

Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos

An analysis of psychosocial care for adolescents in crisis based on their therapeutic itineraries

Un examen de la atención psicossocial a los adolescentes en crisis desde sus itinerarios terapéuticos

Melissa de Oliveira Pereira ¹
Marilene de Castilho Sá ¹
Lilian Miranda ²

Abstract

This study analyzes the care provided to adolescents in crisis in a municipality in Greater Metropolitan Rio de Janeiro, Brazil. The article reports on a qualitative health study that used Therapeutic Itinerary and Life Narratives as the methodological resources. The principal theoretical reference was psychoanalyst René Kaës. Based on the adolescents' own verbal accounts, the study aimed to grasp the collective realities that could potentially shed light on the different types of logic and professional practices applied to care for adolescents in psychosocial crisis situations. The underlying assumption was that an approach to the dialectical nature of the crisis required maintaining a framework that would allow establishing a space for transition within which to develop the necessary conditions for disruptive and paradoxical elements to be elaborated. However, crisis care in the context studied here proved to be hampered by infrastructure issues, institutional rigidity, and fragmentation of activities, with little orientation towards intersector work.

Mental Health Services; Social Support; Adolescent

Resumo

O artigo analisa a assistência a adolescentes em crise em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Trata-se do relato de uma pesquisa qualitativa em saúde, que utiliza como recursos metodológicos o Itinerário Terapêutico e as Narrativas de Vida, adotando como principal referência teórica o psicanalista René Kaës. Buscou-se, valendo-se de relatos orais, apreender realidades coletivas que lançassem luzes sobre as distintas lógicas assistenciais e práticas profissionais de cuidado a adolescentes em situação de crise psicossocial. Partiu-se do pressuposto de que, ao ser tomada em seu caráter dialético, 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 disruptivos e paradoxais sejam elaborados. No entanto, a atenção à crise no contexto estudado mostrou-se atravessada por dificuldades de infraestrutura e baseada em certa rigidez institucional e fragmentação das ações, com pouco direcionamento para um trabalho intersetorial.

Serviços de Saúde Mental; Apoio Social; Adolescente

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, Brasil.

Correspondência

M. O. Pereira
Av. Engenheiro Richard 179,
apto. 203, Rio de Janeiro, RJ
20561-090, Brasil.
melissadeoliveira@gmail.com

Introdução

Há uma aposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira na atenção às pessoas em crise baseada numa rede substitutiva ao modelo manicomial, que compreende diversos serviços, instituições e recursos da comunidade. Espera-se que as ações em saúde mental sejam capazes de interação permanente com a população, conhecimento de suas principais demandas e intervenções sintonizadas com as características socioculturais do seu território ^{1,2,3,4}.

Nos últimos dez anos no Brasil, os principais investimentos em equipamentos assistenciais referem-se à abertura de serviços estratégicos em saúde mental, sendo o principal deles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e, para a população infantil e juvenil, o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil). Há, ainda, serviços que oferecem leitos de suporte às vivências da crise, como os CAPS que funcionam 24 horas por dia (CAPS III) e os Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral. Nesse cenário, apesar da importante discussão sobre a saúde mental infantil e juvenil ^{5,6,7,8}, a temática da atenção à crise de adolescentes, seja em textos acadêmicos, documentos oficiais ou relatórios técnicos, é raramente abordada ⁹.

Acredita-se que o CAPSi possa dar visibilidade inaugural ao sofrimento psíquico infantil e juvenil, desenvolvendo práticas de cuidado inovadoras, sobretudo pelo esforço de criar parcerias com serviços de urgência, atenção básica e instituições diversas, que não estão diretamente voltadas à saúde ^{5,9}. Para oferecer atenção à crise, além da construção de redes, o serviço ainda precisa desenvolver trabalho intenso com familiares e com diversos recursos comunitários, tais como Conselho Tutelar, escola, centros de convivência, clubes, entre outros, de maneira que a organização do cuidado se dê com base na realidade local e das particularidades de cada adolescente ^{1,2,3,4,5,9}.

Este artigo se apoiou no psicanalista René Kaës ^{9,10,11} para um entendimento da noção de crise e sua articulação com a adolescência. Para o autor, o próprio aparato psíquico é fundado e enriquecido pela crise, pelas forças de desintegração e criação, em um constante funcionamento de transformação e criatividade. Ao ser tomada em seu caráter dialético, a crise requer, porém, a garantia de uma sustentação ao sujeito que a sofre, de modo que possa gerar efeitos de enriquecimento subjetivo. Caso contrário, ela pode configurar-se como: *“experiência de ruptura que questiona dolorosamente o sujeito na continuidade de si mesmo, a organização de suas identificações e ideais, o emprego dos mecanismos de defesa, a*

coerência de sua forma pessoal de sentir, de atuar, de pensar, a confiabilidade de seus laços e pertencimento a grupos, a eficácia do código comum a todos aqueles que, como ele, pertencem a uma mesma forma de sociabilidade e cultura” ¹⁰ (p. 27).

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. Tal condição diz respeito à transicionalidade, noção que Kaës ^{10,11} desenvolve com base nas construções de Donald Winnicott.

O espaço transicional é uma zona situada no campo da intersubjetividade e suporta os movimentos contínuos de união e separação, desde que apoiado num enquadre firme e, ao mesmo tempo, flexível, que garanta processos de elaboração de rupturas. É marcado pelo que é apresentado entre sujeitos, sendo inventado e criado por um e por outro ¹¹. A economia da transicionalidade é intrapsíquica, grupal e social ¹⁰. Essa compreensão evoca, do ponto de vista da intervenção, um trabalho psicossocial dos e sobre os grupos e instituições.

Por concepções fundamentadas na obra de Kaës ^{10,11} e por reflexões de autores do campo da saúde mental ^{1,2,3,4}, este artigo discute algumas estratégias utilizadas por serviços e entre serviços para a atenção à crise psicossocial de adolescentes com base em seus itinerários terapêuticos. Eles têm como objetivo analisar as trajetórias compreendidas por usuários e familiares na busca por cuidado em saúde, assim como os sentidos dados por eles ao adoecimento e à atenção recebida ¹².

Metodologia

Adotou-se como principal estratégia metodológica a reconstrução de itinerários terapêuticos ¹² de adolescentes usuários de um CAPSi. As narrativas de vida ^{13,14,15} foram o recurso central para o acesso a tais itinerários, conferindo-lhes, assim, não apenas um caráter factual, mas essencialmente de produção de sentido. O itinerário terapêutico ¹² pretende desvelar a resolubilidade do processo de busca por cuidado, lançando luz sobre as distintas lógicas assistenciais e práticas de atenção e gestão.

A natureza metodológica e operacional da técnica de narrativas de vida é orientada para produzir relatos orais mediante lembranças de histórias pessoais e reflexões mais gerais sobre o tema pesquisado, sendo uma perspectiva que busca apreender “o coletivo pelo individual” ^{14,15}. Assim, por intermédio dela, os âmbitos social e singular coexistem, na medida em que o individual se inscreve num contexto social e histórico

específico, que, por sua vez, se expressa nas falas individuais.

Sendo um processo simultaneamente individual e coletivo, a narrativa de vida é coerente com referencial teórico da dinâmica das instituições e seus efeitos sobre a natureza e a qualidade dos vínculos que ligam os sujeitos¹⁶.

O campo de estudo foi o CAPSi de um município na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, situado na zona central da cidade, de fácil acesso. A rede de serviços de saúde mental conta ainda com dois CAPS II, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), um ambulatório de saúde mental, um Centro de Atenção ao Adolescente (CAA; serviço ambulatorial), Residências Terapêuticas e leitos de emergência psiquiátrica em um Hospital Geral.

Entendemos que o estudo aprofundado de um serviço, embora não permita generalizações, pode apontar para uma realidade coletiva^{12,13,14,15}, remetendo a questões comuns a outras organizações. Objetivando preservar o anonimato, o município e os serviços não são identificados e os entrevistados são chamados por nomes fictícios.

Em discussão com a equipe, ficou decidido que poderiam participar adolescentes que já eram usuários do CAPSi em função de história de sofrimento psíquico grave, estando lá antes ou desde a crise. Os critérios de exclusão dos sujeitos foram: (i) adolescentes que estivessem vivenciando episódios de sofrimento psíquico mais acentuado; (ii) sujeitos cuja problemática psíquica estivesse relacionada com a dependência química. Participaram diretamente da pesquisa três adolescentes, sendo realizados dois encontros com cada um. Complementarmente, foi entrevistado um familiar de cada adolescente, somando-se cinco encontros no total. Foram entrevistados ainda cinco profissionais.

O material empírico da pesquisa constituiu diário de campo, transcrições das entrevistas, materiais advindos da utilização de recursos gráficos e lúdicos, dados obtidos nos prontuários dos pacientes entrevistados e consultas a relatórios de gestão do CAPSi.

Considerando o limite de espaço deste artigo, optou-se pela apresentação, de maneira mais detalhada, apenas do itinerário terapêutico de Letícia, entendendo que tal trajetória guarda muitos elementos em comum com os itinerários terapêuticos dos demais adolescentes, retomados nas conclusões. Vale ressaltar que, apesar de a apresentação ser de apenas um itinerário terapêutico, a metodologia de narrativas de vida possibilita uma ponte com realidades coletivas^{14,15}, de maneira que se entende que a história dessa jovem também direciona à realidade de outros adolescentes, outras crises e outros CAPSis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, no dia 7 de maio de 2012 (processo nº 18184), após ter sido aprovada por banca de qualificação dessa instituição. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

O itinerário terapêutico de Letícia

Letícia tem 17 anos, gosta de Internet e de estar com as amigas com quem faz diversos passeios. Na época da pesquisa, havia abandonado a escola recentemente, tendo cursado até o segundo ano do Ensino Médio. Fazem parte de sua família Graça, sua mãe, Raimundo, seu pai, Eduardo e Vítor, seus irmãos.

Graça lembra que quando a família morava em outra cidade, ao voltar de um passeio à praia feito com uma amiga, a filha, contando então 14 anos, mostrou-se “...nervosa, e começou a bater pé, e falar coisas que ela nunca falou, tirar a roupa”. A colega, procurada pela mãe, não sabia dizer o que aconteceu. Graça e Raimundo levaram Letícia para igreja onde o pastor fez uma oração, mas já em casa a moça não comia, não dormia e empurrava quem tentava se aproximar. Ao retornarem à igreja, o pastor, após conversa com uma vizinha da família que era enfermeira, aconselhou-os a procurar o Hospital Geral. Nele, a adolescente foi medicada e encaminhada de volta a casa. Oito dias depois, por sugestão dessa vizinha, a família procurou outro serviço de saúde, em que Letícia recebeu acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, que durou alguns meses, até o retorno da família para o município onde a pesquisa se realizara.

Esse retorno esteve diretamente ligado a outra mudança: Raimundo teve síndrome do pânico e decidiu voltar ao seu estado de origem. Lá poderia ficar “*mais sossegado e fazer o tratamento em paz*”, como lembra Graça, que diante da ausência do esposo, resolvera se mudar para a cidade natal, onde possuía parentes.

Letícia se mudou de cidade antes de sua mãe e passou algumas semanas na casa de uma prima, quando aconteceu o que consideram uma segunda crise. A crise incluiu um comportamento parecido com o episódio anterior. Graça foi ao seu encontro, levando-a ao Hospital Geral do município, onde ficou internada por 12 dias.

A adolescente e a mãe se lembram de dias difíceis no hospital. Letícia passou parte do tempo de internação contida no leito, tendo uma relação conturbada com a equipe de enfermagem.

Com a alta, receberam um encaminhamento escrito para o CAPSi, onde teve a primeira consulta na semana seguinte. Num período de três anos de acompanhamento nesse serviço, Letícia participou de dois “Grupos de Adolescentes” e estabeleceu importante vínculo com uma psicóloga.

As faltas da adolescente são fortemente destacadas em seu prontuário, já que por muito tempo ela comparecia apenas para as consultas psiquiátricas. A psiquiatra lembra que a adolescente “*estava bem*”, porém “*deslocada do grupo*”, o que é explicado pelo fato de ser “*mais normal que os outros*”. Quando se encontrava há um ano e meio em tratamento, a equipe decidiu encaminhá-la para o ambulatório do CAA, onde participaria de um Grupo de Adolescentes e realizaria atendimento psiquiátrico. Tal decisão se deu em paralelo à diminuição da medicação. No prontuário, a psicóloga relata que a garota pareceu não gostar do encaminhamento. Ele se deu mediante uma carta encaminhada ao CAA, contudo, não chegou a se efetivar, pois Letícia teve uma nova crise.

Letícia lembra que começou a “*passar mal*”, ligou para o pai, que ainda morava em outro estado, e pediu para dormir com sua mãe, mas quando ela se aproximou, agrediu-a. Levaram-na ao Hospital Geral, onde fora medicada pelo clínico geral. De volta a casa na mesma noite, Graça lembra que a filha acordou “*batendo o pé, agredindo a gente*”. A mãe realizou contato com o CAPSi no dia seguinte e a orientação, segundo o prontuário, era de que Letícia deveria ser levada ao Hospital Geral “*frente a qualquer intercorrência*”.

De volta ao Hospital Geral, Letícia foi atendida por uma psiquiatra e ficou internada por dez dias, o que foi comunicado ao CAPSi por telefone, pela família. Ela e a mãe lembram que mais uma vez a garota passou oito dias amarrada, sem poder ir ao banheiro e fazendo uso de fraldas, já que não era permitido andar pelo quarto. Não queria comer e precisou “*ficar no soro*”; recusava-se a tomar remédio, sendo necessário fazer uso de medicação injetável, o que é lembrado como “*a pior parte*”.

Apesar de Graça e Letícia não citarem, no prontuário há relato da visita de uma técnica do CAPSi. No prontuário, está registrado um adiamento da visita devido à ausência de carro no CAPSi, bem como a dificuldade para realização de contatos telefônicos com o hospital, o que não impediu que ocorressem algumas vezes. Nesse período, no prontuário do CAPSi, a psiquiatra afirma que se Letícia continuasse “*aceitando medicação e se organizando*” poderia ter alta em alguns dias.

Durante sua entrevista, realizada dois meses depois dessa internação, a psiquiatra do CAPSi não lembrava bem dessa internação. Conside-

ra que Letícia não é uma “*paciente nevrálgica*”, que tem um “*quadro clínico fácil de manejar*” e pontua que a mãe sempre seguiu as orientações dadas, o que teria sido decisivo para a “*melhora*” da crise.

Sobre o que teria mudado em sua vida após o momento de crise, Letícia aponta a entrada no CAPSi e a medicação, os quais, de alguma maneira, são entendidos como a solução. Hoje, continua frequentando o mesmo Grupo de Adolescentes, sobre o qual diz não ter “*muita novidade para contar*”. Afirma que quer continuar seu tratamento no CAPSi, mas não gostaria de permanecer no grupo. Realiza, ainda, consultas com a psiquiatra, consideradas muito importantes, pois viabilizam o uso da medicação e oportunizam conversas sobre o tratamento.

Letícia relata que atualmente passa o dia dormindo ou “*fica na Internet*”. Segundo sua mãe, após a última crise, a rotina da filha mudou: não ajuda mais em casa, deixando de realizar praticamente todas as atividades costumeiras. Também parou de frequentar a escola, o que seria explicado por ela como dificuldades de atenção e aprendizado. A adolescente relata dificuldade em acompanhar as aulas e problemas para “*copiar a matéria*”, pois sua mãe “*treme*” em decorrência da medicação. Segundo mãe e filha, não houve contato entre escola e CAPSi. A psiquiatra diz que após a crise Letícia teria ficado mais “*blasé*” com a escola.

Durante a última entrevista, Letícia fala da vontade de voltar a estudar no próximo ano. Tem planos de fazer um curso sobre “*rotinas administrativas*” e estudar inglês, mas isso só depois que terminar o colégio.

A Figura 1 representa o itinerário terapêutico de Letícia.

O CAPSi

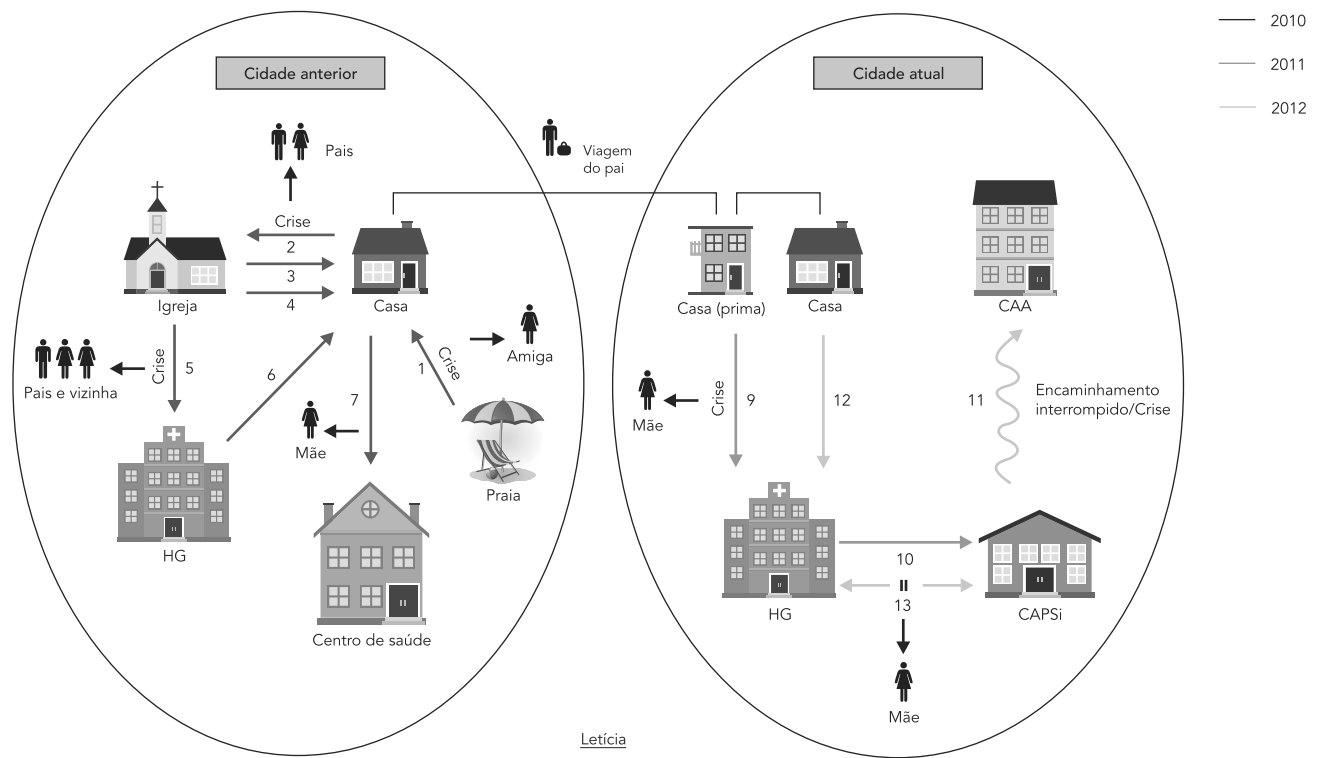
Atualmente, o CAPSi conta com 26 profissionais, número considerado suficiente pela equipe. As contratações se dão por concurso público, por vinculação celetista com a prefeitura, ou com empresas prestadoras de serviços.

É de 152 o número de usuários do serviço, cujo perfil é definido pelos profissionais mediante diagnóstico. Usuários que apresentam problemática de uso e abuso de álcool e drogas são encaminhados para o CAPSad e o CAA.

A recepção de novos casos é realizada diariamente e pode ser agendada pelo próprio usuário por telefone ou pela emergência psiquiátrica do Hospital Geral. Apesar disso, todos os casos estudados na pesquisa esperaram uma semana para serem recebidos, o que indica inflexibilidade da

Figura 1

Itinerário terapêutico de Letícia.



CAA: Centro de Atenção ao Adolescente; CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil; HG: Hospital Geral.

agenda, mesmo quando a procura pelo serviço se deu em momentos de crise, como no caso de Letícia.

Sobre a organização do trabalho, vale ressaltar que a equipe é “dividida por dias”, de maneira que cada profissional trabalha dois turnos, além de se fazer presente na reunião de equipe. Do mesmo modo, cada grupo de usuários comparece ao serviço apenas num dia específico, quando encontra seu técnico de referência e sua “miniequipe” (composta pelos profissionais que trabalham no mesmo turno). Além das reuniões de equipe semanais, há diariamente uma reunião de miniequipe.

Em documentos oficiais, o CAPSi informa que oferta atendimentos regulares a pais e responsáveis; atendimentos individualizados; oficinas; espaços de convivência/permanência; grupos terapêuticos; visitas domiciliares; acompanhamento de internações. Entretanto, durante o desenvolvimento da pesquisa empírica, os acompanhamentos terapêuticos não foram

relatados, assim como não foi observada realização de assembleias com usuários e familiares/responsáveis, o que pode colocar em questão a existência de formas de gestão participativas. Grupos de Pais e Responsáveis também não eram mais realizados no momento da pesquisa.

Atendimentos individuais podem ser realizados pontualmente por todos os profissionais, mas a maioria é feita por psicólogos ou psiquiatras. Os últimos exigem que o paciente esteja acompanhado de seu familiar, e seguem o modelo ambulatorial.

De maneira geral, a atuação dos profissionais não envolve ações de intersetorialidade e trabalho no território dos usuários. O contato com outros serviços se dá basicamente por encaminhamentos escritos e levados pelos usuários, não havendo trabalho de apoio matricial, por exemplo. Não estão previstos, ainda, encontros com escolas, Conselho Tutelar ou outras instâncias formais ou informais ligadas ao público infanto-juvenil.

Destacando problemas de infraestrutura, a coordenadora explica que conta com apenas duas salas pequenas, o que prejudica a realização de atividades grupais. O fato de hoje existir uma fila de espera para os primeiros atendimentos também é atribuído à falta de espaço físico. Não há ainda adaptação do prédio para uso de pessoas com necessidades especiais e, tampouco a disponibilidade de automóvel.

O Hospital Geral

O Hospital Geral teve papel central na atenção à crise dos sujeitos da pesquisa. Por isso, apresentaremos alguns relatos de adolescentes e familiares sobre suas experiências nesse serviço, ainda que não se tenha estudado diretamente a instituição.

A equipe do CAPSi entende que o Hospital Geral não é o local ideal para as internações em saúde mental, destacando o despreparo dos profissionais que não são da saúde mental. Apesar disso, atribuem ao suporte medicamentoso, à possível contenção física e aos cuidados relativos à saúde geral, a justificativa para encaminharem ao Hospital Geral os pacientes em crise.

É consenso entre os sujeitos da pesquisa a avaliação de que o espaço da emergência psiquiátrica no Hospital Geral é pequeno e conta com um número excessivo de leitos. Segundo os entrevistados, não são oferecidas pelo hospital formas de cuidado diferentes do acompanhamento medicamentoso e de enfermagem. Letícia descreve sua rotina durante a internação: *“Não podia fazer nada, eu ficava só amarrada. Ficava só amarrada olhando a parede”*.

Sobre os profissionais do Hospital Geral, Graça e Letícia reclamam da alta rotatividade, desatenção de muitos deles e atitudes sentidas como violentas. Ao mesmo tempo, reconhecem a dificuldade e o excesso de trabalho, bem como a disponibilidade de algumas enfermeiras em apoiá-las. Letícia diz que existem *“médicos que são bons e que são ruins, tem enfermeiros que são bons e outros que são ruins”*, sendo os bons aqueles que *“não amarram os pacientes”*. Durante as duas internações, a adolescente passou a maior parte do tempo amarrada na cama porque não era permitido andar pelo hospital, nem mesmo pelo quarto. Sua mãe lembra: *“Ela começou a querer tomar banho, mas não podia, porque estava amarrada. É, tinha que ficar amarrada porque se tirasse ela não queria mais voltar pra cama, queria ficar andando, e eles não deixam. (...) Ai ela querendo ir no banheiro e não podia. Ai tiveram que botar fralda nela. Eles só desamarravam ela pra tomar banho ai ela já começava a querer*

tirar a roupa. A gente colocava a roupa e ela tirava todinha, calcinha, ai amarravam de novo. Ai quando amarravam ela começava a bater o pé na cama e ai tinha que amarrar o pé. (...) Ai eu ia fazer o quê? Ai um dia eu desamarrei, porque ficava muito mal de ver ela assim. Ai quando a enfermeira viu que eu desamarrei ela disse: ‘Agora que desamarrou, se vira’. Elas ficavam com raiva porque desamarrou...”.

Algumas considerações sobre a relação entre os serviços de atenção à crise

Primeiramente, chama-se a atenção para a precária infraestrutura do CAPSi e se ressalta uma exacerbação de exigência de trabalho psíquico dos profissionais quando, para além das relações intersubjetivas que se colocam no trabalho em saúde, os sujeitos têm de se haver com problemáticas condições materiais¹⁷.

Notou-se, ainda, uma importante rigidez institucional, marcada pela burocratização e pela fragmentação de estratégias de cuidado. Esse seria o caso, por exemplo, da divisão dos profissionais *“por dias”*, levando-os a realizar um trabalho *“dividido em blocos”*, o que resulta num *“CAPSi da segunda-feira e outro da terça-feira”*, impedindo o compartilhamento de atuações entre miniequipes, conhecimento dos usuários dos serviços, além de restringir as ofertas terapêuticas.

Tal questão pode ser percebida, também, em relação à definição do perfil dos usuários do serviço. Parece que o lugar decisório dado ao diagnóstico deixa de fora as crianças e os adolescentes, afastando o serviço de suas histórias, singularidades e sofrimentos constituídos por dimensões de vida bastante heterogêneas. Na reunião com a equipe para a indicação dos adolescentes que seriam entrevistados, por exemplo, foi necessária certa insistência para que os profissionais falassem sobre as histórias de vida dos pacientes indicados. Letícia era mencionada como a bipolar, não havendo comentários sobre suas preferências e rotinas. Pode-se, ainda, perceber uma categorização estigmatizante dos usuários, destacada no trecho a seguir: *“Existem aqueles autistas tranquilos, aqueles mais ou menos e aqueles autistas horrorosos. Também existem aqueles adolescentes mais legais e aqueles mais rebeldes”* (profissional do serviço).

Questionou-se a rigidez da agenda de marcação de consultas, mesmo nos momentos de crise. Como se sabe, a crise exige uma ação de urgência e sua resolução depende de um enquadre flexível², o que não parece ocorrer quando o serviço impõe uma espera burocrática aos adolescentes

e suas famílias, justamente no momento em que suas necessidades são urgentes.

Sobre os processos de encaminhamento do CAPSi para outros serviços, o caso de Letícia indica a desconsideração da avaliação que a paciente e a mãe faziam do procedimento. Mostra, ainda, que uma “passagem gradativa” não foi possível. Desconsideraram-se as questões que a mobilizavam naquele momento ou o vínculo com o serviço que, talvez, naquela circunstância, demandasse sua permanência, apesar do “quadro estável”. Quem sabe essa “estabilidade” não estivesse sendo possível graças ao vínculo com o serviço?

O caso de Letícia, que traz pontos em comum com encaminhamentos de outros adolescentes entrevistados, mostra a dificuldade de se ter em conta a complexidade dos vínculos dos usuários com o serviço. Não há, nesse protocolo de encaminhamento, espaço para idas e vindas do usuário, distanciamentos e reaproximações, ausências e presença no serviço. Parece ser difícil para o CAPSi lidar com trânsito entre diferentes posições: ou se está no CAPSi ou se está fora dele.

Importante notar também o fato de os adolescentes terem de se adaptar aos grupos, sem que eles sejam pensados mediante a necessidade de cada um deles e das mudanças vividas ao longo do tempo. Ainda nesse sentido, observou-se que não ocorreram mudanças no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de Letícia após a crise, exceto o ajuste da medicação.

Note-se que, diante da insatisfação dos adolescentes com as atividades, os profissionais não são levados a revê-las: continuam enfatizando a necessidade de que frequentem o serviço “a qualquer custo”. Todos relataram a frequente necessidade de realizar um difícil “trabalho” de convencimento para que os adolescentes aceitem estar no serviço. A nosso ver, essa realidade exprime os limites do CAPSi para se apresentar como espaço flexível, voltado às particularidades de cada usuário, de criação de pontes entre eles e novas possibilidades de vida. Uma das profissionais entrevistadas esclarece: “O CAPSi não tem muito mais oferecer do que um atendimento individual, em grupo, um suporte à família e um suporte médico medicamentoso” (profissional do serviço).

Ao não ter “muito mais a oferecer”, o serviço acaba deixando de questionar sua prática diante das recusas dos pacientes às ofertas existentes. Além disso, a gestão do que é ofertado não parece levar em consideração a clínica, sempre determinada pelas peculiaridades dos sujeitos. Imagina-se que tais processos se aproximam da “clínica degradada”¹⁸, aquela que negligencia o pressuposto de abertura às singularidades e necessidades de cada paciente. Os procedimen-

tos se baseiam no modelo “queixa-conduta”, não tendo sua eficácia avaliada.

Acerca dessa questão, vale retomar a fala de Letícia, que parece acreditar que o serviço poderia, por exemplo, organizar passeios, salientando que estar só no CAPSi “*enjoa*”. Sugere ainda espaços em que se possa jogar vôlei e queimado. Quando a adolescente expressa o desejo de “*fazer outras coisas que não o tratamento*”, entende-se que fala também da possibilidade de o CAPSi ser um espaço de construção de novos laços, de realização de outras atividades, um *setting* aberto à criação, menos homogêneo e mais permeável aos desejos, dificuldades e necessidades singulares dos sujeitos.

A rigidez institucional, a burocratização e a fragmentação que aparecem na organização das estratégias do serviço representam o oposto do que demanda a crise¹⁰: um enquadre flexível frente ao que se apresenta como irrupção incontroleável. A organização do trabalho de maneira rígida inviabiliza o enfrentamento do desafio de estabelecimento de um enquadre que possibilite a criatividade dos sujeitos, a capacidade de constituir um campo de transição na crise.

Tal quadro nos remete à discussão acerca de defesas coletivas contra as angústias despertadas pelo trabalho em saúde mental^{2,16}. Essas se constroem por um afastamento de questões (inter)subjetivas e do sofrimento advindo do encontro com a crise e com os limites e dificuldades de tratá-la, culminando em múltiplas reduções da singularidade dos adolescentes a estereótipos. Esses processos, além de sugerirem uma representação empobrecida dos usuários, parecem desencadear rigidez na definição de estratégias de desenvolvimento das atividades terapêuticas – que pouco dão oportunidades à criação e à heterogeneidade, tanto de singularidades quanto de possibilidades de uso dos espaços do serviço.

A esse respeito, alerta-se sobre a necessidade de se encontrar no espaço-tempo da instituição, um lugar psíquico em que os conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos possam ser atualizados e pensados². Espaços que possibilitariam articulações entre vivências intrapsíquicas e intersubjetivas, plurissubjetivas¹⁶. Trata-se de espaços coletivamente atravessados pela realidade psíquica, que se abrem para a possibilidade de elaboração de defesas coletivas contra as angústias referentes ao sofrimento do trabalho em saúde mental. Podem ser arranjos formais, como a supervisão clínico-institucional, reuniões de equipe, formação, entre outros, assim como podem ser criados pelos próprios profissionais¹¹.

Em relação a isso, a equipe do CAPSi relata o Fórum Municipal de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes como um *setting* que parecia ser-

vir aos objetivos de circulação da fala e encontro entre diferentes realidades. Este fora um espaço de diálogo entre serviços de saúde, assistência, educação, esporte, entre outros, todavia seu funcionamento fora interrompido porque a gestão de saúde mental entendera que não era propício mantê-lo no ano eleitoral. Além disso, vale lembrar que há quatro anos o serviço não conta com supervisão institucional.

Chama a atenção, no entanto, a realização anual, desde 2004, do Seminário Interno do CAPSi, do qual participam apenas os profissionais. A coordenadora pontua que: “*o melhor do seminário é o café da manhã, cada um da equipe traz uma coisa, conversamos um pouco (...) o almoço é incrementado*”. Tal relato remete a uma topologia institucional na qual os espaços psíquicos e institucionais, delimitados por diversas figuras anamórficas, nem sempre são representados¹⁶. As figuras anamórficas são consideradas como espécies de armários, lugares de depósito, lugares de interstício onde seriam dramatizadas as formações intermediárias e transicionais. Eles poderiam ser representados pelos corredores, cafés, lugares construídos para acolher e tratar as representações de conflito psíquico e/ou institucional. É possível que o café da manhã do seminário seja um desses arranjos que se apresentam como brechas para as questões relacionais e para o que não encontra representação em outros espaços/atividades institucionais, tal como a impotência e o sofrimento dos profissionais diante da crise dos pacientes.

O itinerário terapêutico de Letícia e a atenção à crise

O itinerário terapêutico de Letícia, assim como dos demais adolescentes, leva a supor que a crise não tem podido ser vivida *no* e *pelo* CAPSi. Tal questão aparece quando se percebe a falta de ocupação psíquica dos profissionais com a crise dos pacientes e a impossibilidade de a equipe se colocar num patamar intermediário: ou o usuário está no CAPSi ou está no Hospital Geral. Para além de uma visita ou telefonema, parece que não é possível se ocupar desse adolescente, criar espaços de discussão do PTS, o qual, vale lembrar, não se modifica, mesmo após a vivência dos momentos mais difíceis dos adolescentes.

Fazendo um balanço geral dos itinerários construídos, pode-se perceber que o CAPSi apresenta dificuldades no planejamento e construção de ações conjuntas, em que compartilhe outras instâncias a responsabilidade pelo cuidado dos adolescentes em crise. É bastante raro, por exemplo, que os profissionais do CAPSi de fato

acompanhem os adolescentes no Hospital Geral. Como justificativa para esse cenário, todos sublinharam as dificuldades de contato, advindas de problemas com os telefones ou ausência de um carro próprio, o que dificultaria o transporte no caso de uma situação de maior gravidade que pudesse acontecer no CAPSi.

Poder-se-ia dizer, em consonância com os valores da Reforma Psiquiátrica, que o Hospital Geral ocuparia papel decisivo na rede de serviços em saúde mental se estivesse em direta interlocução com outros serviços^{1,3,4}, o que não parece ser a realidade do contexto estudado. As estratégias predominantemente medicalizantes e hospitalocêntricas, tendo com contenções físicas durante longo tempo no Hospital Geral, obriga a questionar sobre possíveis violações de direitos humanos.

O mandato social pela loucura parece ser assumido ora pelo CAPSi, ora pelo Hospital Geral. Essa característica remete a uma desinstitucionalização falsa³, que se volta para a criação de novos dispositivos de atenção, mas apenas desloca as formas e os modos de gestão manicomial. O *look*, as coisas, os lugares, parecem mudar, porém os valores nos quais se baseia o trabalho continuam os mesmos, ou não se alteram suficientemente, de modo que a força da lógica manicomial se mostra presente nas situações mais delicadas, que se condensam, como se sabe, na irrupção das crises.

Trata-se, aqui, de serviços comunitários que criam uma complementaridade com as estruturas de internação², que se organizam sob a lógica do *revolving door*³, representando no circuito desse sistema um “*ponto de descarga, necessário, temporário e recorrente*”. Nesse contexto: “*a ‘estática’ da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela ‘dinâmica’ da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas*”³ (p. 23).

Com essas conclusões, algumas questões se apresentam. Como se pode pensar um serviço que possa atender a crise e que funcione num horário restrito, sem automóvel, sem espaço adequado, sem medicamentos necessários e sem um apoio institucional que prepare os profissionais para tal atuação e possibilite espaços de elaboração das angústias frente à crise? Tais questões devem ser consideradas para que não se responsabilize apenas esse CAPSi em particular pelos problemas identificados. É necessário reconhecer a complexidade das dificuldades envolvidas no acompanhamento de adolescentes com graves problemas psicossociais e, conforme se ressaltou em sessões anteriores, não se pode deixar de levar em conta as problemáticas de infraestrutura e condições de trabalho da equipe.

Nesse contexto, estão excluídas as estratégias de atenção à crise baseadas numa lógica comunitária, de modo que inexistem respostas planejadas com base na realidade de cada adolescente. A organização da atenção, que deveria se dar com intuito garantir as conexões entre a crise e a história pessoal do adolescente, valendo-se da construção de novas redes de relação, não se destaca nos itinerários terapêuticos estudados. Não foi possível para o CAPSi – como indicam o PTS de Letícia e as entrevistas realizadas – favorecer a construção de novas possibilidades de vida para a jovem após a crise. Ao contrário, constata-se a adolescente longe da escola e de atividades que realizava anteriormente, dormindo o dia todo.

Os itinerários de vida e tratamento dos adolescentes são construídos cotidianamente por fluxos e conexões que envolvem acontecimentos diversos e atores múltiplos. O cuidado à crise, momento ímpar da assistência em saúde mental, envolve o encontro com um forte sofrimento psíquico, não apenas por parte do adolescente, mas também de sua família e dos profissionais de saúde mental, colocando em evidência as possibilidades e limites de cada serviço para servir como enquadre que suporta as vivências caóticas e é capaz de construir e reconstruir estratégias, inventar e reinventar práticas. A crise e o seu tratamento devem envolver movimentos de construção-destruição, de abertura e fechamento, de morte e criação¹⁰.

Considerações finais

É possível que a realidade aqui apresentada represente o cotidiano de outros serviços de atenção psicossocial a adolescentes, tão marcados por precariedades no trabalho e ausência de espaços de elaboração do sofrimento institucional. Embora a Política Nacional de Saúde Mental preveja um cuidado pautado numa rede de serviços diversificados, sendo o CAPSi seu ordenador^{5,6,7,8}, foram verificadas dificuldades na imple-

mentação e fiscalização dos serviços substitutivos, uma vez que se deparou com ofertas limitadas e baixa capacidade de interlocução entre as poucas organizações existentes. Tais fragilidades acabam por direcionar o cuidado à crise para o Hospital Geral (geralmente dissociado da rede), ficando a cargo dos CAPSi o cuidado em horário e condições restritas.

Aponta-se, desse modo, para a necessidade de que o Ministério da Saúde e os governos estaduais e municipais viabilizem recursos para que o atual projeto de saúde mental se sustente, o que inclui garantia de condições dignas de trabalho e de ofertas de apoio aos profissionais. Entre elas, cita-se a supervisão clínico-institucional que, embora formalmente financiada pelo Ministério da Saúde, ainda não se encontra implementada em todos os CAPS. Lembra-se, ainda, dos espaços de educação permanente, discussão intersectorial, dentre outros que auxiliem os trabalhadores na árdua tarefa de reconhecer, compartilhar, significar e elaborar os “restos” do trabalho, representados pelo mal-estar, agressividade, pavor, impotência, e outras questões e afetos. Estss, quando não podem ser tratados, acabam por ser expulsos junto com aquilo que a eles se associa, como as situações de crise psicossocial^{2,9,10,11,16}. Consequentemente, ao contar com condições de elaboração e compartilhamento do próprio trabalho, os profissionais devem proporcionar formas de cuidado à crise mais acolhedoras e permeáveis à participação ativa dos adolescentes e seus familiares.

Reconhece-se, entretanto, que os itinerários construídos, bem como o referencial teórico adotado, proíbem qualquer idealização da crise: ela é marcada pela ruptura, pelo caos, pela violência e por vários outros aspectos ligados ao intenso sofrimento. Cabe insistir na potência de uma rede de serviços, sua capacidade de propiciar condições para que os sujeitos construam significações sobre os momentos de crise, aproveitando também seu potencial criador e podendo construir novas possibilidades para o viver.

Resumen

El artículo analiza la asistencia a los adolescentes en crisis en un municipio de la región metropolitana de Río de Janeiro, Brasil. Este es el informe de una investigación cualitativa que utiliza como recursos metodológicos el itinerario terapéutico y relatos de vida, adoptando como principal referente teórico al psicoanalista René Kaës. Los relatos orales buscan una aproximación de las realidades colectivas para echar luz sobre el cuidado de las diferentes lógicas y prácticas profesionales para el cuidado de los adolescentes en crisis psicossocial. Se supone que, cuando se toman en su dialéctica, la crisis requiere de la existencia y mantenimiento de un entorno que permita la creación de un espacio de transición, donde se prepara la construcción de las condiciones necesarias para los elementos perturbadores y paradójicos. Sin embargo, la atención a la crisis en el contexto estudiado resultó estar afectada por dificultades en la rigidez y fragmentación de las acciones, con poca dirección hacia el trabajo intersectorial institucional, además de estar basado en infraestructuras.

Servicios de Salud Mental; Apoyo Social; Adolescente

Colaboradores

M. O. Pereira foi responsável pela idealização, escrita e redação final do artigo, pesquisa, coleta de dados, metodologia e elaboração das figuras. M. C. Sá e L. Miranda foram responsáveis pela idealização do artigo, metodologia, elaboração das figuras e supervisão da redação.

Referências

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
2. Onocko-Campos R. Psicanálise & saúde coletiva. Interfaces. São Paulo: Editora Hucitec; 2012.
3. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MF, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec; 1990. p. 89-99.
4. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizador. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Editora Resenha; 1991. p. 53-79.
5. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
6. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno informativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Pereira MO, Sá MC, Miranda L. Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës. Saúde Debate 2013; 37:664-71.
10. Kaës R. Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1982.
11. Kaës R. Os espaços psíquicos comuns e partilhados. Transmissão e negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
12. Pinheiro R, Silva AGJ, Mattos RB, organizadores. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2008.
13. Lévy A. Ciências clínicas e organizações sociais – sentido e crise de sentido. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC; 2001.
14. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev Saúde Pública 1995; 29:63-74.
15. Takeuti MN, Niewiadomski C, organizadores. Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas biográficas. Porto Alegre: Sulina; 2009.
16. Kaës R. O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: Correa OBR, organizador. Vínculos e instituições: uma escuta psicanalítica. São Paulo: Escuta; 2002. p. 11-32.
17. Sá MC, Carreiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. Cad Saúde Pública 2008; 24:1334-43.
18. Campos GW. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Recebido em 28/Out/2013

Versão final reapresentada em 27/Fev/2014

Aprovado em 18/Mar/2014