

O PAPEL DO CAPS-I E DAS AÇÕES INTERSETORIAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA O CUIDADO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Beatriz Brezinski Soares¹
Magda do Canto Zurba²

A adolescência foi, durante muitos anos, compreendida como um estágio do desenvolvimento caracterizado pela instabilidade, conflito e crise. De modo alternativo, também surgiram teorias que buscaram compreender o adolescente a partir de sua interação social, histórica, biológica e institucional, caracterizando-o em uma etapa de mudança de identidade atrelada ao contexto em que está inserido (OLIVEIRA, 2006).

No contexto brasileiro, crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conceituando-os como seres em desenvolvimento e “por vir” que necessitam de proteção e valorização para que possam realizar-se em total potência (CASSOL; ZURBA, 2022). Dessa forma, é dever do Sistema Único de Saúde (SUS) promover políticas públicas e sociais que garantam a promoção, proteção e recuperação de saúde para essa população (BRASIL, 2004).

A partir da perspectiva dos “determinantes sociais da saúde” (DAROS, 2006) que norteia as políticas públicas de saúde mental, compreende-se que os serviços ofertados no SUS têm o objetivo de ir além do tratamento puramente físico, devendo pautar-se em ações de escuta, acolhimento, emancipação e enfrentamento de estigmas, considerando a singularidade do indivíduo e agindo em caráter territorial. Nessa direção, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-i) constitui-se

¹ Graduanda em Psicologia UFSC). Colaboradora de projetos em CAPS-i.
CV: <http://lattes.cnpq.br/1333743680620312>

² Pós-doutorado em Psicologia Social (PUC-SP). Doutorado em Educação (UFSC). Professora Titular do Departamento de Psicologia (UFSC). CV: <http://lattes.cnpq.br/6389120640892981>

como um serviço de atenção diária da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinado a atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso ou transtornos mentais graves e persistentes.

Considerando as características desenvolvimentais da adolescência e o acolhimento como um instrumento de efetivação do SUS, este capítulo tem o objetivo de discorrer acerca das políticas públicas de saúde mental a crianças e adolescentes, focando no papel da intersectorialidade e no protagonismo do CAPS-i.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O LUGAR DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

De maneira geral, compreende-se que o movimento das reformas psiquiátricas tem seu ponto de partida em diversos países após a Segunda Guerra Mundial, a qual pôs em destaque as condições desumanas a que estavam submetidos os pacientes internados nos hospícios da época, trazendo contestações ao modelo biomédico vigente (SCHNEIDER, 2015). Amarante (2007), para fins didáticos, divide as principais experiências que ocorreram nesses países em grupos: o da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, que preconiza modificações nos moldes da instituição hospitalar; o da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, que propõe o desmonte do modelo hospitalar a partir de serviços assistenciais de cuidado terapêutico; e o da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, que se contrapõe ao modelo científico psiquiátrico como um todo, buscando a superação do manicômio tanto em termos de estrutura física quanto das práticas fundadas no isolamento, segregação e patologização da experiência humana.

De acordo com Tenório (2002), a experiência das Comunidades Terapêuticas chegou ao Brasil na década de 1960, com o objetivo de remodelar as relações existentes entre pacientes, profissionais e instituição nos hospitais psiquiátricos, pautando-se em um modelo psicanalítico discursivo e organizacional. O autor destaca que essa tentativa se limitou à superfície da questão, sem transformações profundas no modo de cui-

dado, sendo que foi absorvida pelo conservadorismo dos manicômios. Posteriormente, o movimento da Psiquiatria Preventiva e Comunitária buscou inserir a ideia de promoção de saúde mental a partir da organização social e comunitária para a prevenção da doença, em contraposição ao asilo como um fim para as pessoas doentes. Tal perspectiva também teve suas limitações, em função do caráter eugenista e de normatização social a qual recai a partir da ideia de intervir na comunidade para ajustar os indivíduos à normalidade e à saúde mental.

Ainda que tais experiências não tenham se configurado como exitosas, influenciaram de modo importante o movimento de reforma psiquiátrica que se consolidou no Brasil a partir da segunda metade da década de 1970. Schneider (2015) aponta a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática italiana, a partir dos movimentos de Franco Basaglia, como influência importante na formação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sobre esse período, Amarante (2007) sustenta que as experiências de diversos países foram incorporadas ao processo brasileiro, de modo que um novo cenário político foi configurado, com expressiva participação social na construção do campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Tenório (2002) demonstra que é no contexto de redemocratização do país que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganha espaço, a partir das críticas à política ineficiente de saúde e as denúncias de fraudes no financiamento dos serviços e de violência e maus-tratos aos pacientes internados nos hospícios. Nesse sentido, iniciou-se o movimento sanitário que apostava na ideia de uma gestão competente dos recursos públicos para transformar o sistema e melhorar a assistência em saúde. Já em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental marca o início do caráter de desinstitucionalização do movimento, estabelecendo, além das mudanças no sistema de saúde, a preocupação com a relação à sociedade e à cultura da loucura, questionando as práticas psiquiátricas a partir da perspectiva de “cidadania do louco” e inserindo também a participação dos usuários e familiares no processo da Luta Antimanicomial. Dessa forma, a reforma

psiquiátrica idealizou novos dispositivos de cuidado que fossem diversificados, abertos e de natureza territorial.

Nesse contexto, a criação das políticas públicas parte do modo psicossocial de cuidado, compreendendo que o fenômeno saúde/doença possui uma dimensão sociocultural indissociável do processo de sofrimento psíquico, tendo como temas centrais a articulação em rede, a territorialidade e a acolhida (SCHNEIDER, 2015). Um importante marcador da composição da rede de atenção à saúde mental foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que possuíam papel estratégico de assistência direta à população, regulação e assessoria da rede de serviços de saúde, fazendo retaguarda aos Agentes de Saúde, e articulação com recursos de outras redes (jurídica, educacional, entre outras) (BRASIL, 2004).

A partir do papel estratégico que o CAPS desempenhava na rede de saúde mental e diante da necessidade de que esta estivesse articulada com outras instituições para garantir sua efetividade, Schneider (2015) aponta o surgimento da necessidade de cuidado integral do sujeito pelo Sistema de Saúde, o que exigiu a integração dessa rede de saúde mental ao Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, iniciaram-se ações de inserção desta na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família, incluindo em 2003 o apoio matricial das equipes de Saúde Mental à Atenção Básica, com o objetivo de compartilhar saberes entre os profissionais para um cuidado de saúde integral. Já em 2008, houve a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), contribuindo para a descentralização da rede de saúde mental e, por fim, a integração da rede de saúde com a saúde mental, resultando na criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir da Portaria nº 3.088 de 2011. A partir disso, observa-se o desenho de uma rede interligada e horizontal com diferentes pontos de atenção, que se conecta também à Rede de Atenção em Saúde.

A RAPS, portanto, prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento, transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Entre seus objetivos gerais, destaca-se a ampliação do

acesso à atenção psicossocial, a vinculação da população aos pontos de atenção e a integração desses pontos no território, com cuidado a partir do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2014). Ela é composta da Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

No âmbito da Atenção Psicossocial Estratégica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem equipe multiprofissional que atua de maneira interdisciplinar e realiza o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais graves e persistentes, atuando de maneira territorial e configurando-se como um serviço de porta aberta, capaz de receber a demanda espontânea da população que busca o serviço (BRASIL, 2014). Existem diversas modalidades que diferem de acordo com a população do território e o público a que se destinam: CAPS I (entre 20 mil e 70 mil habitantes), CAPS II (entre 70 mil e 200 mil habitantes), CAPS III (acima de 200 mil habitantes, com funcionamento 24 horas), CAPSad (acima de 100 mil habitantes, para transtornos decorrentes do álcool e drogas e CAPSi (acima de 200 mil habitantes, destinado a crianças e adolescentes) (BRASIL, 2004).

O CAPS caracteriza-se como um modelo substitutivo às internações hospitalares, que busca atender a população do território a partir do acompanhamento clínico e da reinserção social dos usuários a partir do lazer, direitos civis e fortalecimento de vínculos comunitários. O atendimento nesse dispositivo é feito a partir de encaminhamento de outros serviços ou a partir da demanda espontânea. Ao chegar no CAPS, o indivíduo é acolhido por um profissional da equipe. O acolhimento tem o objetivo de compreender a situação atual desse indivíduo e estabelecer um vínculo terapêutico com os profissionais, a fim de dar continuidade ao acompanhamento (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, constituindo-se como uma ferramenta de escuta, cons-

trução de vínculo e garantia de acesso aos serviços, pautado na responsabilização e resolutividade. Ele se constitui no encontro com o outro e implica em um compartilhamento de saberes e angústias, no qual o profissional toma a responsabilidade de escutar a queixa, avaliar os riscos e acolher a avaliação do próprio usuário. Na medida em que implica em responsabilidade, o acolhimento não é pontual, mas se estende para outros processos do serviço (NEVES; ROLLO, 2006).

No contexto infanto juvenil, a preferência é de que crianças e adolescentes sejam atendidos nos serviços específicos a esse público quando existentes na região. Desse modo, o acolhimento das necessidades e as intervenções deve considerá-los como sujeitos de direitos em sua singularidade, reconhecendo a voz e a escuta de cada um. Em casos em que a demanda acolhida não possa ser acompanhada pelo serviço em questão, faz-se necessário o encaminhamento para o serviço da rede mais adequado à situação, de maneira implicada e responsável, permanecendo com o acompanhamento até a inclusão no outro serviço (BRASIL, 2014).

O ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA RAPS: ENTENDENDO O PROTAGONISMO DO CAPS-i

O público de crianças e adolescentes com sofrimento agravado é o foco dos serviços dos CAPS-i. Estudos demonstram que grande parte destas pessoas contam com algum tipo de diagnóstico baseado em códigos CID-Código Internacional de Doenças (OMS, 2022), tais como como transtorno de comportamento, transtornos emocionais e transtornos do desenvolvimento.

Observa-se que o próprio SUS requer, em seu preenchimento de formulários dos serviços CAPS, que a população atendida conte com algum diagnóstico e código CID para o devido cumprimento das atividades no serviço. Por outro lado, Delfini *et al.* (2009) descrevem que muitos encaminhamentos ocorrem em função de queixa escolar, como dificuldade aprendizagem, falta de rendimento, inadequação comportamental;

comportamentos de agressividade, problemas sociocomportamentais (como rebeldia, mentiras, envolvimento em brigas, heteroagressão e falta de limites). Outra parcela de casos aparece com problemas de ansiedade, isolamento, falta de interação social ou angústia. Além destes, são comuns também o comprometimento da fala, a vivência de situações de violência, abusos e maus tratos. Nesse sentido, reitera-se o preconizado pelo Ministério da Saúde, configurando o CAPS como um dispositivo de atenção às pessoas com sofrimento psíquico agravado.

No contexto de um CAPS infanto-juvenil, a entrada da criança ou adolescente se dá através do acolhimento. No processo do acolhimento, é realizada a avaliação de risco do usuário, com o objetivo de compreender a gravidade do sofrimento psíquico e avaliar se esta é uma demanda para o serviço. Quando considerado que a demanda deve ser atendida no CAPSi, o caso é discutido pela equipe do serviço, a fim de elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) da criança ou adolescente no local. O projeto terapêutico é construído em conjunto com a família e com o usuário, sendo definido pelas atividades que serão realizadas no CAPS-i ou em outros pontos da rede. O PTS costuma ser dinâmico, sendo modificado no decorrer da trajetória do usuário no serviço.

É importante ressaltar que, por se tratar de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a elaboração do PTS busca inserir o usuário em diversas atividades do serviço para que crie vínculos com toda a equipe, com outros usuários e compareça ao CAPS com frequência, configurando a intensificação dos cuidados. Nesse sentido, além dos atendimentos individuais com médico psiquiatra ou psicólogo, os usuários são convidados a participar de grupos e oficinas terapêuticas com diferentes temas.

A intensificação de cuidados é compreendida como:

tecnologias terapêuticas e sociais que visam o fortalecimento e a potencialização dos vínculos do indivíduo com seu grupo social, além do estabelecimento de novas relações que o fortaleçam na sociedade. Desse modo, o cuidado intensivo requer investimento humano e coloca-se como

a alternativa à internação em casos graves de sofrimento psíquico” (SILVA 2007, p. 40 apud SILVA *et al.*, 2010).

Além do cuidado integral à criança e ao adolescente, o manejo com os cuidadores e responsáveis também é importante para o acompanhamento. Desse modo, a equipe também realiza atendimentos familiares e individuais com os responsáveis. Neste sentido, há a possibilidade de oficinas e grupos específicos com os cuidadores, recurso que tem se mostrado muito eficaz para a construção de estratégias de manejo, comunicação e proteção às crianças e adolescentes.

Enfim, as ações de CAPS-i na atenção à saúde mental infantojuvenil devem sempre se somar a várias outras, em um processo de diálogo intersetorial permanente, como apontam vários autores, tais como Zanini e Luzio (2014). A intersetorialidade é um aspecto fundamental neste contexto, pois o projeto terapêutico singular também inclui a articulação da equipe com a rede de atenção psicossocial e instituições de assistência social, justiça, educação e cultura. Tal articulação ocorre por meio de reuniões de discussão ou visitas a esses locais, bem como formas variadas que são criadas nos diferentes municípios do contexto brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde mental na infância tem sido um dos maiores desafios contemporâneos. Grande parte das teorias psicológicas apontam a importância dos primeiros anos de vida na organização psíquica da vida adulta, seja pela concepção de estrutura psíquica da psicanálise; seja pela noção de desenvolvimento contínuo na relação consciência-objeto apontada nas teorias de bases fenomenológicas (gestalt-terapia, existencialismo sartreano, psicodrama, entre outras); seja pela ênfase nas primeiras aprendizagens vividas conforme as teorias cognitivas e de base comportamental. Ou seja, existe um importante consenso em saúde mental sobre a relevância do cuidado à infância e adolescência.

Acrescido a isto, trata-se também de um direito da criança e do adolescente ter acesso ao cuidado em saúde mental, embora na maior parte

das vezes não seja este pequeno e jovem usuário do SUS a buscar pelo atendimento. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) aponta algumas diretrizes importantes sobre esse direito, mas não pode mesmo assim assegurar a qualidade destas proposições no tumultuado cotidiano brasileiro, pois cada Município e Estado trata de forma diferente as prioridades de implantação dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Somente o fortalecimento das instituições públicas de saúde, acompanhada das ações intersetoriais, pode aumentar o acesso ao acolhimento e a garantia de direitos infantojuvenil. Haja visto o que vivemos no Brasil nos duros anos de COVID-19, período no qual tivemos o amplo fechamento das escolas no país, vimos os índices de violência doméstica contra crianças e adolescentes aumentar assombrosamente (MATOS, 2021).

Neste sentido, embora o CAPS-i seja o protagonista principal nesta rede de cuidados, não é potente o suficiente para solucionar sozinho os problemas de enorme complexidade que chegam. Isto ocorre porque, mesmo que o SUS exija um Código Internacional de Doenças (CID) (OMS, 2022) para prosseguir com os atendimentos no âmbito dos CAPS, o trabalho multiprofissional nunca estará focado apenas no diagnóstico, mas na pessoa, nas suas redes de cuidado e proteção, nas suas formas de subjetivação na cidade, na família, na escola e nas principais instituições que o rodeiam. E esta é justamente a potência da atenção psicossocial: escapar dos rótulos impostos pelos transtornos e focar na capacidade de saúde das pessoas em sofrimento, ampliando consciência sobre as possibilidades de ser e existir no mundo contemporâneo.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 30 set. 2022.

CASSOL, M.S. & ZURBA, M.C. Políticas públicas de saúde mental no cuidado a crianças e adolescente no Brasil: das fragilidades às intencionalidades. *In: GUILHERME, W.D. Política em foco: debates e embates*. Curitiba: Bagai, 2022, p. 115-128.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *In: BAGRICHEVSKY, M. (Org.), et al. A Saúde em Debate na Educação Física*. Nova Letra, v. 2, Blumenau, 2006.

DELFINI, P. S. S. *et al.* **Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil**. *Journal of Human Growth and Development*, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19913>. Acesso em: 20 nov. 2022.

MATOS, M. **Casos de violência contra crianças e adolescentes crescem na pandemia**. Em: *Jornal da USP*, 07/05/2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-crescem-na-pandemia/> Acesso em: 30 nov. 2022.

NEVES, C. A. B.; ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos básicos em Saúde), v. 2, 2006. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/texto82.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

OLIVEIRA, M. C. S. L. **Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica**. *Psicologia em estudo*, v. 11, p. 427-436, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200022>. Acesso em: 29 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID11 – Código Internacional de Doenças**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20> Acesso em: nov. 2022.

SCHNEIDER, D. R. Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. *In: MURTA, G. S. et al (Orgs.). Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015, p. 34-53.

SILVA, M. V. O; COSTA, F. R. M.; NEVES, L. M. **Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e reforma Psiquiátrica**. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 30, p. 882-895, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000400016>. Acesso em: 20 nov. 2022.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 9, p. 25-59, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. **A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. *Psicologia em Revista*, v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/126754>. Acesso em: 29 nov. 2022.