



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4(20):70-80

Artigos Temáticos

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v4i20.883](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i20.883)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 08/06/2023

Aceito: 29/06/2023

A Reforma Psiquiátrica e sua articulação com os cuidados oferecidos em um CAPSi do Distrito Federal

Psychiatric Reform and its articulation with the care provided in a CAPSi in the Federal District

Camila Alvares¹ , Bethania Serrão Peres Teixeira² 

¹ Enfermeira, Especialista em Saúde Mental do Adulto. Profissional de Saúde Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil (ESCS/FEPECS/SES-DF).

² Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Cultura. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil (ESCS/FEPECS/SES-DF).

Correspondência: alvares.cml@gmail.com

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) impulsionou a criação dos CAPS, serviços estratégicos para a desinstitucionalização e em substituição ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos. Dentre eles, inclui-se o CAPSi, que oferece cuidados a crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos graves, visando ao cuidado em liberdade, à promoção da vida comunitária e à autonomia dos usuários. O sucesso da RPB depende do engajamento dos profissionais dos CAPS e da colaboração de uma rede de serviços substitutivos. **Objetivo geral:** compreender a visão dos profissionais de saúde de um CAPSi sobre a assistência baseada na Reforma Psiquiátrica. **Objetivos específicos:** investigar os agentes que operam a Reforma Psiquiátrica e identificar os cuidados prestados em um CAPSi. **Metodologia:** condução de entrevistas qualitativas, individuais e semiestruturadas com todos os profissionais de um CAPSi do DF. **Resultados:** as 23 entrevistas analisadas revelaram uma concordância conceitual, envolvimento dos agentes e prestação de cuidados alinhados com o modelo da Reforma Psiquiátrica. **Conclusões:** os cuidados estão em conformidade com a Reforma Psiquiátrica, mas requerem avaliação e monitoramento constantes para evitar potenciais efeitos iatrogênicos.

Palavras-chave: Saúde mental; Reforma dos serviços de saúde; Saúde da criança; Saúde do adolescente; Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform (BPR) boosted the creation of CAPS, strategic services for deinstitutionalization and replacing the asylum model of psychiatric hospitals. Among them, CAPSi is included, which offers care to children and adolescents with severe psychological suffering, aiming at care in freedom, the promotion of community life and the autonomy of users. The success of RPB depends on the engagement of CAPS professionals and the collaboration of a network of substitutive services. **General objective:** to understand the view of CAPSi health professionals on assistance based on the Psychiatric Reform. **Specific**

objectives: investigate the agents that operate the Psychiatric Reform and identify the care provided in a CAPSi. **Methodology:** conducting qualitative, individual and semi-structured interviews with all professionals from a CAPSi in the Federal District. **Results:** the 23 interviews analyzed revealed conceptual agreement, involvement of agents and provision of care aligned with the Psychiatric Reform model. **Conclusions:** care is in line with the Psychiatric Reform, but requires constant evaluation and monitoring to avoid potential iatrogenic effects.

Keywords: Mental health; Health care reform; Child health; Adolescent health; Health personnel.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história humana, o sofrimento sempre esteve presente. Com o aumento da urbanização emergiram instituições manicomiais que excluía pessoas consideradas irregulares, como desempregados, prostitutas, usuários de drogas e aqueles com sofrimentos psíquicos ou doenças infecciosas. A filosofia cartesiana e a exclusão da loucura do espaço social no século XVII propiciou a criação do Hospital Geral, que reforçou o confinamento dos considerados insanos. Mais tarde, inspirado pelos ideais do Iluminismo e da Revolução Francesa, surgiu o primeiro Hospital Psiquiátrico, que desenvolveu a classificação das doenças mentais e adotou métodos controversos e cruéis de tratamento moral¹.

Após a Segunda Guerra Mundial, a crescente exclusão social gerou insatisfação nos países europeus, levando à busca pela reintegração de pessoas em sofrimento psíquico no contexto socioeconômico. Contudo, os hospitais psiquiátricos eram vistos como perpetuadores e agravantes das doenças mentais, com enfoque na exclusão social. A escassez de mão de obra e a revelação das atrocidades cometidas por essas instituições impulsionaram a criação de diversos movimentos de reformas psiquiátricas, como a Psiquiatria Democrática².

A Psiquiatria Democrática foi idealizada pelo psiquiatra Franco Basaglia, na Itália. Ele defendia que o manicômio não era apenas uma estrutura física, mas também práticas sociais, científicas, legislativas e jurídicas que fundamentavam um espaço de exclusão e segregação centrado na doença, em detrimento da experiência humana. A Reforma Psiquiátrica proposta pela Psiquiatria Democrática não nega a existência da doença, mas propõe colocá-la entre parênteses, dando prioridade ao sujeito e permitindo que seus sentimentos, desejos, angústias e sofrimentos, antes ofuscados pelo diagnóstico, sejam revelados².

Sob essa ótica, a Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu influenciada pela Psiquiatria Democrática e se tornou uma resposta aos movimentos sociais dos anos 70. Seu principal objetivo era reivindicar o cuidado em liberdade e promover a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação em hospitais psiquiátricos. Esses esforços culminaram na criação da Política Nacional de Saúde Mental, estabelecida na Lei 10.216³.

Após a promulgação dessa Lei, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS estabelece serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, incluindo serviços de saúde de diferentes níveis, comunitários e sociais. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os ordenadores dessa rede e trabalham em conjunto com ela, com o objetivo de promover a desinstitucionalização⁴.

Os CAPS operam com portas abertas, adotam uma perspectiva de redução de danos em um ambiente comunitário, e acolhem cada usuário por meio da escuta ativa e do estabelecimento de vínculo. Com uma equipe multiprofissional, os CAPS proporcionam uma abordagem interdisciplinar no atendimento de pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, bem como daquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias. Após identificar as necessidades individuais, é elaborado um Plano Terapêutico Singular (PTS) adaptado a cada pessoa, com o objetivo de promover autonomia e integração social em seu território. Os CAPS, os demais serviços da RAPS e a comunidade oferecem uma variedade de atividades para implementar o PTS, visando promover o cuidado à saúde mental e à qualidade de vida dos usuários, contribuindo para sua reinserção na sociedade⁵.

Em relação à Saúde Mental Infantojuvenil, apenas a partir do século XXI, com a implementação

da Reforma Psiquiátrica, houve propostas específicas para esse público, que antes eram direcionadas apenas a adultos. A atenção à territorialidade, comunidade e família revelou novas questões de saúde mental, incluindo a necessidade de cuidados para jovens. Apesar das políticas restritivas e institucionalizantes do passado, a Reforma Psiquiátrica juntamente com outras conquistas, superou o antigo modelo manicomial, transformando crianças e adolescentes em sujeitos de direitos e criando políticas públicas de saúde que oferecem cuidados em seus territórios, assegurando seu bem-estar e desenvolvimento pleno⁶.

Com a redemocratização, a Constituição de 1988 e a Reforma Psiquiátrica, houve uma mudança na concepção de criança e adolescente. A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança reconheceu esse público como sujeito de direitos e cidadão, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabeleceu a condição de sujeitos de direitos. A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), em 2001, discutiu e priorizou a Saúde Mental Infantojuvenil, estabelecendo princípios em linha com o ECA e a Reforma Psiquiátrica. Todos esses eventos foram fundamentais para consolidar a nova concepção de criança e adolescente como sujeitos de direitos e sujeitos psíquicos^{7,8}.

A III CNSM foi um momento crucial para a Saúde Mental Infantojuvenil, estabelecendo diretrizes baseadas no ECA, na Lei 10.216 e nos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica, além de reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos. Foi enfatizada a importância de integrar a política de Saúde Mental Infantojuvenil à geral e criar uma rede de cuidados sensível às particularidades dos jovens. Em 2002, a Portaria 336 criou os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), estendendo a lógica do CAPS para o cuidado de crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos graves e persistentes, incluindo necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, bem como situações que dificultam a realização de projetos de vida e a construção de laços sociais^{9,10}.

Ao refletir sobre diversos exemplos de sofrimentos graves e persistentes que são cuidados pelo CAPSi, fica evidente que diferentes formas de vio-

lência intrafamiliar enfrentadas por crianças e adolescentes, como violência física, sexual, psicológica, patrimonial, moral e a LGBT+fobia (violência contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais ou outras formas de orientações afetivas ou identidade de gênero), resultam em um intenso sofrimento para esse grupo. O sofrimento causado por essas violências está diretamente relacionado à ansiedade, agressividade contra si próprio e contra outras pessoas, uso de substâncias psicoativas e impulsividade, que pode levar à ideação ou tentativa de suicídio¹¹.

Além disso, nos CAPSi, há uma alta demanda no cuidado de crianças e adolescentes que apresentam Transtornos do Espectro Autista (TEA) e/ou Deficiência Intelectual (DI) em sofrimento psíquico. Essas condições prejudicam substancialmente o estabelecimento de laços sociais e a formação de redes de apoio desde a primeira infância¹².

Nos contextos mencionados, é essencial que os profissionais dos CAPSi ofereçam cuidados fundamentados no paradigma da Reforma Psiquiátrica, promovendo a inclusão de diversos atores sociais e mobilizando uma rede que atenda às necessidades das pessoas em sofrimento. Justificando esse trabalho, para que a Reforma Psiquiátrica opere de maneira efetiva, é necessário que seja facilitada pelos profissionais dos CAPS e tenham uma cooperação de uma rede de serviços substitutivos. Como o CAPS é o serviço ordenador do cuidado em saúde mental na rede, seus profissionais devem romper com a lógica hierárquica e de tutela, baseada no controle sobre o corpo do outro. O sujeito em sofrimento deve ser reconhecido como protagonista na relação estabelecida, garantindo assim um cuidado conectado à sua realidade e validando sua existência¹³.

Refletindo o que foi exposto, apresenta-se a seguinte pergunta de pesquisa: os cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde em um CAPSi do DF estão de acordo com o paradigma da Reforma Psiquiátrica?

Diante dessa discussão, o presente estudo tem como objetivo geral e objetivos específicos, respectivamente: compreender a visão dos profissionais de saúde de um CAPSi sobre a assistência baseada na Reforma Psiquiátrica; investigar os agentes que operam a Reforma Psiquiátrica; e identificar os cuidados prestados em um CAPSi.

METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa e coorte transversal, onde foram coletados dados por meio de entrevistas semiestruturadas. A amostra foi não probabilística, por conveniência, e os dados foram posteriormente analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin¹⁴.

O estudo foi realizado em um CAPSi, localizado em uma região administrativa do Distrito Federal. Esse serviço público de saúde mental atende crianças e adolescentes que apresentam sofrimentos psíquicos graves e persistentes, incluindo necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e outras situações que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida⁴.

A população-alvo deste estudo foi composta por todos os 29 profissionais de saúde que trabalham no CAPSi. Participaram da pesquisa apenas aqueles que preencheram os critérios de inclusão e exclusão e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão foram trabalhar no CAPSi onde a pesquisa seria realizada e trabalhar diretamente com os usuários desse serviço de saúde mental, enquanto os critérios de exclusão foram ter menos de um ano de experiência na área de Saúde Mental Infantojuvenil e estar afastado do serviço no período de coleta de dados.

Foram entrevistados um total de 23 profissionais de saúde do CAPSi, dos quais três não prestavam assistência direta ao usuário do serviço (gerência, supervisão e técnico administrativo), dois tinham experiência na área de Saúde Mental Infantojuvenil menor que um ano e um estava de licença médica no período da coleta de dados.

Durante todo o período de elaboração do trabalho, a pesquisadora esteve imersa no serviço de estudo como Residente Multiprofissional de Saúde Mental Infantojuvenil, contando com a anuência da gestão para abordar pessoalmente os profissionais do serviço de acordo com suas disponibilidades. A aplicação do questionário semiestruturado ocorreu de segunda a sexta-feira, entre 7h e 18h, durante os meses de junho e julho de 2022.

As informações coletadas neste estudo abrangem diversos domínios, desde a identificação dos participantes até suas concepções sobre a Reforma

Psiquiátrica, os agentes envolvidos nessa reforma e os cuidados oferecidos pelo CAPSi. Cada um desses domínios foi explorado para entender as concepções e vivências dos profissionais de saúde que atuam nesse serviço crucial para a saúde mental de crianças e adolescentes.

As entrevistas foram feitas pessoalmente, durando cerca de 20 minutos, e gravadas em dispositivo de áudio para posterior transcrição. O anonimato dos participantes foi mantido em todas as etapas da pesquisa, com todas as informações restritas apenas às pesquisadoras.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Protocolo CAAE nº. 57257522.2.0000.5553/Número do Parecer Consubstanciado: 5.373.504).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na análise, os resultados foram categorizados em três áreas distintas. A primeira (1. O que é?) aborda a definição conceitual da Reforma Psiquiátrica, ou seja, como os entrevistados entendem esse conceito. A segunda categoria (2. Quem faz?) refere-se aos agentes atuantes na implementação da Reforma. Por fim, a terceira área (3. O que é feito?) engloba os cuidados realizados no contexto da Reforma, incluindo as estratégias utilizadas.

Quanto às características sociodemográficas dos 23 entrevistados, observou-se que eles têm idades entre 32 e 57 anos. O tempo de experiência em Saúde Mental varia de 1 a 14 anos, e as profissões exercidas incluem Clínica Geral, Enfermagem, Psicologia, Técnico em Enfermagem, Terapia Ocupacional, Pediatria, Fonoaudiologia e Serviço Social.

A seguir, serão expostas as categorias e respostas dos entrevistados sobre cada um dos tópicos abordados. Para preservar o anonimato dos participantes e facilitar a compreensão, eles serão identificados com a letra "E" seguido pelo número correspondente à ordem das entrevistas realizadas, a saber: entrevistado 1 = E1, entrevistado 2 = E2, e assim por diante.

1. O QUE É?

Nesse âmbito de análise, foram explorados os pontos de vista dos entrevistados em relação ao conceito de Reforma Psiquiátrica. Destacaram-se, entre

as respostas dos profissionais, diversos tópicos, tais como: cuidado humanizado, reinserção na sociedade e cuidado em liberdade. Abaixo, será apresentado um depoimento ilustrativo.

“Então, para mim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ela vem para mudar a forma que se tratavam as pessoas que tinham sofrimento mental, né? E dá um tratamento humano, mais digno, retirar dos manicômios, dos lugares fechados e também dos abusos que aconteciam. (...) Para mim, a Reforma Psiquiátrica veio para mudar tudo isso. (...) Ter um tratamento que essas pessoas em sofrimento consigam conviver na sociedade.” (E2).

Ao considerar a importância dos itens citados, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe mudanças significativas na produção de saúde, gestão e cuidados, destacando a importância do trabalho coletivo e da educação permanente dos profissionais da saúde. Combinada com a Política de Atenção à Saúde Mental, surge um modelo de cuidado em liberdade, aberto e comunitário, que proporciona um cuidado completo e integral aos usuários. Os princípios da PNH, como acolhimento, autonomia, corresponsabilidade e protagonismo, são fundamentais na prestação de cuidados em saúde mental, permitindo aprimoramento das práticas e dos conhecimentos na área da saúde¹⁵.

O modelo de cuidado em liberdade enfatiza a reabilitação psicossocial ao invés da cura. Seu objetivo é permitir que o indivíduo se torne o sujeito de sua própria história através da reinserção em diversos setores sociais. Esse processo transforma os projetos terapêuticos em projetos de vida, melhorando a sociabilidade e a qualidade de vida no território. Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri¹³, esse modelo produz vida, sentido e sociabilidade, não perseguindo mais a cura, mas ajudando a transformar o sofrimento das pessoas.

Os entrevistados também mencionaram outros aspectos importantes da Reforma Psiquiátrica, como a mudança do modelo biomédico que prioriza medicamentos e internação. Para ilustrar esses temas, a seguir há um exemplo de depoimento de um dos entrevistados.

“(...) é a mudança no paradigma, sair desse formato centrado na figura do médico, da medicação, da internação, do afastamento da família (...)” (E8).

No modelo biomédico, a saúde é definida pela ausência de doenças físicas, e a medicalização dos sintomas é predominante na saúde mental. Em contrapartida, o modelo psicossocial, inspirado pela Reforma Psiquiátrica, considera a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no sofrimento psíquico. Busca-se uma abordagem terapêutica centrada na história de vida do indivíduo. A construção conjunta com equipes de saúde, familiares e comunidade pode facilitar o planejamento de ações de cuidado, promovendo a saúde mental e o papel ativo dos usuários nesse processo¹⁶.

Os participantes destacaram outros pontos relevantes sobre a Reforma Psiquiátrica, como seu caráter de movimento social e sua capacidade de expor vivências de violência. A fim de exemplificar essas questões, abaixo é apresentado um depoimento ilustrativo.

“(...) é um movimento dos trabalhadores, da comunidade, dos usuários da saúde, que ao longo da década de 60, 70, no bojo da reforma sanitária, procuraram evidenciar as violações de direito, que muitos usuários estavam vivenciando nos manicômios.” (E19).

Considerando isso, antes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as instituições psiquiátricas eram conhecidas por práticas desumanas e violência, questões denunciadas por movimentos sociais, incluindo o Movimento da Luta Antimanicomial. A Reforma contou com a participação desses grupos, que teve um papel fundamental na criação de um sistema de saúde mental com acesso universal e na aprovação da Lei Federal 10.216/2001, que buscou garantir a proteção dos direitos humanos e sociais dos pacientes¹⁷.

2. QUEM FAZ?

Nessa nova categoria, explorou-se as percepções dos entrevistados sobre os agentes da Reforma Psiquiátrica. Entre as respostas, diversos temas se destacaram, como a atuação de profissional de Educação Física. A seguir, apresenta-se um exemplo de depoimento.

“(...) com esse raciocínio da Reforma Psiquiátrica, você abre leque, por exemplo, para educador físico, né? (...)” (E1).

Diante disso, os modelos de atuação em saúde devem ser ampliados para considerar a historicidade dos sujeitos, aspectos políticos, sociais e econômicos e a cultura corporal de movimento. Nesse contexto, a Educação Física pode quebrar paradigmas e contribuir para a atuação em saúde mental além das profissões tradicionais¹⁸.

O exercício físico é um cuidado para alguns casos de sofrimentos psíquicos, podendo ser utilizado como uma alternativa ou complemento ao uso de medicamentos. Além disso, a prática regular de exercícios traz diversos benefícios para a saúde, tanto física quanto mental, incluindo melhora na capacidade de aprendizagem e memória, indução de sentimentos positivos, regulação do sono, redução de ansiedade e sintomas de depressão, prevenção de doenças como obesidade, pressão alta, colesterol alto e diabetes, aumento da autoestima e fortalecimento do sistema musculoesquelético¹⁹.

Os entrevistados abordaram mais aspectos relevantes sobre aqueles que implementam a Reforma Psiquiátrica, incluindo indivíduos que valorizam o vínculo interpessoal, o acolhimento e a escuta ativa. Abaixo apresenta-se uma declaração exemplificando isso.

“(...) nós já tivemos aqui no CAPS um motorista, que era uma pessoa fundamental no tratamento, quando ele levava a gente na casa dos usuários, a intervenção dele, a atitude dele com os adolescentes que estavam numa crise, ajudava muito. Então, às vezes, até o vigilante pode, a pessoa dos serviços gerais, eles não são diretamente envolvidos no tratamento, mas a postura deles e como eles se relacionam também já mostra uma certa empatia e interesse pelo sujeito, né? (...)” (E3).

Nesse sentido, o acolhimento é uma postura, feito através da escuta ativa, essencial em serviços de saúde mental, devendo ser praticado por todos os profissionais, desde o motorista até o vigilante e demais membros da equipe do CAPS. Essa abordagem é importante em todos momentos de interações, pois estabelece vínculos significativos com os usuários²⁰.

A escuta ativa é uma ferramenta essencial no acolhimento de usuários de serviços de saúde mental. Ela vai além de simplesmente ouvir as palavras, permitindo que o paciente traga sua existência-sofrimento para o diálogo. Isso ajuda a ir além do foco exclusivo da doença mental e produz significado, aliviando a angústia. O vínculo estabelecido por meio do acolhimento e da escuta ativa, permite que os profissionais de saúde conheçam melhor seus pacientes e estabeleçam prioridades. Esse vínculo é construído com cuidado e dedicação²⁰.

Os participantes do estudo abordaram ainda a importância da equipe multiprofissional que trabalha de forma interdisciplinar como implementadores da Reforma. A fim de ilustrar esses pontos, apresentamos a seguir uma declaração de um entrevistado.

“(...) acho que a gente até acaba se diluindo com as profissões, é lógico que temos nossas especificidades da profissão, mas na saúde mental se dilui muito. (...) Com esse trabalho multiprofissional, de forma interdisciplinar viramos a equipe de profissionais de saúde mental. Não é só o médico, não é só o psicólogo, mas todos que estão aqui imersos, por exemplo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, né? (...)” (E8).

Frente a isso, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade surgiram para combater a fragmentação causada pela superespecialização, individualismo e alienação gerados pelo capitalismo. Elas consistem em usar conhecimentos de diversas disciplinas e profissões para entender e agir na realidade. Para ter sucesso na interdisciplinaridade, é fundamental que cada profissão entenda sua competência e interaja com outras, formando equipes interdisciplinares. Isso requer um diálogo amplo entre profissões da saúde, gestores de serviços, universidades, assistência social, órgãos reguladores, usuários e população. Essa integração ajuda a superar modelos uniprofissionais que não atendem às necessidades integrais da população²¹.

3. O QUE É FEITO?

Nesta categoria, foram abordadas as ações empreendidas no contexto da Reforma Psiquiátrica, englobando as diversas estratégias e técnicas utilizadas

para o cuidado aos usuários. Dentre as respostas, surgiram vários temas de destaque, incluindo a realização de grupos de familiares. Abaixo segue um exemplo de depoimento de um dos entrevistados.

“(...) eu trabalho muito com grupos de familiares, porque na nossa visão não tem como tratar somente a criança, somente o adolescente, né? (...)” (E2).

Dessa forma, o envolvimento ativo da família é essencial para obter resultados positivos no cuidado de crianças e adolescentes que sofrem psicicamente. A família é fundamental no desenvolvimento humano, quando oferece um ambiente de acolhimento e suporte. Os grupos de familiares nos CAPSi são valiosos para compartilhar experiências e apoio mútuo, mas a baixa adesão é um desafio. Promover a compreensão do propósito desses espaços e sensibilizar as equipes para a importância da participação dos familiares é crucial²².

Os entrevistados do estudo destacaram outros aspectos relevantes sobre as estratégias e técnicas utilizadas no cuidado dos pacientes, enfatizando a importância do grupo para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e da elaboração do PTS. Um depoimento de um dos entrevistados é apresentado como exemplo.

“(...) eu participo dos grupos terapêuticos. Coordeno grupos com pacientes com TEA. (...); faço PTS (...)” (E5).

De fato, as equipes do CAPSi usam diversas ferramentas e estratégias para cuidar de casos de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes. Os grupos terapêuticos são especialmente importantes para aqueles com TEA e sofrimento psíquico grave e/ou persistente, pois ajudam a desenvolver habilidades sociais e de comunicação²³.

Os CAPSi têm um papel importante na inclusão social de pessoas com TEA, mas para atender às suas necessidades e reconhecer suas habilidades e potencialidades, as equipes devem se comunicar efetivamente com a RAPS e a rede comunitária. Para fornecer o melhor cuidado possível, é fundamental trabalhar em equipe e em rede. A reinserção social dessas pessoas é possível quando a equipe busca a integração, como nas escolas²³.

Focando agora no PTS, é importante destacar que se trata de uma estratégia de cuidado que se organiza por meio de ações articuladas por uma equipe multidisciplinar, levando em conta a singularidade de cada indivíduo, suas necessidades e o contexto social. Essa abordagem reconhece a importância do indivíduo como um ser integral e complexo²⁴.

No entanto, a implementação do PTS na Saúde Mental Infantojuvenil enfrenta desafios, como o estigma e a necessidade de políticas intersetoriais. Para promover a inclusão social e melhorar a qualidade de vida dos jovens e suas famílias, é necessário investir na implementação do PTS, utilizando estratégias terapêuticas, exercícios físicos, atividades educacionais, e trabalhar em conjunto com a rede para garantir o acesso aos direitos básicos²⁵.

Os entrevistados no estudo mencionaram a importância do grupo de fala de adolescentes como uma tática relevante na atenção aos pacientes. Um participante entrevistado forneceu uma declaração para exemplificar esse ponto.

“Eu participo dos grupos de fala de adolescentes (...)” (E8).

Os grupos terapêuticos em CAPSi desempenham um papel importante no cuidado da saúde mental, fornecendo um ambiente seguro para compartilhar experiências e aprender habilidades que podem ajudar a reduzir o sofrimento. Esses grupos oferecem a oportunidade de falar sobre sentimentos e emoções, permitindo que os participantes encontrem alívio e uma melhor compreensão de si mesmos. Além disso, a prática de se relacionar com outras pessoas através do compartilhamento de emoções pode desenvolver a habilidade de identificar e expressar emoções, trazendo benefícios para a competência social, autoconhecimento e mudança comportamental, promovendo bem-estar emocional e social²⁶.

Os profissionais consultados no estudo destacaram também a importância do uso ou não de medicamentos, demonstrando mais um elemento relevante sobre as táticas e métodos utilizados. Um dos participantes do estudo apresentou a seguinte declaração.

“(...) hoje estou mais concentrado na possibilidade de medicar ou não a criança, o adolescente (...)” (E10).

Embora os medicamentos possam ser usados no cuidado do sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, é importante ter em mente que muitas vezes é a primeira e única intervenção adotada, o que pode mascarar ou suprimir processos naturais de desenvolvimento, prejudicando o bem-estar emocional e cognitivo do indivíduo²⁷.

Por isso, os cuidados com a saúde mental devem ir além do uso de medicamentos como primeira opção, já que isso pode comprometer o desenvolvimento emocional e cognitivo, inibir a capacidade de lidar com emoções e restringir a autonomia do indivíduo. É fundamental adotar abordagens mais amplas e diversificadas, que valorizem a singularidade de cada indivíduo e incluam outras intervenções como estratégias terapêuticas. A medicação deve ser utilizada de forma responsável e somente quando realmente necessária²⁷.

Também foram destacados pelos entrevistados mais elementos sobre as estratégias e métodos usados no cuidado dos usuários, como a necessidade de articulação em rede e luta pelos direitos sociais. Para visualizar estes pontos segue uma declaração abaixo.

“Eu procuro encaminhar para outros serviços, por exemplo, para CRAS, CREAS para que as famílias em vulnerabilidade tenham acesso a garantia de algum benefício no âmbito da assistência social. Eu oriento também sobre outros benefícios, como, por exemplo, passe livre local, interestadual, o BPC (...). Encaminho os adolescentes para o programa jovem aprendiz, de forma que esses adolescentes tenham, minimamente, uma renda, se empoderem. Confecciono relatórios técnicos pro conselho tutelar e para outros locais da rede, a fim de assegurar os direitos para o usuário, para família, criança, adolescente.” (E19).

Com isso, para uma atenção completa e efetiva à saúde mental, é preciso adotar uma abordagem intersetorial, considerando não apenas as questões relacionadas à saúde mental, mas também outras demandas sociais que afetam diretamente o bem-estar dos pacientes. Isso permite articular serviços e recursos para promover uma Atenção Psicossocial integral e de qualidade, incluindo o acesso a bens e serviços essenciais, como alimentação, trabalho,

transporte, educação e lazer. Dessa forma, o paciente pode receber o apoio necessário para sua qualidade de vida e reintegração social de forma ampla e eficaz²⁸.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram que os cuidados mencionados pelos profissionais de saúde do CAPSi estão em consonância com o paradigma da Reforma Psiquiátrica. Sua compreensão acerca do conceito de Reforma Psiquiátrica, dos agentes responsáveis por sua implementação e dos cuidados prestados revelam uma articulação com estudos fundamentadores desse movimento transformador.

Entretanto, é essencial destacar que este é um processo em constante evolução, que exige avaliação e monitoramento incessantes, visando assegurar a efetividade e sustentabilidade das mudanças promovidas. O êxito das inovações da Reforma Psiquiátrica brasileira depende de uma cultura estabelecida de avaliação, supervisão e pesquisa¹⁷.

Os achados deste estudo possuem limitações. Primeiro, ele foi realizado em um único serviço de Saúde Mental Infantojuvenil, o que dificulta a generalização dos resultados para outros contextos. Além disso, as conclusões são baseadas apenas nas perspectivas dos profissionais de saúde, sem considerar a visão dos usuários e suas experiências diretas. Portanto, é necessário realizar estudos adicionais com observação direta e participação dos usuários para uma compreensão mais abrangente. É importante destacar que a implementação da Reforma Psiquiátrica enfrenta desafios devido à rede ainda em desenvolvimento, como a limitação das áreas de abrangência em vez de trabalhar com territórios, o que afeta o acesso e o cuidado comunitário, aspectos cruciais da reforma. Essas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados deste estudo.

Almeja-se que esta pesquisa tenha um impacto significativo na transformação da abordagem de cuidados à saúde das pessoas que enfrentam sofrimentos psíquicos, estimulando uma profunda reflexão acerca das abordagens utilizadas, com o intuito de se reconhecer a valiosa importância da humanização, do estabelecimento de vínculos, da abrangência integral e da interligação em rede no contexto da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. 1972.
2. Amarante PDC. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011.
3. Brasil. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União, Brasília. 2001. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm4
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática – Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf
6. Couto MCV. Por uma Política Pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. In T. Ferreira (Ed.), *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (p. 61-74). Belo Horizonte: Ed. Autêntica. 2004.
7. Organização das Nações Unidas (ONU). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. 1989. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convdir_crianca.pdf
8. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de julho de 1990. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS*. Diário Oficial da União, Brasília. 2002. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
10. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2002. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf
11. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2010, v. 32, suppl 2, pp. S112-S120. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008>
12. Lima RC, Couto MCV, Solis FP, Oliveira BDC, Delgado PGG. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 1, pp. 196-207. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168443>
13. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec. 2001.

14. De Sousa JR, Dos Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul-dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>
15. Santos ST, Lima FAC. Interfaces da política nacional de humanização de assistência à saúde de pessoas com transtorno mental. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2017; 7(3):65-77. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/261/interfaces-da-politica-nacional-de-humanizacao-de-assistencia-a-saude-de-pessoas-com-transtorno-mental/>
16. Vargas AFM, Campos MM. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. *Revista Brasileira de Sociologia*. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20336/rbs.441>
17. Ramos DKR, Paiva IKS, Guimarães J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
18. Varela SH, De Oliveira BN. Alongamento? Dinâmica? Chama o Professor de Educação Física! Rediscutindo o Fazer da Categoria em um CAPS. LICERE – *Revista Do Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer*. 2018; 21(1), 313-340. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/1981-3171.2018.1780>
19. Campos CG, Muniz LA, Belo VS, Romano MCC, Lima MC. Conhecimento de adolescentes acerca dos benefícios do exercício físico para a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.17982017>
20. Moreira CP, Torrenté MON, Jucá VJS. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2018, v. 22, n. 67, pp. 1123-1134. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0500>
21. Santana YG, Berwig SE. Trabalho interdisciplinar na saúde mental: reflexões a partir do estágio supervisionado em serviço social. *REI* [Internet]. 17 de dezembro de 2021; 3(5):1-10. Disponível em: <https://ceeinter.com.br/ojs3/index.php/revistadeestudosinterdisciplinar/article/view/260>
22. Ziwchak DJV, Aristides JL. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um caps infanto juvenil. *Arq. ciências saúde UNIPAR*. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046176>
23. Aristides JL, Salvadori TT. A experiência de um centro de atenção psicossocial infanto juvenil regional do interior do Paraná: avanços e desafios na luta antimanicomial”. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/34988>
24. Teixeira C, Bastos V. O psicólogo no CAPS infantojuvenil: a percepção dos profissionais da psicologia diante da execução do projeto terapêutico singular dos usuários. *Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL*. 2021. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/20337/1/CAMILA_O_PSIKOLOGO_NO_CAPS_INFANTO-JUVENIL_PTS%20%20PDF%20A.pdf
25. Matos GS, Kaefer CO, Bittencourt Z. A construção do projeto terapêutico singular na perspectiva da intersetorialidade. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 425-447, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2703>

26. Pretto MA, Krause GC. A compreensão da dinâmica da raiva nos dias atuais: um estudo nas microrregiões de Santa Rosa e Três Passos-RS. *Revista Psicologia em Foco*, Frederico Westphalen, v. 14, n. 20, p. 25-44, jan. 2022. Disponível em:
<https://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/3757/0>
27. Guazina FMN, Pizzinato A, Rocha KB. Infância e práticas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (Capsi). *CES Psicol* [Internet]. 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.21615/cesp.6198>
28. Barbosa BAAL, Silva MA. A importância do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para a garantia de direitos de pessoas em sofrimento psíquico no Brasil nas décadas de 2000 e 2010. 2022. 80 f. *Trabalho de Conclusão de Curso* (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022. Disponível em:
<http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/9200>

