volta que o rio faz...
se chama enseada...*

*Não era mais a imagem de uma cobra de vidro
que fazia uma volta atrás da casa.
Era uma enseada.
Acho que o nome empobreceu a imagem.
(Manoel de Barros)*

RESUMO

AMORIM, M. F. Atenção Voltada à Crise de Crianças e Adolescentes: Noções e Práticas. 2020. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2020.

Introdução: A atenção voltada à pessoa em crise pode ser compreendida como um aspecto difícil e estratégico para a efetivação de um cuidado em liberdade, tal como preconizado pelo modelo de Atenção Psicossocial. Somando-se a isso, o campo da saúde mental infantojuvenil é ainda muito recente nas políticas públicas e no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Objetivo:** Aprender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, empírica e de natureza qualitativa. Foram realizados quatro grupos focais com trabalhadores e duas entrevistas semiestruturadas com gestoras de dois CAPSij, da cidade de São Paulo, conforme os preceitos éticos necessários. O material de campo foi analisado a partir da análise de conteúdo temática, na perspectiva teórica da Atenção Psicossocial, em constante diálogo com a literatura disponível sobre tal tema. **Resultados e Discussão:** Quanto às noções de crise, múltiplas e complexas concepções emergiram do material analisado. Parece existir uma dicotomia entre uma dimensão psicopatológica e uma dimensão psicossocial. No que se refere a essa última, as concepções de crise abarcam as redes de relações das crianças e adolescentes (família, instituições e sociedade) enquanto promotoras e mantenedoras da crise. Outras noções de crise associadas à ruptura, desorganização e desequilíbrio também se evidenciaram, além de noções atreladas a situações-limite, tais como aspectos explosivos (descontrole e agressividade) e aspectos implosivos (tentativas de suicídio, automutilação e uso abusivo de substâncias). Por outro lado, a crise também emergiu considerando sua potência criativa e transformadora. Quanto às práticas de cuidado voltadas à pessoa em crise, constatou-se que existe uma priorização desse momento, sendo considerado, também, importante a intensificação do cuidado ofertado. Um ponto a se destacar é a relevância de estratégias tais como vínculo, escuta e acolhimento, comumente presentes na perspectiva da Atenção Psicossocial. Ao mesmo tempo, estratégias de cuidado à pessoa em crise predominantes no modelo Asilar/Psiquiátrico ainda se encontram presentes, destacando-se a ênfase dada na internação e na medicalização. O CAPSij é considerado como importante locus de cuidado à criança e ao adolescente em crise. Ao mesmo tempo, a crise, considerada em sua complexidade, demanda respostas também complexas, que não podem ser dadas apenas por um único serviço. Em função dessa complexidade, é imprescindível que a criança e/ou adolescente em crise sejam acolhidos por toda a rede, demandando maior flexibilidade e porosidade dessa. **Considerações Finais:** A pessoa em crise coloca “em crise” toda a sua rede de circulação. Os serviços de saúde mental se veem diante da necessidade de repensar os saberes e os modos de fazer já instituídos. Evidencia-se a necessidade de mais estudos sobre tal temática, considerando essa ser fundamental para a efetivação dos preceitos do modelo da Atenção Psicossocial.

Descritores: Crise; Criança; Adolescente; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental;

ABSTRACT

AMORIM, M. F. CRISIS ATTENTION TO CHILDREN AND ADOLESCENTS: NOTIONS AND PRACTICES. 2020. Dissertation – Faculty of Public Health. University of São Paulo, São Paulo, 2020

Introduction: Attention to the person in crisis can be understood as a difficult and strategic aspect for the implementation of care in freedom, as advocated by the model of Psychosocial Attention. In addition, the field of child and adolescent mental health is still very recent in public policies and in the Brazilian Psychiatric Reform process. **Objective:** To analyze the notions of crisis connected to the experiences and practices of workers and managers of the Psychosocial Care Centers for children and adolescents. **Method:** This is an exploratory, empirical qualitative research. Four focus groups sessions were carried out with workers and two semi-structured interviews were conducted with managers of two Psychosocial Care Centers for children and adolescents, in the city of São Paulo, according to the necessary ethical principles. The field material was analyzed from the Thematic Content Analysis, with the perspective of the Psychosocial Care, in dialogue with the available literature on this field. **Results and Discussion:** Regarding the notions of crisis, multiple and complex conceptions emerged from the analyzed material. There seems to be a dichotomy between a psychopathological dimension and a psychosocial dimension. With respect to the later, crisis conceptions encompassed the children and adolescent's relationships networks (family, institutions and society) as crisis promoters and maintainers. Other notions of crisis associated with rupture, disorganization and imbalance were also evident, in addition to notions linked to extreme situations, such as explosive aspects (loss of control and aggressiveness) and implosive aspects (suicide attempts, self-mutilation and substance abuse). On the other side, crisis also emerged considering its creative and transformative power. With respect to the care practices aimed at the person in crisis, it was found that there is a prioritization of this moment, and it is also considered important to intensify the care offered. One point to highlight is the relevance of strategies such as bonding, listening and embracement usually present in the Psychosocial Care's perspective. At the same time, crisis care strategies prevalent in the Asylum/Psychiatric model are still present, with emphasis on hospitalization and medicalization. The Psychosocial Care Centers for children and adolescents is considered an important locus of care for children and adolescents in crisis. At the same time, the crisis considered in its complexity, also demand complex responses, which cannot be given only by a single service. Due to this complexity, it is essential that the child or adolescent in crisis could be embraced by an entire network, which demands more flexibility and porosity of this network. **Final considerations:** The person in crisis puts his entire circulation network in crisis. Mental health services are faced with the need to rethink knowledge and ways of doing that were already established. It becomes evident, the need for more studies on this topic, considering this to be fundamental for the implementation of the precepts of Psychosocial Care model.

Keywords: Crisis; Child; Adolescent; Mental Health; Mental Health Services

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO	12
2.1. BREVE INCURSÃO HISTÓRICA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA ..	12
2.2. BREVE INCURSÃO HISTÓRICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	18
2.3. O CONCEITO DE CRISE E SUA PROBLEMATIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	24
3. JUSTIFICATIVA.....	31
4. OBJETIVO	32
5. MÉTODO.....	33
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
5.2. LOCAL DA PESQUISA	35
5.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
5.4. INSTRUMENTOS	37
5.5. PROCEDIMENTO DE CAMPO.....	39
5.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	40
5.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	42
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6.1. NOÇÕES DE CRISE: SABERES PRESENTES NOS CAPSIIJ	45
6.1.1. Dimensão psicopatológica e dimensão psicossocial	45
6.1.2. O meio como promotor e mantenedor da crise: família, instituições e sociedade	51
6.1.3. Ruptura, desorganização e desequilíbrio	59
6.1.4. Crise e ciclos de vida: especificidades da infância e adolescência.....	62
6.1.5. Situações-limite.....	66
6.1.6. Potência na crise	70
6.2. PRÁTICAS DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE: MODOS DE FAZER NOS CAPSIIJ	72
6.2.1. Priorização da atenção à pessoa em crise.....	72
6.2.2. Intensificação do cuidado na crise	75
6.2.3. Estratégias de atenção à pessoa em crise no modelo Atenção Psicossocial	78
6.2.4. Estratégias de atenção à pessoa em crise no modelo Asilar/Psiquiátrico	82
6.2.5. CAPSij como destino possível para crise	86
6.2.6. A crise cuidada na rede ou a rede em crise?	91
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
8. REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

9.	ANEXOS	115
9.1.	ANEXO 1 – ROTEIRO GRUPO FOCAL	115
9.2.	ANEXO 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTOR	117
9.3.	ANEXO 3 – PARECER DO CEP/FSP-USP	118
9.4.	ANEXO 4 – PARECER DO CEP/SMS/PMSP	121
9.5.	ANEXO 5 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
9.6.	CURRÍCULO LATTES	131

SIGLAS UTILIZADAS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	CAPS
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	CAPSi
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	CRAS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	CREAS
ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	ECA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	ESF
GRUPO FOCAL	GF
HOSPITAL GERAL	HG
MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	MLA
MOVIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL	MTST
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	NASF
POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	PNAS
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	PNSM
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	PTS
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	RAPS
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	RPB
SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	SAICA
SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	SMCA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	SUS
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	UBS
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	UPA

1. APRESENTAÇÃO

“A importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós” (Manoel de Barros)

Meu interesse pelo campo da Saúde Mental Coletiva teve início durante a graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), campus de Ribeirão Preto, quando vivenciei, por meio dos estágios, a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes equipamentos de saúde, dentre os quais se destacaram aos meus olhos o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-ad) e Centro de Atendimento Psicossocial que funciona 24 horas (CAPS III), recém-inaugurado à época na cidade de Ribeirão Preto. Ao longo de um ano participei do dia a dia desses serviços e pude aprender com seus usuários, trabalhadores e familiares sobre diferentes modos de produzir saúde, sensibilizando meu olhar para as potencialidades de uma clínica ampliada.

Ao mesmo tempo, participei do programa de Bacharelado Especial em Pesquisa, oferecido optativamente pela referida universidade, no qual desenvolvi iniciação científica também no campo da Saúde Mental. Durante essa pesquisa, entrevistei familiares cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico grave, o que me despertou ainda mais para a importância de escuta e acolhimento desses familiares. Esse meu primeiro contato com o universo da pesquisa científica me sinalizou a possibilidade de investigar e aprender com vivências tão singulares.

Essas e outras experiências foram marcantes e me conduziram em direção ao desejo de me aprofundar nesse campo, cursando a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), o que me possibilitou uma imersão ainda maior no contexto do SUS. Ao longo de dois anos, pude ampliar e aprofundar ainda mais meus conhecimentos teórico-práticos a respeito do cuidado em saúde mental no SUS, aproximando-me intensamente de maneira mais crítica dos dilemas e impasses das equipes de saúde e repensando, a todo momento, a forma pela qual seria possível produzir saúde a despeito das inúmeras fragilidades e dificuldades existentes no “(velho) oeste paulista”. Ao mesmo tempo, a potência do encontro com outros residentes e demais atores da saúde também fortaleciam em mim o interesse pelo campo.

Ainda nessa época, lembro-me da surpresa ao me deparar na enfermaria psiquiátrica do Hospital Geral com internações de crianças e adolescentes. O que acontecia para que a internação fosse o destino? Haveria outras possibilidades existentes? Naquele momento em 2012, o município de Marília ainda ensaiava a criação de um Centro de Atendimento

Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), e o discurso era que tal prática era sim recorrente. Assim, pude acompanhar de perto as internações de crianças e adolescentes que lá permaneciam por vários meses, muitas vezes dentro do conhecido fluxo de “porta-giratória” na Saúde Mental. Era perceptível o não lugar daqueles meninos e meninas na rede, e a internação parecia ser uma resposta para questões mais complexas da vida.

Em 2014, de volta ao meu estado de origem, comecei a trabalhar como psicóloga técnica no Serviço de Atendimento Psicossocial da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (SAPS/UFMS), em Campo Grande, atividade que corroborou e amadureceu minhas ideias de que a Psicologia, como núcleo de conhecimento, tem muito a contribuir com o campo da Saúde Coletiva. No ano de 2016, participei do projeto do Ministério da Saúde intitulado “Engrenagens de Educação Permanente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, o que fez com que eu me aproximasse ainda mais das questões específicas da saúde mental de crianças e adolescentes. Nesse projeto, trabalhei como ativadora da rede intersetorial de saúde mental infantojuvenil do município de Campo Grande – MS, onde pude desenvolver ações de educação permanente visando potencializar a articulação da rede, o que culminou com a construção coletiva do Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental Infantojuvenil. Essa experiência produziu alguns avanços e provocou inúmeros questionamentos em relação à distância entre as práticas recorrentes nos serviços de saúde e as políticas públicas preconizadas. Diante dos inúmeros dilemas enfrentados pela RAPS local, a questão da atenção em relação à crise de crianças e de adolescentes se configurava como um aspecto importante e mobilizador das equipes.

Essas vivências foram desenhando em mim o desejo de me aprofundar na temática da saúde mental de crianças e adolescentes. A partir das conversas iniciais com o meu orientador Prof. Dr. Alberto Reis, fomos construindo o recorte de pesquisa sobre a atenção à crise nessa população. Pensando o cuidado em relação à crise como um dos grandes “nós” para a efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e entendendo a importância da pesquisa como forma de compreensão e reflexão sobre a realidade visando sua transformação, percebi a possibilidade de colaborar para o avanço do conhecimento nessa área. Nesse momento delicado em que se encontra a atual situação política do Brasil, frente a tantos retrocessos no campo das políticas públicas em geral e, especialmente, no âmbito da Saúde Pública, penso ser importante pesquisas que fortaleçam o SUS, reconhecendo sua história, seus percursos e percalços e, sobretudo, vislumbrando novos horizontes.

2. INTRODUÇÃO

*“Desde criança ele fora prometido para lata
Mas era merecido de águas de pedras de árvores de pássaros”*

(Manoel de Barros)

2.1. BREVE INCURSÃO HISTÓRICA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Para melhor compreender o que foi o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), iremos sobrevoar brevemente o percurso das políticas públicas voltadas à saúde mental. Cabe ressaltar que a RPB se configura como um processo vivo e, portanto, em aberto e em contínua construção, configurando-se sempre de modo dinâmico. O panorama apresentado será meramente didático, considerando que não existe uma relação causal direta e simplista entre os acontecimentos abaixo relatados.

A história da psiquiatria brasileira se configura como uma história de asilamento e de medicalização do social (AMARANTE, 1994). Com a chegada da família real no Brasil, no início do século XIX, inúmeras intervenções de controle social ocorreram no país. Coadunando com esse propósito, foi inaugurado em 1852 o primeiro manicômio brasileiro, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1994), buscando a definição de um espaço social para circunscrever a loucura. Eram considerados loucos

(...) os miseráveis, os marginais, os pobres e toda sorte de párias, (...) trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, ‘degenerados’, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental (AMARANTE, 1994, p. 75).

Após a Proclamação da República, em 1889, o hospício passou a ficar sob a égide da ordem psiquiátrica, em consonância com os ideais positivistas e republicanos da época (AMARANTE, 1994). Segundo esse mesmo autor, ocorreu, a partir de então, até meados da década de 1920 do século XX, uma ampliação do espaço asilar, com a criação das primeiras colônias de alienados no país, dentre as quais se destacam as Colônias de Juqueri, no interior de São Paulo. Nos anos 30, a utilização de novas técnicas psiquiátricas (choque insulínico, eletroconvulsoterapia, lobotomia) pareceu corroborar o status de cientificidade, tão almejado pela psiquiatria (AMARANTE, 1994). Já na década de 1950, aparecem os primeiros neurolépticos, endossando ainda mais o processo de psiquiatrização dos manicômios, sendo que

tais “inovações tecnológicas” eram, na maior parte das vezes, utilizadas como mecanismos de repressão e violência (AMARANTE, 1994).

Essencialmente a partir do processo de maior abertura política na ditadura militar, a lógica hospitalocêntrica e manicomial, até então predominante e vigente, passa a ser questionada, como reflexo também do que havia e vinha ocorrendo em outras partes do mundo. De maneira geral, até aquele momento, a doença mental se configurava como o objeto da Psiquiatria e o hospital psiquiátrico como seu principal dispositivo e lócus de ação (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). No final da década de 1970, em meio ao contexto de redemocratização no país e, portanto, de múltiplas transformações políticas, sociais e culturais, tornou-se mais evidente o processo de RPB, que consiste em “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 87)¹. Adicionalmente, a janela histórica do período de redemocratização do país fez coincidir a Reforma Sanitária com a da Saúde Mental (RPB), situação provavelmente única no contexto internacional.

No Brasil, as primeiras propostas de reformulação do modelo assistencial surgiram no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), cujo lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” evidenciava o horizonte a alcançar. Do mesmo modo, o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), também relevante para esse contexto, é outro eixo de fortalecimento da RPB. O MLA, nascido oficialmente em 1987, foi um movimento que carregou em si um potencial disruptivo dentro da sociedade, pois, além de instaurar um processo de transformação nas práticas de saúde mental, questionou a divisão entre loucura e normalidade (KODA; FERNANDES, 2007), interrogando o próprio estatuto epistemológico de doença mental.

A RPB, tal como evidencia Tenório (2002), se desdobrou em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes, sendo um campo heterogêneo que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, tendo como questão fundante e organizadora a cidadania da pessoa em sofrimento mental. Nesse sentido, o novo campo da saúde mental deve ser compreendido como um processo social complexo, que “se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (AMARANTE, 2008, p.63), até porque esse campo é constituído de contribuições advindas de diversas e diferentes

¹ Para um maior aprofundamento na história do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, indicamos a leitura do livro “Loucos pela Vida” de Paulo Amarante (1995), além de outros escritos do mesmo autor.

experiências internacionais (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; AMARANTE, 2008).

Essas experiências podem ser divididas em três grandes grupos: 1) aqueles que propunham produzir mudanças dentro dos hospitais psiquiátricos (Comunidade Terapêutica²/Inglaterra e Psiquiatria Institucional/França); 2) aqueles que buscavam “desmontar” o modelo hospitalar aos poucos, devendo esse se tornar obsoleto a partir da construção de novos serviços assistenciais (Psiquiatria de Setor/França e Psiquiatria Preventiva/EUA) e, por último; 3) aqueles que objetivavam romper com o modelo psiquiátrico tradicional (Antipsiquiatria/Inglaterra e Psiquiatria Democrática/Itália) (AMARANTE, 2008). Essas experiências, cada qual a sua maneira, reafirmavam a necessidade de transformações e/ou extinção das práticas psiquiátricas, consolidando-se, sobretudo, no período do pós-guerra, talvez por esse se configurar como um período de maior sensibilidade social e de respeito às minorias e às diferenças (DESVIAT, 2015)³.

O campo da saúde mental é composto por diversas dimensões: 1) teórico-conceitual, que diz respeito à epistemologia, aos saberes produzidos a respeito da loucura; 2) técnico-assistencial, que se refere ao conjunto de serviços e redes, bem como ao tipo de assistência/cuidado ofertada; 3) jurídico-político, relacionado às questões de cidadania, direitos humanos e sociais; e 4) sociocultural, relativo ao imaginário social da loucura e relação entre loucura e sociedade (AMARANTE, 2008). A separação de tais dimensões é meramente ilustrativa e didática, pois sabemos que elas estão profundamente interligadas.

Também, Koda e Fernandes (2007) corroboram essa ideia ao considerarem que o processo de transformação na saúde mental implica em mudanças em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, englobando a construção de políticas e modos de atenção. Para essas autoras, busca-se produzir transformações no que diz respeito ao lugar social da loucura, bem como questionar a cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais, para além de constituir novas práticas de cuidado em saúde mental. No Brasil, a orientação dessas novas

² A experiência inglesa de Comunidade Terapêutica se distingue do termo comunidade terapêutica, que vem sendo amplamente difundido no atual cenário brasileiro. O primeiro se configurou como um modelo que buscava utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento, pautando-se em uma relação mais horizontal entre trabalhadores e usuários. Já esse último corresponde a um modelo fechado de instituição, que se propõe a tratar de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, mas que se configura como uma atualização dos antigos manicômios. Caracteriza-se, essencialmente, pelo isolamento social, internações de longa permanência, além de inúmeras outras violações de direitos.

³ Para maiores informações a respeito dos movimentos de Reforma Psiquiátrica ao redor do mundo, indicamos o livro “A Reforma Psiquiátrica” (2015) de Manuel Desviat e o capítulo 3 de “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” de Paulo Amarante (2008).

práticas no bojo da RPB se deu, sobretudo, por meio da construção do modelo teórico da chamada Atenção Psicossocial.

A Atenção Psicossocial pode ser definida como um conjunto de ações teórico-técnicas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de transformar e, até mesmo, substituir o Modo Asilar e Psiquiátrico (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003), sendo, tal como a RPB, tributária de diferentes movimentos sociais, científicos e teóricos (COSTA-ROSA, 2000). De modo geral, a Atenção Psicossocial se caracteriza por uma mudança radical em pelo menos quatro aspectos (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003), enumerados abaixo:

1) Concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos: radicalidade do determinismo psíquico e sociocultural, em detrimento do enfoque orgânico;

2) Concepção da organização das relações intrainstitucionais: considerando a importância da horizontalidade das relações e da participação ativa dos usuários/comunidade, buscando um trabalho transdisciplinar;

3) Concepção das relações da instituição e seus agentes com usuários/comunidade: relevância da integralidade e da porosidade no território;

4) Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos: contribuindo para um reposicionamento do sujeito frente sua existência-sofrimento.

Assim, podemos considerar que o processo de RPB propõe uma transição, ainda em curso, do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador para o Paradigma Psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), o que corresponde a um novo modo de compreender e lidar com o fenômeno humano da loucura. Dentro desse novo paradigma, o cuidado em saúde mental deixa de ser compreendido como centrado no hospital ou manicômio e a atenção territorial em rede, pautada na ética da autonomia da pessoa em sofrimento mental, passa a ser preconizada. Cabe destacar que as noções de rede e território devem levar em conta as especificidades socioculturais de cada contexto, não devendo ser pensadas de forma simplista e unívoca (BEZERRA, 2007), considerando o tamanho continental do nosso país. Observa-se também que nessa transição paradigmática, ainda em curso, coexistem concepções e práticas diversificadas que abarcam o cuidado em saúde mental.

No âmbito jurídico-político, alguns marcos legais evidenciam as conquistas da RPB, dentre os quais cabe destacar a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001); a Portaria 336/2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2002); e, mais recentemente, a Portaria 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL 2011).

A necessidade de múltiplos contextos para o cuidado em saúde mental evidencia-se pela ampla composição da RAPS: Atenção Básica em saúde, Atenção Psicossocial especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011). Nesse novo cenário da política de saúde mental brasileira, diversos pontos de atenção vêm sendo implementados na RAPS (Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, entre outros) dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços estratégicos para organização da rede de saúde mental.

Os CAPS caracterizam-se como serviços responsáveis pelo atendimento prioritário de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, funcionando segundo a lógica do território (BRASIL, 2002). São serviços que têm um papel fundamental na articulação da rede de cuidados em saúde mental, sendo potentes na efetivação da desinstitucionalização. Nessa perspectiva, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação de serviços, mas é, acima de tudo, um processo ético-estético, de desconstrução/reconstrução de saberes e práticas que produzem novos sujeitos de direitos (AMARANTE, 2003).

Acompanhando tais mudanças na saúde mental, observou-se uma virada na curva do financiamento. No ano de 2006, a maior parte dos investimentos passou a ser direcionada para os serviços comunitários em detrimento dos investimentos em leitos hospitalares, dando lugar a uma progressiva ampliação e implantação da atenção psicossocial no território (DELGADO, 2015; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Por outro lado, tais avanços são acompanhados de alguns retrocessos, como, por exemplo, o fechamento de leitos psiquiátricos sem o devido investimento em serviços substitutivos (DESVIAT, 2015), além do recente investimento público em comunidades terapêuticas, instituições fechadas e de longa permanência, voltadas para usuários de drogas (DELGADO, 2015; SAFFIOTTI, 2017).

Se por um lado os serviços territoriais passaram a receber a maior parte do investimento, esse ocorreu, sobretudo, nos CAPS, evidenciando a centralização do cuidado nesses serviços, sem a devida ampliação proporcional do número de outros equipamentos da

rede (SAFFIOTTI, 2017). Podemos pensar que a portaria da RAPS, mais recentemente, propõe no âmbito político-jurídico um possível deslocamento da centralidade dos CAPS para um trabalho em rede, porém sua efetiva implementação ainda ocorre lentamente. Nesse sentido, a alta demanda de saúde mental direcionada aos trabalhadores dos CAPS ultrapassa limites viáveis, gerando sobrecarga, o que poderia ser amenizado se a RAPS estivesse implementada (SCARCELLI, 2017).

Frente a inúmeros desafios, vemos, mais recentemente, o fortalecimento de um movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, permeado por interesses corporativos, financeiros e mercadológicos. Diferente do panorama vigente em 2011, quando a Lei 10.216/2001 completava 10 anos de sua homologação, e seus princípios pareciam estar mais consolidados enquanto marco oficial da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o panorama atual evidencia o quanto o ideário reformista encontra-se fortemente ameaçado.

Dentre os retrocessos legais, podemos destacar a Emenda Constitucional 95/2016, também denominada “PEC da morte”, que limitou por vinte anos os gastos públicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Somando-se a esse mórbido cenário, a Portaria 3588/2017 (BRASIL, 2017) bem como a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019) parecem representar graves ameaças aos avanços do modelo de Atenção Psicossocial. Apesar dessa última ter sido revogada, ela evidencia os interesses vigentes na atual conjuntura política. Alguns dos pontos preocupantes da Nota Técnica são: mudanças de interesses orçamentários, priorizando os investimentos em Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos; aumento do número de leitos psiquiátricos; financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Em relação à Saúde Mental de crianças e adolescentes, a Nota faz poucas referências, porém defende abertamente a internação psiquiátrica para essa população em serviços não específicos dentro de sua faixa etária populacional. Ainda, destaca-se o fato de que tais instrumentos jurídico-políticos não têm sido construídos com a participação dos atores sociais da saúde mental (usuários, familiares e trabalhadores), como historicamente vinha ocorrendo nas políticas públicas da área.

Recentemente tendo atingido sua maioria, completada no ano de 2019, a “Lei da Reforma Psiquiátrica” parece sofrer graves ameaças, dentro de um pacote de ataques aos Direitos Humanos e às políticas públicas que balizam o Estado de Bem-Estar Social no Brasil. Considerar um pensamento antimanicomial, dentro de um contexto político que beira o antidemocrático, é mais um dos desafios atuais para a sustentação da RPB. Nessa conjuntura, a

ausência de respostas estruturais, atinge o Estado de Bem-Estar Social, conquista do capitalismo social-democrata em prol de uma melhor convivência social, e, no mundo inteiro, está levando ao poder governos que, independentemente de sua coloração política, mostram-se dispostos a reduzir a presença pública, a diminuir a rede de prestação de serviços: educação, saúde, pensões previdenciárias, habitação. Ou, ao menos, dispostos a redefinir a chamada cesta básica – o conjunto de serviços públicos universais –, a pretexto de reduzir a dívida pública e gerar empregos. São cortes que põem em perigo a universalidade e a equidade dos serviços socio sanitários e, em especial, a assistência às populações mais frágeis (...) (DESVIAT, 2015, p. 154).

A questão da crise psíquica em geral e, em particular, as correlatas ao uso abusivo de álcool e/ou drogas são dois eixos que vêm sofrendo fortes ataques contrarreformistas no que se refere à capacidade de implementação e execução do cuidado em liberdade. Tais críticas preconizam uma lógica hospitalocêntrica e o aumento de financiamento para comunidades terapêuticas. Assim sendo, é de suma relevância o fortalecimento, pelo conhecimento aprofundado, das práticas de atenção à pessoa em crise pautadas no modelo da Atenção Psicossocial.

Ao considerarmos o processo da RPB de modo mais amplo, a saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA), apesar de mais recentemente encampada e de ser tributária de uma tradição histórico-cultural em grande medida diversa daquela que diz respeito à população adulta, não ficou imune aos seus avanços, impasses e retrocessos. A seguir, abordaremos algumas especificidades da história e da constituição desse campo.

2.2. BREVE INCURSÃO HISTÓRICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O conhecimento construído sobre o que viria a ser o campo da saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA), diferente do campo do adulto, originou-se no contexto escolar (REIS et al., 2010). Segundo esses mesmos autores, com a instauração da obrigatoriedade do ensino público para crianças na França, na década de 1880, coube aos psiquiatras descrever e identificar os quadros psicopatológicos infantis ligados ao desempenho escolar. Esses, inicialmente, eram categorizados como oligofrênicos (incapazes intelectuais), diagnosticados como idiotas, imbecis e débeis (REIS et al., 2010; DIAS; PASSOS, 2017).

Nesse primeiro momento, e tendo por fulcro o desempenho escolar, havia, de certo modo, uma transposição quase que direta da psicopatologia adulta para a psicopatologia infantojuvenil (REIS et al., 2010). Assim, a clínica e a atenção à criança no campo da saúde

mental se constituíam como um decalque da clínica do adulto (RIBEIRO et al., 2017). Essa população era compreendida dentro de um registro deficitário quantitativo, herança persistente da antiga concepção de criança como adulto em miniatura.

Ao redor do mundo, em um contexto em que dificilmente se aceitava que as crianças pudessem enlouquecer, algumas iniciativas foram importantes na constituição e na ampliação do campo da SMCA, cabendo destacar as contribuições de Itard, Seguin, Bourneville e Montessori, pelo olhar dado às crianças que não se encaixavam no padrão da normalidade (REIS et al., 2010). Tais iniciativas contribuíram para ampliação do campo ao englobar aspectos mais dinâmicos do psiquismo humano, evidenciando a importância do meio ambiente nos sujeitos, não se restringindo, dessa forma, a uma compreensão exclusivamente constitucionalista (REIS et al., 2010). Ao mesmo tempo, apenas a partir das pesquisas de Kanner sobre autismo na década de 1940, tem início uma ruptura no campo da SMCA, tanto no que se refere à descrição de um transtorno específico da infância, como também de uma independência em relação aos aspectos estritamente relativos ao déficit intelectual (REIS et al., 2010).

No que se refere ao cenário brasileiro, o campo da SMCA permaneceu sem nenhuma estrutura ou sistematização durante todo o período colonial (1500-1822), no qual o enfoque dado ao sistema familiar se restringia à propriedade privada e às necessidades dos adultos (RIBEIRO, 2006). Ainda, segundo esse mesmo autor, somente a partir do século XIX, com a propagação dos ideais higienistas, ocorreu uma mudança na forma de se conceber a criança e suas necessidades. Dentro dessa perspectiva, considerava-se que a criança deveria ser protegida, cuidada, amparada e educada, preservando-a dos males e evitando, assim, sua morte prematura (RIBEIRO, 2006).

Considerando as especificidades do contexto brasileiro, o campo da SMCA, em sua origem, estava associado não apenas a déficits intelectuais na escola, como também ao controle moral e social (REIS et al., 2010). Corroborando tal origem, no início do século XX no Brasil, existia um discurso sobre a importância da assistência a crianças e adolescentes, considerados sob um recorte específico: deficientes mentais, deficientes morais (delinquentes) e deficientes sociais (pobres) (BRASIL, 2005).

Apesar disso, em um primeiro momento,

as crianças consideradas insanas, geralmente as pertencentes às classes sociais desfavorecidas, acabavam compartilhando o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados em meados do século XIX, pois não havia estudos específicos sobre as doenças mentais infantis nem uma classificação que diferenciasse as formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança (RIBEIRO, 2006, p. 33).

Como resultado do processo que buscava alguma forma de assistência a essa população, ocorreu tanto a institucionalização do cuidado, como a criminalização da infância pobre (BRASIL, 2005). À população infantojuvenil em sofrimento psíquico grave não era dada sua devida atenção, sendo excluída do holofote de interesses do Estado, criando-se, assim, uma lacuna assistencial no setor público, que era suprida por instituições, em sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; RIBEIRO, 2006; BRASIL, 2005). Assim, durante todo o período da República Velha (1889-1930) o governo ou o poder público não interveio diretamente nas questões relativas à infância, deixando as intervenções a cargo de instituições de caráter assistencialistas (RIBEIRO, 2006).

Do mesmo modo que ocorreu com a população adulta, foi imposto às crianças e aos adolescentes um regime de exclusão e segregação ao longo dos tempos, operando diversas formas de violência institucional com todos aqueles considerados fora da norma (DIAS; PASSOS, 2017). Na lógica do isolamento daqueles que eram denominados como desviantes,

a privação de liberdade por intermédio da institucionalização foi um dos meios empregados para segregar crianças e adolescentes pobres, autores de atos infracionais, com deficiências e com transtornos mentais, entre outros tidos como “incapazes” (BRASIL, 2014, p.10)

A partir das primeiras décadas do século XX, a preocupação com a população infantojuvenil saiu do universo acadêmico e passou a ser concretizada por instituições precursoras que se voltaram especificamente para os cuidados da infância (RIBEIRO, 2006). Assim, algumas experiências de instituições foram surgindo em cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Recife, Belo Horizonte e Porto Alegre. Cabe ressaltar, no Rio de Janeiro, a criação do pavilhão Bourneville em 1903, anexo ao Hospício da Praia Vermelha e, em São Paulo, a criação do pavilhão infantil em 1921 no Hospital Juqueri (RIBEIRO, 2006).

Considerando as inúmeras influências mundiais, a assistência psiquiátrica para crianças e adolescentes no Brasil também

estabeleceu uma íntima relação com a educação e todos os pavilhões destinados à criança portadora de algum distúrbio mental desenvolviam funções pedagógico-educacionais, normalização dos corpos e comportamentos (DIAS; PASSOS, 2017, p. 59).

Entretanto, apesar das transformações no sistema de saúde brasileiro, a situação nesse campo pouco se alterou do fim da Era Vargas (1930-1945) até a ditadura militar por volta da década de 1970 (REIS et al., 2010).

Com o início do processo de redemocratização do país, inúmeros movimentos sociais clamavam por mudanças nos mais variados âmbitos da sociedade. No que se refere à população

infantojuvenil, dois marcos fundamentais pareciam traduzir as demandas sociais: a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990. A nova Constituição, marco democrático e de direitos, seguida pelo ECA romperam com a doutrina da situação irregular, introduzindo a doutrina da proteção integral. Na doutrina da situação irregular, as crianças e adolescentes eram tratados como menores e considerados enquanto objetos de intervenção jurídico-social do Estado dentro de uma lógica correcional-repressiva (VICENTIN, 2006; DIAS; PASSOS, 2017), sendo alvo dessas intervenções apenas crianças e adolescentes identificados como menores abandonados, delinquentes, pervertidos e anormais (DIAS; PASSOS, 2017). Já na doutrina da proteção integral, que é a base da Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989, crianças e adolescentes são considerados como sujeitos de direitos, aos quais devem ser respeitados a condição peculiar de seu desenvolvimento, devendo ter prioridade absoluta (BRASIL, 1990).

Somando-se aos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, a promulgação do ECA (BRASIL, 1990) contribuiu diretamente para que o Estado assumisse a responsabilidade : 1) pela assistência de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico; 2) por proteger crianças e adolescentes de modo compartilhado com a família e comunidade, e; 3) pela elaboração de políticas públicas no âmbito infantojuvenil, dentro de uma perspectiva comunitária, territorial, psicossocial e equitativa (REIS et al., 2010), sendo esse estatuto um “marco histórico para a construção de novas políticas e modos de atenção voltados para a população infantojuvenil” (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2019, p. 405).

No contexto das políticas públicas de saúde mental, a tomada de responsabilidade pela SMCA é ainda muito recente (VICENTIN, 2006; AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; DELFINI, 2015; COUTO; DELGADO, 2016), tendo aparecido enquanto pauta prioritária da RPB apenas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2019; COUTO; LIMA, 2019).

Assim, as discussões sobre a SMCA ficaram por muito tempo relegadas a um segundo plano dentro do processo da RPB (DIAS; PASSOS, 2017), o qual não conseguiu abarcar a complexidade do sofrimento de crianças e adolescentes, considerando que a saúde mental dessa população “não foi objeto direto da Reforma Psiquiátrica planejada como mudança de paradigma do cuidado excludente vivido pelos adultos no interior dos manicômios”. (LYKOUPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 88).

De maneira geral, podemos compreender as questões relativas à SMCA a partir de uma dupla transição paradigmática. Além da mudança do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico

Medicalizador para o Paradigma Psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), vem ocorrendo, também, uma mudança de paradigma no que se refere à concepção de crianças e adolescentes, não mais como seres de tutela, mas sim como sujeitos autônomos, de direitos e responsabilidades. Assim, é também recente na história da cultura ocidental a mudança da criança enquanto objeto de repressão-tutela a sujeito de direitos (VICENTIN, 2006).

A construção de políticas públicas e de modos de atenção em saúde mental, em uma perspectiva de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, mostra-se como um processo contínuo de luta pela construção e efetivação de direitos. No campo da atenção à saúde mental infantojuvenil são notórios os avanços produzidos nas diferentes dimensões, com destaque para a criação e expansão dos serviços para essa população garantidos por meio da legislação e para as mobilizações sociais e políticas na busca por garantir a escuta e a voz de crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019, p.409)

No âmbito político-jurídico, as políticas públicas da SMCA apresentam como principal estratégia de cuidado os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). Esses centros são descritos como sendo responsáveis por organizar a demanda da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes; por supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no seu território; e por desenvolver ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2002), agenciando o cuidado em rede, ou seja, convocando os diferentes atores a operar de forma articulada com os recursos do território (COUTO; DELGADO, 2016). Tais responsabilidades vão ao encontro da possibilidade de oferta de um cuidado integral a essa população. Nesse sentido,

não há como superar a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes com transtornos mentais sem a efetiva constituição da rede no território. Isso implica a implantação propriamente dita dos serviços, mas, para além disso, a articulação entre eles, na construção de estratégias de cuidado partilhado (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010, p. 43).

Coadunando com a necessidade de construção de uma rede, é interessante considerarmos que houve um redimensionamento da função organizadora da rede de saúde mental infantojuvenil a partir do CAPSij, com a implementação de outros dispositivos, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) além de outros serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016). Tais autoras afirmam que é imprescindível que os CAPSij se constituam como “dispositivo de atenção interdisciplinar, imediata, intensiva, singular e em caráter transitório” (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 93).

Em função da complexidade do campo da SMCA, o Ministério da Saúde elaborou em 2005 o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (BRASIL, 2005), apresentando alguns princípios fundamentais, que estão intrinsecamente interligados, para uma a efetivação de uma política de SMCA. Nesse documento determinou-se que:

1) Deve-se reconhecer criança e adolescente como sujeitos de direitos, o que implica que esses são responsáveis pela sua demanda, seu sofrimento, precisando ser respeitada sua singularidade e subjetividade;

2) Haja um acolhimento universal, devendo os serviços funcionarem sob o princípio de “portas abertas”, implicando o acolhimento, a escuta e o reconhecimento da demanda;

3) Haja um encaminhamento implicado, ou seja, aquele que encaminha acompanha o caso até seu novo destino, implicando, necessariamente, uma construção de rede;

4) Ocorra a construção permanente da rede, correspondendo a uma forma de conceder e agir o cuidado com os demais serviços e equipamentos do território;

5) Deve-se trabalhar no território, esse concebido como o lugar psicossocial do sujeito e não meramente físico e concreto;

6) Haja a intersetorialidade na ação do cuidado, implicando em um trabalho ampliado com demais setores da rede: Assistência Social, Educação, Justiça, Conselho Tutelar, Cultura, dentre outros.

Conforme aponta Vicentin (2006), não há outro modo de pensar a atenção ou o cuidado em saúde de crianças e adolescentes que não seja necessariamente interdisciplinar e intersetorial. No contexto da SMCA, Vicentin (2006) propõe três dimensões de intersetorialidade: 1) molecular: tecido social costurado entre os atores presentes (trabalhadores, crianças/adolescentes e família); 2) micro: tramas no intra equipes e inter equipes; 3) macro: esforços governamentais e da sociedade civil em torno da criança/ adolescente.

No que se refere mais especificamente à atenção voltada à crise na infância e adolescência, estudos advertem que a internação dessa população em contextos de hospitais psiquiátricos ainda é prática recorrente (BLIKSTEIN; VICENTIN, 2016; BRAGA; D’OLIVEIRA, 2015), indicando certa fragilidade no cuidado ofertado a esses usuários em situações de crise (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014; ZEFERINO et al. 2016; MARTINS, 2017; MOURA, 2018). Por outro lado, apesar das limitações, os CAPSij têm conseguido ofertar ações de cuidado e acolhimento à crise (MOURA, 2018).

É necessário que a sociedade, por meio do Estado, possa garantir os direitos básicos dessa população, a fim de promover um desenvolvimento saudável e pleno de suas potencialidades (BRASIL, 2005). Nesse sentido,

se não oferecermos a devida atenção durante seu desenvolvimento, garantindo a liberdade de experimentação da vida no estabelecimento de laços e referenciais de pertencimento social, estaremos sob o risco de que se tornem adultos institucionalizados e privados do pleno exercício da cidadania (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 88).

Por fim, é relevante destacar que a infância e adolescência são momentos importantes no processo de desenvolvimento humano, podendo ser compreendidos como oportunos para um cuidado que possibilite uma mudança de trajetória. Ademais, também as situações de crise podem ser consideradas como janelas de oportunidades para que usuários, familiares e equipes construam conjuntamente estratégias que possam redirecionar caminhos no sentido de um cuidado integral pautado na Atenção Psicossocial.

2.3. O CONCEITO DE CRISE E SUA PROBLEMATIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

As políticas públicas de saúde mental no Brasil podem ser resumidas como consequência de um processo político e cultural transformador que coloca em questão o estatuto epistêmico da loucura, a noção de cura, e propõe novas formas de abordagem do sofrimento mental. Além disso, esse processo gera um sistema de cuidados em rede territorializada e, em contraste com a lógica manicomial que exclui a pessoa em sofrimento de seu contexto social, é voltado à inclusão sociocultural. Contudo, o momento de crise vivenciado pelas pessoas em sofrimento psíquico traz para essa superfície homogênea ondulações que ocasionam questionamentos nem sempre fáceis de serem genuinamente respondidos. O que fazer com uma criança ou adolescente em crise? Como cuidar dele? Onde o acolher? Em que contexto? De hospitalidade? De internação? De exclusão temporária do ambiente familiar, escolar, social? Como ficam, nesse cenário, as estratégias médico-medicamentosas? Poder-se-ia dizer, por acaso, que a crise traz à tona a crise da RPB, como diriam alguns de seus detratores? Mas o que vem a ser crise e quais as práticas decorrentes de suas diversas concepções?

A palavra crise, em seu sentido etimológico, significa “alteração, desequilíbrio repentino, estado de dúvida e incerteza, tensão, conflito” (CUNHA, 1986, p.228). Tem sua origem no latim *crisis*, que designa um momento de decisão, de mudança súbita. Por sua vez, a

palavra latina deriva do grego *krísis*, sendo que o verbo grego *krínō* significa separar, decidir, julgar. O termo foi incorporado à Medicina e passou a ser utilizado na Economia a partir do século XIX.

No dicionário Houaiss da língua portuguesa (2001), o termo crise abarca diversos significados de diferentes áreas do conhecimento, como Medicina, Psicanálise, Economia e Sociologia.

Na perspectiva da Medicina, crise designa tanto o “momento que define a evolução de uma doença para a cura ou para a morte”, como uma “dor paroxística, com distúrbio funcional de um órgão” (HOUAISS, 2001, p. 872). Já a definição psicanalítica desse dicionário corresponde a um “estado de manifestação aguda ou de agravamento de uma doença emocional e/ou mental, suscitado pela interferência de fatores objetivos e/ou subjetivos, (...) estado de súbito desequilíbrio ou desajuste nervoso, emocional, (...) eventual manifestação repentina de um sentimento, agradável ou desagradável, (...) estado de incerteza, vacilação e declínio” (HOUAISS, 2001, p. 872). Tais definições, assentadas na etimologia, consideram crise como um momento de decisão, de desequilíbrio, de incerteza, ao mesmo tempo em que englobam aspectos tanto positivos, como negativos (cura/morte, agradável/desagradável), seja de uma doença física, emocional e/ou mental.

Segundo a concepção da Economia, crise designa um “grave desequilíbrio conjuntural entre a produção e o consumo, (...) fase de transição entre um surto de prosperidade e outro de depressão, ou vice-versa” (HOUAISS, 2001, p. 872). Já sua definição desse mesmo dicionário em uma perspectiva sociológica corresponde a uma “situação socioeconômica repleta de problemas; conjuntura desfavorável à vida material, ao bem-estar da maioria, (...) momento histórico indefinido ou de riscos inquietantes, (...) episódio ou lance difícil, desgastante e duradouro, (...) situação de tensão momentânea, disputa grave, conflito, (...) situação de falta, escassez, carência” (HOUAISS, 2001, p. 872). Tais definições também abarcam as noções de desequilíbrio, transitoriedade, incerteza.

A partir dessas definições do léxico, podemos traçar um panorama superficial sobre o termo crise, considerando que o interesse central está em compreender de que forma tal termo adentrou o campo da saúde mental e vem sendo até então utilizado. A partir da origem do termo e dessas diversas definições, podemos perceber que a palavra crise possui inúmeros e multifacetados sentidos. Considerando as concepções de crise nas diversas áreas do conhecimento, podemos pensar em possíveis diálogos e contribuições para a compreensão da

utilização do termo no campo da Saúde Mental Coletiva. Abordaremos a seguir alguns desses conceitos, sobretudo no que se refere aos âmbitos da Psicologia, Psicanálise e Saúde Mental.

A partir de uma perspectiva existencialista, o psicólogo argentino Moffatt define a manifestação da crise como sendo a “invasão de uma experiência de paralisação da continuidade do processo de vida” (MOFFATT, 1982, p.13), o que provoca uma sensação de descontinuidade temporal na maneira de perceber a vida como uma história coerente, como uma sucessão de etapas interligadas. Ele considera que todos nós experienciamos a crise, pois ela faz parte da vida, sendo produzida pelo inesperado da nova situação, e descreve a expressão corporal desse processo de desorganização como um estado geral de hipercontração muscular, tal como sensação de nó na garganta e aperto no peito (MOFFATT, 1982). Ademais, ele distingue dois tipos de crises: 1) traumáticas, que são consequência de mudanças inesperadas e 2) evolutivas, que correspondem a etapas do desenvolvimento humano já previstas. Entre essas crises evolutivas, o autor descreve nove: o parto, o desmame, o ingresso à escola, a puberdade, a separação da família de origem, a crise da metade da vida, a jubilação, a decrepitude e a morte.

No que se refere ao cuidado voltado à pessoa em crise, Santos (2016) considera que Moffatt, em sua construção da terapia de crise, estabelece quatro momentos importantes: 1) contenção: ter uma atitude empática e implicada para com o outro; 2) regressão: recordar a experiência da crise, ganhando realidade no tempo-espaço compartilhado culturalmente; 3) explicação: dar um sentido existencial à experiência vivida e 4) mudança: reconstruir do projeto existencial.

Outro autor que discute o conceito de crise, dentro de uma perspectiva psicossocial, é Erikson. Para esse autor, a palavra crise não tem uma conotação de catástrofe iminente, sendo um termo que designa “um ponto decisivo e necessário, um momento crucial, quando o desenvolvimento tem de optar por uma ou outra direção, escolher este ou aquele rumo, mobilizando recursos de crescimento, recuperação e nova diferenciação” (ERIKSON, 1972, p.14).

Ainda, esse autor apresenta o desenvolvimento humano do ponto de vista dos conflitos, internos e externos, sendo que o indivíduo ressurgiu de cada crise com “um sentimento maior de identidade interior, um aumento de bom juízo e um incremento na capacidade de ‘agir bem’, de acordo com seus próprios padrões e aqueles padrões adotados pelas pessoas que são significativas para ela (ERIKSON, 1972, p.91).

Ele propõe oito estágios de desenvolvimento, sendo cada um deles atravessado por uma crise psicossocial básica que possui uma vertente positiva e negativa. Nesse sentido, a crise é

um período de vulnerabilidade e potencialidade, podendo ser em decorrência do desenvolvimento ou traumática (ERIKSON, 1972). A maneira como cada crise será vivenciada influenciará a capacidade para a resolução de conflitos ao longo da vida, podendo fortalecer ou fragilizar o ego. São descritos como estágios do desenvolvimento psicossocial: 1) Confiança x desconfiança (0 a 18 meses), 2) Autonomia x vergonha (de 18 meses a 3 anos), 3) Iniciativa x culpa (de 3 a 6 anos), 4) Produtividade x inferioridade (de 6 a 12 anos), 5) Identidade x confusão de identidade (de 12 a 18 anos), 6) Intimidade x isolamento (de 19 a 25 anos), 7) Produtividade x estagnação (de 26 a 40 anos), 8) Integridade x desesperança (a partir de 41 anos).

Segundo Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise, a palavra crise aparece indicando tanto momentos culminantes na vida, como na análise do paciente (ZIMERMAN, 2001). Segundo Zimmerman, crise designaria que, em determinado momento da vida, um ponto culminante foi atingido, podendo ter dois desfechos: 1) deteriorar-se até sua extinção; 2) possibilitar uma transformação importante, que pode representar um crescimento saudável e progressista, embora quase sempre doloroso.

Outro autor que aborda a noção de crise é o psicanalista francês René Kaës. Para esse autor a e a entrada do indivíduo no mundo se dá pela crise, por múltiplas perturbações, sendo a experiência da crise compreendida como uma experiência de ruptura de continuidade, seja de si mesmo, seja das relações com o meio (KAËS, 1979). Ainda, esse autor considera que a crise não deve ser compreendida apenas como um fenômeno individual, mas sim a partir de elementos (inter)subjetivos, grupais e culturais (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017). Pereira, Sá e Miranda (2014), considerando a noção de crise proposta por Kaës, apontam que o aparato psíquico é fundado e enriquecido pela crise, pelas forças de desintegração e criação, estando constantemente em transformação. Ao mesmo tempo, tais autoras consideram que a crise em seu caráter dialético requer a sustentação do sujeito, para que possa ter efeitos de enriquecimento subjetivo. Nesse sentido, “a crise exige a existência e a manutenção de um enquadre que permita o estabelecimento de um espaço de transição, no qual se construam condições necessárias para que elementos paradoxais sejam elaborados” (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014, p. 2146).

Em relação ao campo da Saúde Mental, Moebus (2014), apresentando as ideias de Foucault, evidencia que a crise seria o momento no qual a verdade da doença apareceria, sendo, portanto, o momento de intervenção. Ao mesmo tempo, na constituição da psiquiatria clássica no final do século XVIII e início do século XIX, o espaço disciplinar do hospital psiquiátrico buscará extirpar a crise, reposicionando-a partir da correlação entre crime e loucura.

Já no século XX, ocorreu uma retomada de tal termo, sendo um dos precursores em pesquisas sobre crise Lindemann. Na década de 40, ele estudou as reações diante do luto de sobreviventes de um incêndio em um clube noturno nos EUA (DESVIAT, 2015). Lindemann elaborou os fundamentos da Teoria da Crise como um importante esquema conceitual para a Psiquiatria Preventiva, estabelecendo que as possíveis sequelas de uma crise poderiam ser prevenidas mediante intervenções que contribuíssem para a elaboração do luto (DESVIAT, 2015). Nessa perspectiva, o conceito de crise acerca-se da dimensão etiológica do sofrimento mental, aproximando-se do que denominamos nosograficamente como transtorno de estresse pós-traumático (MOEBUS, 2014). Segundo esse mesmo autor, tal concepção pautada na tragédia enquanto causalidade da crise vai se expandindo e incluindo como causa as mais variadas situações estressantes da vida.

As ideias de prevenção, risco e população de risco, passaram a constituir, juntamente com a Teoria da Crise, os elementos conceituais da Psiquiatria Preventiva ou da Saúde Mental Comunitária (DESVIAT, 2015). Caplan propõe a definição de crise como “um breve período de desequilíbrio numa pessoa confrontada com situações que constituem um problema do qual ela não pode fugir e o qual não pode resolver com seu equipamento defensivo habitual” (CAPLAN, 1966 *apud* DESVIAT, 2015). A crise seria, então, um período transitório que pode representar tanto uma oportunidade para o desenvolvimento da pessoa, como um perigo com risco de um desequilíbrio psíquico maior, dependendo do manejo realizado na situação (DESVIAT, 2015).

Amarante (2008) considera que o conceito de crise, construído a partir das noções de adaptação e desadaptação social, foi essencial para as intervenções da Psiquiatria Preventiva nos EUA. Dentro desse contexto, Birman e Freire Costa (1994) consideram que o conceito de crise emergiu como um grande indicador de um desequilíbrio ou de sua possibilidade. Tais autores assinalam a classificação das crises em evolutivas e acidentais.

As crises evolutivas, como o próprio nome indica, estariam relacionadas a processos “normais” do desenvolvimento físico, emocional ou social, referentes a passagem de uma fase da vida à outra, sendo, portanto, um período transitório e esperado. Nessa perspectiva, os conflitos poderiam levar a uma desadaptação, que, não sendo elaborada, poderia conduzir ao transtorno mental. Já as crises acidentais ocorreriam de forma imprevisível e estariam relacionadas a uma ameaça de perda ou perda, sendo que essa perturbação emocional poderia, eventualmente, contribuir para o surgimento de algum transtorno mental. Podemos pensar que tais distinções se aproximam dos tipos de crise descritos por Erikson (1972) e Moffatt (1982).

A crise seria, portanto, a fissura no sistema adaptativo do sujeito, um momento de desajustamento, que pode levar a um adoecimento psíquico (BIRMAN; FREIRE COSTA, 1994). Nessa perspectiva, pode ser pensado como um momento estratégico de intervenção preventiva, uma possibilidade para o crescimento (AMARANTE, 2008).

Na década de 60, nos EUA, algumas propostas, tais como as de Langsley e Kaplan, enfatizavam um modelo de intervenção na crise em serviços territoriais, em detrimento da hospitalização (DESVIAT, 2015). Esse modelo foi essencial para a criação dos *crisis centers* e consistia em:

- 1) Identificar na população grupos que poderiam estar em situação de alto risco;
- 2) Avaliar a pessoa, o contexto situacional e os supostos fatores precipitantes ou condicionantes da crise;
- 3) Planejar uma intervenção terapêutica que visasse favorecer, quando possível, uma resolução rápida da crise;
- 4) Ajudar o sujeito a entrar em contato com os sentimentos ocultos na crise, bem como a compreender cognitivamente o seu significado;
- 5) Fazer uma reavaliação, após a resolução da crise, e, se necessário, um novo planejamento terapêutico.

Outro importante autor para o estudo das crises foi Tyhurst (DESVIAT, 2015). Tyhurst pautou seus estudos nas questões relativas à catástrofes civis, movimentos migratórios e no contexto de aposentadoria e propôs três etapas: 1) fase de impacto, geralmente caracterizada por sentimentos de medo, agitação e sofrimento, 2) fase de retraimento, podendo ser acompanhada por perda da autonomia e comportamentos infantis e; 3) fase pós-traumática, na qual há maior consciência da situação, conforme recursos pessoais disponíveis (DESVIAT, 2015).

Os conceitos de crise e as práticas de intervenção à crise se mostraram centrais nos fundamentos teóricos dos movimentos de reforma, de desinstitucionalização e de criação de serviços de saúde mental durante muitos anos (DESVIAT, 2015). Apesar de não existir uma definição consensual de crise, é importante que para defini-la se considere a organização psiquiátrica existente em determinada área e contexto histórico específico (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Durante grande parte da história da atenção à saúde mental, especialmente quando o cuidado ainda era pautado por uma lógica predominantemente asilar e hospitalocêntrica, crise se reduzia à agudização de sintomas psiquiátricos (FERIGATO; ONOCKO-CAMPOS; BALLARIN, 2007). Dentro da perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana, que influencia

fortemente a RPB, a crise passa a ser compreendida como um momento existencial complexo, sendo, portanto, também complexos os instrumentos e recursos para lidar com ela (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005). Para esses mesmos autores, o conceito de crise na psiquiatria nasce da intenção de “reconsiderar a doença mental através da investigação do sofrimento existencial do sujeito” (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005, p. 164). Ainda segundo esses autores, reconhece-se como situações de crise aquelas que respondem a pelo menos três dos parâmetros abaixo definidos:

- 1) Sintomatologia psiquiátrica grave e aguda;
- 2) Ruptura de relação familiar e/ou social grave;
- 3) Recusa dos tratamentos psiquiátricos, porém aceitação do contato;
- 4) Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito;
- 5) Situações complexas de alarme no contexto familiar e/ou social, com incapacidade de confrontá-las.

Para Amarante (2008), o conceito de crise em saúde mental e atenção psicossocial é o resultado de vários fatores que são muito mais sociais do que puramente biológico ou psicológico. A RPB ao propor um modelo de atenção em saúde mental substitutivo ao modelo asilar, retoma a polêmica da crise como “ponto crucial a ser enfrentado na construção das suas alternativas ou inovações substitutivas” (MOEBUS, 2014, p. 48).

De maneira geral, a crise é algo que faz parte da experiência humana sendo, de certo modo, constitutiva do sujeito. Nesse sentido, qualquer pessoa está suscetível a vivenciar uma crise sempre de forma única e singular. Se por um lado, a crise pode ser compreendida no seu aspecto de vulnerabilidade, pautada por uma desintegração e deterioração do sujeito, devendo, portanto, ser apenas tratada/silenciada; por outro, sua compreensão pode ser ampliada, levando em conta seu potencial transformador, criativo e comunicacional sobre algo emergente do contexto relacional do sujeito.

3. JUSTIFICATIVA

Conforme abordado previamente, a noção de crise no campo da Saúde Mental não é unívoca; ao contrário, abarca múltiplos e diversificados sentidos (MARTINS, 2007; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017). Apesar dessa diversidade, o conceito de crise, provavelmente, é empregado no cotidiano do trabalho em Saúde Mental de modo circunscrito e homogêneo.

No plano pragmático, a atenção dada à pessoa em crise nos serviços substitutivos é um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no processo de RPB (AMARANTE, 2008; SILVA; DIMENSTEIN, 2014; WILLRICH et al., 2014; LIMA; DIMENSTEIN, 2016), sendo mais um dos inúmeros desafios impostos às equipes do SUS. Mais especificamente, o cuidado da pessoa em crise no contexto dos CAPS ainda hoje guarda resquícios do paradigma manicomial, pautado no isolamento e na exclusão, podendo ser considerado um grande “nó” para a efetivação do cuidado em liberdade, considerando que as práticas não se desconectam da noção adotada.

Em razão disso, pode ser considerada como um ponto nevrálgico no processo de mudança paradigmática, o que exige dos serviços a utilização de novas estratégias de cuidado (WILLRICH et al., 2013). Dessa forma, o modo como a RAPS acolhe a crise é também um importante analisador do processo de RPB (BLIKSTEIN; VICENTIN, 2019; CRUZ et al. 2019; DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).

Dentre os achados da revisão de literatura sobre o tema da crise nos CAPS, constatou-se que, em apenas dois dos 16 documentos selecionados, havia referência ao CAPSij (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014; LIMA et al., 2012). Assim, podemos pensar em uma escotomização da temática da crise no campo da Saúde Mental de crianças e adolescentes (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013), corroborada pela recente história dessa pauta dentro das políticas públicas brasileiras (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008), considerando que o olhar para a psicopatologia infantojuvenil veio defasado no tempo em relação à psicopatologia do adulto, conforme exposto previamente, e que a criança foi sempre alvo de uma visão deficitária.

Assim, ao levarmos em conta a importância da atenção à crise no campo da saúde mental infantojuvenil para a efetivação do cuidado integral no território e o escasso número de estudos relativos à temática, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de investigar como vem ocorrendo, ainda que de modo incipiente, a atenção voltada às crianças e adolescentes em crise nos CAPSij, bem como, quais saberes sustentam as práticas nesses serviços. Tal investigação pode oferecer subsídios para compreender como as políticas públicas vêm sendo concretizadas, bem como contribuir para a produção de informações relevantes visando sustentar possíveis transformações.

4. OBJETIVO

Dada a complexidade e as implicações dos processos de mudanças no campo da Saúde Mental Coletiva e fundamentando-se no papel do CAPSij enquanto serviço territorial e articulador da rede de saúde mental infantojuvenil, o presente estudo tem como objetivo geral **apreender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos CAPSij.**

5. MÉTODO

5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

A ciência procede em sua leitura da realidade por meio de uma redução e organização dos elementos que lhe interessam na construção de seu objeto de interesse ou, em outros termos, a ciência, tal como compreendida por Pires (2012), reduz a informação e organiza ou constrói uma certa leitura, não sendo possível ao pesquisador revelar todos os aspectos da realidade. Nesse sentido, quando pensamos em esboçar uma pesquisa, é importante considerarmos a necessidade de delinear alguns recortes possíveis do objeto que será estudado. Victora, Knaith e Hassen (2000) propõem os seguintes níveis de recorte: temático, disciplinar, empírico e metodológico.

Seguindo tais orientações, o presente estudo tem como **recorte temático** a crise psíquica de crianças e adolescente tal como ela se apresenta e é capturada no âmbito das Políticas Públicas de Saúde Mental. O campo da Saúde Mental Coletiva é o **recorte disciplinar**, pois é a partir dessa área de conhecimento que o fenômeno será investigado (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Já o **recorte empírico**, ou seja, a delimitação de onde e com quem a pesquisa foi desenvolvida (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), corresponde aos trabalhadores e gestores de CAPSij. Quanto ao **recorte metodológico**, o enfoque é qualitativo.

A partir da delimitação desses recortes de pesquisa, propomos definir o objeto de estudo. Lembrando que o objeto de estudo não é equivalente à realidade empírica, sendo sempre um objeto construído, indicando uma problematização entre sujeito e objeto. Consideramos, de acordo com a indicação de Sá (1998), que o fenômeno e o objeto de pesquisa não sendo equivalentes, exigem, na passagem da apreensão intuitiva da existência de um fenômeno para a prática da sua investigação, uma transformação que estamos chamando de construção do objeto de pesquisa (SÁ, 1998).

Por outro lado, na circunscrição da pesquisa, Minayo (2012) indica que o delineamento do objeto não deve ser nem tão amplo, nem tão restrito, não se limitando à indagação em si, mas “no seu esclarecimento e contextualização por meio da teorização que o torna um fato científico construído” (MINAYO, 2012, p. 623). Cabe ressaltar ainda que, a definição do objeto de investigação não precisa ser estática e permanente, considerando que, sobretudo, nas pesquisas qualitativas, “há sempre a possibilidade de redefinir o objeto durante o próprio desenvolvimento do estudo” (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 50). Assim, podemos definir como objeto de estudo da presente pesquisa as **noções e práticas de atenção voltada a crianças e**

adolescentes em crise nos CAPSij. Conforme propõe Sá (1998), partindo da definição do objeto de estudo, selecionamos a teoria e a metodologia que serão utilizadas para compreensão do problema.

Ao longo dos anos, diversos temas de interesse do campo da Saúde Coletiva vêm sendo objeto de estudos das Ciências Humanas e Sociais. O surgimento de novas temáticas nesse campo apontava para a necessidade de metodologias diversas, para além de métodos “objetivos” até então utilizados (RUSSO; CARRARA, 2015). Isso devido à complexidade dos fenômenos da área da saúde pública, o que demanda, para uma melhor compreensão, abordagens multidisciplinares e estratégias metodológicas de investigação (KNAUTH; LEAL, 2014, p. 460).

Segundo Russo e Carrara (2015), a abordagem qualitativa surge como uma possibilidade de acessar as crenças, os valores, a todo o universo simbólico dos sujeitos e/ou grupos sociais, não alcançáveis pelos métodos quantitativos. A abordagem qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes [...] aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2004, p. 21 e 22). Torna-se evidente, portanto, que o que está em jogo não são a predição, a descrição e o controle das variáveis e sim a elucidação dos complexos processos que constituem a subjetividade (GONZÁLEZ-REY, 2005).

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa trabalha com a experiência, com a vivência, “com a compreensão de estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada” (MINAYO, 2004, p. 24). Vale adicionar, no âmbito da formulação do objetivo geral, que entendemos por experiência aquilo que “o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza” (MINAYO, 2012, p. 622), e por vivência, o “produto da reflexão pessoal sobre a experiência” (MINAYO, 2012, p. 622). Para a autora, a experiência pode ser igual para o grupo, porém a vivência será sempre única.

Assim, por experiência, compreendemos, com Minayo (2012), aquilo que os trabalhadores e gestores extraem como compreensão a partir de sua posição no interior do CAPSij e de acordo com as práticas por eles desenvolvidas. Por outro lado, distinguimos a noção de experiência da de vivência, sendo essa última a sedimentação do processo de elaboração intelectual, ou de reflexão pessoal, nos termos de Minayo (2012), relativo à experiência, tal como definida acima. Entendemos como prática tanto as ações efetivas desempenhadas no âmbito do serviço e na RAPS, como do trabalho junto aos usuários e familiares, no caso, em situação de crise.

Ademais, segundo Minayo (2012, p. 623)

para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada (...). Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses.

Considerando o exposto, nessa perspectiva, é possível trabalhar com um número restrito de participantes, pois não se está trabalhando com indivíduos singulares, mas com um grupo social, ou seja, com indivíduos que compartilham um conjunto de características sociais (KNAUTH; LEAL, 2014). Como a referida pesquisa tem como objetivo principal compreender as noções da crise no âmbito das práticas, das experiências e das vivências de trabalhadores e gestores dos CAPSij, estima-se que a abordagem adequada nesse escopo seja a qualitativa. Assim, o presente estudo trata de uma pesquisa exploratória empírica de natureza qualitativa. A seguir, apresentaremos uma descrição mais detalhada dos aspectos teórico-metodológicos utilizados.

5.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de São Paulo, capital do estado de São Paulo, que se caracteriza por ter uma população em torno de 11.253.503 de habitantes (IBGE, 2019) e uma complexa e importante Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A cidade é dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde: Leste, Oeste, Centro, Sul, Sudeste e Norte. No que diz respeito mais especificamente ao número de CAPS, tem-se o total de 92 CAPS, sendo 32 CAPS adultos, 30 CAPSad e 30 CAPSij. Os CAPSij estão distribuídos quantitativamente por região conforme tabela abaixo:

TABELA 1– DISTRIBUIÇÃO DE CAPSij POR REGIÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

	CAPSij II	CAPSij III
Leste	06	01
Oeste	02	-
Centro	-	01
Sul	06	01
Sudeste	07	01
Norte	04	01
Total	25	05

Fonte: Site da Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, 2020.

Os CAPSij participantes da presente pesquisa localizam-se no mesmo distrito de Saúde, além de ambos serem serviços da administração direta da Prefeitura Municipal de São Paulo e terem mais de 15 anos de funcionamento. Tais características foram definidas previamente, buscando estabelecer o mínimo de homogeneidade entre os serviços. Quanto ao horário de funcionamento, os dois serviços funcionam de segunda à sexta-feira das 7 horas às 19 horas. Para fins de identificação, denominaremos os CAPSij participantes de CAPSij A e CAPSij B.

A composição das equipes é bastante diversificada entre os serviços. A equipe do CAPSij A era composta por 15 trabalhadores, sendo 11 de nível superior (02 enfermeiros, 01 gestora, 02 médicos pediatras, 01 médico psiquiatra, 04 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional) e 04 de nível médio (02 auxiliares administrativos, 01 auxiliar de enfermagem e 01 técnico farmacêutico). Já a equipe do CAPSij B era composta por 22 trabalhadores, sendo 17 de nível superior (01 assistente social, 02 enfermeiros, 01 fonoaudiólogo, 01 gestora, 03 médicos pediatras, 02 médicos psiquiatras, 06 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional) e 05 de nível médio (02 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar administrativo, 02 auxiliar de cozinha).

Além disso, quanto à cobertura populacional, o CAPSij A era responsável por 222 mil habitantes, sendo referência para nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, no momento da pesquisa, tinha 422 prontuários ativos. Já o CAPSij B era responsável por um território de 343.980 mil habitantes, referência para oito UBS e com 322 prontuários ativos. Alguns pontos importantes, referentes aos históricos dos CAPSij participantes, cabem ser mencionados. O CAPSij A iniciou suas atividades como um Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil, enquanto o CAPSij B funcionava como serviço de referência para atendimento de crianças com queixas escolares. Tais aspectos refletem ainda hoje no perfil e no serviço ofertado à população. Ademais, a despeito das situações de crise, ambos os serviços relataram ofertar: acolhimento,

escuta, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), atendimento multiprofissional, atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, dentre outros.

5.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram trabalhadores, do corpo técnico clínico, e gestores de dois CAPSij do município de São Paulo, que tinham interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Eles serão descritos a seguir, de maneira geral, visando preservar as respectivas identidades.

Quanto às gestoras, ambas são mulheres de 51 e 57 anos de idade, sendo uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional, com longo histórico de atuação no campo da Saúde Pública, em serviços da Atenção Básica (UBS e ESF), além de Hospitais e CAPS. Uma das entrevistadas estava há 1 ano e meio na gerência do CAPS, enquanto a outra estava há apenas 3 meses.

No que se refere aos trabalhadores participantes dos grupos focais (GF), esses foram em sua grande maioria mulheres, sendo 12 mulheres e 2 homens, totalizando 14 participantes. Eles têm idade entre 28 e 59 anos, sendo a maioria psicólogos (10), além de uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma médica e um técnico de farmácia. A predominância da categoria profissional de psicólogos pode ser compreendida pela própria predominância de tal categoria nas respectivas equipes, além da disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

Cabe ressaltar, ainda, que a maioria dos participantes tinham pelo menos uma pós-graduação, sendo que apenas quatro não as haviam concluído. Outra característica relevante se refere ao tempo de experiência nos CAPSij. Apenas 3 dos 12 participantes tinham entre 1 ano e meio e 3 anos de trabalho no respectivo serviço, sendo que a grande maioria (9) tinha entre 5 e 10 anos e 2 participantes tinham 15 e 17 anos de trabalho no CAPSij. De modo geral, tais aspectos podem caracterizar as equipes como experientes e capacitadas para lidar com as questões de SMCA.

5.4. INSTRUMENTOS

Para obtenção dos dados foram utilizados: 1) Grupos Focais com os trabalhadores e 2) Entrevista Semiestruturada com gestores.

O Grupo Focal (GF) teve início nos anos 40 nos EUA, com um grupo de pesquisadores interessados em investigar as reações às propagandas e transmissões de rádio (BARBOUR, 2009). Segundo essa autora, no período do pós-guerra, técnicas de grupos focais passaram a ser utilizadas em pesquisas sobre emissão de mensagens, opinião pública e marketing, porém ainda eram marginalizados no ambiente acadêmico. Atualmente, estudos no âmbito das abordagens qualitativas em pesquisa social vêm ampliando a utilização do GF (GATTI, 2005), sobretudo no campo da Saúde (BARBOUR, 2009; TRAD, 2009; GATTI, 2005).

Kitzinger e Barbour (1999) *apud* Barbour (2009) consideram que qualquer discussão em grupo, na qual o pesquisador tenha uma postura ativa de encorajamento das interações entre os participantes, pode ser definido como GF. Corroborando tal ideia, Morgan (1997) *apud* Trad (2009) define GF como uma técnica de pesquisa qualitativa que obtém informações por meio de interações grupais, sendo derivada das entrevistas grupais. Sua utilização atende “ao objetivo de apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um tema determinado num ambiente de interação” (TRAD, 2009, p. 777). Segundo Kitzinger (2000) *apud* Trad (2009), o objetivo central do GF é obter informações detalhadas sobre um tema específico a partir dos participantes do grupo. Nesse sentido, os GF são espaços privilegiados de discussão e de trocas de experiências em relação a uma temática específica (TRAD, 2009), o que “permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar” (GATTI, 2005, p. 9).

Na técnica do GF, é importante que o facilitador tenha uma postura não diretiva, evitando emitir opinião própria, intervenções afirmativas ou negativas, buscando facilitar a comunicação do grupo com sensibilidade e bom senso, viabilizando que os participantes se expressem espontaneamente sobre o tema de interesse (GATTI, 2005; TRAD, 2009). Para tal, o objetivo do grupo deve ser explicitado de forma clara no início, sinalizando as questões centrais que serão discutidas (TRAD, 2009).

Com o objetivo de nortear as questões discutidas pelo GF, foi elaborado um roteiro (ANEXO 1), considerando que esse deve ser composto por poucos itens, admitindo certa maleabilidade na condução do GF, sendo interessante que se inicie com perguntas mais gerais, a fim de fomentar a participação de todos, e gradativamente sejam abordadas questões mais específicas (TRAD, 2009).

Outro instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada com os gestores dos serviços. A utilização da entrevista enquanto método investigativo de pesquisa tem sua origem

no início do século XX, tendo influências de áreas como Psicologia Clínica, Sociologia e Antropologia (BLANCHET; GOTMAN, 1992). Para esses autores, a entrevista não se configura apenas na descrição e reprodução de informação, mas sim um meio de comunicação, troca e encontro entre os sujeitos envolvidos.

Blanchet e Gotman (1992, p. 7) consideram que

a investigação por meio de entrevista é particularmente pertinente quando queremos analisar o sentido que os atores dão as suas práticas, aos acontecimentos, dos quais eles puderam ser testemunhas ativas; quando queremos colocar em evidência os sistemas de valores e os marcos normativos a partir dos quais eles se orientam e se determinam.

Mais especificamente, a entrevista semiestruturada tem como característica principal ter um assunto como foco, sobre o qual é elaborado um roteiro (ANEXO 2) com perguntas principais, que será complementado por outras questões que forem surgindo durante o processo da entrevista (MANZINI 1990/1991 *apud* MANZINI, 2004). Segundo esse autor, essa modalidade de entrevista possibilita o surgimento de informações de maneira mais livre.

5.5. PROCEDIMENTO DE CAMPO

Trad (2009) considera que o planejamento do GF deve abarcar um conjunto de elementos para que tenha um desenvolvimento adequado, tal como: recursos necessários (espaço, equipamento e facilitador); definição de número de participante, de grupos e tempo de duração; perfil dos participantes e processo de seleção.

Quanto aos recursos necessários, os GF foram realizados em salas dos próprios CAPSij nas quais os participantes pudessem se sentir confortáveis e que não fossem interrompidos seguidamente. Ainda, foram utilizados dois gravadores de áudio para garantir a captação sonora de todos os participantes e o grupo contou com uma facilitadora/pesquisadora.

No total, foram realizados quatro GF (dois em cada CAPSij), sendo que os grupos foram compostos de 3 a 8 trabalhadores e tiveram duração média de 1 hora, conforme solicitação dos CAPSij. Quanto ao perfil, é relevante que os participantes do GF apresentem algumas características em comum, tendo alguma relação à temática de pesquisa (TRAD, 2009; GATTI, 2005). No presente estudo a homogeneidade do GF foi garantida pelo pertencimento dos participantes às respectivas equipes dos CAPSij.

Inicialmente, foi feito contato telefônico com as gestoras dos serviços, para verificar interesse em participar da pesquisa. Cabe ressaltar que, em um dos CAPSij, o contato inicial foi feito com uma gestora, porém houve uma mudança na gestão do serviço antes do início da pesquisa de campo. Desse modo, a gestora entrevistada não fora a mesma contactada inicialmente, o que também acarretou o fato de ela estar há poucos meses no serviço. Em um segundo momento, foi agendada uma reunião prévia com toda a equipe, durante a qual a pesquisa foi apresentada brevemente, sendo feito um convite aos trabalhadores do corpo técnico e clínico do CAPSij, verificando a disponibilidade e interesse em participar. Em um terceiro momento, após aprovação da pesquisa em ambos os Comitês de Ética, os serviços foram contactados novamente para agendamento dos grupos e entrevistas, que ocorreram entre outubro e novembro de 2019.

A organização dos GF ocorreu em função da disponibilidade oferecida pelos serviços. No CAPSij A, foram disponibilizados horários das reuniões de equipe para realização dos grupos, possibilitando, assim, a participação da maioria dos trabalhadores interessados. Já no CAPSij B, os trabalhadores interessados se organizaram entre si e disponibilizaram os horários para realização dos grupos, ocorrendo em horário de trabalho, porém não durante a reunião de equipe.

Ainda, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores dos dois CAPSij, a fim de compreender quais as noções de crise permeiam o seu trabalho, bem como quais suas vivências e experiências em relação à atenção às crianças e aos adolescentes em crise. As entrevistas também tiveram duração média de 1 hora, sendo realizadas nos referidos serviços. Tanto o GF como as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente posteriormente.

5.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

Quanto ao procedimento de análise, Minayo (2012) propõe (1) ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações de campo; (2) construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica e, (3) exercitar a interpretação de segunda ordem.

Wolcott (1994) *apud* Gomes (2008, p. 80) faz uma diferenciação entre descrição, análise e interpretação de dados, considerando que

na descrição as opiniões dos informantes são apresentadas da maneira mais fiel possível, como se os dados falassem por si próprios; na análise, o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando a relação entre as partes que foram decompostas e, por último, na interpretação – que pode ser feita após a análise ou após a descrição – buscam-se sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado.

De acordo com Turato (2005, p. 30), o trabalho em pesquisa qualitativa implica em “interpretar as significações que as pessoas atribuem aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação acurada e entrevistas em profundidade (instrumentos necessários e suficientes), em que são valorizados o contato interpessoal e os elementos do setting natural do sujeito”. Cabe ressaltar que, a interpretação é o centro da pesquisa qualitativa, sendo que análise e interpretação devem ocorrer ao longo de todo o processo (GOMES, 2008).

Os dados que emergiram do campo foram analisados a partir da Análise de Conteúdo, exposta por Bardin. A análise de conteúdo se define por ser um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos de análise das comunicações, com objetivo de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011). Essa proposta possibilita analisar os conteúdos das mensagens a partir de uma perspectiva qualitativa, bem como utilizar inferências partindo da descrição dos conteúdos explícitos para alcançar dimensões implícitas das mensagens (GOMES, 2008).

Bardin (2011) propõe que a análise de conteúdo seja composta por três fases: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material, 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, é feita a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, são formuladas as hipóteses e os objetivos e são elaborados os indicadores que fundamentarão a interpretação final. A fase de exploração do material consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas na pré-análise, através de codificação, decomposição ou enumeração. Já o tratamento dos resultados é feito pela inferência e interpretação dos dados obtidos.

A análise de conteúdo pode ser realizada em diferentes modalidades: análise de avaliação ou representacional, análise de expressão, análise de enunciação e análise temática (GOMES, 2008). Na referida pesquisa, será realizada a Análise de Conteúdo Temática. Segundo Blanchet e Gotman (1992), nessa modalidade, propõe-se identificar no material os diferentes temas abordados. Após uma primeira identificação dos temas em uma entrevista, as sequências temáticas serão comparadas entre si, colhidas das diferentes entrevistas (BLANCHET; GOTMAN, 1992). Assim, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p. 131).

Considerando que a presente pesquisa tem por objetivo estudar motivações, opiniões, atitudes, valores e crenças, o tema pode ser utilizado como unidade de registro (BARDIN, 2011, p. 131).

É a teoria que organiza nosso olhar e auxilia a observar, ou seja, direciona nosso olhar para determinado ponto e não outro (PIRES, 2012), contribuindo para organizar e tornar inteligível os fenômenos e não apenas simplificá-los (SÁ, 1998). Quanto ao referencial teórico de análise, o material foi analisado a partir da perspectiva teórica da Atenção Psicossocial, em constante diálogo com a literatura disponível sobre tal tema.

5.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esse estudo foi submetido, por meio da Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CEP/FSP – USP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de São Paulo (CEP/SMS – SP) no qual os participantes foram localizados. Foi aprovado, primeiramente, pela instituição proponente (CAAE 16621919.9.0000.5421) (ANEXO 3) e, sequencialmente, pela instituição coparticipante (CAAE 16621919.9.3001.0086) (ANEXO 4).

Foram considerados os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo assim, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 5) aos participantes, sendo que as assinaturas foram obtidas antes do início do GF e das entrevistas, em duas vias, uma ficando em posse do pesquisador e outra do participante.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“O menino ia no mato
E a onça comeu ele.
Depois o caminhão passou por dentro do corpo do menino
E ele foi contar para a mãe.
A mãe disse: Mas se a onça comeu você, como é que
o caminhão passou por dentro do seu corpo?
É que o caminhão só passou renteando meu corpo
E eu desviei depressa.
Olha, mãe, eu só queria inventar poesia.
Eu não preciso de fazer razão.”*
(Manoel de Barros)

Retomando o exposto, participaram do presente estudo dois CAPSij, sendo que foram realizados, em cada um deles, dois grupos focais (GF) e uma entrevista semiestruturada, totalizando, portanto, quatro GF e duas entrevistas. Tal material foi transcrito e lido exaustivamente, a fim de construir categorias temáticas que contribuíssem para atingir o objetivo da pesquisa: apreender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos CAPSij. Ademais, a literatura disponível referente ao tema, bem como a perspectiva teórica da Atenção Psicossocial, serviu de base para construção das categorias temáticas, conforme proposição da Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2011).

Considerando a relação muitas vezes existente entre as sequências de falas dos participantes do GFs, para melhor compreensão do material dos GFs e das entrevistas, optou-se por definir os trabalhadores da seguinte maneira:

- os trabalhadores participantes do CAPSij A, correspondendo às abreviações T01A, T02A, T03A, T04A, T05A, T06A, T07A, T08A;
- os trabalhadores participantes do CAPSij B, designados respectivamente como T09B, T10B, T11B, T12B, T13B, T14B;
- as gestoras nomeadas apenas de gestora CAPSij A e gestora CAPSij B.

Em função da disponibilidade e organização dos serviços, os GF foram compostos da seguinte forma:

- GF01 CAPSij A: T01A, T02A, T03A, T04A, T05A, T06A;
- GF02 CAPSij A: T01A, T02A, T03A, T04A, T05A, T06A, T07A, T08A;
- GF03 CAPSij B: T09B, T10B, T11B;
- GF 04 CAPSij B: T12B, T13B, T14B;

As categorias apreendidas, em função de sua frequência e de sua relevância, foram aglutinadas em dois grandes eixos norteadores:

1. Noções de crise
2. Práticas de atenção à crise

TABELA 2– EIXOS E CATEGORIAS TEMÁTICAS

Eixos	Categorias temáticas
Noções de crise	Dimensão psicopatológica e dimensão psicossocial
	O meio como promotor e mantenedor da crise: família, instituições e sociedade
	Ruptura, desorganização e desequilíbrio
	Crise e ciclos de vida: especificidades da infância e adolescência
	Situações-limite
	Potência na crise
Práticas de atenção à crise	Priorização da atenção à crise
	Intensificação do cuidado na crise
	Estratégias no modelo de atenção psicossocial
	Estratégias no modelo asilar/psiquiátrico
	CAPSij como destino possível para crise
	O cuidado da crise na rede ou a rede em crise?

Fonte: A autora (2020)

6.1. NOÇÕES DE CRISE: SABERES PRESENTES NOS CAPSIJ

Esse eixo norteador corresponde à dimensão teórico-conceitual do campo da saúde mental proposta por Amarante (2008). Tal dimensão abarca as concepções e os modos de pensar sobre a loucura, sendo que, nesse estudo, mais especificamente, essa dimensão compreende os saberes presentes nos CAPSij a respeito da crise. Tal como propõe Scarcelli (2017), a dimensão teórico-conceitual pode se constituir enquanto um recorte metodológico para análise, ao indagar sobre concepções que sustentam as práticas, diretrizes políticas, leis.

A partir do material obtido na pesquisa de campo e corroborando o exposto no capítulo introdutório, podemos observar que múltiplas e complexas definições foram atribuídas à crise pelos trabalhadores e gestoras dos CAPSij estudados. Tais achados encontram ecos com o trabalho de Martins (2017) ao observar que existe uma multiplicidade de saberes e de noções a respeito da atenção à crise coexistindo nos CAPS. Nesse sentido, os trabalhadores parecem não ter um consenso quanto à noção de crise (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Contudo, mesmo considerando a natureza amorfa da noção tal com ela se depreende do material pesquisado, nosso trabalho possibilitou que avançássemos um pouco além do constatado em primeira abordagem. Desse modo, foi possível que subdividíssemos as noções de crise em categorias temáticas, ainda que amiúde intrinsecamente interligadas. Essas categorias, referentes a noções de crise, podem ser nomeadas tal como se segue:

6.1.1. Dimensão psicopatológica e dimensão psicossocial

Um tema que se destacou a partir do recorte, da organização e da análise das falas constitutivas do material de campo foi o da dicotomia estabelecida entre dimensão psicopatológica e dimensão psicossocial na compreensão da crise. Segue abaixo trecho de um GF que evidencia tal ponto:

T11B: Eu acho que a crise mesmo, a gente tem que ter um substrato teórico-clínico pra entender aquilo como uma crise ou não, né? Porque ela tem que corresponder, então ao... Eu não digo a crise, eu tô pensando no surto, vai, tem que ter esse substrato, porque ele tem que tá correspondendo ali a uma coisa que vai ligando a uma psicopatologia, né? A gente não sabe se vai se fechar nisso ou não, quando a gente recebe num primeiro surto, mas muitas vezes se fecha. E o cara não sai, fica um psicótico, ele era um psicótico estabilizado, desestabiliza e vai precisar da rede pra continuar estabilizado. A crise já...

T10B: Mas o CAPS, ele acaba também abrangendo outros tipos de crise, desde as crises mais neuróticas onde realmente algo acontece...

T11B: Neuróticos graves, né?

(...)

T10B: Entendendo a crise como mais neurose e o surto como de uma ordem mais psicótico, né?, que é uma diferenciação mais clássica disso.

Para melhor entendimento dessa categoria dicotômica, podemos depreender da fala acima que a dimensão psicopatológica estaria mais especificamente relacionada à expressão externa de condições internas do sujeito, podendo ser pensada mais claramente como a expressão de sintomas. O “surto” estaria, dessa forma, relacionado a um quadro psicopatológico em sua forma puramente descritiva ou, em outros termos, nosográfica.

Por outro lado, a dimensão psicossocial pode ser compreendida, sobretudo, como o impacto ou a influência externa no mundo interno do sujeito. Sendo assim, a noção de “crise” estaria mais próxima dessa dimensão compreensiva que atribui a preponderância da pressão dos eventos ambientais ou sociais na produção da suposta turbulência na vida subjetiva.

Além disso, outro ponto evidenciado nesse trecho é de que a noção de crise seria característica da neurose, aproximando-se da noção estrutural advinda de algumas contribuições da psicanálise, ou mesmo de impasses pertencentes aos conflitos normais do sujeito, tal como se pode vislumbrar nas contribuições de Erickson (1972) ao propor fases de crises psicossociais inerentes à vida e que contribuem para a constituição do sujeito. A noção de surto, por outro lado, encontrar-se-ia mais associada à descompensação psicótica tal como podemos ver em estudos psicanalíticos e, sobretudo, psiquiátricos cuja sombra é a da perda da realidade. A partir desse recorte do GF, entendemos que o CAPS seria, então, tanto o lugar dos “surto” psicóticos, como das “crises” neuróticas quando graves. Não podemos, ainda, deixar de aventar que, nessa fala do grupo quando se menciona o termo neurose e psicose, esses termos estão relacionados, também à estabilidade e gravidade. Assim, a pessoa pode estar estável ou não, podendo o surto, ou a crise no seu sentido mais amplo, ser compreendido como essa desestabilização. Em relação à gravidade, em um primeiro momento podemos pressupor quase que uma dicotomia entre psicose e neurose, enquanto uma manifestação mais grave e outra menos grave, respectivamente, mesmo que tal oposição não implique em maior ou menor complexidade. Ao mesmo tempo, é evidenciado a possibilidade da existência de neurose grave.

Os trechos abaixo também exemplificam a diferenciação entre a dimensão psicopatológica e a dimensão psicossocial:

Jovens com a questão de vulnerabilidade social da família que não tá dando conta. Então a gente tem muito conflito familiar, né?, eu acho que hoje o que mais implica é isso. Um ou outro é psicótico, um ou outro acontece, mas a grande maioria não é não. (GESTORA CAPSij B)

T06A: Eu acho que essa desorganização pode estar associada a um quadro, assim, psicopatológico ou pode ser uma coisa social, familiar, não necessariamente de uma doença à priori, mas uma desorganização psíquica, assim, multifatorial. (...)

T06A: Isso da infância, tipo assim, se é uma crise da criança ou se, tipo, tá sendo fomentada pela desorganização da família, você não sabe diferenciar muito assim, né?, se é um... (...) por que, não sei, tô pensando agora, a partir de um quadro mesmo patológico, a gente tem muitos casos de crise, assim? Não sei...

T01A: Seria mais um psicótico.

A maioria parece concordar.

T06A: Tem poucos. Parece que as crises que a gente tem manejado são essas de vulnerabilidade.

Nesses recortes, podemos observar a diferenciação existente entre a crise que ocorreria mais diretamente relacionada à dimensão psicossocial, ou seja, de uma maior vulnerabilidade familiar e social, daquela decorrente de aspectos psicopatológicos, relativos à doença. Nesse sentido, ou a crise seria decorrente de uma patologia do sujeito (“crise *da* criança”) ou ela estaria relacionada ao seu meio (“desorganização *da* família”), enquanto produtor dela. Ademais, nesse ponto, caberia ressaltar que o transtorno mental, referente à dimensão psicopatológica, estaria sendo apresentado quase como uma entidade em si mesma, excluindo o seu aspecto contextual, divergindo do modelo psicossocial vigente. Aproxima-se, assim, da relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, característico do modelo biomédico e não com o sujeito social que experiencia essa doença (AMARANTE, 2008). Pelos relatos, dentro dessa diferenciação, constata-se que a maioria das crises atendidas pelos CAPSij ocorreria em função

de questões sociais. Em outro GF, a própria definição do que seria compreendido como crise é questionada:

T13B: Eu já fico pensando, o que é que a gente tá chamando de crise. Porque para mim, CAPS tudo é crise, né? Mas eu não sei se considera a crise os quadros mais psicóticos, surtos, assim, ou crise...

T12B: Existencial, um rompimento do usuário.

T13B: Porque aí é muito mais complexo né?

No trecho acima, reaparece a dicotomia entre dimensão psicopatológica, relacionado ao surto, e dimensão psicossocial, referente à crise. Porém, nesse trecho, o conceito de crise parece emergir de forma mais ampla, podendo englobar tanto os surtos psicóticos quanto as crises existenciais. Ainda aí, aparece um dimensionamento da crise quanto à sua complexidade, sendo a crise de cunho existencial considerada como mais complexa. Corroborando a ideia anterior, as falas transcritas abaixo evidenciam noções que englobam o surto dentro da noção de crise, sem se restringir a ela:

T14B: (...) eu acho importante discriminar, assim, essa crise no sentido de um momento muito intenso, de rompimento, de muita angústia, de um surto que o sujeito precisa de um cuidado mais intensivo, de uma presença mais constante, né? Eu acho que essa é uma das percepções de crise.

*T12B: (...) Eu acho que tem a crise mais do surto psicótico, sei lá, eu tô falando assim, tem a crise mais do surto psicótico, de uma desorganização psíquica, seria mais tipo *stricto sensu*, assim, muito, muito intensa, que aí eu acho que a gente tem várias situações aqui que a gente acompanha. Tem, eu acho, as crises que têm a ver com uma desorganização da vida, da família e que aí também emocional e psíquica, por conta disso, mas também social, né?, de várias ordens aí. Então, sei lá, seja por uma tragédia que aconteça na vida da família, seja pela perda de uma das referências afetivas.*

Nesse sentido mais ampliado, a crise é compreendida ora como desorganização psíquica que reflete no externo, tendo como expressão máxima o surto psicótico, ora como desorganização social, referente ao meio social e familiar do sujeito, com repercussões internas.

Apesar dessa compreensão ampla, que considera tanto os aspectos mais psíquicos/internos como também sociais/externos da crise, podemos perceber que, em um primeiro momento, a crise ainda aparece mais relacionada à noção de surto psicótico, isto é, voltado à dimensão individual-interna-patológica, o que pode ser compreendido como uma predominância maior dessa concepção:

Pesquisadora: E aqui no CAPS, o que vocês consideram como uma crise?

(Silêncio)

T03A: Acho que um surto psicótico...

A maioria parece concordar.

Essa dicotomia esquemática entre dimensão psicopatológica e dimensão psicossocial, guardada as suas devidas reduções, pode ser compreendida a partir da polarização advinda do saber biomédico *versus* saber psicossocial, polarização que ainda parece ser muito presente nos discursos dos trabalhadores da saúde mental (MARTINS, 2017). No saber biomédico, pautado na psiquiatria clássica, a crise seria concebida exclusivamente como a expressão sintomatológica, decorrente apenas da doença (MARTINS, 2017; AMARANTE, 2008). Por outro lado, no saber psicossocial, inspirado nos movimentos de reformas psiquiátricas, a crise abarcaria também aspectos do contexto social, familiar e relacional do sujeito, ou seja, suas singularidades e vivências subjetivas (MARTINS, 2017), sendo considerada uma situação mais social do que puramente biológica ou psicológica (AMARANTE, 2008).

Dentro dessa perspectiva, algumas pesquisas apontam para a predominância da lógica biomédica (MARTINS, 2017; ZEFERINO et al., 2016) e manicomial (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014) no discurso e práticas das equipes dos CAPS. Cabe ressaltar que, no presente estudo essas duas noções de crise apareceram de forma dicotômica e, ao mesmo tempo, complementar, considerando o sujeito dentro de seu contexto de maneira mais integral. Ora o surto é compreendido em oposição à crise, ora ele é abarcado como parte dela. Desse modo, a noção de crise englobaria além dos aspectos psicopatológicos também os psicossociais, sendo um conceito mais ampliado, complexo e multifatorial.

Na especificidade de nossa investigação, caberia aprofundar e ressaltar uma dimensão que, no nível epistemológico, subjaz, muitas vezes, à distinção saber biomédico *versus* saber psicossocial tão referenciada. Tal dimensão diz respeito ao entendimento e práticas que abordam o transtorno de um ponto de vista exclusivamente do fenômeno *versus* uma compreensão que

implica na consideração e na atuação de uma subestrutura, seja ela biológica, psicológica, existencial ou social.

A título de exemplo, poderíamos dizer que a compreensão da primeira se dá em nível de correlação de sintomas que, assim aglutinados, nos indicaria a existência e, sobretudo, a denominação do transtorno tal como pode ser constatado nas diferentes versões dos sistemas de classificação de transtorno mental (CID⁴, DSM⁵). Desse modo, a psiquiatria hegemônica, afasta-se de modelos teóricos explicativos, rejeitando o referencial etiológico, e pautando-se na definição de categorias descritiva, por consistência epidemiológica (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020). Esse entendimento ateuórico dos transtornos é em geral acompanhado de práticas predominantemente empiristas ou de abordagem psicológicas de orientação cognitivista. Por outro lado, dentro de uma perspectiva mais compreensiva do transtorno, podemos considerar um entendimento pautado em aspectos neurofisiológicos, dentro de um viés biológico, ou psicanalítico, a partir de uma perspectiva psicológica, dentre outros.

As dimensões psicopatológica e psicossocial na noção da crise, apesar de, em algumas falas, aparecerem de maneira claramente dicotômica, podem ser compreendidas dentro de uma lógica interativa. A despeito da ênfase dada a uma ou a outra dimensão, considerando-as não verdadeiramente excludentes, não podemos deixar de reconhecer que as falas dos participantes sobre a noção de crise indicam, em sua maioria, uma real dicotomia. O quadro abaixo sintetiza algumas das ideias expostas nessa categoria:

TABELA 3– DIMENSÃO PSICOPATOLÓGICA E DIMENSÃO PSICOSSOCIAL

Dimensão psicopatológica	Dimensão psicossocial
Surto	Crise
Psicose	Neurose
Interno → Externo	Externo → Interno
Individual/ psíquico	Social/ relacional
Descritivo/ fenomenológico	Compreensivo/ explicativo

Fonte: A autora (2020).

⁴ Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, publicação da Organização Mundial de Saúde, que está em sua 10ª edição.

⁵ Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicação da Associação Americana de Psiquiatria, que está em sua 5ª edição.

6.1.2. O meio como promotor e mantenedor da crise: família, instituições e sociedade

No que se refere mais diretamente à dimensão psicossocial cabe destacar, como tema recorrente no material de campo, o meio, seja ele familiar, institucional ou social, enquanto instância produtora e mantenedora da crise. Tal aspecto se configurou como uma outra categoria temática, dividida em três subtemas. Abaixo abordaremos os três principais elementos do meio que se destacaram no material empírico, ressaltando o fato de eles estarem conectados entre si.

Família

O primeiro elemento que se destaca no panorama da crise na SMCA é a família, imersa nas vulnerabilidades e fragilidades de seu contexto social. De maneira geral, a família é o primeiro e principal espaço de convivência, cuidado e socialização da criança, a partir do qual ela irá se constituir enquanto sujeito. Os trechos a seguir exemplificam a ênfase dada na família como produtora da crise:

T10B: (...) E também a gente tem as crises da, os riscos aumentados de vulnerabilidades social, são famílias que perdem tudo, ou famílias que a coisa vai degringolando de uma maneira, a qualidade de vida daquela família, que de repente tá num miserê ali. Que eu não tô falando nem de dinheiro, mas assim, relações cruas, relações áridas, vinculações áridas, com todas as instituições, né? A gente considera isso uma crise. (...) eu acho que também, o adolescente e a criança trazem uma família em crise.

T10B: A crise familiar. Aí você vê que a mãe também é usuária, o avô é traficante. Aí você tem uma imensidade de coisas.

T11B: Bem social isso, esgarçado.

Então, normalmente no CAPS infantil a gente percebe que as famílias são muito adoecidas, né? É difícil aqui dentro uma família que você fala 'nossa que família legal, que família boa, que mãe boa'. É muito difícil. Isso não é um, tô falando mãe boa e não pai, porque a grande maioria, infelizmente é a realidade, tem muita criança aqui que o pai foi embora. Então é a mãe que é tudo, é a mãe que é o pai, que é a dona de casa, que é o sustento da família. Então, por isso que a gente fala. Então assim, as famílias estão adoecidas, então, é difícil.

(GESTORA CAPSij B)

As falas, cujos trechos exemplificam a dimensão trágica do universo das crianças e adolescentes em crise nos CAPSij, evidenciam a importância do aspecto relacional nas vivências desses sujeitos, cujos vínculos familiares afetivos encontram-se fragilizados, sendo as famílias consideradas “vulneráveis”, “adoecidas” e “em crise”.

Resta lembrar que, no âmbito das atuais políticas públicas de saúde mental e, mais especificamente, aquelas voltadas à atenção dada às crianças e adolescentes, a família emerge como um lugar extremamente potente e importante para o cuidado em liberdade e no território, dentro do contexto sociocultural do sujeito, coadunando com os princípios da RPB. Apesar do contexto familiar, genericamente, ser considerado como elemento essencial para o apoio e suporte nas situações de crise, o que se observa nos relatos das equipes é que a maioria das famílias se mostra incapaz de assumir tal protagonismo, bem como se constitui num estado de crise.

Tal como não poderia deixar de ser, tendo em vista a distinção da natureza de seus respectivos planos, existe uma grande discrepância entre as famílias definidas pelas políticas públicas e as famílias reais envolvidas no drama concreto das crises acolhidas nos CAPSij. Na dinâmica cotidiana dos serviços, os trabalhadores da saúde parecem ter uma expectativa não correspondida em relações a essa família, muitas vezes, assumindo o ambiente familiar como melhor espaço para o cuidado. Além disso, podemos destacar no último relato, a sobrecarga familiar, especialmente, nas famílias monoparentais, constituídas principalmente por mães, que se veem diante da complexidade de suas realidades e das necessidades não contempladas de cuidado de seus filhos.

A fala, cujo fragmento significativo se encontra transcrito abaixo, evidencia a noção de crise compreendida como ausência de um contorno familiar diante do sofrimento psíquico intenso:

Eu acho que crise é aquilo, quando o jovem tá, o jovem ou a criança tá numa situação, que não consegue se ter um contorno familiar pra acolhê-lo. Ou esse contorno de um jovem desse tipo que tem x problemas na vida e acha que a morte vai resolver, ou uma criança que tem sinais e sintomas extremamente psicóticos e que a família também não está conseguindo. Eu acho que é esse, esse sofrimento exacerbado que a família não vai conseguir dar um contorno necessário (GESTORA CAPSij B).

Aqui a noção de contorno se aproxima dos conceitos de *holding*, proposta por Winnicott, e de *continente-conteúdo*, tematizada por Bion. Podemos pensar a estratégia de *holding* como sendo fundamental ao cuidado à crise, pois busca promover a sustentação da experiência emocional e psíquica, sendo que “toda e qualquer pessoa necessita sentir-se sustentada ao longo de toda sua vida, variando a forma e a intensidade dessa sustentação, uma vez que a condição humana apresenta uma instabilidade jamais completamente resolvida pela maternagem suficientemente boa inicial” (MEDEIROS; AIELLO-VAISBERG, 2014, p.52). Já no modelo continente-conteúdo, suscintamente, a mãe emprestaria sua capacidade de pensar para compreender e transformar as emoções brutas do bebê (elementos beta) em elementos psíquicos significativos (elementos alfa), em analogia à função de transformação do aparelho digestivo. Nesse sentido, a mãe teria uma função continente (função alfa) de conter os conteúdos do bebê. Ainda, o que diferencia os conceitos de *holding* de *continente-conteúdo* é que esse último teria um sentido mais amplo, considerando que o primeiro se refere especificamente a uma sustentação psíquica e emocional (ZIMERMAN, 2012).

Ademais, a crise na criança e/ou adolescente, dentro da complexidade e especificidade de suas famílias, é também compreendida como uma síntese da problemática familiar:

T10B: (...) A nossa maioria é de pais, extremamente agravados também, situações graves de vinculação, transgeracionais, né?, que vai explodir ali naquela criança ou naquele adolescente que vai desvelar toda uma família que, às vezes, vem de avós, entendeu.

T09B: E tá aí a complexidade do trabalho. Tá aí o fato de que a gente insiste que no CAPS infantil você não consegue trabalhar só a criança ou só o adolescente. Se você não trabalhar o ambiente, se você não trabalhar a família...

T11B: As redes de circulação, né?, dessa criança.

T09B: Sim. E aí tem toda a resistência que isso envolve, tem toda questão de que se coloca naquela criança toda a doença da família, porque é mais fácil do que eu enxergar que tá em mim também. Então, tá aí a complexidade do trabalho.

T12B: Acho que as crianças nesse sentido estão muito em relação à família, à escola, aos lugares onde ela está, né? Diferente às vezes do adulto que já construiu ali uma certa constituição, um contorno e aí a crise dele pode suscitar de outro lugar. Acho que a criança ela está muito, assim, nessa rede de cuidados e na rede afetiva. Então, ela, muitas vezes, é um sintoma dessa rede também, né? Então, a crise aparece bastante dessa forma.

Esses trechos evidenciam a noção, corroborada por alguns psicólogos e psicanalistas, de que a crise na criança e no adolescente pode ser compreendida como a expressão da síntese de conflitos familiares, sendo, portanto, representativa do sintoma familiar. Aproximando-se dessa ideia, podemos assinalar as contribuições da psicanalista francesa Maud Mannoni, ao considerar que a doença da criança evidenciaria um mal-estar do seu meio, servindo como suporte para as angústias dos pais (ESCUDEIRO; FONTENELE, 2015). Assim, as crianças nomeadas como loucas estariam aprisionadas então “numa dimensão objetal que impede a emergência de um sujeito que possa dispor de sua palavra, de seu desejo” (ESCUDEIRO; FONTENELE, 2015, p. 113). Ainda nessa perspectiva, cabe ressaltar os apontamentos de Knobel (1981) ao compreender o adolescente como um possível receptáculo para os conflitos familiares, podendo assumir aspectos doentios de seu entorno social.

No contexto em que a família se mostra efetivamente disruptiva em seus agenciamentos socioafetivos, a criança teria poucas possibilidades de escapar ou de fazer derivar a crise familiar. As equipes parecem, então, ter uma concepção de que o meio familiar seria um dos promotores da crise infantojuvenil, bem como contribuiria para sua manutenção. Cabe destacar que, considerando a centralidade preconizada do lugar da família enquanto lócus de cuidado, é de extrema relevância a oferta de espaços de escuta e acolhimento para esses familiares, sobretudo, em situações de crise, como parte fundamental do cuidado prestado pelos serviços de saúde mental e não como uma atividade extra do trabalho na SMCA, visando propiciar um cuidado integral para essa população.

Instituições

O segundo elemento que podemos destacar, dentro da dimensão psicossocial, diz respeito mais especificamente às instituições enquanto espaços em crise e, portanto, também promotores e mantenedores dela. Para efeito de maior clareza, não incluímos a família nesse subtema, embora, sob o ponto de vista jurídico e antropológico, a família não poderia deixar de ser uma instituição e, até mesmo, uma instituição basal, para efeito da dinâmica afetiva e psicossocial, dos atos cotidianos e da intersecção entre o individual e coletivo; optamos, portanto, por situá-la numa rubrica própria. O recorte abaixo evidencia o papel da instituição na noção de crise:

T13B:(...) às vezes tem crise institucional também que aí leva, né?, por exemplo, uma criança que tá no abrigo, num SAICA⁶. Aí tem uma situação de crise e isso gera tamanho sofrimento, desorganização para criança e para o adolescente. (...) Eu fico pensando no trabalho de vocês, né?, com as meninas da Fundação Casa⁷. Para mim aquilo é uma situação de crise permanente, numa instituição em crise, com jovens em crises. (...) Isso é uma super crise, né?

T12B: E acho que uma crise também institucional. (...) Pensando nesse contexto de privação de liberdade, de meninas que estão sofrendo em si por estarem presas, né? Eu acho que já parte daí.

T14B: Uma crise produzida pela própria situação da institucionalização.

T13B: Que isso acontece com os abrigos, acho que em uma outra proporção, mas também.

O trecho do GF acima nos permite pensar que, na concepção dos trabalhadores, as instituições da rede de proteção e assistência de crianças e adolescentes parecem, em alguns momentos, não conseguir atuar de modo a cumprir seus objetivos.

Dentro da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que visam garantir a proteção integral para pessoas e famílias que se encontram sem referência e/ou em situação de grave ameaça, necessitando serem retiradas do núcleo familiar/comunitário, destacando-se 1) acolhimento institucional integral e 2) medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (BRASIL, 2004). Estão inseridos nesses serviços, dentre outros, os Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICAs), que oferecem acolhimento institucional integral a crianças e adolescentes cujas famílias ou responsáveis encontram-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, tendo caráter temporário e provisório. Já a instituição responsável pelas medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada), no estado de São Paulo, é a Fundação Casa.

Desse modo, os contextos institucionais responsáveis por acolher e socioeducar, acima mencionados, são considerados em estado de crise, o que teria uma repercussão, ou melhor expressando, atuariam em ressonância com o sujeito em crise, tendo por efeito o incremento de sua magnitude. Tais contextos institucionais da rede de proteção e assistência parecem desencadear, potencializar e sustentar as crises vivenciadas pelas crianças e/ou adolescentes. Cabe destacar que,

⁶ Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes.

⁷ Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente, anteriormente denominada de Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM)

o acolhimento institucional advém quando políticas públicas de enfrentamento à pobreza, de assistência e de proteção às famílias não foram suficientes para evitar situações de vulnerabilidade, de violência e de esgarçamento dos laços entre os membros de um grupo familiar e entre esses e sua comunidade (JUCÁ; FLORES, 2019)

Assim, podemos pensar que a trajetória de violação de direitos e desassistência dessas crianças e adolescentes poderia ser o prenúncio de uma crise futura.

Sociedade

O terceiro elemento que podemos mencionar diz respeito ao meio social enquanto promotor e mantenedor de crise. Os recortes abaixo evidenciam tais aspectos:

T06A: [Situações] De violência, de precariedade social, de vulnerabilidade. A gente percebe que isso também traz quadros de muita desorganização.

T01A: Desamparo, desassistência...

T11B: E acho que outra crise, digamos, se é que pode entrar na crise isso, são as situações de abuso que chegam até aqui, né?, (...) e as situações de violência.

T13B: Mas eu também pensei em crise que a criança e o adolescente tá numa situação de muita vulnerabilidade. E aí pode ser por uma questão social, por uso de substância ou por estar institucionalizado, acho que é uma situação de crise.

Há nessas concepções uma espécie de determinação do meio social, porém o que prepondera é a noção mais complexa de vulnerabilidade. A vulnerabilidade social, em suas diferentes formas, parece corresponder, na concepção das equipes, a situações de crise em si mesma. Brevemente, vulnerabilidade – conceito que pretendeu superar os impasses e as limitações da noção de risco – busca “expressar os potenciais de adoecimento/não-adoecimento relacionado a todo e cada um dos indivíduos que viva em certo conjunto de condições” (AYRES, et al., 2009, p. 132). Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade pressupõe uma suscetibilidade e busca englobar aspectos de alcance mais social, em uma tentativa de superar estratégias preventivas relativas apenas à redução individual de riscos (AYRES et al., 2009). Assim, a categoria vulnerabilidade, para além da noção de risco, possibilitaria a inclusão da singularidade nas ações de saúde (ONOCKO-CAMPOS, et al. 2014), sendo que a ampliação de compromissos

coletivos viabilizaria a diminuição da vulnerabilidade social dessa população (VICENTIN, 2006).

Diversos níveis de violências, bem como uso abusivo de substâncias, emergem como situações de vulnerabilidade social propícias para o desencadeamento das crises. Ao mesmo tempo, dialogando com os subtemas anteriores, podemos considerar não ser exceção as situações de violência que ocorrem no nível intrafamiliar, por exemplo, as violências sexuais. Segue abaixo outro trecho que aborda a sociedade, de modo geral, como promotora da crise:

T13B: (...) eu fico pensando nessa crise fora assim, sabe? Que lugar é esse que a gente precisa também sustentar, né? Não sei se tem muito a ver, eu fiquei pensando nas crises externas, né que produz tanto sofrimento, né?

T14B - Nas crises do mundo, né?

T13B - Exato, exato, exato. Que vem produzindo de enlouquecimento, né? Dessas coisas de tentativa de suicídio que virou por quase contágio. Eu tô pensando nas coisas dos ataques nas escolas, sabe? Que aí vai contaminando de um jeito muito estranho, assim, vai produzindo crise, sofrimento, não sei. (...) Os efeitos da migração, das condições que vem produzindo, né? (...)

T14B - Os efeitos da migração, exatamente. A gente tem recebido muitas crianças com comprometimento bastante grave, assim, na constituição psíquica por questões relacionadas a migração da maneira como é, principalmente a imigração boliviana, né? Então, com condições muito difíceis de vida, de trabalho, de cuidado dessa criança, enfim, um lugar muito marginalizado na nossa sociedade. Isso vai produzindo efeitos para essa criança que nasce, né? E a gente vai recebendo muito aqui.

O trecho acima aponta para a consideração de condições sociais na tentativa de compreender de forma mais ampliada a emergência de crises em crianças e adolescentes. O recente tiroteio em uma escola na cidade de Suzano (SP), o aumento progressivo do número de suicídio entre jovens e os impactos dos efeitos migratórios na saúde mental de crianças e adolescentes são algumas das situações que podem ser compreendidas a partir de um panorama mais macro. São situações que parecem comunicar algo do social que precisa ser escutado, cuidado e acolhido, não apenas no nível individual.

De modo geral, as noções de crise presentes nos CAPSij parecem abarcar a rede de relações dessas crianças e adolescentes, suas famílias, as instituições pelas quais circulam e o

meio social mais amplo em que vivem. Tais achados corroboram o estudo de Moura (2018), ao evidenciar que as equipes apresentam noções complexas de crise pautadas nas situações de vida das crianças e adolescentes, o que poderia ser definido como crise psicossocial, ao considerar, além da dimensão individual, as “dimensões familiar, social e cultural na complexa sustentação dessa vivência de sofrimento” (MOURA, 2018, p. 81).

Somando-se a isso, Pereira, Sá e Miranda (2013) consideram que a principal contribuição de Kaës para a noção de crise consiste em ampliar tal conceito, abarcando dimensões grupais, culturais e intersubjetivas, para além dos aspectos individuais, inerentes às vivências de desorganização. Ademais, Kaës (1979) considera que uma das formas de superar a crise estaria relacionada à regulação psicossocial, mediatizada pelo grupo-mãe, sendo assim, “tanto o grupal como o cultural estariam comprometidos na gênese e na solução da crise, sobretudo, na capacidade de contribuir com um aparato psicossocial que assegure a continuidade extra e a contenção da experiência de ruptura” (KAËS, 1979, p. 12). Tal proposição deve ser destacada ao se considerar as famílias, instituições e sociedade como instâncias promotoras, mantenedoras e, também, protetivas das crises.

O trabalho na SMCA envolve, fundamentalmente, um trabalho com a família e as demais redes de circulação dessa criança/adolescente, por isso sua complexidade. Couto e Delgado (2016) apontam tal especificidade na SMCA, em função do envolvimento de diferentes atores e setores (família, educação, justiça, assistência social, dentre outros). Tais atores são peças fundamentais no cuidado em SMCA, mas, em função de inúmeras dificuldades podem estar promovendo situações de descuido e descaso frente as situações de crise.

Vicentin (2006) pontua que as crianças, nesses múltiplos atravessamentos institucionais e excessos de demandas do universo adulto, têm seus sofrimentos e conflitos transbordados para o campo social, questionando e implicando os adultos, ou seja, “porque fazem crise nas famílias e nas instituições, os ‘transtornos’ da infância têm a potência de desafiar o mundo adulto a analisar permanentemente seu posicionamento (consciente e inconsciente) no mundo” (VICENTIN, 2006, p. 14). De maneira geral, suscintamente, podemos pensar num intrincado entrelaçamento de crises individuais, familiares, institucionais e sociais, complexificando ainda mais todo esse cenário.

6.1.3. Ruptura, desorganização e desequilíbrio

O conceito de crise também emergiu relacionado às noções de ruptura, desequilíbrio e desorganização, noções que, à primeira vista, parecem muito próximas, mas que possuem diferenças semânticas entre si. Primeiramente, os trechos abaixo evidenciam a noção de crise atrelada à ruptura:

T10B: Tem uma ruptura, né?...

T09B: Tem uma ruptura, isso afeta alguma área ou várias áreas da vida. E a pessoa não tá conseguindo sair disso, dar conta disso.

T14B: (...) crise onde houve rompimento de laços significativos, ou rompimento de um tecido existencial, ou uma crise psicótica, enfim, a irrupção de alguma angústia muito intensa por uma situação familiar. Então, no limite, é com que a gente trabalha, né?

Podemos considerar que essas noções de ruptura/rompimento podem designar uma mudança mais abrupta e drástica, na qual ocorre uma quebra, não sendo possível restabelecer o ponto anterior. Ocorreria, portanto, uma transformação súbita no percurso de vida pseudo-linear do sujeito. Tal noção ecoa nas proposições de Kaës (1979), ao definir a crise como uma ruptura na continuidade da vida, de si mesmo, das relações com o meio. Também, encontra semelhança na ideia de que a crise seria um “estado limite, um rompimento da continuidade habitual, um momento difícil na vida da pessoa” (DESVIAT, 2015, p. 67). Ainda, estudo recente aponta que noções como ruptura, caos e violência, além de outros aspectos relacionados ao sofrimento intenso, permeiam os saberes sobre a crise na perspectiva de trabalhadores de CAPSij (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014).

Além do mencionado, outro aspecto que podemos destacar no último recorte do GF acima é que a concepção de ruptura pode se referir tanto à ruptura (interna) psíquica, na qual ocorre uma invasão inesperada de angústias existenciais intensas, como a uma ruptura (externa) com o meio social e relacional da pessoa, impactando, portanto, diretamente a vida desse sujeito. Nesse sentido, a noção de ruptura, bem como a de desequilíbrio e desorganização, pode estar mais atrelada a aspectos internos ou externos.

Também podemos pensar que essa noção parece estar relacionada a uma dimensão do inesperado da situação, aproximando-se da compreensão proposta por Garcia e Costa (2014) de crise enquanto um acontecimento inédito, que rompe de modo intempestivo a existência

humana. Ademais, a crise pode estar relacionada a uma dimensão de intensidade, sendo que a ideia de maior intensidade de sofrimento e/ou angústia, também aparece em outras falas dos trabalhadores:

T10B: (...) então, quando a gente fala em sofrimento intenso ou severo, a gente está, de alguma forma falando numa crise. Crise como algo que irrompe, né? na vida do sujeito e tudo aquilo que era, deixa de ser, se transforma em algo, né? (...)

Outros recortes evidenciam que a noção de crise se aproxima da ideia de desorganização:

T09B: É, a crise tem a ver com aquilo que ela falou, né?, um momento da vida em que as coisas se desorganizam...

T03A: Uma desorganização, muitas vezes momentânea, às vezes pode durar um período, mas que requer um cuidado maior nesse momento. Assim, em relação à rotina, ao dia a dia da pessoa.

Também a crise aparece próxima da ideia de desequilíbrio, corroborando a definição do dicionário para o referido termo:

Acho que crise é um momento, né?... da patologia da pessoa, da doença, que ela se desequilibra. É um desequilíbrio, né?... da sua estrutura como um todo. (GESTORA CAPSij A)

Podemos considerar que as noções de desorganização e desequilíbrio, diferentemente da ideia de ruptura, parecem designar uma mudança passível de ser retomada a um momento anterior, de organização e equilíbrio. A noção de desorganização se aproximaria à de confusão, desordem; já a de desequilíbrio remete a instabilidade. Outros autores definem a crise como uma manifestação súbita de ruptura de equilíbrio preexistente (MINOZZO; COSTA, 2013; PIMENTEL; MOURA, 2016). No recorte acima, a noção de desequilíbrio está mais diretamente relacionada à patologia, evidenciando, portanto, uma concepção ancorada em aspectos biológicos.

Outro aspecto relevante se refere à dimensão temporal da crise, que poderia ter um caráter apenas momentâneo, indicando sua transitoriedade. Assim, podemos pressupor que a crise pode ser compreendida como pontual/aguda ou contínua/crônica no tempo. Lima et al. (2012) também indicavam a compreensão da crise como circunscrita a um determinado tempo, sendo que fora da crise o sujeito seria capaz de negociar com alguns parâmetros de normalidade. O trecho abaixo exprime essa noção de transitoriedade:

Mas é passageiro. Então, a pessoa tem que ter calma, pra administrar isso. A família tem que ter calma, entendeu?, os profissionais têm que ter calma, entendeu? Porque não é pra sempre. A pessoa não vai ficar em crise aqui no CAPS a vida inteira, nem em casa a vida inteira. A pessoa tem que saber que aquilo é uma coisa que vai acontecer e que vai passar. É igual uma crise de pânico, uma crise de pânico você já sabe que dura pouco, poucos minutos, é um pânico ali. A pessoa não vai pensar que, realmente, 'nossa, ela vai ficar assim para sempre', que nem algumas famílias ficam com medo, né? Não, é uma crise, vai voltar ao normal, pelo menos, à situação que ele tava antes. Às vezes uns com mais tempo, outros com menos tempo de duração. Mas é isso. (GESTORA CAPSij A)

As noções de brevidade e de crise como desequilíbrio, corroboraram a definição proposta por Caplan (1966) *apud* Desviat (2015), na qual crise é considerada como um momento breve de desequilíbrio na pessoa ao ser confrontada com alguma situação problemática da qual não pode fugir e nem resolver facilmente com suas defesas habituais.

Podemos considerar que essas noções de ruptura, desorganização e desequilíbrio se referem aos impactos e alterações da crise na vida do sujeito. A despeito dessas noções apresentarem entre si diferenças no que se refere à maleabilidade e previsibilidade da situação, podemos considerar que subjaz a esses conceitos uma concepção de saúde mental enquanto estabilidade e não alternância. Assim, tais concepções parecem evidenciar a ideia de que a vida corresponderia a uma constante e, portanto, a crise seria uma alteração dessa homeostase.

Quanto ao aspecto pragmático, que será abordado mais detalhadamente em outro tópico, tais concepções podem contribuir para intervenções à crise que visem a um maior controle do sujeito, buscando um retorno o seu estado “normal”, anterior à crise, ou, dito de outro modo, uma equalização do indivíduo através da utilização de contenções químicas (psicofármacos) ou físicas (internação, isolamento, exclusão) (JARDIM, DIMENSTEIN, 2007).

6.1.4. Crise e ciclos de vida: especificidades da infância e adolescência

Infância e adolescência são conceitos construídos e que, portanto, se modificam em função do contexto histórico e sociocultural no qual se está inserido. Nesse sentido, há uma significativa produção e construção de enunciados em nossa cultura a respeito desses momentos de vida (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013). Considerando que essas são fases do desenvolvimento humano com características específicas, nas quais diversas transformações são identificadas, podemos observar que existe certa dificuldade em diferenciar aquilo que é esperado dessas fases de desenvolvimento daquilo que corresponde ao que pode ser denominado enquanto crise.

T06A: Aí dificulta até saber se é algo, se é uma crise, ou se tá numa fase, um momento... E até da infância, fica difícil diferenciar algumas coisas...

T05A: Acho que é importante diferenciar o que é esperado, do que é uma crise de fato, tem essa diferença.

O seguinte recorte também corrobora a ideia de que algumas crises seriam naturais ou, dito de outra forma, esperadas de determinado momento de vida:

T10B: Social esgarçado, eu acho. E aí acaba não dando conta de algumas crises que são naturais, né? Eu percebo muito isso, sabe?

As ideias de crises naturais ou esperadas se aproximam das proposições de Erickson (1972) e Moffatt (1982) a respeito das crises desenvolvimentais e evolutivas, em contraposição às crises traumáticas, assunto mencionado no capítulo introdutório. Ainda, nesse trecho, podemos compreender que situações marcadas por maior vulnerabilidade social contribuem para um acolhimento mais conturbado (ou não acolhimento) de crises esperadas, em função da própria constituição da rede de apoio social.

No material de campo, observamos que, quando a crise é retratada na infância, ela emerge mais relacionada a crianças com diagnóstico de transtornos psicóticos, de transtorno do espectro autista (TEA), sobretudo no que se refere à entrada na puberdade, ou a crianças com problemas neurológicos. O trecho abaixo evidencia tal ponto:

T10B: A gente tem as crises da entrada na puberdade dos nossos autistas, né?, que aí são crises muito severas, porque não existe palavra, né?, pra identificar essas mudanças corporais, então, a criança... A gente tá agora, com pelo menos dois casos aqui de crianças que estão se agredindo, que tão se mordendo, que tá muito difícil...

T11B: E um que tem 9 anos, né?

T10B: Exatamente. Então eu acho que a crise, quando eu penso na crise, eu penso nesses, na infância, eu penso nesses autistas ou neurológicos, que muitas vezes falta-lhes a palavra pra poder nomear aquilo que tá sentindo.

A passagem da infância para a adolescência, denominada puberdade, é repleta de intensas transformações corporais, psíquicas e sociais. Somando-se a esse período já complexo, podemos pensar que crianças com TEA teriam ainda maior dificuldade de atravessar esse momento, em função das desabilidades do meio para lidar com suas especificidades.

De maneira geral, a noção de crise aparece muito mais associada às questões da adolescência, do que da infância:

T10B: Eu tenho impressão que, em crise, a gente recebe mais adolescente, não é?

T11B: É, acho que criança em situação de grave crise, eu não lembro. Desde que eu tô aqui, eu não lembro.

A adolescência em si mesma, inclusive, é considerada um momento de crise:

T05A: Eu acho que a adolescência já é uma crise por si só.

A adolescência é um momento do desenvolvimento humano, caracterizado como uma revolução biopsicossocial, correspondendo a uma transição do estado infantil para o estado adulto, sendo que as características psicológicas dessa fase do desenvolvimento humano variam de acordo com aspectos sociais e culturais (LEVISKY, 1995). Juntamente com a infância, é uma das etapas mais vulneráveis de todo desenvolvimento, e tal vulnerabilidade pode ser mais intensa em função das especificidades do meio. Nesse ponto, abordaremos brevemente algumas contribuições de teóricos importantes para o campo da adolescência.

Aberastury (1981) descreve três perdas ou lutos essenciais que o adolescente precisa vivenciar em direção à maturidade: a) luto pelo corpo infantil, b) luto pelo papel e identidade infantis, c) luto pelos pais da infância. A medida em que elabora tais lutos, o mundo interno do adolescente passa a ficar mais fortificado e esse período passa a ser menos conflitivo e perturbador (KNOBEL, 1981). Na adolescência, o sujeito revive experiências passadas de conflitos infantis, sendo as energias impulsivas, sexuais e agressivas intensas. Assim, nesse processo evolutivo

há tanto uma desestruturação como uma reorganização estrutural da personalidade e da identidade, em direção à personalidade adulta. Os momentos de instabilidade, tão característicos desta fase da vida, vão diminuindo à medida que o jovem encontra maior clareza e aceitação a respeito de si mesmo, ao elaborar suas perdas e ao sentir-se aceito e tolerado em seu ambiente (LEVISKY, 1995, p. 42).

Para esse autor, durante a adolescência, pode-se fazer necessário um diagnóstico diferencial entre crise normal da adolescência e quadros psicóticos ou psicopáticos. Com esse intuito, será necessário um tempo maior de observação do adolescente, levando em conta as condições de seu desenvolvimento evolutivo, antecedentes pessoais e familiares, biológicos, relacionais, contexto socioeconômico e cultural, dentre outros aspectos (LEVISKY, 1995). Knobel (1981) postula a adolescência como um período de normal anormalidade, caracterizando a síndrome normal da adolescência a partir de alguns pontos: 1) Busca de si mesmo e da identidade, 2) Tendência grupal, 3) Necessidade de intelectualizar e fantasiar, 4) Crises religiosas, 5) Deslocalização temporal, 6) Evolução sexual manifesta, 7) Atitude social reivindicatória, 8) Contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, 9) Separação progressiva dos pais, 10) Constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. Tais considerações sobre as especificidades da adolescência impactam diretamente nas crises vivenciadas nesse período.

Para além da ênfase dada em relação à crise na adolescência, em comparação ao adulto, as crises infantojuvenis são consideradas, quase que unanimemente pelas equipes, como detentoras de muitas especificidades. Os recortes do GF abaixo evidenciam tais diferenças:

Eu acho que é diferente porque eu acho que você tira da crise mais fácil, o jovem. (...) O adulto acho que quando entra numa crise, ele já é um pouco mais crônico, né? O jovem e a criança ainda não estão nessa questão da cronicidade, né? Então eu acho que você tira, você tem uma expectativa melhor, acho que você tem mais chance de tirar da crise. (GESTORA CAPSij B)

T10B: Tem muita diferença. Eu acho que primeiro, é que a gente, a gente sai ganhando nessa, se comparar, em termos de prognóstico, o nosso é muito melhor. Porque a gente tem a nosso favor o tempo, né?, o amadurecimento, né? Então a gente tem tempo pra trabalhar, quando a gente tem tempo, né?, porque o que a gente tá trazendo é que o tempo tem sido retirado da gente, né?

T09B: Lá ele chega crônico, né, no CAPS adulto.

T10B: Lá são crônicos, e a cada surto, a cada crise, vai agudizando mais a questão, a questão vai ficando cada vez mais difícil de manejar. Eles já chegam lá com uma dificuldade muito grande, um lugar social já muito estereotipado. Várias deficiências no meio do caminho por não ter acesso, né? Coisas que a gente tá tentando mudar, né?, com esses adolescentes pra que eles tenham acesso a Posto de Saúde, que eles tenham acesso à escola, pra que eles possam estar no social, chega lá, já é, são casos... Tomara que a próxima geração chegue um pouco melhor, né?, lá. Ou que não precise, porque já estão sendo acolhidas pelo ambiente, pelo social mesmo.

Na primeira fala, destaca-se o fato de que a noção de crise do adulto seria mais prolongada e sua resolução mais complexa. Ao mesmo tempo, podemos evidenciar a ideia de cronicidade na vida adulta e de uma maior possibilidade de mudança na trajetória das crianças e adolescentes, que teriam o tempo ao seu favor. Somando-se a essas colocações, cabe ressaltar que a criança, por estar em um momento singular de constituição enquanto sujeito, tem em si uma enorme potência plástica e de abertura para um vir a ser (VICENTIN, 2006).

Corroborando o tema anterior que se refere ao meio social como produtor e mantenedor da crise, no caso de crianças e adolescentes, mais do que em adultos, esse meio parece exercer maior influência:

T13B: Eu acho que isso faz uma diferença de uma crise para um adulto, para uma criança, e para um adolescente. Tem uma complexidade maior em uma situação de crise de uma criança e um adolescente, não necessariamente só para a sintomatologia apresentada ou, sei lá, latente.

Consequentemente, em função dessa maior influência, demandaria também uma maior participação familiar:

TOIA: Não sei, às vezes, em se tratando da infância e adolescência, requer ainda mais a participação familiar, assim, até em questão da dependência, assim. Não que isso não aconteça com os adultos, mas eu acho que exige ainda mais assim, a criança não vem sozinha... Mesmo a situação de crise no adulto também não iria sozinho. Mas eu acho que tem uma certa diferença, não sei precisar isso.

Acho que a crise de uma criança... ela é um pouco mais difícil de lidar porque envolve os pais e, às vezes, os pais ficam mais aflitos que as crianças. (GESTORA CAPSij A)

Assim, é notável a noção de que a crise infantojuvenil impõe uma maior implicação da família no acompanhamento e cuidado do sujeito, o que demandaria, conseqüentemente, uma necessidade da rede em olhar também para essa família. Ao mesmo tempo, a última fala parece trazer justamente uma maior dificuldade diante da necessidade de englobar os pais e/ou responsáveis nesse cuidado, pois estes também precisam ser acolhidos, o que pode ser entendido pelo serviço como uma dupla tarefa.

6.1.5. Situações-limite

Essa categoria temática emergiu do material de campo, podendo ser subdividida entre situações-limite relacionadas a componentes 1) explosivos, como o descontrole e a agressividade e 2) implosivos, como as tentativas de suicídio, automutilação e uso abusivo de substâncias. Abordaremos a seguir cada um deles:

Descontrole e agressividade – aspectos explosivos

O descontrole e a agressividade emergiram como aspectos relativos à noção de crise. Nos trechos abaixo a crise evidencia-se a partir dessas perspectivas.

A medicação, a terapia, tá correndo lado a lado, mas que naquele momento foge do controle. Pra mim a crise é isso, fugir do controle. Ou do próprio controle do jovem, ou o controle da família. (...) A criança em crise... a gente teve aí um ou outro extremamente explosivo, como é que se fala, violento, né? (GESTORA CAPSij B)

Eles ficam agitados, eles ficam agressivos. Eles não querem ouvir a mãe, nem o pai, nem o familiar. (GESTORA CAPSij A)

As concepções de crise relacionadas mais diretamente à perda de controle e agressividade parecem estar mais conectadas à expressão sintomatológica. A perda de controle pode se dar tanto referente ao autocontrole, como também ao controle familiar exercido em relação a esse jovem. Podemos pensar que essa noção pressupõe uma necessidade de controle sobre o comportamento desses sujeitos, que pode se dar tanto no contexto familiar, como no âmbito dos serviços. Tal noção pode embasar práticas predominantes no modelo biomédico, pautado no controle dos corpos, tanto pela via da medicalização excessiva, como da exclusão social, como é o caso das internações.

Tentativas de suicídio, automutilação e uso abusivo de substâncias – aspectos implorivos

Alguns comportamentos considerados extremos apareceram reiteradamente nas falas dos participantes como cada vez mais frequentes na população atendida nos CAPSij, destacando-se as ideações e as tentativas de suicídio como síntese maior da crise:

T10B: Eu acho que grande parte das crises que a gente tem são as tentativas de suicídio.

E eu acho que é... hoje, o que mais pega, é essas crianças que vêm e falam 'eu vou me matar', jovens, né?, crianças não. Então, acho que desses últimos que a gente pediu vaga, acho que foram essas. (...) Hoje eu diria que é mais isso. (GESTORA CAPSij B)

T06A: É, tem o suicídio, que às vezes a gente também fica com dificuldade de nomear o que que é, né? Se é uma crise ou não, como que a gente... a automutilação, por exemplo.

T02A: Se colocar em risco, né?, as tentativas de suicídio.

T01A: Mas não como uma coisa pontual...

T02A: Sim, sim, é repetitivo.

Nos trechos acima, as tentativas de suicídio aparecem, de maneira geral, como a síntese maior de uma situação de crise. Ao mesmo tempo, uma das falas questiona se tal comportamento seria de fato uma crise, possivelmente no que se refere às características específicas dessa tentativa e ao risco envolvido, independente do sofrimento inerente ao ato em si. Estudos têm indicado o crescimento do número de tentativas de suicídio e de suicídio, propriamente dito, em

crianças e adolescentes (KUCZYNSKI, 2014). Haim (1969) *apud* Cassorla (1998) considera como principais fatores suicidas característicos da adolescência os aspectos melancólicos, as ideias sobre morte e a impulsividade.

Além das tentativas de suicídio, outros comportamentos considerados de risco, que estão muitas vezes interligados são o uso abusivo de substância e a automutilação:

T10B: Eu acho que uma outra crise que a gente tá tendo mais da entrada, que eu não sei se a gente pode chamar de crise, mas são uns comportamentos de risco com muito, muito uso e abuso de substâncias. Isso também é novo. Isso também é novo e cada vez crianças mais jovens, com muito abuso de substâncias. E aí vem junto, né?, o abuso de substâncias, os cortes, as tentativas de suicídio e vai lá.

T02A: Uso abusivo de drogas, de substância, também.

T06A: E tem a coisa da automutilação e da tentativa que eu acho que chega mais com a eminência de morte, acho que chama a gente, ‘o que que vamos fazer?’

Não é incomum que a adolescência seja um momento de diversas experimentações, inclusive daquelas associadas às drogas (lícitas e ilícitas), o que pode estar relacionado ao processo de construção da identidade social desse jovem que busca, muitas vezes, fazer parte de algum grupo (SOUZA et al. 2015 *apud* SURJUS, 2019). Além disso, observa-se o *boom* do fenômeno da automutilação caracterizado pelo ato de infringir dor a si mesmo, através de cortes na pele ou da produção de alguma dor concreta, possivelmente em uma complexa tentativa de dar vazão a sofrimento psíquico intenso, reduzindo certa angústia. Tal comportamento, também denominado de *cutting*, apresenta-se cada vez mais frequentes em escolas e, por conseguinte, nos serviços de saúde mental, evocando diversos questionamentos sobre qual o sentido e qual a melhor maneira de escutar essas múltiplas formas de sofrimento. Além da presença cada vez mais frequente e precoce de tais comportamentos, também uma questão de gênero se apresenta, posto que a grande maioria dos adolescentes que experienciam esses comportamentos são meninas. O recorte abaixo evidencia tal aspecto:

T06A: Não sei se tem a ver, mas acho que atualmente a gente tem lidado com bastante caso assim de meninas que se automutilam ou têm uma ideação [de suicídio], uma tentativa. Que é até difícil assim, a gente não sabe até que ponto que é uma crise ou não, mas tem exigido mais

o nosso manejo, assim, nos últimos tempos, que aí envolve isso, de ficar no intensivo, de fazer articulação com outros serviços. Acho que tem sido uma demanda mais assim, frequente, nessa questão de crise, assim.

T01A: Tentativa de suicídio.

T09B: Que a questão dos cortes né?, também. Que também teve a época lá do "Thirteen Reasons"⁸. Nossa, aquilo a gente recebia, porque a menina aparecia com um arranhão, a escola mandava pra cá. Era uma coisa desesperadora. E elas começaram a se cortar também, virou uma coisa meio da moda. Então, tem épocas, tem essa crise fora, que gera a crise familiar que vai chegando na criança, que é quem absorve mais, é mais permeável. E aí a gente vai recebendo.

Apesar das nuances e nebulosidades entre tais comportamentos (tentativa de suicídio e automutilação), eles parecem expressar uma dor que interroga diretamente as equipes:

T08A: Eu fico pensando nas meninas, o quanto consegue ou não fazer uma coisa, ou por outro lado só consegue ser vista, ou sente que só consegue ser vista estando doente, adoecida, o que que é de fato?

T06A: Não é assim, um surto psicótico que é uma coisa mais definida. São coisas que a gente vai, será que é uma coisa medicamentosa só, ou não. A gente vai ficando meio confuso, assim.

T03A: Vai patinando. Tentativa e erro.

T06A: Acho que é o que mais tem aparecido como crise, assim. E vejo lá também, essas pessoas que estão internadas lá, são essas queixas assim.

Pesquisadora – Vocês consideram que não seria uma crise?

T06A: Não sabemos. Talvez seja a nova crise contemporânea (risos).

Essas falas denotam uma crise entre os profissionais no sentido de eles se verem diante dessas novas faces da crise na contemporaneidade. De que forma agir? Como cuidar e acolher? Esses e outros questionamentos parecem mobilizar toda a equipe, instigando-a em suas práticas e (in)certezas.

⁸ Série do Netflix que estreou em 2017 e abordava a repercussão do suicídio de uma adolescente.

6.1.6. Potência na crise

Um aspecto pouco frequente, por outro lado muito relevante para nossa análise, foi a concepção do momento de crise enquanto janela de oportunidade para mudança, evidenciando, portanto, a presença de uma concepção mais positiva acerca do tema. O trecho abaixo exemplifica tal ideia:

T12B: (...) E eu acho que tem um lado também da crise que é de uma abertura de certas situações, que é um jeito que a gente talvez pode operar, assim, uma abertura no sentido positivo de uma irrupção de coisas que podem ser positivas no sentido de se poder trabalhar aquilo que tava, sei lá, latente, ou trabalhando de uma outra forma assim, né? Mas de repente isso pode, pode vir à tona. E a família, acho que tem alguns processos que a gente acompanha de famílias que vão podendo se reorganizar um pouco, também em torno de uma situação de irrupção, assim, que talvez não aconteceria se tudo se mantivesse naquele equilíbrio ali, de uma certa forma. Acho que é um lado positivo.

T13B: Tem potência na crise.

Esse foi o único trecho do material de campo que abordou a crise em uma perspectiva positiva, o que nos leva a pensar que a crise ainda é considerada, na maior parte das vezes, a partir de um ponto de vista destrutivo e paralisante. No recorte acima, a crise é pensada como a emergência do que estava implícito, configurando-se como uma possibilidade de abertura para mudanças na trajetória de vida dos sujeitos e de suas famílias.

Diversos autores vêm discorrendo sobre a importância de olhar a crise enquanto potência criativa e transformadora (BOFF, 2002 *apud* MARTINS, 2017; GARCIA; COSTA, 2014; LIMA et al, 2012; FERIGATO; ONOCKO-CAMPOS; BALLARIN, 2007; JARDIM; DIMENSTEIN, 2007), para além da agudização de sintomas. Assim,

embora toda essa vivência de sofrimento, angústia e invasão seja uma marca importante da crise, em proporções de mesmo valor podemos caracterizar seu momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado pra um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito (FERIGATO; ONOCKO-CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Boff (2002) *apud* Martins (2017) aponta que a crise leva a pessoa a questionar sua existência e o mundo a sua volta, convocando-a a opinar, decidir, se posicionar, sendo, portanto, um momento crítico de uma descontinuidade e perturbação da vida. Assim, podemos considerar na possibilidade de construção de outros modos de existência por meio e a partir do momento de crise, considerando toda a singularidade implicada.

Além de ser considerada em seu aspecto de oportunidade de mudança na trajetória de vida do sujeito, a crise como potência, pode ser pensada como possibilidade de transformação e reorganização das redes de relações do sujeito, sua família, bem como os serviços responsáveis pelo seu cuidado. De tal modo, a crise pode contribuir para colocar em crise as práticas nos CAPSij, questionando de que forma é possível um cuidado mais próximo das proposições da Atenção Psicossocial. Dessa forma, a crise em seu aspecto construtivo, pode contribuir também para análise das práticas e organização dos serviços (GARCIA; COSTA, 2014).

Considerando as temáticas abordadas acima sobre as noções de crise, somando-se a outras dimensões expostas ao longo dessas categorias, construímos o quadro abaixo, buscando sintetizar as múltiplas e variadas noções de crise nas suas mais diversas dimensões:

TABELA 4– SÍNTESE DAS DIMENSÕES RELATIVAS À CRISE

DIMENSÃO		
Origem/ causa	Psicopatológica	Psicossocial (família, instituições, sociedade)
Estabilidade	Estável	Instável
Gravidade	Maior gravidade	Menor gravidade
Complexidade	Maior complexidade	Menor complexidade
Alteração	Ruptura Mudança abrupta	Desorganização/desequilíbrio Mudança maleável
Expectativa	Inesperada/ imprevisível	Esperada/ previsível
Tempo	Pontual/aguda	Contínua/ crônica
Intensidade	Maior intensidade	Menor intensidade

Fonte: A autora (2020).

6.2. PRÁTICAS DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE: MODOS DE FAZER NOS CAPSij

O segundo eixo norteador das categorias temáticas apreendidas no material de campo insere-se na dimensão técnico-assistencial do campo da saúde mental, proposta por Amarante (2008), que corresponde ao conjunto de serviços e redes, bem como ao tipo de assistência/cuidado ofertada. Mais especificamente, no presente estudo, esse eixo compreende as práticas de atenção às crianças e aos adolescentes em crise nos CAPSij, considerando que determinadas noções implicam em práticas específicas. Scarcelli (2017) propõe que a dimensão técnico-assistencial pode se configurar enquanto recorte metodológico de análise ao indagar o modo como as práticas assistenciais vêm sendo implantadas, implementadas e desenvolvidas.

Em função da complexidade e multiplicidade de noções, as práticas de atenção à crise demandam necessariamente estratégias de cuidado também complexas (WILLRICH et al. 2011). Considerando que infância e adolescência são momentos fundamentais do desenvolvimento humano, podemos pensar que as crises vivenciadas nesses períodos e o modo como elas serão (ou não) acolhidas podem trazer inúmeras repercussões tanto para o sujeito como para sua família. Seguem abaixo as categorias que emergiram dos GFs e entrevistas:

6.2.1. Priorização da atenção à pessoa em crise

O primeiro aspecto relevante a se destacar diz respeito à priorização da crise, exemplificado pelos trechos abaixo:

Prioridade pra esse [em crise], entendeu. Porque são muito poucos profissionais. (GESTORA CAPSij A)

T03A: Eu acho que vira prioridade no momento, chega alguém em crise, a gente cancela o atendimento pra ter mais gente lá envolvida com esse paciente que tá em crise. Eu acho que essa mobilização do momento, da equipe toda, pra acolher. Nesse momento ia ter um horário de grupo, um grupo de pais, às vezes é cancelado o grupo de pais, por que o técnico tá dando suporte pra crise.

A crise nos CAPSij torna-se prioridade dentre as inúmeras atividades realizadas pelo serviço, demandando maior envolvimento de toda a equipe, de certo modo, servindo como um

empuxo ao trabalho multiprofissional. A despeito da crise ser acolhida como prioridade, o serviço parece não estar organizado para recebê-la como parte de sua rotina, o que pode ser observado pela necessidade do cancelamento de atividades pré-estabelecidas, em função do pouco número de profissionais. Isso nos leva a questionar qual seria o lugar da crise no CAPSij, o que será abordado mais especificamente em outro momento do texto.

Ainda, outro recorte da fala de uma das gestoras entrevistadas corrobora essa ideia de crise enquanto prioridade:

O paciente tá em crise, ele é atendido no momento em que a família nos procura, ou que a gente identifica. (GESTORA CAPSij B)

Outro aspecto evidenciado pelo trecho acima é que, sobretudo nas crianças e adolescentes, a crise aparece, na maioria das vezes, em relação a um outro que é capaz de identificá-la. Comumente a família ou o serviço é quem define a crise enquanto urgência, a partir das repercussões desta no meio social (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). Nesse sentido, são as pessoas que, de alguma forma, tutelam ou acompanham o usuário que observam a manifestação da crise e acionam determinado serviço, transformando crise em urgência psiquiátrica (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). Abaixo outro trecho direciona a nossa atenção:

Então, assim é um serviço de porta aberta. Eu não faço atendimentos imediatos para quem chega. A não ser que isso seja situações de crise, situações de saída de hospital, ou qualquer, entra na crise, qualquer risco ou para a pessoa ou para o outro. Eu faço os atendimentos imediatos, a pessoa chega, espera um pouco, na hora que tiver um técnico disponível, vai ser atendido. Os demais a gente faz um agendamento próximo, porque a gente entende que tem que passar, mas não é aquela necessidade iminente, né?, não existe um risco, nem pra pessoa, nem pra quem cuida dela. (GESTORA CAPSij B)

Tal recorte evidencia que a prerrogativa das “portas abertas”, preconizada pela RPB, possibilita múltiplos entendimentos. Podemos pensar que tal conceito, além de pressupor uma concretude no que se refere às portas dos serviços manterem-se efetivamente abertas, em oposição ao modelo asilar, também implica em uma abertura simbólica do serviço para o território, ou seja, uma maior permeabilidade deste. Dessa forma, podemos pensar as “portas abertas” dos CAPS como uma disponibilidade maior de escuta e acolhimento imediato, nas mais

diversas situações, sobretudo, nas situações de crise. O CAPSij referido no trecho acima, em função das inúmeras (im)possibilidades, parece enfrentar algumas dificuldades em efetivar a prerrogativa das “portas abertas”, dentro dessa perspectiva. Por outro lado, nas situações em que existe algum tipo de risco, esse acolhimento imediato é realizado.

A crise como algo premente aproxima-nos da ideia de risco e urgência, mais especificamente, da urgência psiquiátrica. O conceito de risco em saúde mental surge quando a crise passa a ser o prenúncio do desencadeamento ou agravamento de um suposto transtorno mental (presente ou futuro) (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). As ideias de urgência e emergência, apesar de próximas da noção de crise, são insuficientes para denominar todas as situações consideradas como crise (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). A principal distinção está no fato de que urgência e emergência apresentam como base a noção temporal de risco, ao contrário de crise (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020). Dessa forma, nem toda crise deve ser entendida enquanto urgência ou emergência psiquiátrica, não demandando, portanto, um manejo com as mesmas tecnologias de cuidado dispensadas para tais situações (DIAS; FERIGATO, FERNANDES, 2020).

Quanto à noção de urgência, é importante a desconstrução da ideia de urgência em psiquiatria, aproximando-nos de uma ética do cuidado de atenção urgente à pessoa em crise, ou seja, de um cuidado que deve ser imediato, em determinadas situações (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007; WILLRICH et al. 2014). Nesse sentido, o atendimento prioritário das pessoas em situação de crise não pressupõe, necessariamente, um olhar para tal situação a partir de um viés psiquiátrico e medicalizante. Enfatizamos, sobretudo, a noção de que a crise demanda por uma ação imediata, não admitindo demora ou atraso, considerando que a rapidez da atenção e o tipo de manejo ofertados nessas situações são decisivos na eficácia das respostas, minimizando o impacto e o sofrimento (DIMENSTEIN et al., 2012). Por outro lado, apesar da necessidade de priorização da crise e da tomada de decisões mais imediatas, é necessário criar um espaço que possibilite aos atores envolvidos uma maior reflexão sobre a situação, não cabendo o lugar-comum e a resposta-pronta. Assim, a angústia vivenciada pelo usuário “diante de uma situação que ultrapassa o limiar de contenção, demanda alguma intervenção de forma iminente.” (FERIGATO; ONOCKO-CAMPOS; BALLARIN, 2007, p.36).

Além da priorização da crise, outro elemento que implica em uma maior disponibilidade dos trabalhadores se refere à intensificação do cuidado.

6.2.2. Intensificação do cuidado na crise

Outro elemento que emergiu quanto às práticas de atenção à pessoa em crise é a necessidade de intensificação do cuidado ofertado. As falas das gestoras exemplificam tal aspecto:

E a gente começa a tratar aqui com terapias, numa frequência maior (GESTORA CAPSij A)

Ele [pessoa em crise] passa a vir mais vezes durante a semana. Então a gente faz isso que a gente chama de intensivo. Isso vai depender de como esse jovem, essa criança tá. Se acha que todo dia precisa, se acha que três vezes por semana. Então, a gente vai fazendo alguns experimentos. (...) A gente sempre começa tentando aqui dentro, que vem uma vez, vem duas, vem três, se precisar vem todo dia. (GESTORA CAPSij B)

A intensificação da atenção se dá sempre na singularidade de cada situação, sendo relevante o acompanhamento longitudinal. Podemos observar que a estratégia utilizada pelo CAPSij, em um primeiro momento, é intensificar o cuidado ofertado, que pode ocorrer tanto no próprio CAPS, como em outros serviços da rede. No caso dos relatos acima, o cuidado intensivo se refere àquele realizado pelo próprio serviço. Segundo a portaria 336/2002, os atendimentos ofertados pelo CAPS podem ser: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, entendendo como intensivo aquele destinado aos usuários que necessitem acompanhamento diário (BRASIL, 2002).

Quando a intensificação do cuidado ocorre no próprio CAPSij, pode ser compreendida como a possibilidade de oferta do acolhimento diurno, considerando o horário de funcionamento dos serviços e a ausência de leitos, não sendo possível o acolhimento noturno. Além disso, o que podemos extrair das falas acima é que nas situações de crise parece haver uma reelaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, a crise mobiliza a equipe a repensar suas práticas, sendo a intensificação da atenção um dos aspectos importantes.

Por outro lado, a compreensão do que caracterizaria um atendimento intensivo, em função das especificidades de cada serviços, parece não ser unívoca. O trecho abaixo possibilita exemplificar uma outra concepção:

O intensivo não[ofertamos] porque a gente não é CAPS III, mas o semi-intensivo, se a pessoa precisar. Que nem dois casos que chegou na semana passada, tentativa de suicídio, então

ficou aqui metade do dia, passa, almoça, fica nas atividades, que mais ele propor e nos grupos que tem. Almoça às vezes, toma café da manhã, lancha. (GESTORA CAPSij A)

Essa fala evidencia uma compreensão de que o cuidado intensivo seria exclusivo do CAPS III, serviços que possuem leito de retaguarda e funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana. Assim, podemos pensar que a intensificação do cuidado, nesse caso, estaria associada à possibilidade do acolhimento noturno, da oferta de internação. Ademais, a ambiência parece emergir como um dispositivo que possibilitaria a intensificação do cuidado:

Ela fica na ambiência, então, assiste televisão, alguém da copa faz companhia, aí o outro vai e faz um jogo, né?, tem o momento da terapia. (GESTORA CAPSij B)

T11B: Fazer ambiência...

T09B: Ambiência é uma coisa que a gente faz muito menos do que eu acredito que a gente deveria por causa dessas questões, né? Mas, quando a pessoa tá com essa necessidade, a gente vai se virar pra fazer.

T11B: A gente dá um jeito.

A ambiência é definida como o “ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais, voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010, p. 5). Mateus (2013) *apud* Pimentel e Moura (2016) compreendem esse dispositivo como o ambiente terapêutico de convivência entre usuários e trabalhadores, pautado no encontro que vai além das atividades previamente programadas. A partir de tais definições, podemos compreender que noções como acolhimento diurno e convivência se aproximam, ou até mesmo se equivalem, a ideia geral de ambiência. A ambiência parece ser um dispositivo de cuidado adequado e essencial para lidar com a imprevisibilidade das situações de crise, considerando que enfatiza a potencialidade e intensidade dos encontros, que ocorrem fora de lugares pré-estabelecido, entre usuários e trabalhadores. Dessa forma, é um dispositivo que viabiliza a atenção intensiva e imediata, demandando

abertura ao inesperado, a disponibilidade de estar com o outro em condição de extremo sofrimento psíquico e a flexibilidade de construir uma clínica na qual não há respostas definidas, mas sim que se constrói na vivência de cada crise e com a singularidade de cada sujeito e contexto” (PIMENTEL; MOURA, 2016, p. 121)

A despeito das dificuldades em se estabelecer um cuidado mais intensivo nos CAPS de maneira geral, no CAPSij A, mais especificamente, essa oferta parece ser ainda mais complexa, o que foi surgindo ao longo do GF. Em um primeiro momento as falas caminhavam nessa direção:

T06A: A gente se reorganiza quando precisa dessa coisa diurna, a gente tenta trazer pra cá.

T02A: A gente pensa em algumas atividades pra pessoa poder vir com mais frequência aqui, mesmo que não vai ficar o dia inteiro, mas que aumente a periodicidade na semana.

Porém, no decorrer do GF o que emergiu foi uma dificuldade mais explícita dos trabalhadores em intensificar a atenção no próprio serviço em situações de crise:

T02A: Mas acho que tem uma dificuldade nesse momento por falta de profissional mesmo. E aquele dispositivo que antes a gente tinha de convivência, de intensivo, dos pacientes virem aqui, passarem o dia, a gente não tem conseguido mais se organizar para ter isso assim, é de forma mais pontual que isso tem acontecido assim, um caso ou outro.

(...)

T06A: E às vezes até de ser difícil, né?, ficar. A gente já pensou isso em outros momentos, assim, o quanto é difícil ficar com o paciente aqui o dia inteiro, né?, que tão nesses momentos mais.

(...) Porque às vezes, mesmo quando a equipe era grande, ficava essa dificuldade (risos). Quem vai ficar, tipo, ninguém queria muito (risos).

(...)

T04A: Mas é mesmo, ninguém queria ficar muito (risos). Ah, fugia...

T06A: Porque mesmo quando a equipe era grande, aí tinha tipo o intensivo, todo mundo, tipo ah, não queria ficar, ou ficava 'ah, o que eu vou fazer no intensivo?'. Tinha também uma dificuldade assim mesmo tendo gente, era sempre algo a ser discutido era o intensivo, assim.

(...)

T01A: Aí o intensivo meio que ficou, pulverizado. Mas tem uma falta, tem um buraco aí. Sim, acho que ficou um buraco em relação a isso.

Apesar das limitações inerentes ao número restrito de trabalhadores nos CAPSij, os trechos dos GF evidenciam que existe também uma dificuldade de outra ordem para a permanência intensiva com os usuários. Podemos ressaltar que a constante permanência em

situações complexas de muita desorganização e sofrimento também impacta diretamente os trabalhadores, que se veem diante de suas limitações para lidar com tais situações, que causam muita angústia nas equipes. A intensificação do cuidado por meio da ambiência demanda um posicionamento mais ativo da equipe, além da disponibilidade para o encontro, com a possibilidade de construção de atividades estruturadas ou não com cada sujeito (PIMENTEL; MOURA, 2016). Assim,

a postura do profissional deve ser baseada fundamentalmente na postura de suporte – suportar essa condição seria afirmar a realidade do acontecimento da crise, no sentido de sustentar sua força destrutiva para que ela encontre e se direcione a destinos mais criativos para o sujeito. Compreendemos a necessidade de respeitar e valorizar o sujeito *na* crise, sem desconsiderar o sujeito *da* crise (PIMENTEL; MOURA, 2016, p. 127)

Desse modo, a insuficiência de profissionais, uma realidade na grande maioria dos serviços de saúde, não pode ser compreendida como a única justificativa para o modo como a crise será acolhida pelo serviço.

6.2.3. Estratégias de atenção à pessoa em crise no modelo Atenção Psicossocial

Nessa categoria abordaremos algumas estratégias de atenção dada à crise que emergiram do material de campo e que relacionamos mais diretamente com o modelo de Atenção Psicossocial, em que noções de vínculo, acolhimento e escuta adquirem especial relevo, definindo estratégias intrinsecamente interligadas, além de se mostrarem como categorias técnicas transversais presentes no cuidado em saúde.

Merhy (2005) classifica as tecnologias de cuidado em saúde em três: leves (relacionais), leve-duras (saberes-estruturados) e duras (recursos materiais). Ao relacionarmos tais proposições de cuidado no campo da Saúde Mental Coletiva com as contribuições psicanalíticas, podemos pensar que o cuidado em saúde mental não deve se fundamentar no domínio de uma técnica (tecnologias leve-duras) ou estritamente na aplicação de recursos materiais (tecnologias duras) e sim em um registro ético “de um posicionamento existencial de reconhecimento das necessidades do outro” (MEDEIROS; AIELLO-VAISBERG, 2014, p. 49) frente a experiência emocional humana, ou seja, nas tecnologias leves.

Ao considerar a atenção à pessoa em crise dentro de uma perspectiva psicossocial, as tecnologias leves são fundamentais, pois implicam na possibilidade de oferta de um cuidado integral e humanizado em saúde, através de estratégias como construção de vínculo, acolhimento, escuta qualificada, corresponsabilização e produção de autonomia. Tais

tecnologias relacionais são dinâmicas e transversais a todo o processo de trabalho em saúde (JORGE et al., 2011). Ademais, a utilização do termo tecnologia tem como intuito enfatizar a força do vínculo, o protagonismo do usuário no seu cuidado, bem como do trabalhador no acolhimento de situações de crise, ressaltando o peso que as relações autênticas têm para o cuidado em saúde mental (LIMA et al., 2012). Abaixo abordaremos algumas estratégias de cuidado que emergiram do material de campo.

Vínculo

Sobretudo nas situações de crise de crianças e adolescentes, o vínculo se mostra essencial diante da possibilidade de construção de um cuidado regulado pelo encontro intersubjetivo. Seguem abaixo trechos dos GF nos quais tal aspecto evidencia-se:

T06A: A gente aposta muito na coisa do vínculo eu acho, né?, alguém, algum técnico que conheça mais o paciente ou que esteja mais vinculado a ele, acho que a gente até começa por aí, de tentar...

T03A: E isso que elas falaram, que a gente tava falando, o técnico que tem mais vínculo tá tentando se aproximar mais do paciente, ver como que está sendo essa organização. Às vezes um ou outro vai conversando com a família, se tiver alguém da família.

As falas acima evidenciam a importância do vínculo na atenção dada à crise na relação entre trabalhador/usuário/familiar. Também a constituição de vínculo entre trabalhadores é importante, tanto entre trabalhadores da mesma equipe, como entre trabalhadores de equipes diferentes, o que é fundamental para a efetivação da rede. No trabalho em saúde mental, marcado historicamente por relações verticais entre os sujeitos envolvidos nesse processo, o vínculo se mostra uma estratégia eficaz para a horizontalização e democratização das práticas, na medida que se dá na construção de laços afetivos, de confiança e respeito, favorecendo assim o cuidado compartilhado e corresponsável (JORGE et al., 2011). Ademais, esses mesmos autores pontuam que o vínculo possibilita o agenciamento entre o saber científico-técnico e o saber popular-empírico, convergindo para práticas em saúde que consideram as singularidades e sutilezas de cada sujeito e de cada coletividade.

No material de campo emergiu uma diferença no cuidado ofertado à pessoa já acompanhada pelo CAPSij, daquela ainda não conhecida pelo serviço, o que pode estar

relacionado ao vínculo prévio já estabelecido. Nessa perspectiva, diante das dificuldades gerais de se acolher a pessoa em crise, os trabalhadores parecem se sentir mais à vontade nas situações em que possuem maior familiaridade. Lima et al. (2012) corroboram tal evidência, ao considerar que os usuários que já são conhecidos da equipe, ou seja, que haviam construído um vínculo prévio, são mais beneficiados das estratégias de cuidado. Esse aspecto também pode estar associado a ênfase dada na possibilidade de cuidar da crise no próprio CAPSij, onde a criança/adolescente já tem sua rede de relações estabelecida, sem a necessidade de encaminhamento para outros serviços da rede.

Acolhimento

O acolhimento é outro aspecto essencial no cuidado em saúde, não apenas no momento de crise, mas sobretudo nessas situações. Abaixo segue fala sobre acolhimento, quando questionado sobre a atenção à crise:

Então, vai passar no acolhimento. Junto com psicólogo ou o profissional que tiver aqui. Vai ouvir a família, ouvir a criança. E depois a gente vai fazer uma reunião para (...) decidir quem é que vai ficar com a criança em acolhimento, ou com os pais também. (GESTORA CAPSij A)

A noção de acolhimento no campo da saúde, tradicionalmente, tem sido reconhecida sob dois aspectos: 1) recepção administrativa e ambiente confortável e 2) triagem administrativa e encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2010). Nesse recorte de fala, o acolhimento parece ser concebido como o momento inicial de abertura e escuta para receber a demanda do usuário e sua família, sendo seguido de uma reunião em equipe para discussão de caso e tomada de decisão.

O acolhimento universal é uma das principais estratégias preconizadas pelas políticas públicas no cuidado da saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005). Cabe lembrar que, a noção de acolhimento pode ser concebida de forma mais ampla, sendo uma estratégia que permeia todo o cuidado em saúde e não apenas um momento específico de triagem. Além disso, é um dispositivo relacional que pode ser capaz de ressaltar a singularidade e subjetividade de cada sujeito, compreendendo como a escuta e o diálogo entre trabalhador e usuário/família, buscando a resolubilidade da problemática de saúde (JORGE et al., 2011). Assim, existe uma noção de

acolhimento mais protocolar-administrativa e uma noção mais clínica, que não dispensa o elemento protocolar, mas não se restringe a esse.

A disponibilidade e atenção dos trabalhadores em acolher a crise é de extrema relevância na criação de vínculos com o usuário, sua família e a comunidade, que passam a ter o serviço enquanto referência e apoio nos momentos em que precisarão buscar ajuda (WILLRICH et al, 2013). Desse modo, crianças/adolescentes e seus familiares precisam de profissionais que possam estar junto, com uma escuta compreensiva, sendo um laço afetivo que ajude nesse momento conflituoso (WILLRICH et al., 2013).

Escuta

A escuta qualificada e ampliada é outra ferramenta fundamental para o cuidado em saúde, que pode se dirigir tanto à criança/ ao adolescente como ao seu meio de relações:

T13B: Que pode ser ouvir a família mais aqui dentro; então, por isso, é muito complexo, pode ser ouvir o abrigo. Então, a gente pode pensar em vários, vários dispositivos aí de escuta, no final das contas, né?, ou de acompanhar, de estar junto, tá perto.

Cabe ressaltar que, escutar não se restringe apenas a ouvir, mas sim na possibilidade de dar voz a um sofrimento através de uma escuta qualificada, que pressupõe um vínculo de confiança e disponibilidade em acolher. Ademais, a crise é um acontecimento que apresenta uma sequência histórica sempre singular, sendo importante o desenvolvimento de recursos e estratégias para que o sujeito possa emergir em sua historicidade (LIMA et al., 2012). Nesse sentido, a escuta possibilita colocar a crise dentro de uma perspectiva histórica, trazendo para a consciência e explicitando as contradições e conflitos presentes nesse momento de vida (MINOZZO; COSTA, 2013).

Apesar dos achados relativos a tal temática, Zeferino et al. (2016) consideram que os serviços de saúde mental ainda encontram dificuldades em ofertar esse cuidado baseado nas tecnologias leves, tal como: acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia. Lima et al. (2012, p.426) consideram que “radicalizar o uso da tecnologia leve em situação de crise é promover um intenso investimento humano, ou seja, tomar o cuidado como investimento humano promotor de efetivas mudanças no estilo, e quiçá, nas condições, de vida do indivíduo, visando o sujeito”.

Cabe destacar que, na perspectiva psicossocial, tem-se uma noção de crise mais ampliada como experiência existencial do sujeito dentro de seu contexto histórico e sociocultural, envolvendo sua singularidade e sua rede de relações familiares e social, não se limitando, portanto, a um momento de agudização de sintomas. Nesse sentido, faz-se necessário modos de fazer também complexos, “como a escuta que permite a expressão de subjetividades e uma intervenção que instrumentalize o sujeito a responder às situações desencadeantes da crise” (WILLRICH, et al., 2011, p. 52).

Além das estratégias mencionadas, também outras, que já fazem parte do dia a dia dos serviços, emergiram no quadro de ofertas às crianças, adolescentes e suas famílias, tais como: atendimento grupal, individual e familiar; oficinas terapêuticas; articulação de rede intersetorial; busca ativa e visita domiciliar, dentre outras. Tais referências se fazem presente não apenas nas situações de crise, mas também nessas circunstâncias. Por outro lado, cabe enfatizar que, conforme nos lembra Lima et al. (2012) as atividades e recursos terapêuticos dos CAPS não garantem por si só a superação do desafio de lidar com a crise, pois não é a atividade em si que é terapêutica e sim a relação que se constrói a partir dela. A seguir, abordaremos mais especificamente estratégias de atenção à pessoa em crise pautadas no modelo Asilar/Psiquiátrico.

6.2.4. Estratégias de atenção à pessoa em crise no modelo Asilar/Psiquiátrico

Ao mesmo tempo que despontam estratégias de intervenção voltada à crise pautadas no modelo de Atenção Psicossocial, também podemos observar em diversas falas o predomínio de práticas mais preponderantes do modelo Asilar/Psiquiátrico. No trecho abaixo tal aspecto emerge com grande ênfase:

É muito difícil as crises, principalmente porque você não tem o médico o tempo inteiro aqui, psiquiatra. E, assim, aqui não tem leito também, então. (...) Tem pouco psiquiatra. Nossa maior dificuldade é em relação aos psiquiatras (...) Eles vêm pra cá, aí depois são atendidos por psiquiatra ou pelo pediatra, pra ver se medica. Por exemplo, no caso desse menino, a gente precisou medicar com Haldol, injeção, o psiquiatra que fez, para ver se ele acalma.
(GESTORA CAPSij A)

Uma das principais dificuldades apontadas em lidar nas situações de crise está atrelada à escassez de psiquiatras e leitos na rede. Desse modo, a resposta inicial à crise parece estar relacionada à necessidade de controle de sintomas, seja ele por via do controle e contenção química (medicação), seja através do controle e contenção física (internação). Nesse sentido, podemos supor o entendimento de que a crise deve ser cuidada, primordialmente, a partir da interface médico-medicamentosa, o que facilitaria, em um segundo momento, que a equipe pudesse intervir nessas situações. Assim, a figura do médico (tanto pediatra, mas principalmente, psiquiatra) parece ainda emergir como depositário do saber necessário para lidar com as complexas situações de crise, além de ser também pré-requisito essencial para acessar a medicação e a internação. Outros trechos dos GF evidenciam de modo mais secundário tais aspectos:

T06A: Ou a gente pensa na questão médica (risos) se tem alguma coisa dos remédios, às vezes a gente lança mão também.

T03A: É, dependendo do momento, do que a pessoa precisa.

T02A: É super importante.

T13B: (...) a questão da medicação, por exemplo, que também é um recurso em situações de muita crise, né? E aí a gente pode a gente organizar de como administrar esse remédio.

A medicação surge como um importante aliado em situações de crises mais intensas, porém, nas falas dos GF, parece emergir mais como complementar a outras estratégias. Ainda em relação à medicação destacamos o trecho abaixo:

T06A: Sabe assim, se é algo daquela criança e precisa ser medicado, ou se é uma desorganização tamanha que aí a criança expressa aquilo com um comportamento estranho. Às vezes eu tenho essa dificuldade, assim...

Quando a crise é compreendida como sendo *da* criança/adolescente, tendo sua origem nesses sujeitos, o uso de medicação parece ser mais legitimado. Assim, a compreensão da crise a partir de uma dimensão psicopatológica tem como resposta mais imediata o uso justificado da medicação. Por outro lado, quando a crise surge enquanto expressão do meio, pressupõe-se a necessidade de utilização de estratégias de cunho, essencialmente psicossociais, como, por

exemplo, um trabalho voltado à família e entorno social desse sujeito. Ao mesmo tempo, tal concepção também pode balizar práticas de caráter excludente:

Às vezes a gente percebe que tem que tirá-lo do convívio familiar, que é o que tá levando à crise também. (GESTORA CAPSij B)

Podemos relacionar a noção de que a crise seria produto do meio familiar, como uma concepção que respalda práticas de isolamento e necessidade de retirada do meio social.

T10B: Existem momento, e isso é uma coisa que a gente vem pensando, que a gente precisaria de uma internação mesmo, dentro do hospital, entendeu. Porque a questão tá pra além só do sintoma, né?, tá pra além de uma coisa só psíquica. E a gente precisaria ter leitos psiquiátricos. Então, eu acho que, bom, eu acho o que todo mundo acho, a política de CAPS foi implementada até a página dois, falta um monte de implementação ainda, né?

GESTORA CAPSij B: Você tá medicando e tal, não tá dando, bom, vamos pro Hospital Geral, interna e o médico lá vai testar a medicação, vai ver o que é possível. Porque o CAPS III tem aquela particularidade, que não existe uma porta trancada, né? Então, em alguns casos, como eu tava te falando, você sempre vai pro III, mas tem casos que tem que ser, porque ele tem que ficar fechado, porque ele vai fugir. Então o cuidado dele não vai ser prestado. A gente conversa muito com os jovens a grande maioria aceita ir pro III, né? Entende que é o que tá precisando. Eu acho que pra crise é o III mesmo, é o IJ e o III.*

T04A: Até de fazer ele tomar a medicação aqui, para ver se ele para de faltar, de diminuir, se eles vêm mais vezes na semana, deixa o remédio aqui ao invés de levar pra casa, pra forçar ele a ficar aqui.

T06A: Ter mais controle, né?

T01A: E vai favorecendo que eles...

T02A: A organização, né?

(...)

T06A: Até de ajudar a organizar a rotina.

T01A: Até porque aqui tem outros adolescentes, outras crianças que vão transitando. Então, às vezes é interessante.

T06A: De organizar a rotina, já aconteceu de tomar banho aqui, dormir, aí traz coisa da escola, faz junto, ajudar nessa organização assim.

O recorte acima enfatiza a necessidade de maior controle da medicação, por parte da equipe, bem como do estabelecimento de práticas organizativas da rotina desse sujeito. Tal aspecto dialoga com o fato de que noções de crise enquanto descontrole e desorganização respaldam práticas pautadas na necessidade de controle e organização da rotina, ainda muito atreladas a modos de fazer tradicionais do modelo psiquiátrico. Cabe ressaltar que,

é preciso atentar para o reducionismo e simplificação do sofrimento humano que essa medicalização excessiva impõe a esse cuidado (...) A medicalização pode estar a serviço da não responsabilização do sujeito pelo seu problema, pois a melhora fica depositada em uma solução mágica e externa (ZEFERINO et al., 2016).

Além da medicalização, a internação também surge como estratégia possível diante da crise. Porém, em algumas situações, a própria demanda por internação aparece enquanto resposta para demandas sociais de outra ordem:

T06A: A gente tem visto que às vezes essa internação, essa acolhida noturna é usada com outro... é... com outro objetivo, assim. Às vezes nem é um transtorno mental grave e persistente, mas é um caso de vulnerabilidade, sei lá. E a gente acaba usando mão desse recurso (...)

O relato evidencia aquilo que poderíamos denominar de “falsa crise”, fazendo uma analogia ao conceito de falso self de Winnicott, na qual a crise assumiria uma faceta, máscara, que só aparenta sê-la para cumprir outra função. As equipes, diante da impossibilidade inerente ao trabalho com populações vulneráveis, optam pela internação como forma de sanar problemas de ordem social. Tais achados encontram respaldo no trabalho de Blikstein e Vicentin (2019) ao nos alertar que, muitas vezes, as internações de crianças e adolescentes não têm se justificado sob a perspectiva técnico assistencial, existindo outros determinantes, tais como: fragilização de vínculos sociais e familiares, baixa cobertura da rede de serviços de saúde e socioassistencial, frágil articulação intersetorial, precarização das políticas sociais, relações de violência no território, dentre outros. Da mesma forma, Delfini (2015) aponta que, em determinadas situações, os CAPSij acabam assumindo um lugar de proteção social, acolhendo situações que não se justificaram no ponto de vista da saúde.

Zeferino et al. (2016) apontam que os serviços ainda possuem certas limitações na atenção às pessoas em crise, reproduzindo muitas vezes a lógica manicomial, com práticas

pontuais e apressadas, nas quais predominam o silenciamento dos sujeitos e não construção de vínculos. Podemos compreender com Garcia e Costa (2014) que a aposta em intervenções de controle e contenção dos sujeitos atuam no sentido de favorecer o instituído e contribuem para a cronificação dos usuários que, por apresentarem repetidas crises, acabam tendo seus vínculos rompidos ou enfraquecidos.

Ademais, em um dos CAPSij participantes da pesquisa, a partir da discussão de um caso atendido, emergiu mais diretamente um tensionamento existente entre o modelo Psiquiátrico/Asilar de um lado (representado pelo psiquiatra e poucos membros da equipe) e o modelo de Atenção Psicossocial (engajado pela maioria dos trabalhadores). A partir de uma situação de um adolescente que apresentava crises recorrentes, o médico propôs à família como intervenção a eletroconvulsoterapia, sem discutir tal decisão com os demais profissionais. A maioria da equipe se opôs fortemente à proposta, o que evidenciou uma cisão dentro da própria equipe.

T06A: [o atendimento médico] que... que sempre aparece como uma questão numa situação de crise, por que tem uma... cisão do médico psiquiatra com a gente, e aí é difícil alguns manejos que não têm muito diálogo, a gente fica meio... confuso.

6.2.5. CAPSij como destino possível para crise

Os CAPS se caracterizam como serviços de atenção multidisciplinar, intensiva, imediata, singular e de caráter transitório (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 93), mais especificamente, o cuidado intensivo e imediato à crise de crianças e adolescentes é um dos princípios que justifica a existência dos CAPSij (PIMENTEL; MOURA, 2016).

A partir do material de campo, o CAPSij emergiu com unanimidade entre as falas dos trabalhadores e gestoras enquanto possível e principal lócus para o acolhimento e cuidado a crianças e adolescentes em crise. Assim, podemos compreender que as situações de crise compõem às rotinas desses serviços:

T10B: Quando eu penso em crise no CAPS, eu penso que esse é nosso trabalho do dia a dia, né?

As especificidades da clínica no CAPS surgem como importantes diferenciais na atenção à pessoa em crise. Uma das características destacadas desse serviço corresponde à

escuta e ao olhar ampliados, que engloba e evidencia a dimensão psicossocial das situações de vida dos sujeitos atendidos:

T13B: Mas isso nos obriga a fazer essa leitura mais ampla, né, que só uma sintomatologia do sujeito. Acho que isso, o CAPS tem esse grande jeito de olhar para o sofrimento

Ademais, a compreensão de que tal serviço seria essencial ao cuidado de crianças e adolescentes em crise, enfatiza o vínculo já estabelecido entre usuários, familiares e trabalhadores, o que facilitaria o cuidado, sobretudo diante dessas situações:

T01A: Porque é onde está, ou que se espera que esteja, ou que possa ser constituída, a rede de vínculo de relações da pessoa, enfim. E que não aposta numa coisa só da medicação, pontual.

T03A: Tem todo um projeto....

T06A: Não só no momento da crise.

T01A: Um cuidado mais amplo.

T03A: Acho que o ideal assim, um paciente que já tá sendo atendido no CAPS, no momento de crise fosse também atendido no CAPS e não ter que procurar outro serviço que não conhece, pra poder sair da crise até ir pro CAPS. Eu acho que poderia ser feito aqui. Mas tem que ter estrutura.

O trecho acima evidencia a importância do cuidado no território existencial da pessoa em crise, para que se mantenha ou se (re)construa a sua rede de relações, o que vai ao encontro dos pressupostos do cuidado em liberdade inerente ao modelo de Atenção Psicossocial.

Outro aspecto levantado diz respeito ao cuidado ampliado ofertado por esse serviço, pautado no Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído conjuntamente. Assim sendo, podemos depreender que o CAPSij é entendido como o lugar da crise, considerando que a crise faz parte da vida daquele sujeito e não é algo fora de seu momento existencial, não necessitando intervenções de cunho mais excludentes do próprio serviço onde já acontece o cuidado em saúde mental no cotidiano.

Por outro lado, para que o CAPSij possa ocupar efetivamente o lugar de cuidado da crise, precisaria de recursos. Conjuntamente com outras falas, podemos evidenciar que existe grande queixa em relação à falta de recursos desses serviços, o que, talvez no momento de crise, se torne mais evidente. Nesse sentido, emergem queixas tanto relacionadas ao número insuficiente

de profissionais, quanto a aspectos de ordem material, como, por exemplo, a necessidade de adequação do espaço físico para melhor acolhimento dessas situações.

Outra especificidade que se destaca nas falas como característica e diferencial do cuidado ofertado pelos CAPS é o trabalho em equipe:

TB09: O trabalho é difícil por si só, pela complexidade da coisa. Afinal de contas é para trabalhar com a crise, então é difícil. (...) E pra mim o que torna possível é isso e que você não está sozinho. Para mim seria impossível trabalhar sozinha numa UBS.

Ademais, a atenção multiprofissional também faz parte do escopo de estratégias referidas pelos trabalhadores para atenção à crise:

T13B: E que vai demandar de uma equipe, né? Porque eu acho que isso também é uma característica de um CAPS que atende crise. Assim, é isso, tem profissionais de diferentes áreas de diferentes formações que possibilitam um olhar e um cuidado mais ampliado, né?, que a crise exige isso.

Ainda sobre o lugar no CAPSij, na atenção à pessoa em crise, outro trecho que se destacou está transcrito abaixo:

T14B: (...) Então, do mesmo jeito que essa porta é meio flutuante, a porta de entrada, eu acho que a ideia de crise ela é meio paradigma assim do CAPS, sabe? Então, no limite, se você perguntar se a gente atende muito a crise, eu diria que a gente atende muita a crise. Porque a gente vai compreender que a gente justamente entra nesse momento, né? (...) E a gente vem tentando, o que é muito difícil, justamente construir que o trabalho do CAPS é mais na crise e não no acompanhamento para vida do sujeito. Que aí é o contrário dessa ideia de que quem é do CAPS é do CAPS para sempre. Ou que a saúde mental tá só no CAPS, né? Então eu acho que a ideia da crise ajuda a gente a ter esse norteador, assim, sabe, de que a gente acompanha por definição momentos de crise. Aí o que é crise é um monte de coisa, né?

Podemos observar que a crise é compreendida como parte e, até mesmo, norteadora do trabalho realizado no CAPS: o CAPS é o lugar de crise. Existe, então, uma valorização da capacidade do CAPSij acolher crianças e adolescentes em situação de crise, o que é também observado em outros estudos. Em pesquisa para construção participativa de indicadores

avaliativos para os CAPS III, no que se refere ao indicador específico de atenção à situação de crise, valoriza-se a capacidade dos CAPS em lidarem com as crises localmente, evitando encaminhamentos, além de ofertarem atenção aos familiares dos usuários em crise (ONOCKO-CAMPOS et al. 2017). Por outro lado, parece ocorrer um paradoxo. Apesar de os trabalhadores compreenderem o CAPS enquanto lugar de cuidado à pessoa em crise, quando tais situações ocorrem, parece existirem poucos espaços para acolhê-la dentro do próprio serviço.

É de fundamental importância que o CAPSij possa se efetivar enquanto um serviço permeável às mais diversas situações de sofrimento infantojuvenil. Assim, faz-se necessário a construção de um serviço com maior porosidade e flexibilidade, o que pode evidenciar sua capacidade de acolher ou não crianças e adolescentes em situação de crise. Considerando o aspecto inesperado da crise, é relevante que o serviço seja maleável o suficiente para acolher o imprevisível dessas situações, não permanecendo rígido e fechado em si mesmo.

T14B: (...) Nossa, essa história me emociona bastante assim, eu acho muito bonito, ela falou “eu não quero ir para o hospital”. E daí a gente falou “bom, então, vamos ter que dar um jeito”. Mas era uma coisa meio assim agora. A gente pensava no CAPS III, mas foi muito duro para ela tá no hospital, assim. Eu fico emocionada porque eu achei muito bonito ela endereçar essa demanda, assim, com tanta propriedade. Ela falou assim “eu não quero ir para o hospital”. E aí a gente ficou muito com ela aqui, sabe? A psiquiatra acompanhou bem de perto, a gente fez acompanhamento familiar, ela participou de vários grupos, ficou ajudando, enfim. (...) Mas aí eu acho que é uma história muito bonita que eu aprendi muito com essa história, sabe?, de poder segurar uma crise na unha, assim, sabe?, no CAPS, a pedido dela. E ela dizendo “não quero ir para o hospital” e a família também confiando bastante na gente. Enfim, foi um trabalho muito, eu aprendi muito, foi muito bonito.

Essa fala exemplifica de maneira sensível a demanda de não internação direcionada ao CAPSij pela adolescente diante da situação de crise, apontando para uma necessidade de sustentação da crise com as potencialidades existentes do próprio serviço, o que pode ser escutado e acolhido pela equipe, fortalecendo a capacidade de cuidado da crise no território. Nesse sentido, foi possível “segurar a crise na unha”, valorizando a autonomia do adolescente e sua família como corresponsáveis pelo cuidado. Tal aspecto nos faz pensar que a crise do sujeito colocou em crise o serviço e demandou novas respostas, para além de respostas prontas, rápidas

e habituais. Essa pode ser uma das potencialidades das situações de crise, ao interrogar os saberes e fazeres das instituições de cuidado de forma direta e imediata.

Ademais, o CAPSij surge como primeira opção na tentativa de cuidado à crise, por meio da priorização e intensificação do cuidado no próprio serviço:

Mas a gente tenta sempre primeiro aqui para depois ir pro III. O III é quando a coisa está muito feia mesmo. (GESTORA CAPSij B)

Ao mesmo tempo em que consideram a potencialidade inerente ao CAPSij, também emerge certa sensação de impotência desse serviço, principalmente diante das situações de crise:

Ali é um CAPS III, a gente é só o II. Quando é caso assim, fica lá. Quando é caso que é um pouco mais leve que esse, que o médico não pede a internação. Na verdade, nem é uma internação, é um intensivo que fique ali a semana toda. (GESTORA CAPSij A)

A partir da fala acima, podemos pressupor que o CAPSij teria condição de acolher crises consideradas mais “leves” e que essas não demandariam intensificação da atenção ou internação. Assim, podemos depreender certa sensação de impotência do CAPSij diante da crise, sendo o CAPSij III considerado como lócus mais adequado para lidar com a necessidade de internação ou intensificação do cuidado.

Nesse sentido, conforme emergiu em um dos GF, o CAPSij é considerado um lugar adequado, mas não suficiente para cuidar da crise. Ao mesmo tempo em que a crise é norteadora do trabalho no CAPSij, também escapa nas falas a ideia de que a crise seria algo que não faz parte de sua rotina:

T03A: Acho que tem uma mobilização sim, que é o que foge da rotina, do dia a dia também. (...) Então acho que vai sendo tudo tomado umas condutas ao mesmo tempo que mobiliza mais, o que tava sendo proposto pro dia.

A partir dessa colocação, podemos questionar: o CAPSij estaria preparado para acolher a crise? Podemos destacar que

(...) se o CAPS, que trabalha na lógica do modelo substitutivo, não der conta da atenção à crise, não se responsabilizar por atender a essas situações, acabará por gerar dois resultados: primeiramente, o hospital psiquiátrico atenderá essa demanda e em segundo lugar, um consequência do primeiro, reforçará o sentido social de que é necessária a existência do hospital e de suas práticas – isolamento, violência, relação de poder. Deste modo, é necessário que os CAPS assumam a responsabilidade pela

atenção à crise e pelo controle da ordem, pois caso isso não for feito, o serviço perde legitimidade social (WILLRICH et al., p. 100 e 101, 2014).

Ao mesmo tempo, o cuidado da pessoa em crise não deve ser exclusivo do CAPS, sendo fundamento a construção conjunta com diversos pontos de atenção da RAPS (SILVA; DIMENSTEIN, 2014) e da rede intersetorial. A seguir, abordaremos mais detalhadamente tal aspecto.

6.2.6. A crise cuidada na rede ou a rede em crise?

Situações de crise demandam maior flexibilidade, porosidade e articulação da rede. Dessa maneira, as respostas dadas às pessoas em situação de crise devem ser construídas pelos diversos pontos de atenção da RAPS, de modo corresponsável (SILVA; DIMENSTEIN, 2014). Assim, podemos pensar que a crise impõe radicalmente a concretização do trabalho dentro da lógica da Atenção Psicossocial, no qual a construção da rede se faz essencial.

T11B: Eu acho que outra coisa que a gente tem a nosso favor, eu que já tenho muitos anos de trabalho, são as RAPS. Você tem, pras situações de crise hoje, em casos muito graves, muito graves, que as nossas possibilidades de sucesso eram zero, quando você não tinha a RAPS. Uma psicóloga sozinha numa UBS com aquele caso, a gente não sabia nem fazer, você não sabia nem pra onde ir, sabe assim "o que que eu faço?!". Porque a crise é de toda ordem, é psíquica, é financeira, é de toda a ordem, de moradia, de tudo, de alimento. Hoje a gente tem as RAPS. Isso pra mim, gente, foi assim, de um alívio enorme. Porque a gente pode tentar na construção dessa RAPS, porque a lógica dela é romper com a lógica do encaminhamento, né?, mas é a lógica de construir um projeto comum praquele sujeito, você tem, a chance de sucesso é muito maior. (...) Quer dizer, você cria uma possibilidade de intervenção que de outra forma seria impossível.

Essa fala evidencia a importância atribuída à possibilidade de compartilhamento do cuidado de saúde em rede, especialmente nas situações de crise. A crise, considerada em sua complexidade, demanda respostas também complexas, que não podem ser dadas apenas por um único profissional ou por um serviço. O enfrentamento de situações complexas de saúde mental exige ações articuladas em rede, seja dentro da própria RAPS (rede intrasetorial), seja entre dispositivos de diferentes setores (rede intersetorial). Nesse sentido, a RAPS emerge no material

de campo como um importante avanço das políticas públicas de saúde mental, em contraposição a um modelo centrado em especialistas.

A noção de rede, apesar de ser um termo recorrente na área da saúde, apenas recentemente vem se destacando como central na estruturação e funcionamento do sistema público de saúde (COUTO; DELGADO, 2016). Entende-se por lógica de rede

organização não hierárquica de serviços situados em um território sanitário, articulados por objetivos comuns, pelo uso compartilhado de conhecimentos, tecnologias e recursos, por ações colaborativas e corresponsáveis, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população (COUTO; DELGADO, 2016, p.175).

Vicentin (2006, p. 15) define rede como “um dispositivo coletivo de proteção, uma roda de reversão das dificuldades, uma convergência de ações e de encontros e interações entre diferentes atores com um sentido compartilhado”. É essa convergência de ações que possibilita a construção de “um projeto comum para aquele sujeito” que só é viável no encontro dos diferentes atores envolvidos: trabalhadores, usuários e familiares.

Retomando a questão da atenção à pessoa em crise nessa rede, a pesquisa de campo nos possibilitou apreender, a partir do olhar de trabalhadores do CAPSij, de que forma as crianças e adolescentes em crise vêm sendo acolhidos. Podemos destacar a existência do CAPSij III como um importante diferencial nos territórios participantes da pesquisa, emergindo como principal referência para as equipes do CAPSij, no que diz respeito à crise. Os trechos abaixo exemplificam tal aspecto:

T14B: Mas eu acho que é isso, a gente sem dúvida hoje, tendo do recurso do CAPS 24 horas, a gente prioriza esse recurso como o primeiro, né? Hoje é muito raro a gente recorrer a um hospital, sendo que a gente tem o recurso do CAPS III, assim. É um recurso bem presente e bem efetivo na verdade.

TO1A: É, eu acho que é mais interessante pela proposta do acolhimento integral do CAPS III, porque não é só essa coisa de medicar, tem variados dispositivos de cuidado e também tá no território, porque é aqui perto e eu acho que favorece a pessoa ainda tá na região, enfim, e é alguma coisa mais curta também, no máximo 15 dias. em alguns casos encaminha.

T10B: (...) muitas vezes a gente tem que fazer o uso de CAPS III, se a criança está em risco muito grande pra si mesmo e pros outros.

O CAPSij III é um serviço que tem como característica geral oferecer um cuidado integral e contínuo a crianças e adolescentes com necessidades relacionadas à saúde mental e ao consumo de álcool, crack e outras drogas, incluindo as situações de crise e alta complexidade (SÃO PAULO, 2019). O primeiro CAPSij do Brasil foi criado em 2009 no município de São Paulo, sendo que não existe nenhuma normativa federal que o regulamente. De acordo com portaria recente que normatiza e regulamenta o CAPSij III, esse é um serviço que visa evitar internação e institucionalização, considerando que a atenção 24 horas e o acolhimento noturno característicos desse serviço são dispositivos que facilitariam a articulação necessária com dispositivos territoriais da rede de proteção infantojuvenil (SÃO PAULO, 2019).

A escolha do CAPSij III, de maneira unânime entre os participantes, enquanto principal serviço da rede a ser convocado, pode ser compreendido em função de sua possibilidade de acolhimento integral e noturno das crianças e adolescentes o que aponta para uma aposta das equipes em um cuidado à crise no território, sendo priorizada a internação de curta duração, quando necessária. De qualquer forma, a última fala evidencia que a procura pelo CAPSij III, está atrelada a noções de crise relacionadas ao risco. Outro aspecto relevante, diz respeito à priorização do CAPSij III mais próximo, quando possível:

Então a gente utiliza qualquer CAPS da cidade de São Paulo que tenha vaga. A gente tenta, na medida do possível deixar mais próximo. (GESTORA CAPSij B)

Ao mesmo tempo, podemos destacar dois papéis principais atribuídos ao CAPSij III, ora esse serviço é convocado para construção de um cuidado compartilhado com o CAPSij, ora emerge apenas como serviço para o qual será feito um encaminhamento. Essa discrepância entre compartilhamento do cuidado e encaminhamento, ainda parece estar presente nas ações de saúde. Podemos pensar que o compartilhamento do cuidado sugere um encaminhamento corresponsável, ou seja, quando aquele que encaminha também se implica no cuidado. De qualquer forma, como o grande diferencial entre CAPSij e CAPSij III é o funcionamento 24h e a presença de leitos, fica subjacente a necessidade de acolhimento noturno, o que não pode ser viabilizado pelos CAPSij participantes da pesquisa.

T12B: E, também, por exemplo um apoio do CAPS III quando é necessário, né? A gente usa bastante a rede, né?, tem uma relação bem boa também. O principal hoje em dia é o CAPS III, que a gente usa aqui no território. Mas a gente usa outros também, né? E eu acho que é uma construção também entre os CAPS e os CAPS III, a forma de cuidar compartilhada, né?, quando tem alguém que vai para lá.

O CAPSij III surge em função da necessidade de maior vigilância, diante dos riscos eminentes da crise, como lugar possível para uma curta internação. O cuidado compartilhado é evidenciado ao possibilitar que o usuário permaneça durante o dia no CAPSij, servindo o CAPSij III como retaguarda para acolhimento noturno. O que cabe destacar é que, conforme já mencionado, a internação ainda aparece como um modo de fazer relevante nos momentos de crise, principalmente quando esta é considerada grave.

Em um dos CAPSij participantes, a presença do serviço 24 horas evidenciou o modo como a crise deixou de ser acolhida dentro desse serviço, ou seja, o cuidado intensivo passou a ser desempenhado essencialmente pelo CAPSij III, sendo o compartilhamento feito de modo mais esporádico. A própria equipe problematizou tal aspecto, subentendendo que o cuidado se dava mais pela via do encaminhamento. Nesse sentido, surgiram algumas críticas quanto a forma de lidar com as pessoas em crises nesse serviço:

T02A: Acho que também o fato da gente ter um CAPS III na região faz com que muitas vezes a gente recorra a eles, quando a situação tá...

T06A: Sim, quando precisa de um acolhimento integral.

T02A: Não, porque acho que a gente acaba, não tem mais aquele espaço de intensivo aqui, e acho que acaba ficando mais com eles; assim, essa função do paciente ficar lá, participando das atividades lá e fica um pouco distanciado da gente. A gente faz algumas reuniões, visitas lá, mas, tem acontecido mais isso, assim.

T01A: O que a gente tem percebido é que não tem sido muito efetivo.

T06A: Alguns casos não têm sido muito efetivo, porque também fica alguma coisa tipo, o usuário é daqui e de lá e ninguém assume muito bem o Projeto Terapêutico assim, acaba ficando lá, mas não se tem uma atenção, não uma atenção, mas é de todo mundo e não é de ninguém.

T01A: Não tem uma direção de tratamento muito clara, eu acho que fica meio confuso, muitas vezes cada um aposta numa coisa.

T06A: Isso.

T01A: E isso tem repercussões com os pacientes, vão sempre voltando a crise e parece que tá...

A atenção à pessoa em crise nesse serviço, quando na tentativa de estabelecer um cuidado compartilhado com o CAPSij III, parece dar margem para desresponsabilização, “é de todo mundo e não é de ninguém”.

Outro serviço da rede de saúde que surgiu como opção, menos lembrada, nos momentos de crise é o Hospital Geral.

Eu acho que, eu acho que é os CAPS III mesmo. Pra atendimento de crise na região, eu acho que só o CAPS III. A gente, óbvio, o CAPS infantojuvenil, e o III. Eu não vejo outro serviço. Tem esse hospital, mas a gente acha assim, que ele é adequado? É um socorro. (GESTORA CAPSij B)

O CAPS, o Hospital. Uma situação muito grave, se não tiver, tiver tudo ocupado o leito, seria o Hospital. (GESTORA CAPSij A)

Se a gente identifica que naquele momento o risco dele é um, a crise dele tá levando a um risco maior, fora desse período, que ele precisaria ter uma vigilância maior. A gente solicita uma vaga pro CAPS III. Aí esse jovem vai pra um CAPS III, onde ele vai ficar no máximo aí, é difícil, mas no máximo 15 dias, normalmente é menos que fica, mas é o que eles, mais ou menos o que se estipula. (...) A gente solicita esse CAPS III e aí ele fica no CAPS III, sob os cuidados do CAPS III, recebendo visita nossa. É, em outras, em algumas situações, ao invés da gente ir, ele vem. A gente consegue ambulância, a gente busca ele, por exemplo, às 10 da manhã ele vem, passa de quatro, cinco da tarde leva ele embora. Então, é esse tipo de atendimento que a gente tem na crise. (GESTORA CAPSij B)

Em último caso a gente encaminha de internação hospitalar mesmo, que a gente evita (...). Ou a gravidade é tão grande, que não daria pra um CAPS III, né? Ele tá numa situação, que a gente vê que o manejo no III também não vai dar conta. Então a gente encaminharia pra internação. Esse ano, eu acho que não foi ninguém pra lá, eu não lembro de ter ido. (GESTORA CAPSij B)

Parece existir uma gradação entre CAPSij, CAPSij III e Hospital Geral, considerando a gravidade da situação, sendo as crises mais “leves” acolhidas no CAPSij, já as mais “graves”, nas enfermarias psiquiátricas de Hospital Geral. Essa gradação parece estar também relacionada a um ideário de resolutividade da crise em tais serviços, o que nos remete as concepções de crise pautadas no modelo psiquiátrico/asilar, na qual subentende-se que a internação fechada, como é o caso das enfermarias, poderia dar conta de crises mais graves, ou seja, seu grau de resolubilidade seria maior. Em estudo sobre o itinerário terapêutico de adolescentes em crise (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014), os trabalhadores do CAPSij apesar de não considerarem o Hospital Geral como local ideal para as internações de saúde mental, tinha esse lugar como central na atenção à crise dos adolescentes.

Ademais, as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), denominadas de Pronto-Socorro, emergem nos discursos como última opção, principalmente, quando não se tem um conhecimento prévio e uma relação já estabelecida com o usuário e sua família, e tal acolhimento não poderia ser feito naquele momento.

T13B: Mas eu acho que de saúde o CAPS. Hospital Geral, Enfermaria em Hospital Geral e Pronto Socorro, teoricamente, sempre existiram como um recurso urgência e emergência para criança e adolescente em saúde mental. Mas de fato, poucos pontos da urgência e emergência se abriam para acolher criança e adolescente, né? (...) Mas sempre foi muito difícil acessar, acessar o recurso hospitalar, né, bem difícil. Eu acho que as famílias, na verdade, quem dava conta disso eram as famílias, ficavam muito sozinhas.

T12B: Acho que a gente indica o PS em situações muito pontuais, por exemplo, de famílias que não chegaram aqui, que tãõ no telefone e que então não estão numa possibilidade da gente fazer o encaminhamento para o III, ou fim de semana sei lá, tem algumas situações que aí fica indicado a urgência do pronto-socorro.

Os trabalhadores identificam fragilidades na rede de urgência e emergência para acolher as situações de crise de crianças e adolescentes. As UPAs emergem como principal alternativa nas situações que ainda não são conhecidas pelo CAPSij e que não poderão ser acolhidas por este naquele momento exato, sendo, portanto, considerados para situações mais pontuais. Assim, podemos perceber certa singularidade em torno da rede de cada criança e adolescente.

Além dos dispositivos destacados acima na área da saúde (CAPSij, CAPSij III, HG, UPA), outros da Atenção Básica também se sobressaíram, porém mais brevemente, tais como

o NASF e UBS. Ainda, outros pontos também aparecem com menor ênfase nas situações de crise, sendo considerada importante também uma articulação com escolas, Conselho Tutelar, SAICA, CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), dentre outros, evidenciando a aposta em um cuidado compartilhado e intersetorial.

Tem o NASF, que tem, às vezes essa jovem já passou lá ou passa. Então, a gente conversa com a Unidade Básica de Saúde quando ele está. Às vezes com o Judiciário, se são questões que a gente tá vendo de que não vai rolar voltar pra casa definitivamente, sabe (...) Aí a gente entra com o Judiciário junto com o Conselho Tutelar, solicito uma vaga de SAICA.
(GESTORA CAPSij B)

A importância do trabalho articulado em rede é ainda mais evidente ao se considerar a questão da saúde mental infantojuvenil, pois crianças e adolescentes circulam por diferentes instituições, isso quando conseguem acessar algum serviço (COUTO; DELGADO, 2010). É exatamente por essa especificidade que o cuidado em SMCA têm como referência central a intersetorialidade. Nesse sentido, há na política de saúde mental infantojuvenil um “empuxo à intersetorialidade e ao cuidado ampliado, que inscreve a colaboração e a corresponsabilização intersetorial como via por excelência de construção de redes de cuidado” (COUTO; DELGADO, 2016, p. 164).

Segundo Kantorski et al. (2014) a intersetorialidade pode ser entendida como articulação de diversos setores, a qual permite compartilhar responsabilidades e saberes, possibilitando um olhar ampliado para solução dos problemas encontrados. Assim sendo, este deve ser tanto um princípio da política de saúde mental quanto uma diretriz fundamental para a organização e operacionalização dos serviços, não se reduzindo somente à presença de serviços, mas se efetivando através de ações pactuadas e compartilhadas (KANTORSKI et al., 2014). Evidencia-se, então, a importância de promover uma interlocução efetiva entre saúde mental e rede intersetorial, tal como Educação, Assistência Social, Justiça, Direitos, Cultura, entre outros, visando garantir uma estratégia intersetorial de atenção psicossocial, tal como preconizado no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (BRASIL, 2010). Vicentin (2006) propõe três dimensões de intersetorialidade: 1) molecular: tecido social costurado entre os atores presentes (trabalhadores, crianças/adolescentes e família); 2) micro:

tramas no intra equipes e inter equipes; 3) macro: esforços governamentais e da sociedade civil em torno da criança/ adolescente.

Nenhum setor isolado, nem a saúde mental, detém uma resposta conclusiva sobre as questões complexas que atravessam a vida de crianças e adolescentes, sendo improvável que apenas uma instituição ou um setor responda por necessidades tão diversas (COUTO; DELGADO, 2010). Ao mesmo tempo, traduzir a intersetorialidade em ações concretas de assistência buscando superar a lógica do atendimento fragmentado é um grande desafio (COUTO; DELGADO, 2010; ALENCAR; SCARCELLI, 2009), dependendo da “inscrição de uma direção comum para que os setores com práticas de mandatos distintos encontrem vias consequentes de diálogo e ação” (COUTO; DELGADO, 2016, p. 167). O maior ou menor impacto nos reordenamentos setoriais depende de que a própria saúde mental tenha claro qual o seu lugar e função, assim como os dos demais setores, condição de possibilidade para que novos alinhamentos sejam construídos e novos efeitos assistenciais produzidos (COUTO; DELGADO, 2010). Não é possível afirmar a existência de um entendimento comum sobre o modo de operar a direcionalidade do cuidado em rede, sendo também muito diversas as experiências em curso (COUTO; DELGADO, 2016).

Couto e Delgado (2016) apontam que uma rede de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes é composta por dois planos: um plano estrutural, representado pelos serviços implantados; e um plano dinâmico, relacionado à direcionalidade da ação do cuidado. Para esses autores, rede pressupõe sempre um processo aberto e ampliado que depende de uma presença viva no território, ou seja, depende da existência de uma equipe ou de um profissional que faça valer sua necessidade e direção, não se efetivando apenas pela existência concreta de equipamentos ou por orientações e normativas.

Apesar da relevância do trabalho em rede, as equipes dos CAPSij salientaram que as questões da SMCA, muitas vezes, não são acolhidas pelos demais trabalhadores da rede.

T02A: E se o atendimento na rede estivesse funcionando melhor, talvez a gente conseguisse, de fato, fazer esse atendimento em crise.

T12B: E acho que talvez até porque por ser criança e adolescente, né?, também tem essa coisa dos serviços não quererem se responsabilizar.

T13B: É, se supõe sempre uma especificidade do cuidado em saúde mental de criança e adolescente em crise que os médicos, os hospitais ficam sempre muito receosos. Até os

psiquiatras de adultos se dizem não especialistas em criança com muita dificuldade de acolher, né?

T01A: E assim, é negligenciada, apesar de sempre ter vários, divulgam-se curso, eventos que vão falar sobre isso mas não tem uma ação mais direta, concreta, na realidade no cotidiano ali das instituições pra que isso seja de fato atendido (...) Não se tem um conjunto de ações cotidianas envolvendo os profissionais que de fato dê conta dessas questões. Mais pontual, não é uma coisa contínua e efetiva de fato.

De modo geral, os trabalhadores dos CAPSij consideram que as equipes da rede não acolhem adequadamente as questões da SMCA, havendo pouco envolvimento com o campo. Isso se dá para além do oferecimento de cursos de capacitação, indicando a necessidade de uma verdadeira sensibilização das equipes por outras vias, mais horizontais e longitudinais. Uma aposta possível, nesse sentido, é a construção de espaços de apoio matricial entre as equipes, que não precisaria se restringir à articulação saúde mental/ atenção básica.

Outro aspecto importante que emergiu, no que se refere à rede, foi o (não) lugar da saúde mental na atenção básica. A saúde mental parece ainda estar muito apartada do âmbito da saúde geral, como se não fosse constitutiva e constituinte deste. Tal aspecto parece ser potencializado no que se refere ao cuidado infantojuvenil, pois subentende-se uma especialidade ainda maior nesse campo.

Considerando toda a importância da rede no cuidado à pessoa em crise, mais especificamente a articulação entre CAPS e Atenção Básica, se evidencia como essencial para a sustentação da crise no território (LIMA; DIMENSTEIN, 2006). Sustentar a crise no território “é condição da própria sustentabilidade da ética de cuidar em liberdade do modelo psicossocial” (LIMA; DIMENSTEIN, 2016, p. 632), sendo necessária uma intensa relação entre CAPS e Atenção Básica.

T02A: A Atenção Básica não consegue atender os casos que seriam mais leves; assim, a gente acaba absorvendo essa demanda e as situações de crise, essa busca ativa que elas falaram, a gente não consegue tanto fazer por conta de todas as outras demandas que chegam porque não tem outro lugar pra ser atendido na Atenção Básica.

T06A: E só reforçar o que ela falou, isso da demanda que a gente tem atendido porque aqui, nesse território são poucas as UBSs que têm psicólogo, por exemplo, que atendem a infância, simplesmente não atendem...

T01A: Eles falam que não têm especialização em infância, sei lá. É muito comum isso.

T06A: E às vezes nem equipe de saúde mental que banque atender a infância. Então acaba vindo tudo para cá (risos).

T11B: (...) A gente faz também um trabalho que é de porta aberta e que é de triagem. Então, existe uma falha na rede, existe um trabalho sendo construído para que a rede, pra que cada um cumpra suas funções. Então, para que a UBS possa receber uma criança, avaliar, ter um diagnóstico daquela criança para dizer "Olha este aqui precisa de equipe multi, esse tem que ir pro CAPS". E isso não existe...

T09B: E cuidar daqueles que não tem a gravidade pra vir pro CAPS, muitas vezes a gente tem que absorver, porque a Atenção Básica não consegue.

T11B: Então a gente recebe, a porta é aberta. E somos nós é que temos que fazer esse trabalho de separar o joio do trigo. E é muito difícil porque às vezes você pega aquele caso que é um ambulatório e você sabe que ele não vai ter lá fora. Você tem essa dificuldade, eu acho. Então, entre tudo que a gente faz, essa porta aberta, né? Acho que esse acolhimento pra crianças e adolescentes, que ele é, não para.

As falas anunciam uma centralização do cuidado em SMCA nos CAPSij, o que contrapõe a lógica do trabalho em rede, dando margem para uma sobrecarga desses serviços. Corroborando tais achados, em estudo anterior, Lima e Dimenstein (2016) observaram que a Atenção Básica tem sido pouco resolutiva em relação às demandas de saúde mental, em função de resistências das equipes e fragilidade na corresponsabilização. Ao mesmo tempo, existe uma maior fragilidade de inserção territorial dos CAPS, ocorrendo um ‘encapsulamento’, ou seja, uma centralização do cuidado apenas nos CAPS, evidenciando uma desarticulação entre saúde mental e atenção básica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A palavra crise, mais recentemente, vem ocupando diversos lugares no imaginário social, seja pela crise sanitária global da pandemia do coronavírus, seja pela crise ético-política brasileira. Essas e outras crises atuais evidenciam o quanto esse termo é carregado de inúmeros sentidos, podendo se referir aos mais variados âmbitos do conhecimento.

O objetivo desse estudo foi apreender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos CAPSij. Os saberes que se articulam às práticas, que por vezes, produzem novos saberes, puderam ser revisitados e repensados pelas equipes. Falas como *“Eu não sei se pode chamar isso de crise”*, *“crise é um monte de coisa”*, *“fico com dificuldade de nomear, se é uma crise ou não”* permearam as entrevistas, como se o espaço/tempo oferecido fosse também um momento de construção conjunta, como não poderia deixar de ser, considerando a amplitude e complexidade da temática.

O contato com as equipes dos CAPSij possibilitou perceber a relevância de espaços de diálogo e reflexão sobre as noções e práticas presentes no dia a dia desses trabalhadores. Muitas vezes a sobrecarga de trabalho nos serviços impossibilita a construção desses espaços de maneira mais formal e estruturada. Quando ocorrem, esses se dão, principalmente, por meio das reuniões de equipe e supervisões clínico-institucionais. Ao mesmo tempo, de modo informal, nos corredores e entremeios dos serviços, existe toda uma teia que se constrói na qual emergem discussões, debates, apoio e acolhimento, fundamentais para a continuidade do trabalho. Tal aspecto se mostra essencial diante dos sentimentos mobilizados nas equipes frente ao sofrimento das crianças/adolescentes e seus familiares.

Apesar de ser um conceito central à clínica do CAPSij, podendo ser considerado até mesmo um norteador das ações terapêuticas desenvolvidas em tal serviço, não existe um consenso sobre o conceito de crise. O contrário evidencia-se. Parece existir uma visão caleidoscópica sobre tal noção, o que permite olhar a crise de diferentes ângulos. Essa multiplicidade de sentidos, ora complementares, ora opostos, desenhando-se a partir de várias dimensões, possibilitou a construção de algumas categorias temáticas.

Quanto aos saberes presentes nos CAPSij, a crise pode ser compreendida considerando seus aspectos psicopatológicos e/ou psicossociais. De modo geral, as noções de crise presentes nos CAPSij parecem abarcar a rede de relações dessas crianças e adolescentes, suas famílias, as instituições pelas quais circulam e o meio sociocultural mais amplo em que vivem.

Outras noções de crise associadas à ruptura, desorganização e desequilíbrio também se evidenciaram, além de noções atreladas a situações-limite, tal como aspectos explosivos (descontrole e agressividade) e aspectos implosivos (tentativas de suicídio, automutilação e uso abusivo de substâncias). Outras dimensões importantes para compreensão da crise se destacaram: estabilidade, gravidade, complexidade, intensidade e transitoriedade.

É relevante destacar que a infância e adolescência são momentos importantes no acontecer humano, podendo ser compreendidos como oportunos para que novas possibilidades de vida possam ser redesenhadas, ao contrário do que parecia estar traçado de antemão.

Somando-se a tal aspecto, específico desses momentos do desenvolvimento humano, as situações de crise podem ser consideradas como janelas de oportunidades para que todos os envolvidos, usuários, familiares e equipes construam conjuntamente estratégias que possam redirecionar caminhos no sentido de um cuidado integral pautado na Atenção Psicossocial.

A crise é algo que faz parte da experiência humana sendo, de certo modo, constitutiva do sujeito, expressando-se sempre de modo único e singular, considerando a história de vida e o contexto social e cultural. Nesse sentido, qualquer pessoa está suscetível a vivenciar uma crise sempre de forma única e singular. A potência da crise encontra-se justamente no fato de ela expressar uma “verdade” sobre o sujeito, sendo, portanto, um elo de laço social autêntico e sempre singular. Apesar disso, o fazer clínico é comumente uma prática do silenciamento e é nesse aspecto que se encontra um grande “nó” no cuidado de pessoas em situações de crise. Além de ser considerada em seu aspecto de oportunidade de mudança na trajetória de vida do sujeito, a crise como potência, pode ser pensada como possibilidade de transformação e reorganização das redes de relações do sujeito, sua família, bem como os serviços responsáveis pelo seu cuidado.

No que diz respeito aos modos de fazer, diversos percursos e incontáveis percalços puderam ser evidenciados nas práticas de cuidado dispensadas à crise. A crise nos CAPSij torna-se prioridade dentre as inúmeras atividades realizadas, demandando maior envolvimento de toda a equipe e, de certo modo, servindo como um empuxo ao trabalho multiprofissional. Apesar da crise ser acolhida como prioridade, o serviço parece não estar organizado para recebê-la como parte de sua rotina.

Ainda, outra prática que se mostra recorrente é a intensificação do cuidado ofertado em momentos de crise. Um ponto a se destacar é a relevância de estratégias tais como vínculo, escuta e acolhimento, comumente utilizadas na perspectiva da Atenção Psicossocial. Ao mesmo

tempo, estratégias de cuidado à pessoa em crise predominantes no modelo Asilar/Psiquiátrico ainda se encontram presentes, destacando-se a internação e a medicalização.

Apesar do CAPSij ser considerado o lugar para acolher a crise, ainda estão presentes nesse serviço modos de acolher a pessoa em crise pautados na internação ou práticas de contenção desses sujeitos. As intervenções terapêuticas diante das situações de crise devem ultrapassar as práticas de acolhimento noturno, devendo abarcar modos de cuidado que não foquem apenas na exclusão social ou contenção (física ou química). Se por um lado, a crise pode ser compreendida no seu aspecto de vulnerabilidade, pautada por uma desintegração e deterioração do sujeito, devendo, portanto, ser apenas tratada/silenciada; por outro, sua compreensão pode ser ampliada, levando em conta seu potencial transformador, criativo e comunicacional sobre algo emergente do contexto relacional do sujeito.

As noções e práticas de atenção voltada às crianças e aos adolescentes em crise nos CAPSij evidenciam disputas de diferentes lógicas de cuidado existentes e persistentes nesses serviços. Existe uma transição da noção de crise como agudização de sintomas psiquiátricos (modelo Asilar Psiquiátrico) para a compreensão da crise enquanto um momento existencial complexo (modelo da Atenção Psicossocial). A ênfase seria, portanto, deslocada da doença mental para a pessoa em sofrimento existencial.

Podemos pensar que a crise impõe radicalmente a concretização do trabalho dentro da lógica da Atenção Psicossocial, no qual a construção da rede se faz essencial. Ao mesmo tempo, a atenção à crise nesse modelo pressupõe o rompimento da lógica dicotômica da dimensão psicopatológica e da dimensão psicossocial, ao considerar que toda e qualquer situação de crise é multifatorial, sendo considerada muito mais social do que meramente biológica ou psicológica.

A crise é ausência da antecipação de sentido de mundo do sujeito, é quando fica em suspenso para pessoa e para a equipe essa antecipação de sentido. Em função disso, o vínculo se faz essencial e necessário, pois é a partir do vínculo que o sentido pode ser retomado ou, melhor ainda, construído conjuntamente, servindo como apoio. A crise põe “em crise” o saber psicológico e psiquiátrico, porque é uma ruptura com o prognóstico e, ao fazer isso, coloca “em crise” a prevenção. Ao mesmo tempo exige uma articulação de esquemas criativos; e é por isso que o vínculo se torna importante, porque, na ausência de medidas preventivas, a única coisa que resta é o vínculo no aqui-agora do sujeito.

A crise mobiliza todos os atores envolvidos: usuários, familiares, serviços, redes, comunidade, dentre outros. De uma forma ou de outra, todos são convocados a se colocarem

“em crise”, podendo ter, nesse sentido, uma função de reordenação. Até por esse aspecto, é fundamental que também façam parte desse cuidado as famílias e demais redes de circulação desses sujeitos, bem como os próprios serviços e a rede. Esses últimos, para além do acolhimento informal presente, precisam também de espaços de formação permanente, que inclua de modo horizontal suas vivências e experiências diárias.

Nesse sentido, a atenção à pessoa em crise pode ser considerado um momento decisivo para a implementação do modelo de Atenção Psicossocial, evidenciando as vulnerabilidades e a potencialidades desse modelo. Assim, faz-se necessário estudos sobre tal temática, a fim de fortalecer um cuidado centrado na pessoa, em seu território e suas redes de relação.

8. REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. Adolescência e psicopatia – luto pelo corpo, pela identidade. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Editora ArtMed, 1981, p. 63-71.

ALENCAR, S. L. S.; SCARCELLI, I. R. **Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental. v. 1, n. 1, p. 67-76. 2009.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 73-84.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003, p. 45-65.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

AMSTALDEN; A. L. F.; HOFFMAN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, p. 33-45.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 121-143.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 243-250, 2007.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 41-72, 1994.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien**. Paris: Nathan Université, 1992.

BLIKSTEIN, F.; VICENTIN, M. C. G. De volta ao manicômio: reflexões sobre internações psiquiátricas de crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016. p. 253-264.

BLIKSTEIN, F.; VICENTIN, M. C. G. Internações psiquiátricas de crianças e adolescente: um analisador da Reforma em Saúde Mental. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (Org.). **Saúde Mental Infantojuvenil – territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: UNIFESP/ ABRASME. 2019, p. 171-181.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, 2019.

BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente, **Diário da União**, Brasília, DF.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2005.

_____. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – **Secretaria Nacional de Assistência Social**, 2005

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde) 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. (Série B. Textos Básicos de Saúde)2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466/2012. Brasília: CNS; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de dez. 2017.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Diário da União**, Brasília, DF, 15 de dez de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF,

CASSORLA, R. M. S. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. In: CASSORLA, R. M. S. (coord.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Editora Papirus. 1998, p. 61 – 87.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000, p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003, p. 13- 44.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. SP: Ed.Hucitec. 2010: 271-279.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016, p. 161-192.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

COUTO, M. C. V.; LIMA, R.C. Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes: diálogo em tempos sombrios. In: EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. (Org.) **SaúdeLoucura 10**: tessituras da clínica: itinerários da reforma psiquiátrica. São Paulo: Editora Hucitec, 2019, p. 292.

CRUZ, K. D. F.; GUERRERO, A. V. P.; SCAFUTO, J.; VIEIRA, N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p.117-132, 2019.

CRISE. In: CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 228

CRISE. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

DELGADO, P. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: NAU Editora. 2005, p. 161-194.

DELFINI, P. **O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças**. 222 f. (2015) Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, São Paulo, 2015.

- DESVIAT, M. A **Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- DIAS; M. K.; FERIGATO; S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 2, p. 595-602, 2020.
- DIAS; F. W.; PASSOS, I. C. F. Transformações históricas da política de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil e em Minas Gerais. In: PASSOS, I. C. F.; PENIDO, C. M. F. (Org.). **Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes: Pesquisa-Intervenção nas Redes**. São Paulo Editora Zagodoni, 2017, p. 54- 79.
- DIMENSTEIN, M.; AMORIM, A. K. A.; LEITE, J.; SIQUEIRA, K.; GRUSKA, V.; VIEIRA, C.; BRITO, C.; MEDEIROS, I.; BEZERRIL, M. C. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 95-127, 2012.
- ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972.
- ESCUDEIRO, R. S.; FONTENELE, L. O louco, a criança e o analista: contribuições de Maud Mannoni à Psicanálise. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 108-119, 2015.
- FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em Saúde Mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.
- GARCIA, A. M.; COSTA, H. C. P. A crise no cotidiano dos serviços de saúde mental: o desafio de experimentar desvios e favorecer a potência inventiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 399-408, 2014.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Série Pesquisa em Educação. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- GOMES, R. Análise e interpretação dos dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 79-108.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2005.
- JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M.; Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007.
- JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M.; Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado:

vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JUCÁ, V.; FLORES, L. Redes de assistência e de proteção como dispositivos de resistência à institucionalização prolongada e à tanatopolítica. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (Org.). **Saúde Mental Infantojuvenil – territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: UNIFESP/ ABRASME. 2019, p. 156- 170.

KAËS, R. Crisis, ruptura y superacion. In: KAËS, R. **Análisis transicional em psicoanálisis individual y grupal**. Buenos Aires: Ediciones Cinco. 1979, p.7 – 47.

KANTORSKI, L. P.; NUNES, C. K.; SPERB, L.C. S.O.; PAVANI, F. M.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C. A intersectorialidade na atenção psicossocial infanto-juvenil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 651-662, 2014.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das ciências sociais na saúde coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 457-467, 2014.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (1981). **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: ArtMed.

KODA, M.Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, 2007.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 246- 252, 2014.

LEVISKY, D. L. (1995). **Adolescência: Reflexões Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas.

LIMA, M.; JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; OTTONI, V. E. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 423-434, 2012.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um Capsi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016, p. 161-192.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. *Anais*. Bauru: USC, 2004. CD-ROOM. ISBN:85-98623-01-6. 10p.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 226-242, 2017.

MEDEIROS, C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 49-62, 2014.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Coleção Temas Sociais. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 438-450, 2013.

MOEBUS, R. Crise – um conceito constitutivo para a saúde mental. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1ª ed., Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 43 -54.

MOFFATT, A. **Terapia da Crise: teoria temporal do psiquismo**. São Paulo: Cortez, 1982.

MOURA, B. R. **A atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis**. 157 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. E agora, quem educa? Holding, handing e continuidade: funções claudicantes na política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. IN: ONOCKO-CAMPOS, R. **Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; TRAPÉ, T. L.; EMERICH, B. F.; SURJUS, L. T. L. S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 71-83, 2017.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, 2014.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectiva a partir da obra de René Kaës. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p.664-671, 2013.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Uma onda que vem e dá um caixote: representações e destinos da crise em adolescentes usuários de um CAPSi. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3733-3742, 2017.

PIMENTEL, F. A.; MOURA, B. R. Do caos a corresponsabilização: o espaço de ambiência no Capsi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016, p. 116 – 129.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia gera para as ciências sociais. In: POUPART, J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 43-94.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; NETO, M. M. B. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, p. 109-130.

RIBEIRO, P. R. M.; História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29 – 38, 2006.

RIBEIRO, C. S.; PASSOS, I. F.; NOVAES, M. G. DIAS, F. W. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. In: PASSOS, I. C. F.; PENIDO, C. M. F. (Org.). **Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes: Pesquisa-Intervenção nas Redes**. São Paulo Editora Zagodoni, 2017, p. 131- 148.

RUSSO, J.; CARRARA, S. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva – com ênfase na antropologia. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.467-484, 2015.

SÁ, C. P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998.

SAFFIOTTI, A. **Atenção em saúde mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. 215 f. Tese (Doutorado em Psicologia) –

Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, São Paulo. 2017.

SANTOS, G. A. O. A terapia de crise segundo Alfredo Moffatt: uma proposta fenomenológica-existencial. **Revista Abordagem Gestáltica**. Goiânia, v. 22, n. 2, p. 198-206, 2016.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Portaria nº 342 de 27 de setembro de 2019. Define e regulamenta o serviço CAPS Infantojuvenil (IJ) III, com funcionamento 24 horas.

SCARCELLI, I. R. **Psicologia Social e Políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2017.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEIN, M. D. B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014.

SURJUS, L. T. L. S.; Sobre meninos feridos, comportamentos agressivos e uso de drogas. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. F. (Org.) **Saúde Mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-59, 2002.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas em saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.777-796, 2009.

TRAPÉ; T. L.; ONOCCO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, n. 19, p.1-8, 2017.

TURATO. E. R. Conceitos de Pesquisa Qualitativa em Saúde Mental. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Múltiplos Olhares**. São Paulo: Editora Komedi. 2012, p. 27 – 35.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 17, n.1, p.10-17, 2006.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. A construção do objeto de pesquisa. In: _____. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, p. 45-52.

WILLRICH, J. Q.; KANTORSKI, L. P.; CHIAVAGATTI, F. G.; CORTES, J. M.; PINHEIRO, G. W. *Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial*. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011.

WILLRICH, J. Q.; KANTORSKI, L. P.; CHIAVAGATTI, F. G.; CORTES, J. M.; ANTONACCI, M. H.; Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 47, n. 3, p. 657-663, 2013.

WILLRICH, J. Q.; KANTORSKI, L. P.; ANTONACCI, M. H.; CORTES, J. M.; CHIAVAGATTI, F. G. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 97-103, 2014.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafios na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.

ZEFERINO, M. T.; CARTANA, M. H. F.; FIALHO, M. B.; BERTONCELLO, K. C. G. Percepção dos trabalhadores da saúde mental sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-7, 2016

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ZIMERMAN, D. E. **Etimologia dos termos psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1 – ROTEIRO GRUPO FOCAL

Parte A – Caracterização do participante:

1. Sexo: _____

2. Idade: _____

3. Formação (Ensino Superior/Pós-graduação):

4. Tempo de formado: _____

5. Tempo de trabalho no CAPSij: _____

6. Cargo atual: _____

7. Trajetória de trabalho (áreas e locais de atuação – os 3 mais relevantes):

Parte B – Temas de interesse mais específicos da pesquisa

- 1) Como é o trabalho de vocês no CAPSij?
- 2) Como é o trabalho de vocês nas situações de crise?
- 3) Se tivessem que explicar para alguém o que é crise, como explicariam?
- 4) Vocês percebem alguma diferença entre um adulto em crise, uma criança e um adolescente? Se sim, qual?
- 5) O que fazem quando uma criança/adolescente chega em crise no CAPSij?
- 6) Quais são as demandas identificadas em uma criança/adolescente em crise?
- 7) A quais profissionais vocês recorrem diante de uma criança/adolescente em crise?
- 8) A quais instituições vocês recorrem diante de uma criança/adolescente em crise?
- 9) Quais os principais desafios diante de uma criança/adolescente em crise?
- 10) Vocês podem dar um exemplo de alguma intervenção em situação de crise no CAPSij que consideram como mal sucedida.
- 11) Vocês podem dar um exemplo de alguma intervenção em situação de crise no CAPSij que consideram como bem sucedida.
- 12) Vocês podem dar um exemplo de alguma situação de crise que consideram como típica.
- 13) Gostariam de comentar mais alguma coisa?

9.2. ANEXO 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTOR

Parte A – Caracterização do entrevistado:

1. Idade:
2. Formação (Ensino Superior/ Pós-graduação):
3. Tempo de formado:
4. Tempo de trabalho no CAPSij:
5. Tempo de trabalho no cargo de gestor do CAPSij:
6. Trajetória de trabalho (áreas e locais de atuação – os 3 mais relevantes):

Parte B – Caracterização do serviço:

7. Quantos profissionais (nível superior e médio) possui o CAPSij?
8. Quais as categorias desses profissionais?
9. Tempo de funcionamento:
10. Horário de funcionamento:
11. População de abrangência:

Parte C – Temas de interesse mais específicos da pesquisa

12. Como é o trabalho de vocês no CAPSij?
13. Como é o trabalho de vocês nas situações de crise?
14. Se tivesse que explicar para alguém o que é crise, como explicaria?
15. Você percebe alguma diferença entre um adulto em crise, uma criança e um adolescente? Se sim, qual?
16. O que fazem quando uma criança/adolescente chega em crise no CAPSij?
17. Quais são as demandas identificadas em uma criança/adolescente em crise?
18. A quais profissionais recorre diante de uma criança/adolescente em crise?
19. A quais instituições recorre diante de uma criança/adolescente em crise?
20. Quais os principais desafios diante de uma criança/adolescente em crise?
21. Gostaria de comentar mais alguma coisa?

9.3. ANEXO 3 – PARECER DO CEP/FSP-USP

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Noções e Práticas de Atenção à Crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Pesquisador: MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18621919.9.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.525.631

Apresentação do Projeto:

O projeto se volta a análise de como trabalhadores e gestores dos Centros de Atenção Psicossociais infantojuvenil (CAPSij) lidam com crianças e adolescentes em "crise". Vale ressaltar que estes centros podem ser considerados as principais estratégia de cuidado em saúde mental de crianças e adolescente. Tal investigação pode oferecer subsídios para compreender como as políticas públicas vêm sendo concretizadas, bem como contribuir para a produção de informações relevantes visando sustentar possíveis transformações.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é o de apreender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos CAPSij objetivos específicos:

- 1) Investigar como vem ocorrendo a atenção à crise no CAPSij, em articulação com demais dispositivos da RAPS;
- 2) Elucidar as noções de crise, que subsidiam o trabalho desenvolvido no serviço;
- 3) Identificar quais as potencialidades e desafios percebidos na atenção à crise em relação às experiências, vivências e práticas dos trabalhadores e gestores de CAPSij

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos para os participantes envolvidos são mínimos. As entrevistas semiestruturadas e

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

Continuação do Parecer: 3.525.631

os Grupos Focais poderão ser interrompidos pelos participantes a qualquer momento, caso eles se sintam desconfortáveis com os temas abordados.

Benefícios: Não haverá nenhum benefício direto aos participantes, porém podemos considerar que essa pesquisa poderá oferecer subsídios, futuramente, para compreender como as políticas públicas vêm sendo concretizadas, bem como contribuir para a produção de conhecimento relevante visando sustentar possíveis transformações no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. Além disso, as Grupos Focais com trabalhadores e as entrevistas com os gestores podem ser um espaço de escuta mútua entre participantes e reflexão sobre suas práticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem desenhado, sem óbices éticos.

Roteiro de investigação das entrevistas e dos Grupos Focais apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta carta de anuência,;

TCLE Adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1313298.pdf	20/08/2019 15:35:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinal2.pdf	20/08/2019 15:34:11	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoass.pdf	17/08/2019 11:39:16	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
Outros	roteiro.pdf	16/08/2019 11:34:58	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP.pdf	16/08/2019 11:18:24	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.525.631

Outros	CartaAnuencia.pdf	11/08/2019 19:15:33	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
--------	-------------------	------------------------	------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Agosto de 2019

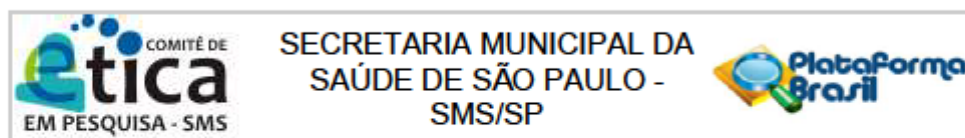
Assinado por:

José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 03 de 03

9.4. ANEXO 4 – PARECER DO CEP/SMS/PMSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Noções e Práticas de Atenção à Crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Pesquisador: MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18621919.9.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.627.161

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo para conhecer as noções e práticas de atenção à crise nos CAPSij Mooca e Ipiranga.

Os participantes de pesquisa serão trabalhadores do corpo técnico clínico e gestores dos dois CAPSij citados.

Todos os profissionais serão convidados a participar. Tal convite será feito pela própria pesquisadora em visita prévia ao serviço, após posterior autorização dos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP/SMS/PMSP e CEP/FSP/USP).

Serão realizados Grupos Focais com os trabalhadores e Entrevista Semiestruturada com os gestores dos CAPSij. Serão realizados quatro GF (dois com cada equipe dos CAPSij), sendo que cada um será composto por no máximo 10 trabalhadores, com duração de 1 hora.

Não há critérios de inclusão ou exclusão apenas a afirmação da pesquisadora de que é relevante que os participantes dos Grupos focais (GF) apresentem algumas características em comum, tendo alguma relação à temática de pesquisa, pois no presente estudo a homogeneidade do GF é garantida pelo pertencimento dos participantes às respectivas equipes dos CAPSij.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores de dois CAPSij, afim de compreender quais as noções de crise permeiam o seu trabalho, bem como quais suas vivências e experiências em relação à atenção à crise. Tanto o GF como as entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas posteriormente.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 6º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP
Município: SAO PAULO
CEP: 01.223-010
Telefone: (11)3397-2464
E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.627.161

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Apreender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos CAPSij.

Objetivos específicos:

- 1) Investigar como vem ocorrendo a atenção à crise no CAPSij, em articulação com demais dispositivos da RAPS;
- 2) Elucidar as noções de crise, que subsidiam o trabalho desenvolvido no serviço;
- 3) Identificar quais as potencialidades e desafios percebidos na atenção à crise em relação às experiências, vivências e práticas dos trabalhadores e gestores de CAPSij

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para os participantes envolvidos são mínimos. As entrevistas semiestruturadas e os Grupos Focais poderão ser interrompidos pelos participantes a qualquer momento, caso eles se sintam desconfortáveis com os temas abordados.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício direto aos participantes, porém podemos considerar que essa pesquisa poderá oferecer subsídios, futuramente, para compreender como as políticas públicas vêm sendo concretizadas, bem como contribuir para a produção de conhecimento relevante visando sustentar possíveis transformações no campo da Saúde Mental infanto juvenil. Além disso, as Grupos Focais com trabalhadores e as entrevistas com os gestores podem ser um espaço de escuta mútua entre participantes e reflexão sobre suas práticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o aprimoramento da gestão da Saúde Mental nos territórios que serão o campo de coleta.

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Recomendações:

Não há

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar	
Bairro: Vila Buarque	CEP: 01.223-010
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.627.161

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1420171.pdf	24/09/2019 13:21:25		Aceito
Outros	Respostas_Pendencias_Apontadas_Parecer_CEPSMS.docx	24/09/2019 13:20:45	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinal3.docx	24/09/2019 13:20:24	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP3.docx	24/09/2019 13:20:09	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	24/09/2019 13:19:55	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinal2.pdf	20/08/2019 15:34:11	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
Outros	roteiro.pdf	16/06/2019 11:34:58	MARIANNA DE FRANCISCO	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.627.161

Outros	roteiro.pdf	16/08/2019 11:34:58	AMORIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP.pdf	16/08/2019 11:18:24	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	11/08/2019 19:15:33	MARIANNA DE FRANCISCO AMORIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

9.5. ANEXO 5 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (gestor)

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “Noções e Práticas de Atenção à Crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil” desenvolvida por *Marianna de Francisco Amorim* sob orientação do *Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis*, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (PPG-SP/FSP/USP)

Este trabalho tem como objetivo apreender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos CAPSij. Para isso, faremos dois grupos focais com trabalhadores e uma entrevista semiestruturada com os gestores desses serviços. Os grupos e as entrevistas terão duração média de 1 hora e acontecerão nos respectivos CAPSij onde trabalham os participantes. No seu caso, o convite é para que participe da entrevista semiestruturada.

Assim, o grupo e a entrevista serão gravados e transcritos, passada para o papel, tal como na gravação. O material será estudado conjuntamente, portanto, não haverá ao longo da pesquisa identificação pessoal dos trabalhadores, gestores ou CAPSij envolvidos, sendo garantido o anonimato dos participantes. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Além disso, os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em revistas científicas, preservando o caráter confidencial dos dados fornecidos.

Os participantes terão risco mínimo, sendo tomado todo o cuidado para que cause pouco incômodo. Ainda assim, algumas perguntas poderão causar certo desconforto, podendo não ser respondidas e o consentimento retirado a qualquer momento. Ademais, os participantes não terão benefícios diretos ou imediatos, nem custos. Futuramente, esta pesquisa poderá oferecer subsídios para compreender como as políticas públicas vêm sendo concretizadas, bem como contribuir para a produção de informações relevantes visando sustentar possíveis transformações.

Os participantes poderão ter acesso, caso desejarem, aos resultados da pesquisa. Ainda, somente participarão desta pesquisa pessoas que aceitarem esse convite voluntariamente. A

recusa em participar desta pesquisa ou desistência não acarretará nenhum prejuízo para a pessoa. A participação poderá ser interrompida em qualquer fase da pesquisa, inclusive poderá ser retirada essa autorização para a utilização das informações oferecidas.

Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa ou apresentar reclamações e sugestões. Cabe ressaltar que o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (CEP/SMS/PMSP), bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CEP/FSP/USP), pode ser feito a qualquer momento caso haja dúvidas, esclarecimentos, reclamações ou denúncias quanto às questões éticas desta pesquisa. Já o contato com a pesquisadora pode ser feito caso haja dúvidas quanto ao projeto de pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (CEP/SMS/PMSP) localiza-se na Rua General Jardim, 36, 8º andar, Vila Buarque – São Paulo – SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 10h às 16h, telefone (11) 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com. Já o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CEP/FSP/USP) localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h, telefone (11) 3061-7779/7742, e-mail: coep@fsp.usp.br.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que são regras que protegem você. Você receberá uma via deste documento, devidamente assinada pela pesquisadora e orientador, e outra via ficará comigo e será arquivada na FSP/USP.

Ciente disso, eu, _____, fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Marianna de Francisco Amorim certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Marianna de Francisco Amorim no telefone (11) 3061-7703 ou (67) 99946-1616, e-mail: marianna.amorim@usp.br, bem como o orientador da pesquisa Alberto Olavo Advincula Reis no telefone (11) 3061-7703, e-mail albereis@usp.br, ambos no endereço Av. Dr. Arnaldo, 715 2º andar – Cerqueira César, São Paulo – SP.

Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pela pesquisadora que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma via deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo. Após ter sido devidamente esclarecido(a), concordo em participar do estudo.

_____, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Nome

Assinatura da pesquisadora

Marianna de Francisco Amorim

Assinatura do orientador

Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade – FSP/USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (trabalhador)

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “Noções e Práticas de Atenção à Crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil” desenvolvida por *Marianna de Francisco Amorim* sob orientação do *Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis*, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (PPG-SP/FSP/USP)

Este trabalho tem como objetivo apreender as noções de crise conectadas às experiências, vivências e práticas de cuidado de trabalhadores e gestores dos CAPSij. Para isso, faremos dois grupos focais com trabalhadores e uma entrevista semiestruturada com os gestores desses serviços. Os grupos e as entrevistas terão duração média de 1 hora e acontecerão nos respectivos CAPSij onde trabalham os participantes. No seu caso, o convite é para que eu participe dos grupos focais.

Assim, o grupo e a entrevista serão gravados e transcritos, passada para o papel, tal como na gravação. O material será estudado conjuntamente, portanto, não haverá ao longo da pesquisa identificação pessoal dos trabalhadores, gestores ou CAPSij envolvidos, sendo garantido o anonimato dos participantes. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Além disso, os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em revistas científicas, preservando o caráter confidencial dos dados fornecidos.

Os participantes terão risco mínimo, sendo tomado todo o cuidado para que cause pouco incômodo. Ainda assim, algumas perguntas poderão causar certo desconforto, podendo não ser respondidas e o consentimento retirado a qualquer momento. Ademais, os participantes não terão benefícios diretos ou imediatos, nem custos. Futuramente, esta pesquisa poderá oferecer subsídios para compreender como as políticas públicas vêm sendo concretizadas, bem como contribuir para a produção de informações relevantes visando sustentar possíveis transformações.

Os participantes poderão ter acesso, caso desejarem, aos resultados da pesquisa. Ainda, somente participarão desta pesquisa pessoas que aceitarem esse convite voluntariamente. A recusa em participar desta pesquisa ou desistência não acarretará nenhum prejuízo para a pessoa. A participação poderá ser interrompida em qualquer fase da pesquisa, inclusive poderá ser retirada essa autorização para a utilização das informações oferecidas.

Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa ou apresentar reclamações e sugestões. Cabe ressaltar que o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (CEP/SMS/PMSP), bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CEP/FSP/USP), pode ser feito a qualquer momento caso haja dúvidas, esclarecimentos, reclamações ou denúncias quanto às questões éticas desta pesquisa. Já o contato com a pesquisadora pode ser feito caso haja dúvidas quanto ao projeto de pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (CEP/SMS/PMSP) localiza-se na Rua General Jardim, 36, 8º andar, Vila Buarque – São Paulo – SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 10h às 16h, telefone (11) 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com. Já o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CEP/FSP/USP) localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h, telefone (11) 3061-7779/7742, e-mail: coep@fsp.usp.br.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que são regras que protegem você. Você receberá uma via deste documento, devidamente assinada pela pesquisadora e orientador, e outra via ficará comigo e será arquivada na FSP/USP.

Ciente disso, eu, _____, fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Marianna de Francisco Amorim certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Marianna de Francisco Amorim no telefone (11) 3061-7703 ou (67) 99946-1616, e-mail: marianna.amorim@usp.br, bem como o orientador da pesquisa Alberto Olavo Advincula Reis no telefone (11) 3061-7703, e-mail albereis@usp.br, ambos no endereço Av. Dr. Arnaldo, 715 2º andar – Cerqueira César, São Paulo – SP.

Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pela pesquisadora que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer

as minhas dúvidas. Uma via deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo. Após ter sido devidamente esclarecido(a), concordo em participar do estudo.

_____, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Nome

Assinatura da pesquisadora

Marianna de Francisco Amorim

Assinatura do orientador

Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade – FSP/USP

9.6. CURRÍCULO LATTES

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Alberto Olavo Advincula Reis) <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4798469H...>



Alberto Olavo Advincula Reis

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>

ID Lattes: 2335295597324821

Última atualização do currículo em 06/05/2016

Graduado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), Mestre em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Coordenador do Grupo de Pesquisa LASAMEC - Laboratório de Saúde Mental Coletiva. O foco de sua linha de pesquisa são os estudos e as investigações sobre a Saúde Mental Coletiva com ênfase na criança, adolescente e jovens. Coordenador do NUPPSI - Núcleo de Psicopatologia, Políticas Públicas de Saúde Mental e Ações Comunicativas em Saúde Pública. Presidente do CDH - Centro de Estudos de Desenvolvimento do Ser Humano. Diretor do CORAL USP. Autor do romance Em Breve tudo será Mistério e Cinza ed. Cia das Letras, 2013. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Alberto Olavo Advincula Reis
Nome em citações bibliográficas	REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA; REIS, ALBERTO OLAVO ADVINCOLA; ADVINCOLA REIS, ALBERTO OLAVO
Lattes ID	 http://lattes.cnpq.br/2335295597324821

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr Arnaldo 715 2º andar Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667126 Fax: (11) 30850240 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1989 - 1993	Doutorado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, Ano de obtenção: 1993. Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga. Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1974 - 1977	Mestrado em Psicologia. Université Paris Diderot, PARIS 7, França. Título: Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile., Ano de Obtenção: 1977. Orientador: MarieAnne Martin. Palavras-chave: Psicopatologia infantil; Análise institucional. Grande área: Ciências Humanas Setores de atividade: Saúde Humana.
1986 - 1986	Especialização em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1968 - 1971	Graduação em Psicologia. Université Paris Diderot, PARIS 7, França.




Marianna de Francisco Amorim

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6090913752741372>
ID Lattes: 6090913752741372
Última atualização do currículo em 16/07/2020

Psicóloga formada pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP), com período sanduíche na Université de Nantes (França). Especialista em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e em Teoria e Prática em Psicoterapia Breve Psicanalítica e Pronto Atendimento Psicológico pela Universidade Estadual de Campinas (SAPPE/UNICAMP). Atualmente é psicóloga do Serviço de Atendimento Psicossocial da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (SAPS/FACH/UFMS), mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e membro do Laboratório da Saúde Mental Coletiva (LASAMEC/FSP/USP) (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Marianna de Francisco Amorim
Nome em citações bibliográficas	AMORIM, M. F.; AMORIM, MARIANNA DE FRANCISCO
Lattes ID	 http://lattes.cnpq.br/6090913752741372

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Serviço de Atendimento Psicossocial. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Universitário 79070900 - Campo Grande, MS - Brasil Telefone: (67) 33457802 Ramal: 7802
-----------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2018	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Atenção voltada à crise de crianças e adolescentes: noções e práticas, Orientador: Alberto Olavo Advíncula Reis.
2018 - 2019	Especialização em Teoria e Prática em Psicoterapia Breve Psicanalítica e Pronto Atendimento. (Carga Horária: 377h). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Título: Entre silêncios e sonhos: relato de um processo de Psicoterapia Breve Psicanalítica.
2012 - 2014	Especialização em Residência Integrada Multiprof. em Saúde Mental. (Carga Horária: 5760h). Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, Brasil. Título: O processo de reabilitação psicossocial no CAPS: revisão integrativa da literatura. Orientador: Márcia Aparecida Padovan Otoni. Bolsista do(a): Ministério da Saúde, MS, Brasil.
2005 - 2011	Graduação em Formação de Psicólogo. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. com período sanduíche em Université de Nantes (Orientador: -).
2005 - 2009	Graduação em Bacharelado em Psicologia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Familiares cuidadores e transtornos psiquiátricos: concepções e práticas de cuidado. Orientador: Regina Helena Lima Caldana. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.

Formação Complementar