

Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES

Juliana Peterle Ronchi
Luziane Zacché Avellar

Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo: O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), mostra-se como um redirecionamento na assistência em saúde mental para crianças e adolescentes. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer e descrever o serviço do Capsi da cidade de Vitória-ES em seu primeiro ano de funcionamento, por meio de observação da instituição, consulta aos dados dos prontuários dos pacientes e entrevista com os profissionais. No Capsi, receberam atendimento 162 crianças e adolescentes, dos quais 51 permaneceram em atendimento no primeiro ano do serviço. Nestes, os diagnósticos mais frequentes foram: transtornos emocionais e do comportamento. Em sua maioria, os profissionais que atuam no Capsi chegaram por meio de concurso público e não conheciam o funcionamento do serviço previamente, destacam a importância do que fazem e apontam a necessidade de buscar recursos e capacitação para o trabalho cotidiano.

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde mental; criança; adolescente; saúde pública.

MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE EXPERIENCE OF CAPSI IN THE CITY OF VITORIA-ES

Abstract: The Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (Capsi), connected to SUS, has shown itself as a redirection in mental health care for children and adolescents. This study aimed to get to know and describe the service Capsi of Vitória-ES in its first year of operation, by observing the institution, getting information from patient files and interviewing professionals. 162 children and adolescents received treatment at Capsi, of which 51 remained under treatment in the first year. Among these, the most common diagnosis were: emotional and behavior disorders. Professionals working in Capsi, who had to take exams to be admitted and did not know how it worked before, highlighted the importance of what they do and pointed out the need to seek resources and training for everyday work.

Keywords: mental health; mental health services; child; adolescent; public health.

SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE: LA EXPERIENCIA DEL CAPSI DE LA CIUDAD DE VITORIA-ES

Resumen: El Centro de Atención Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi), relacionado al Sistema Único de Salud (SUS), se presenta como un redireccionamiento en la asistencia de la salud mental para niños y adolescentes. Esta investigación tuvo como objetivo conocer y describir el servicio del Capsi de la ciudad de Vitória-ES en su primer año de funcionamiento, por medio de observación de la institución, consulta de los datos en los prontuários de los pacientes y entrevista a los profesionales. En la institución Capsi, 162 niños y adolescentes recibieron tratamiento, de los cuales 51 permanecieron en tratamiento en el primer año de funcionamiento. En estos, los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos emocionales y de comportamiento. Los profesionales que actúan en el Capsi, en su gran mayoría llegaron por intermedio de concurso público y no conocían el funcionamiento del servicio previamente, destacan la importancia de lo que realizan y apuntan la necesidad de buscar recursos y especialización para el trabajo del día-día.

Palabras clave: salud mental; servicios de salud mental; niño; adolescente; salud pública.

Introdução

No Brasil, algumas pesquisas têm confirmado uma grande prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes (GUERRA, 2003; RIBEIRO, 2006; SANTOS, 2006; SPOSITO; SAVOIA, 2006; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008). Ferrioli, Marturano e Puntel (2007), Paula, Duarte e Bordin (2007) e Fleitlich e Goodman (2002) apontam que de 12,7% a 23,3% do total de crianças e adolescentes no país sofrem com algum tipo de transtorno mental. Índices próximos aos apresentados pela Organização Mundial de Saúde (2001), que aponta uma prevalência variando de 10% a 20%. No entanto os orçamentos designados à saúde mental representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde, e ainda 90% dos países não têm política de saúde mental voltada para crianças e adolescentes.

A reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil nos últimos vinte anos aponta para a necessidade de constituir uma rede de serviços substitutivos à internação, de caráter aberto e inclusivo. Santos (2006), Hoffmann, Santos e Mota (2008) e Couto, Duarte e Delgado (2008) indicam uma escassez de serviços na assistência em saúde mental infanto-juvenil, de maneira que há maior incidência para atendimento ao público adulto. Em geral, esse tipo de atendimento se concentra nas grandes metrópoles, o que significa que o interior dos Estados e até do país permanece às margens dos serviços em saúde mental. Couto Duarte e Delgado (2008) afirmam também certa desarticulação dos serviços públicos para infância e adolescência, e não ausência absoluta de recursos.

As iniciativas na assistência a crianças e adolescentes que sofrem com transtorno mental grave são poucas e localizadas. Romper com a desinformação técnico-política, promover a intersectorialidade e particularizar o atendimento ao público infanto-juvenil, antes pautado na assistência aos adultos ou deficientes, representa o desafio que se coloca ante as novas formas de lidar com a assistência em saúde mental, principalmente quando se fala de práticas profissionais (GUERRA, 2003; VICTAL E BASTOS, 2003; SANTOS, 2006; AVELLAR; BERTOLLO, 2008; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Guerra (2005) destaca ainda, como um dos desafios na assistência em saúde mental infanto-juvenil, traçar o diálogo entre diferentes saberes que perpassam as crianças e os jovens, uma vez que estão diluídos por diferentes áreas, como pedagogia, psicologia e medicina, priorizando a construção e a reconstrução de projetos de vida. De acordo com Guerra (2005, p. 141):

[...] pensar em proposta no âmbito das políticas públicas para assistência a crianças e adolescentes com transtornos graves implica, no mínimo, em reescrever a história da assistência a partir de novos princípios éticos e políticos.

Dessa forma, torna-se fundamental levar em consideração seus direitos como cidadãos e suas especificidades de atendimento, desconsideradas historicamente.

De acordo com a Portaria nº 336/2002, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pertencente à gestão municipal, constitui-se como um ambulatório diário para

crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, configurando o seu atendimento nos moldes do local em que está inserido, e visa ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a). Concebido como um dispositivo aberto de assistência a crianças e adolescentes, o Capsi conta com equipe multiprofissional e equipamentos variados, e possibilita não só atendimentos clínicos especializados, mas também tem como função promover saúde, inserir o usuário (crianças e adolescentes) no meio social e reabilitá-lo, rompendo com o estigma da loucura (GUERRA, 2005).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2009b), existem 101 Capsi, de modo que, em alguns Estados, há mais de 20 e em outros nenhum serviço para atender crianças e adolescentes. No Espírito Santo, o Capsi da cidade de Vitória é o primeiro do Estado. Dessa forma, objetivamos com este estudo conhecer e descrever os serviços prestados no primeiro ano de funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi) da cidade de Vitória-ES, que foi implantado em setembro de 2007. Diante da escassez de trabalhos que tratam da assistência em saúde mental para crianças e adolescentes, esperamos gerar conhecimento sobre a assistência no campo da saúde mental infanto-juvenil, visando agregar material ao pequeno número de estudos existentes na área.

Método

Participantes

Entrevistou-se, segundo disponibilidade, pelo menos um profissional de cada área que atuava no Capsi no momento da pesquisa. A amostra de conveniência contou com 16 profissionais dos 26 que estavam trabalhando no Capsi. Foram entrevistados 3 técnicos de enfermagem de 5 que trabalhavam no Capsi; 2 assistentes sociais de 3; 1 enfermeiro de 2; 2 psicólogos de 4; 1 arteterapeuta de 2; 1 assistente administrativo de 2; 1 vigilante patrimonial de 2; 1 auxiliar de serviços gerais de 2; havia 1 médica pediatra e 1 médica psiquiatra trabalhando no Capsi e ambas foram entrevistadas; havia ainda 1 musicoterapeuta e 1 terapeuta ocupacional, que também foram entrevistados. Além disso, utilizaram-se dados obtidos dos prontuários dos 51 pacientes que estavam em atendimento regular no Capsi entre setembro de 2007 e setembro de 2008.

Instrumentos

Utilizaram-se fichas para o registro das observações feitas pelo pesquisador na instituição.

Os dados dos prontuários dos pacientes do primeiro ano de funcionamento do Capsi foram coletados utilizando-se fichas individuais contendo os seguintes itens: idade; sexo; escolaridade; município e bairro de residência; data de entrada no Capsi; fonte de encaminhamento; queixa apresentada; diagnóstico recebido antes de ingressar no Capsi; diagnóstico recebido; modalidade de atendimento oferecido pela instituição; utilização de medicamentos.

Para as entrevistas com os profissionais, utilizou-se roteiro semiestruturado, em que, de acordo com Minayo et al. (1994), trabalha-se com perguntas estruturadas previamente,

mas que possibilitam ao entrevistado falar livremente dos assuntos abordados. O roteiro versou sobre os seguintes itens: tempo de atuação no Capsi, formação profissional, atuação antes de trabalhar na instituição, por que escolheu atuar no Capsi e atividades desempenhadas.

Procedimentos de coleta de dados

O projeto de pesquisa foi apresentado ao coordenador do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Vitória-ES e à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Vitória, com a finalidade de informar-lhes acerca dos objetivos da pesquisa (Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). Como o projeto cumpria todas as exigências, obtivemos o consentimento para sua realização. A presente pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Para atender aos objetivos propostos, foram utilizados três procedimentos de coleta de dados:

- Num primeiro momento, realizou-se a observação participante (MINAYO et al., 1994) da instituição, o que permitiu obter informações da dinâmica de funcionamento do Capsi. Com esse procedimento, gerou-se um diário de campo, em que consta o registro sistemático de todas as visitas realizadas nessa etapa da coleta de dados.
- Na segunda etapa da pesquisa, realizamos consulta aos prontuários, e as informações obtidas foram transcritas em ficha apropriada, descrita no item anterior.
- Na terceira etapa da coleta de dados, entrevistamos os profissionais. As entrevistas foram individuais e se realizaram de acordo com a disponibilidade de cada um. Cada entrevista teve duração de no máximo 60 minutos, e todas foram gravadas com a devida autorização concedida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posteriormente transcritas.

Análise dos dados

Todos os dados obtidos dos prontuários dos pacientes foram submetidos à análise estatística, utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0 para Windows, com objetivo de proceder às análises preliminares e estatísticas. Por tratar-se de pesquisa descritiva, verificamos apenas a frequência da ocorrência das variáveis, posteriormente complementada pela análise qualitativa dos dados.

As entrevistas foram submetidas ao *software* Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (Alceste), ferramenta informatizada de análise de dados textuais. O Alceste trabalha com um *corpus* que pode ser entrevistas, textos de jornais ou ainda documentos, divididos em unidades de contexto inicial (UCIs) que são cada conjunto de texto definido pelo pesquisador; nesta pesquisa, cada resposta de cada entrevistado. Após reconhecer as UCIs, o programa faz a divisão do material em unidades de contexto elementar (UCEs), frases determinadas em função do tamanho do *corpus*, sua pontuação e ordem de aparição no texto. As UCEs, por sua vez, são classificadas em função do vo-

cabulário para comporem uma mesma classe lexical, e organizadas por meio da classificação hierárquica descendente (CHD), considerando frequência, porcentagem e força de relação de cada palavra com o contexto em que foi inserida. O programa apresenta em um dendograma (Figura 1) o número de classes, suas estruturas e a relação entre elas (proximidade ou oposição) (CAMARGO, 1998; MENANDRO, 2004; CORTEZ; SOUZA, 2008). Por exemplo, de acordo com Menandro (2004), índice de proximidade (r) menor que 0,5 pode ser sinal de oposição entre as classes. Dessa forma, palavras e expressões foram categorizadas de acordo com sua importância semântica, de modo que foram identificados núcleos centrais das entrevistas dos profissionais do Capsi que geraram classes e eixos de temáticas principais.

O diário de campo teve como objetivo detalhar os fatos do cotidiano do Capsi e foi utilizado como complemento às análises anteriores, pois proporcionou o acesso a relatos sistemáticos da realidade dos fatos, o que facilitou a caracterização e discussão dos dados dos prontuários e das entrevistas.

Resultados e discussões

Análise dos dados dos prontuários

No primeiro ano de funcionamento, de acordo com os dados dos prontuários analisados, 162 crianças e adolescentes receberam algum tipo de atendimento no Capsi da cidade de Vitória-ES, dos quais 33 ainda estavam em avaliação e não possuíam um plano de atendimento regular na instituição. O serviço acolheu 60 pacientes, mas foram encaminhados ou desligados por não serem, de acordo com a equipe técnica, elegíveis para atendimento no Capsi; e 13 pacientes foram acolhidos, mas não deram continuidade à avaliação ou ao atendimento. No momento da coleta de dados, 56 pacientes estavam em atendimento regular. Trabalhamos com 51 prontuários, que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, pacientes que estavam em atendimento no primeiro ano de funcionamento do Capsi com atividades regulares. Além disso, esses 51 prontuários continham todas as informações requeridas nas fichas individuais da coleta de dados dos prontuários.

Dos 51 pacientes, 31 eram do sexo masculino (60,8%) e 20 do sexo feminino (39,2%), o que está de acordo com literatura da área. Hoffmann, Santos e Mota (2008), em seu estudo, por meio da consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde, da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (Apac), afirmam que 62,3% das crianças e dos adolescentes atendidos em Capsi eram do sexo masculino. Nos estudos realizados por Santos (2006), Sposito e Savoia (2006) e Delfini et al. (2009), a incidência também foi maior para o sexo masculino.

Ainda de acordo com Hoffmann, Santos e Mota (2008), segundo as normas do Ministério da Saúde, os Capsis atendem crianças, adolescentes e jovens até 21 anos. Em seu estudo, os autores classificaram o público atendido no Capsi baseando-se em publicação do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), utilizando a mesma classificação desta pesquisa. Contabilizamos em atendimento 19 crianças (faixa etária: 0-9 anos), 22 adolescentes (faixa etária: 10-14) e 10 jovens (faixa etária: 15-21), observando no entanto

que nesse serviço não há atendimento para pacientes com idade superior a 18 anos completos. A média das idades dos pacientes foi de 10,9 anos.

Destaca-se que, embora exista número maior de adolescentes usuários do serviço, os profissionais ressaltam dificuldades no atendimento a esse público, uma vez que as estratégias de intervenção precisam contemplar as particularidades dessa fase do desenvolvimento. Victal e Bastos (2003), em sua dissertação, também apontam que os adolescentes são citados como um grupo de difícil assistência pela saúde. Como há pouca procura pelos serviços, quando esse grupo populacional chega à rede de assistência, o caso apresenta-se, em geral, mais grave.

Oitenta por cento das crianças e dos adolescentes pacientes do Capsi estudam, em sua maioria distribuídos nas fases iniciais do ensino fundamental, dados que se aproximam dos encontrados por Santos (2006). No estudo desse autor, a maioria das crianças e dos adolescentes eram alunos de 1ª a 4ª série.

As crianças e os adolescentes chegaram ao Capsi encaminhados principalmente pelas unidades básicas de saúde (35%), pela Associação dos Amigos dos Autistas do Espírito Santo (13,7%), por demanda espontânea (11,8%), pela Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaie) (9,8%) e pela escola (7,8%). Verificamos que a equipe do Capsi tem reuniões frequentes com as unidades básicas de saúde do município, orientando sobre o serviço prestado e a que população é dirigido, o que pode facilitar o encaminhamento expressivo de pacientes por meio das unidades básicas de saúde, como prevê o modelo de assistência do SUS. No entanto, encontramos entrada por outros tipos de encaminhamento, o que nos leva à hipótese de que, por ser um serviço em constituição e o primeiro do tipo no Estado, os encaminhamentos e a porta de entrada ainda estão sendo definidos pelos profissionais e pela comunidade.

As queixas mais relatadas pelos familiares sobre a criança ou o adolescente foram: agressividade, agitação e o fato de as crianças ou os adolescentes realizarem furtos. Santos (2006) também aponta como principal queixa dos pais, em seu estudo, a agressividade.

Ao chegar ao Capsi, a maioria das crianças e dos adolescentes já possuía diagnósticos, e os mais frequentes eram: autismo ou espectro autista, distúrbio de aprendizagem, agressividade, distúrbio de comportamento, epilepsia, psicose, agitação e transtorno global não especificado do desenvolvimento.

Os diagnósticos recebidos no Capsi diferiam dos anteriores. Dessa forma, em relação aos agrupamentos diagnósticos propostos pela CID-10, constatamos que, dos 51 pacientes, 7,8% não receberam nenhum tipo de diagnóstico, 29,4% foram diagnosticados com transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância e na adolescência (F 90-F 99,9), 27,5% com transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80-F 89,9), 19,6% com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F 20-F 29,9), 13,7% com retardo mental (F 70-F 79,9) e 2% com transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F 60-F 69,9).

Em concordância com os dados citados por Hoffmann, Santos e Mota (2008), Couto, Duarte e Delgado (2008) e Delfini et al. (2009), verificamos a maior frequência dos transtornos do comportamento e emocionais. Ainda salientamos a alta taxa de transtornos do desenvolvimento psicológico, em concordância com os dados de Delfini et al. (2009), além

de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, com frequência consideravelmente maior do que apresentam Couto, Duarte e Delgado (2008).

Diante das dificuldades para identificação de transtornos mentais em crianças e adolescentes, como apontam Delfini e colaboradores (2009); desenvolvimento, definição de saúde e doença para populações em diferentes contextos socioculturais e as diferentes metodologias utilizadas para a determinação de diagnóstico, verificamos que, em muitos prontuários, os diagnósticos iniciais diferiram dos diagnósticos recebidos no Capsi. Além disso, a equipe de trabalho mostrava cuidado em diagnosticar as crianças e os adolescentes em padrões fixos de comportamento, optando, muitas vezes, por observar mais de perto interações familiares e contexto sociocultural do desenvolvimento. Esse procedimento poderia levar a uma não definição de um diagnóstico preciso, o que pode ser manifesto nos 7,8% de usuários que não haviam recebido, até o momento da pesquisa, diagnóstico no Capsi.

Dos 51 pacientes que estavam em atendimento, à época da pesquisa, 48 faziam uso de medicamento. De acordo com Guarido e Voltolini (2009), é um fenômeno atual o aumento de utilização de medicamentos psicotrópicos, no entanto não será realizada uma discussão dessa questão, porque o estudo é de caráter descritivo. Isto é, apresentam-se apenas as ocorrências relacionadas às classes de medicamentos utilizadas. Salienta-se, ainda, a importância de estudos nacionais que abordem o tema de forma mais específica, por causa da escassez de trabalhos na área. Os medicamentos mais utilizados por crianças e adolescentes no Capsi eram: antipsicóticos (86,3%), anticonvulsivantes (72,5%), antidepressivos (43,1%) e anfetamínicos (21,6%).

Um plano terapêutico singular (PTS) era traçado para cada paciente, o qual se refere às atividades desenvolvidas regularmente no serviço. Destas, as com maior frequência eram: psicologia (56,9%), arteterapia (45,1%), práticas corporais (39,2%), musicoterapia (31,4%), grupo de adolescentes (23,5%), terapia ocupacional (21,6%) e oficina de histórias (15,7%).

Os atendimentos prestados aos familiares eram: grupo de mulheres, psicoterapia para mãe, atendimento familiar, grupo familiar, atendimento do serviço social à mãe, atendimento psicológico familiar e atendimento psicológico à mãe.

Análise das entrevistas realizadas com os profissionais do Capsi

A classificação hierárquica descendente realizada pelo programa Alceste dividiu o conteúdo das entrevistas com os profissionais em 935 unidades de contexto elementares (UCEs), das quais analisou 795 (85,03%), indicando boa consistência do material analisado. Dois eixos foram gerados após a análise: o primeiro compreendendo a classe 1 com 202 UCEs (25,41% do material textual analisado) e o segundo composto pelas classes 2 com 210 UCEs e 3 com 383 UCEs (74,60%). A Figura 1 apresenta o dendograma gerado pelo Alceste, com as nomeações das classes e dos eixos, porcentagem do material analisado em cada classe, assim como os radicais das palavras que compõem seus núcleos com seus respectivos valores de qui-quadrado (X^2), que sinalizam a importância semântica de cada palavra dentro da classe, e os índices de proximidade (r), que indicam a relação existente entre as classes.

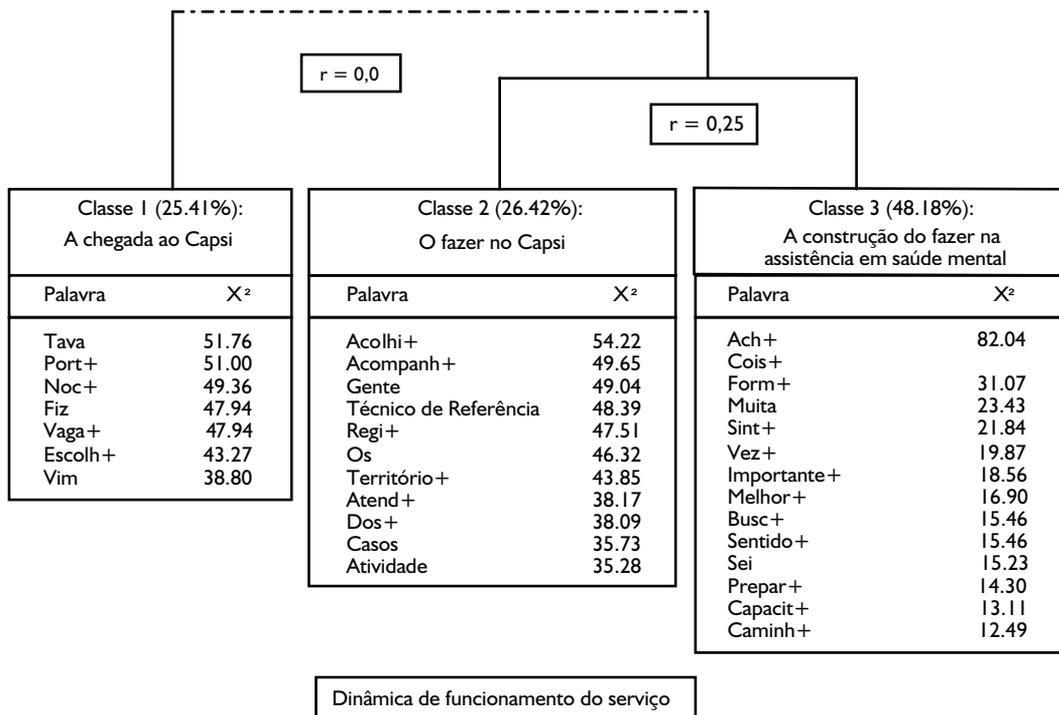


Figura 1. Dendograma do conteúdo das entrevistas com os profissionais do Capsi

Na Figura 1, apontamos a presença de radicais com o símbolo (+), denotando que variações de uma mesma palavra foram reconhecidas e analisadas pelo programa, sendo o valor do qui-quadrado correspondente a cada radical. O Alceste fornece um relatório da análise efetuada, no qual pode-se verificar quais são as palavras analisadas e com que frequência aparecem. Por exemplo: Noc+: noção (20), noções (1); vaga+: vaga (16), vagas (6); acolhi+: acolhi (1), acolhimento (21), acolhimentos (5); acompanh+: acompanha (3), acompanhado (2), acompanhando (9), acompanhar (6), acompanhamento (2); ach+: acha (5), acham (1), achar (2), acharam (1), achava (4), ache i(5), acho (209), achou (1); form+: forma (49), formação (16), formada (3), formando (1), formar (1), formei (1); busc+: busca (3), buscando (3), buscar (13), buscaram (1), busco (3); capacit+: capacitação (11), capacitada (1), capacitado (1), capacitar (1). Salientamos ainda que há indicativo de oposição entre as classes e os eixos, uma vez que os índices de proximidade são inferiores a 0,5 (índice de proximidade entre os eixos foi nulo, $r = 0,0$; e entre as classes 2 e 3, 0,25).

A classe 1, denominada “A chegada ao Capsi”, compõe o primeiro eixo e evidencia que os profissionais vieram, em sua maioria, de concurso público realizado pela prefeitura. Em geral, não conheciam a dinâmica de funcionamento do Capsi, apenas sabiam o que haviam lido para o concurso, uma vez que questões referentes à instituição faziam parte do material de estudo das portarias do Ministério da Saúde sobre a reforma psiquiátrica.

[...] não, não conhecia, eu só sabia que atendia criança, né?, mas eu não sabia que tinha transtorno mental, e eu vim pra cá, não sabia nem do que se tratava. Não, não sabia, nem sabia como era o funcionamento de um Capsi. Não tinha nem noção (Profissional 12).

Os profissionais do Capsi também enfatizaram a falta de experiência no campo da saúde mental infanto-juvenil, tanto de conhecimento pessoal-profissional quanto de regulamentações sobre as especificidades do serviço implantado. Hoffmann, Santos e Mota (2008) e Ribeiro (2006) salientam a falta de atenção e estruturação da assistência no campo da saúde mental infanto-juvenil. Essa lacuna existente na área contribui com o não conhecimento dos serviços e programas disponíveis, uma vez que são restritos e estão por se constituir.

Se, por um lado, a falta de conhecimento pode levar o profissional a buscá-lo e investir em novas formas de atuação, por outro, a falta de um modelo sistematizado de intervenção pode deixá-lo sem referências. Nota-se, como aponta Guerra (2003), a pouca iniciativa na assistência em saúde mental, que, se para os adultos está ampliando-se, para crianças e adolescentes está marcada pela falta de informação técnico-política e investimentos, corroborando práticas segregacionistas que não levam em consideração as especificidades do atendimento infantil, constituindo-se um campo com grandes desafios e descobertas em que o profissional coloca-se como um desbravador.

A classe 2, denominada “O fazer no Capsi”, trata das atividades realizadas pelos profissionais na instituição. Destaca-se o acolhimento, atividade desempenhada pelos especialistas de nível superior. Trata-se do primeiro contato que se estabelece com o paciente e seus familiares quando chegam ao Capsi.

De acordo com Guerra (2003, p. 180):

[...] acolher implica em escutar, diagnosticar a situação, ampliar o campo da queixa, buscando a implicação do sujeito e tomar, responsabilmente, a si, o encargo da condução do caso. O que não quer dizer atender o que é demandado, mas permitir uma escansão através da qual possa ser escutado o que está sendo dito através daquela queixa que se apresenta. Este modelo rompe com uma prática desimplicada que caracteriza ainda hoje alguns setores do sistema público de cuidados e inaugura uma clínica sustentada pela responsabilidade e orientada pela singularidade do usuário atendido.

Os acompanhamentos dos casos em avaliação ou dos pacientes são tarefas de todos os profissionais, de modo diferenciado para cada área. Os profissionais destacam diferentes tipos de acompanhamento. Os acompanhamentos, a segunda atividade com maior expressão dentro do Capsi, podem ser: terapêuticos individuais ou direcionados aos familiares, feitos pelos técnicos de enfermagem e do técnico de referência.

Dentro da segunda categoria, a quarta expressão em valor semântico foi “ser técnico de referência”, atividade desempenhada por todos os profissionais de nível superior, que se mostra um diferencial do serviço. Cada técnico de referência está diretamente ligado a uma região de saúde do município, chamada território, em que o profissional estabelece maior contato com as unidades básicas, disponibilizando maior atenção aos casos daquele local.

Os atendimentos também se destacam como atividades realizadas no Capsi. Marcados pelos profissionais como diferentes de outras atividades desempenhadas com os pacientes, como oficinas, grupos e acompanhamentos.

Os dados apontam para uma tentativa de criar novas formas de atuação, acoplando procedimentos abrangentes, como atendimento em duplas, acompanhamento direto ao paciente dentro dos espaços que utiliza na instituição, às práticas tradicionais, como o atendimento clínico. Entendendo o Capsi como um serviço que substitui um modelo hospitalocêntrico, o atendimento, individual ou familiar, marcadamente distinto de outras práticas, baliza diferenças na maneira de abordar o sujeito, de modo que, mesmo em busca de novas formas de atuação, os profissionais ainda não abandonaram as práticas ditas “tradicionais”, conhecidas e reconhecidas, por exemplo, na assistência clínica.

A classe 3, denominada “A construção do fazer na assistência em saúde mental”, remete à experiência dos profissionais, que pensam o serviço tentando buscar um novo sentido para a realidade que se mostra.

[...] acho que é isso que você tá me perguntando, né? Falando um pouco mais sobre o que é um Capsi infantil. Se eu sabia o que era um Capsi infantil? Ainda não sei, mas tô começando a ver algumas coisas (Profissional 3).

A palavra coisa, com alto índice de significância na classe 3, traduz a dificuldade dos profissionais de nomear a prática. A pouca especificidade das atividades realizadas, a chegada com expectativas por constituir um serviço do qual não se tinha muito conhecimento, a falta de informação técnico-política e a busca por legitimação do que fazem apontam para a relevância da quantidade de vezes que a palavra coisa é dita pelos profissionais ao se referirem ao serviço e à sua prática.

Questionados se estão preparados para atuar no Capsi, os profissionais, de modo geral, consideram que sim.

[...] eu acho que no começo eu não me sentia, não, agora eu acho que sim, eu acho que eu tô preparada, é claro que a gente pega casos que a gente nunca viu na vida, e a gente fica assim: qual, que será que vai acontecer, o que será que vai acontecer, né? (Profissional 12)

Mesmo assim, os profissionais apontam para a necessidade de buscar recursos que os ajudem no trabalho e complementem sua formação.

Os profissionais ressaltam a importância do serviço e do trabalho que fazem, salientam o valor das diferentes áreas do conhecimento, enfatizam a necessidade de buscar mais leituras, capacitação, preparo para que o serviço melhore cada vez mais. Ressaltam ainda que o serviço está caminhando e que eles aprendem uns com os outros, com os casos que chegam, que os impulsionam a buscar todo dia mais informações e formas de lidar com o que se apresenta.

Mesmo com as dificuldades de um serviço que começa no Estado, com a falta de recursos no campo da saúde mental infanto-juvenil, tenta-se encontrar um caminho, com pe-

quenos passos, como afirmam os profissionais, como leitura de textos em equipe, discussão dos casos e encontro com profissionais de outras instituições.

Diante do exposto, os profissionais indicam a necessidade de buscar algo que falta ao serviço. A falta de uma referência para o que fazem parece permear a prática profissional dentro do Capsi. Angústia que dita um movimento no sentido de buscar legitimação para o que se faz. Dificuldades também apontadas por psicólogas pertencentes a uma equipe de saúde mental que participaram da pesquisa de Ferreira Neto (2008). De acordo com essas profissionais, há uma falha na rede de trabalho que, em geral, segue desarticulada, não cumprindo com o propósito de subsidiar a implementação dos objetivos de cada programa de assistência.

Verificamos que o único Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Estado do Espírito Santo localiza-se na capital. Confirmando o que apontam Santos (2006), Hoffmann, Santos e Mota (2008) e Couto, Duarte e Delgado (2008), o serviço dirige-se a uma parcela da população, residente na metrópole, e o interior do Estado ainda não conta com esse tipo de recurso. A escassez de programas de assistência e investimentos na área ratifica a falta de informação técnica para os profissionais, que buscam ferramentas para ampliar suas possibilidades de atuação e, de fato, promover a constituição de uma rede sólida na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Conclusões

O Capsi da cidade de Vitória é o único serviço do tipo no Estado e apresentou, em um ano de funcionamento, um número grande de crianças e adolescentes atendidos. Considerando que sua gestão é municipal, os usuários, em sua grande maioria, eram munícipes de Vitória, o que confirma a necessidade de mais serviços que atendam crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Além disso, um grande número de casos que chega ao Capsi é encaminhado novamente para outro local – nesta pesquisa 60 crianças e adolescentes, o que indica a necessidade de maior investigação sobre as possibilidades de atendimento oferecidas pelo Capsi e a população que o procura.

A população que utiliza o serviço, a maioria meninos e adolescentes, necessita de uma rede ampla que propicie espaços de acolhimento. As queixas de agressividade, dificuldades escolares, transtornos do comportamento e emocionais e a medicalização necessitam de maior investigação e sugerem a importância de ações intersetoriais, conjugando, por exemplo, aspectos socioculturais, educacionais e na área da saúde. A falta de uma política articulada, em que diferentes setores possam fazer interlocução, se apresenta no discurso dos profissionais no Capsi da cidade de Vitória, que buscam uma legitimação para o trabalho que fazem, na empreitada de conseguir, a cada dia, mais parcerias, com escola, governo, profissionais, para se construir a rede necessária que assegure a assistência comprometida com aspectos éticos e políticos, valorizando as especificidades do atendimento infanto-juvenil.

A novidade da experiência para os profissionais e a novidade do serviço como programa de saúde mental para crianças e adolescentes são particularidades que permeiam o processo de trabalho. Dessa forma, torna-se necessário, como afirmam Avellar e Bertollo

(2008) e Guerra (2003), construir novas formas de atuação, investir no rigor científico e buscar soluções criativas para enfrentar os desafios, promovendo o resgate do direito da criança e do adolescente como cidadãos.

Esta pesquisa indica a importância de buscar novas formas de atuação na assistência em saúde mental no campo infanto-juvenil, com base na construção e reconstrução de projetos de vida, por meio de uma rede de serviços sólida, ética e politicamente comprometida, em que subjetivar o sofrimento psíquico, em vez de objetivá-lo, e dar voz às crianças e aos adolescentes com transtorno mental para que circulem nos espaços sociais, possibilitando trocas que propiciem acolhimento pela comunidade e pela família, é tarefa necessária para a efetivação da função do Capsi: promover saúde e inserir o usuário no meio social.

Visando agregar material ao reduzido número de estudos na área de saúde mental infanto-juvenil, esta pesquisa evidenciou a necessidade de investimentos em serviços e capacitação profissional. Pela condição de sujeito em desenvolvimento, promover saúde e reabilitar crianças, adolescentes e jovens com transtornos mentais graves demanda esforço recompensado na assistência posterior, uma vez que proporciona a constituição de cidadãos adultos produtivos e colaborativos com a sociedade.

Referências

AVELLAR, L. Z.; BERTOLLO, M. A saúde mental na infância e adolescência e o diálogo necessário entre as dimensões clínica, ética e política. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L. de; AVELLAR, L. Z. (Org.). **Psicologia social em debate**. Vitória: Ufes, Abrapso, GM Gráfica, 2008.

BRASIL. **Portaria GM nº 336**. 19 de fevereiro de 2002.

CAMARGO, B. V. **Alceste**: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Florianópolis: UFSC, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 1º jul. 2009.

CORTEZ, M. B.; SOUZA, L. de. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 171-180, 2008.

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.

DELFINI, P. S. S. et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

FERREIRA NETO, J. L. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, n. 1, v. 21, p. 110-118, 2008.

FERRIOLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-259, 2007.

FLEITLICH B. W.; GOODMAN R. Editorial: Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 2, 2002.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239-263, 2009.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em saúde mental infanto-juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 171-189.

_____. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê**, São Paulo, n. 15, p. 139-154, 2005.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

MENANDRO, M. C. S. **Gente jovem reunida: um estudo de representações sociais da adolescência/juventude a partir de textos jornalísticos (1968/1974 e 1996/2002)**. 2004. Tese (Doutorado)–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

MINAYO, C. S. et al. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 31 jan. 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf>. Acesso em: 31 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

_____. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança – 2001. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PAULA, C. S.; DUARTE, S. C.; BORDIN, I. A. S. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de

tratamento e capacidade de atendimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 29, v. 1, p. 11-17, 2007.

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

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.

SPOSITO, B. P.; SAVOIA, M. G. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 31-47, 2006.

VICTAL E BASTOS, L. H. C. **Ilhas de invenção e solidão**: um estudo da atenção à saúde mental para a infância e a adolescência em unidades básicas de saúde em Vitória-ES. 2003. Dissertação (Mestrado)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

Contato

Luziane Zacché Avellar

Programa de Pós Graduação em Psicologia – CEMUNI VI.

Av. Fernando Ferrari, 514

Vitória – ES

CEP 29075-910

e-mail: luzianeavellar@yahoo.com.br

Tramitação

Recebido em outubro de 2009

Aceito em março de 2010